

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**SISTEMATIZACION DE UNA EXPERIENCIA
EL PROCESO DE EDUCACION EN SALUD CON
MADRES PERTENECIENTES AL P.I.D.I..**

**(Una Experiencia desarrollada en el Programa Integral de Desarrollo
Infantil PIDI de Villa Armonía, La Paz)**

**Postulante: Univ. Sonia Donaire
Tutora : Lic. Yolanda Zeballos**

La Paz - SEPTIEMBRE - 2006

DEDICATORIA

*A mi hermana Milena (+)
A mi esposo que de manera
incondicional apoyaron mi
formación profesional*

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A **DIOS**, en primer lugar, por que es quien me da la vida y el tiempo para realizar este sueño.

- ❖ A mi madre y mis hermanos(as), por el apoyo moral que permanentemente me brindaron.

- ❖ A mi esposo por la dedicación de su tiempo y por el impulso material y moral brindado.

- ❖ A las madres de familia y niños (as) de la zona de Villa Armonía que fueron sujetos de la presente sistematización.

- ❖ A la Lic. Yolanda Zeballos Arce por brindarme su tiempo y sus conocimientos para concluir mi trabajo.

- ❖ A mis Docentes Tribunales por los aportes que me brindaron para enriquecer mi trabajo

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

CAPITULO I

MARCO METODOLGICO DE LA SISTEMATIZACION

1.1	JUSTIFICACIÓN	1
1.2	DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	2
	1.2.1. Problema Abordado	2
	1.2.2. Intervención Desarrollada	3
1.3.	DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE SISTEMATIZACIÓN	5
1.4.	DELIMITACIÓN DEL EJE DE SISTEMATIZACIÓN	5
1.5.	OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	5
	1.5.1. Objetivo General	5
	1.5.2. Objetivos Específicos	5
1.6.	INTERROGANTES DE LA SISTEMATIZACIÓN	6
1.7.	MODELO METODOLÓGICO	6
	1.7.1. EL PUNTO DE PARTIDA	7
	1.7.2. Formulación de las preguntas iniciales	8
	1.7.3. Recuperación del Proceso Vivido.	8
	1.7.4. Análisis de la Experiencia	8
	1.7.5. Arribo a Puntos de Llegada o Conclusiones.	9
1.8.	PRINCIPALES LIMITACIONES.	9

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. EL DESARROLLO HUMANO	11
2.1.1. Concepto de Desarrollo Humano	12
2.1.2. Perspectivas Teóricas acerca del Desarrollo Humano	12
2.2. ABORDAJE TEORICO SOBRE LA EDUCACIÓN SOCIAL	13
2.2.1. Aprendizajes de Individuación para la Acción Social	15
2.2. LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS SANEBAS UN ENFOQUE EDUCATIVO	17
2.3.1 La conformación de situaciones de aprendizaje	19
2.3.2 Desarrollo de Competencias y su Taxonomía	20
2.4. EL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y LA FAMILIA	22
2.5. ABORDAJE SOBRE EL TRABAJO SOCIAL	23
2.5.1. Acerca del Rol del Trabajador Social	27
CAPITULO III	
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACION	
3.1. CONTEXTO NACIONAL	29
3.1.1. Situación de Salud del Niño y Niña Menor de 5 Años	29
3.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL	53
3.2.1. CREACIÓN DEL PROYECTO.	53
3.2.2. FINALIDAD DEL PROYECTO	54
3.2.3 OBJETIVOS DEL PROYECTO	54
3.2.3.1. Objetivo general	54
3.2.3.2. Objetivos específicos	55
3.2.4. MARCO ORGANIZATIVO DEL PROYECTO	55
3.2.5. ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA	56

CAPITULO IV

RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

4.1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EXPERIENCIA	60
4.1.1. Ubicación Geográfica	60
4.2. ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS	61
4.2.1. Características de los Actores Sociales	62
4.3. MOMENTOS METODOLOGICOS SIGNIFICATIVOS QUE ABARCO LA EXPERIENCIA DESARROLLADA	72
4.3.1. Primera Etapa: Diagnóstico Participativo	73
4.3.2. Segunda Etapa de Planificación	76
4.3.3. Tercera Etapa de Implementación	79
4.3.4. Cuarta Etapa de Evaluación	92

CAPITULO V

ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

5.1. IDENTIFICACION DE HECHOS SIGNIFICATIVOS	93
5.1.1. Momento del Diagnóstico Participativo	94
5.1.2. En la Segunda Fase de Planificación	95
5.1.3. En el Tercer Momento de Ejecución	97
5.2. IDENTIFICACION DEL ROL DESEMPEÑADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL	99
5.3. UNA ARTICULACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE EDUCACION SOCIAL EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS: LA EDUCACIÓN ALTERNATIVA	100

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

6.1. CON RELACIÓN A LOS OBJETIVOS 102

6.2. EN RELACION A LAS INTERROGANTES 103

**6.3. EN RELACION A LA INTERVENCION DE LA
TRABAJADORA SOCIAL 104**

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº 1 :	TENDENCIAS DE LOS INDICADORES DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ , INFANTIL Y NEONATAL.....	32
GRAFICO Nº 2 :	CAUSAS DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS.....	33
GRAFICO Nº 3 :	MORTALIDAD POR SUBGRUPOS DE EDAD EN BOLIVIA.....	34
GRÁFICO Nº 4 :	DESNUTRICIÓN EN MENORES DE TRES AÑOS BOLIVIA.....	35

INDICE DE CUADROS

CUADRO Nº 1 :	EDAD DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE	64
CUADRO Nº 2 :	PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN	65
CUADRO Nº 3 :	Nº DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA VIVIENDA	66
CUADRO Nº 4 :	TENENCIA DE LA VIVENDA	67
CUADRO Nº 5 :	ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN	68
CUADRO Nº 6 :	OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN	69
CUADRO Nº 7 :	PRESUPUESTO PARA LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR	70
CUADRO Nº 8 :	NUMERO DE COMIDAS DIARIAS	71

INTRODUCCIÓN

El presente documento se refiere a la sistematización de la intervención de Trabajo Social en un proceso de Educación Social, en el marco del Proyecto “Creciendo Juntos “ implementado por el Ministerio de Salud y Deportes en la zona de “ Villa Armonía “ de la ciudad de La Paz el año 2003.

El Proyecto “Creciendo Juntos “ corresponde a su vez al Proyecto Integrado de Desarrollo Infantil – PIDI, que constituye una modalidad de atención indirecta dirigida a madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años y que se implementó en las diferentes zonas del distrito 3 del municipio de La Paz.

La implementación de dicho Proyecto, representó un espacio importante para el desempeño profesional. A través de estrategias metodológicas, se facilita la construcción de aprendizajes, relativos al cuidado de los/as niños / as menores de cinco años, en las madres y personas responsables de los/as infantes.

La intervención profesional procuró no solo de despertar las habilidades y destrezas de las madres de los beneficiarios, sino también sensibilizar a las mismas en la perspectiva de que asuman roles protagónicos en torno a su situación social y económica.

De esta forma la intervención estuvo enmarcada en la prevención oportuna y adecuada al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años.

El documento que se presenta, tiene como objetivo el de recuperar y analizar las estrategias metodológicas que implementó la Trabajadora Social durante el proceso de intervención con madres de Villa Armonía, para reflejar las destrezas y competencias profesionales.

Su estructura comprende seis capítulos. El primero está referido a los componentes metodológicos donde se encuentra la delimitación del objeto y eje de la sistematización, la definición de los objetivos del trabajo y el planteamiento de las interrogantes esenciales.

El capítulo dos está referido al marco teórico conceptual, donde se establecen las principales teorías que respaldan el rescate de la experiencia tales como la referida al desarrollo humano, la educación social y la familia.

El tercer capítulo presenta un análisis del contexto en que se realizó la experiencia, partiendo de un análisis de contexto nacional llegando a un contexto institucional.

En el capítulo cuarto se presenta la recuperación del proceso vivido, donde se dan a conocer las características de los actores sociales y los momentos metodológicos desarrollados a lo largo de la experiencia.

En el quinto capítulo se presenta el análisis de la experiencia, enfatizando en la identificación de hechos significativos; al mismo tiempo aborda la reflexión acerca del rol cumplido por la trabajadora social a lo largo de los procesos desarrollados.

El capítulo seis contiene las conclusiones a las que arribó el trabajo de sistematización, estableciendo relación con los objetivos, las interrogantes, los actores y el propio desempeño de la profesional de Trabajo Social.

Finalmente se presenta un acápite de anexos donde se adjuntan los materiales que respaldan la intervención desarrollada con las madres y personas responsables de niños y niñas menores de cinco años.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

La sistematización, al ser producto de un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional del Trabajador Social y de los sujetos con los que se trabajó, permite rescatar experiencias válidas para su réplica a partir de la identificación de lecciones aprendidas que posibiliten la generación de nuevas prácticas mejoradas.

La sistematización que se presenta refleja una experiencia desarrollada como facilitadora al interior del “Proyecto Creciendo Juntos” – PIDI de Villa Armonía, modalidad indirecta que se desarrolló con el objetivo de reflexionar sobre las estrategias metodológicas de intervención del Trabajador Social en el proceso de Educación Social, mismo que fue implementado través de la consejería y talleres técnicos. En este proceso participaron diferentes actores sociales (madres, niños y personal técnico) que aportaron con sus conocimientos y experiencias al proceso desarrollado.

La precaria situación económica de las familias suburbanas, determina que la mayoría de las madres se vean obligadas a desempeñar diversas actividades; así la mujer se coloca en un papel preponderante como organizadora y colaboradora de la economía familiar, viéndose en la necesidad de enfrentar una relación laboral sin ninguna capacitación, ni calificación profesional, que le exige el abandono de su hogar por las prolongadas jornadas, tiempo en el que los hijos en general y más aún los niños y niñas menores de 5 años quedan solos, descuidando su alimentación y otros hábitos inherentes a su desarrollo.

Reflexionar desde la construcción del proyecto hasta la evaluación del mismo para lograr el desarrollo de la familia buscando mejorar su calidad de vida, significó penetrar en el interior de un proceso social complejo.

La elección del ámbito de la sistematización, guardó relación con la relevancia de los resultados del proyecto, mismo que permitió la consolidación de la institución al interior de la comunidad de Villa Armonía, como con la participación y capacitación práctica desarrollada a las madres, no sólo en el ámbito de la nutrición alimentaría sino también por la oportunidad que se les ofreció de cambiar su forma de pensar, en torno al desarrollo integral de sus niños, niñas menores de 5 años.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de Trabajo Social desarrollada, estuvo referida al trabajo que se implementó con madres del PIDI de Villa Armonía, referente a la implementación del Proyecto “Creciendo Juntos” , proceso que se llevó a cabo durante la gestión 2002-2003.

1.2.1. Problema Abordado

Durante la experiencia desarrollada con madres y/o personas responsables de niñas/os menores de 5 años pertenecientes al PIDI de Villa Armonía, se identificó el problema de falta de conocimientos nutricionales que enfrentaba esta población, situación que se constituía en un factor coadyuvante del estado de desnutrición que presentaba la población infantil, expresada en el 60% del total de niños/as de la zona.

1.2.2. Intervención Desarrollada

Frente al problema de la desnutrición de la población infantil menor de 5 años de edad, perteneciente al Programa Infantil de Desarrollo Integral - PIDI que se

implementó en la zona de Villa Armonía, fue necesario el desarrollo de un proyecto de carácter socio educativo, basado en la construcción individual y colectiva de nuevos conocimientos en base al saber cultural combinado con el saber científico, mismo que fue denominado “Creciendo Juntos en el PIDI”, que partió de las necesidades básicas de la comunidad, donde la Trabajadora Social desarrolló el acompañamiento personalizado a cada madre o persona a su cargo.

El desarrollo del proyecto se llevó a cabo a través de una serie de actividades comprendidas en la consejería, como medición de peso y estimulación temprana. Tareas que se realizaron en sesiones mensuales, visitas domiciliarias, talleres de capacitación en la perspectiva de mejorar el nivel de vida de la población meta, no obstante las condiciones de pobreza que los caracterizaba.

A partir del mes de noviembre de 2002 se inició la ejecución del proyecto con la etapa denominada “pilotaje”, habiéndose trabajado con el 10% de la población objetivo, la misma que tuvo una duración de 4 meses, en la cual se validaron las estrategias metodológicas y las técnicas e instrumentos diseñados para la implementación del proyecto.

En esta etapa de trabajo se contó con un equipo operativo conformado por 15 personas entre técnicos y administrativos, los cuales fueron capacitados a través de talleres en el manejo de los instrumentos a implementarse.

La primera actividad realizada en esta etapa, fue la validación de la Línea de Base, la cual permitió acercarse e introducirse en el conocimiento de los aspectos socioeconómicos y las costumbres alimentarias de las familias, y a su vez revisar, seleccionar, adecuar las preguntas de la encuesta a su realidad y redefinir las metas del proyecto.

En la etapa de ejecución se logró trabajar con 156 madres de familia y 182 niños y niñas, teniendo como beneficiarios/as directos/as a los/as últimos/as e indirectos a las familias y la comunidad.

La etapa de implementación del proyecto “Creciendo Juntos”, tuvo una duración de nueve meses, donde no sólo se abocó al trabajo de consejería y evaluación del crecimiento y desarrollo del niño/a, sino también a la ejecución de actividades que reforzaron la identidad de los grupos de madres y a su interior la autoestima como sujetos activos, pensantes y agentes propulsores de un cambio donde se analizó y se reflexionó sobre aquellos aspectos que intervienen para la mejora de la calidad de vida de las familias.

La estrategia metodológica que se utilizó en el desarrollo del proyecto fue la activa participativa, que proyecta la participación de los actores sociales, en este caso las madres y/o personas responsables, orientada hacia la participación crítica y reflexiva, basándose en la construcción individual y colectiva de nuevos conocimientos tomando en cuenta el saber cultural combinado con el saber científico, partiendo de su entorno y contexto social en el que viven.

1.3. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE SISTEMATIZACIÓN

El proceso de Educación Social implementado con madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años, pertenecientes al PIDI de la zona de Villa Armonía durante la gestión 2003.

1.5. DELIMITACIÓN DEL EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Las estrategias metodológicas que utilizó la Trabajadora Social en el proceso de Educación Social dirigida a madres y/ o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años que pertenecían al PIDI de Villa Armonía durante la gestión 2003

1.5. OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

1.5.2. Objetivo General

- Recuperar la experiencia referida al proceso de Educación Social implementado con madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años que pertenecían al PIDI de Villa Armonía durante la gestión 2003, para fortalecer la intervención profesional de la Trabajadora Social.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Reconstruir y ordenar el proceso de Educación Social implementado con madres y /o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años, pertenecientes al PIDI de Villa Armonía.
- Rescatar las estrategias metodológicas desarrolladas por la Trabajadora Social en el proceso de Educación Social implementado con madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años pertenecientes al PIDI de Villa Armonía.
- Analizar la intervención de la Trabajadora Social durante el proceso de Educación Social implementado con madres y/o personas responsables de niños y niñas, a fin de precisar lineamientos estratégicos y operativos que orienten futuros procesos de intervención.

1.6. INTERROGANTES DE LA SISTEMATIZACIÓN

- ¿Qué estrategias metodológicas desarrolló la Trabajadora Social durante el proceso educativo del proyecto?

- ¿Cómo se desarrolló el proceso de Educación Social con las madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuáles fueron las competencias profesionales desarrolladas por la Trabajadora Social durante todo el proceso de Educación Social?
- ¿Qué actividades, técnicas e instrumentos posibilitaron la sensibilización de las madres, familias y comunidad sobre la importancia de la educación (estimulación temprana) y salud?

1.7. MODELO METODOLÓGICO

La metodología en la que se enmarcó la presente sistematización pertenece a “Oscar Jara”, que en su propuesta ratifica la existencia de elementos comunes en los aspectos metodológicos es decir, aquellos que tienen que ver con los pasos formas e instrumentos para realizar la sistematización.

Oscar Jara en su obra, “Para Sistematizar Experiencias” fundamenta su formulación en una concepción dialéctica (práctica-teoría-práctica) del proceso educativo, afirmando que la sistematización implica una primera teorización sobre experiencias, a las que se ubica en un contexto determinado, se las cuestiona, se busca la relación entre ellas, proyectándose un análisis de mayor profundidad en términos de continuidad o cambio.

La propuesta metodológica que se desarrolló intentó llevar a la práctica un enfoque integral de los componentes, tales como: concepciones, procesos, actividades, técnicas e instrumentos.

En este marco el proceso metodológico desarrollado permitió el cumplimiento de los siguientes pasos:

1.7.1. EL PUNTO DE PARTIDA

En este momento metodológico se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Elaboración de instrumentos para recuperar información.
- Selección de instrumentos para recuperar la información.
- Recopilación de registros de campo.
- Determinación de unidades de trabajo.
- Selección de personajes claves.

1.7.2. Formulación de las preguntas iniciales

Este momento metodológico permitió cumplir con las siguientes actividades:

- Reafirmación del Objeto de la Sistematización.
- Clarificación del Eje de la Sistematización.
- Formulación de Objetivos de Sistematización.
- Planteamiento de Interrogantes.

1.7.3. Recuperación del Proceso Vivido.

En esta fase se cumplieron las siguientes acciones:

- Ordenamiento de la información.
- Clasificación de los hechos significativos.
- Identificación de los actores sociales.
- Identificación de los componentes del proyecto.
- Explicación de los momentos desarrollados al interior de la experiencia.
- Establecimiento de relaciones entre las demandas de la población usuaria y las acciones desarrolladas.

- El proceso de la autoconstrucción del aprendizaje en sesiones educativas de consejería- personalizada y de talleres educativos.
- Establecimiento de logros y dificultades en relación al proyecto.

1.7.4. Análisis de la Experiencia

Este momento se llevó a cabo a partir del cumplimiento de las siguientes acciones:

- Identificación de las fases de implementación del proyecto.
- Análisis del desempeño de la profesional de Trabajo Social.
- Identificación de las lecciones aprendidas.
- Identificación y análisis de los factores decisivos para la replicabilidad del Proyecto.
- Reflexión de fondo en torno a establecer respuesta a las diferentes interrogantes formuladas al inicio del proceso de la sistematización.

1.7.5. Arribo a Puntos de Llegada o Conclusiones.

En este momento se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Formulación de conclusiones en torno a la problemática abordada durante el proceso de sistematización.
- Planteamiento de conclusiones inherentes a los actores sociales.
- Construcción de conclusiones referidas a la intervención profesional del Trabajo Social.
- Socialización de resultados.

1.8. PRINCIPALES LIMITACIONES.

Durante el proceso de la sistematización de la experiencia se enfrentaron las siguientes limitaciones:

- A partir de la elección del modelo de sistematización, mismo que responde al planteamiento de Oscar Jara, se enfrentó la limitación referente al material bibliográfico que respalde la operacionalización y aplicación del mismo, como también respecto a la teoría que respalde la reflexión sobre el problema abordado durante la experiencia.
- En relación a la reconstrucción de los hechos, existieron limitaciones de rescate en torno a la significación de los mismos, tanto para el Objeto como para el Eje de la Sistematización.
- Otra limitación enfrentada fue la relacionada con la capacidad de poder identificar la manifestación de contradicciones a lo largo de los momentos metodológicos que se implementaron durante la experiencia desarrollada.

Finalmente otra limitación que se enfrentó a lo largo del proceso de sistematización fue la relacionada con la identificación de las lecciones aprendidas respecto a la experiencia sistematizada

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

La reflexión de la experiencia fue posible a partir de la utilización de ciertas categorías que sirvieron de base para interpretar los diferentes hechos suscitados en el desarrollo de la práctica implementada.

Estas categorías tienen que ver con el desarrollo humano, la educación social, y la familia, además de conceptos referidos a la disciplina del Trabajo Social, espacio profesional donde se verifican las prácticas que se dirigen a la promoción de la salud de la población infantil menor de 5 años.

2.1. EL DESARROLLO HUMANO

Al haber trascendido la descripción de la conducta a partir de la cual se derivan las normas de cada edad de desarrollo y crecimiento en el presente, el campo del desarrollo humano se ha constituido en una disciplina científica. Actualmente algunas tendencias tratan de explicar *por qué* ocurren ciertas conductas, para luego *predecir* el comportamiento, y tratar de *modificar u optimizar* el desarrollo al ofrecer algún tipo de entrenamiento o terapia.

Para los educadores, así como para diferentes profesionales, tiene una finalidad práctica al alimentar con explicaciones, por ejemplo, por qué existen diferencias en el proceso de cognición de niños/as de la misma edad.

2.1.1. Concepto de Desarrollo Humano

De acuerdo a Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds¹, es el estudio científico de las formas *cuantitativas y cualitativas* como la gente cambia a través del tiempo. El *cambio cuantitativo* se refiere a los cambios en número y cantidad, como en estatura, peso y vocabulario. El cambio cualitativo se refiere a los cambios en *calidad*, como en la naturaleza o en la inteligencia o la memoria de una persona.

2.2.2. Perspectivas Teóricas acerca del Desarrollo Humano

Las autoras citadas, mencionan cuatro perspectivas teóricas² acerca del desarrollo humano:

¹ Papalia, Diane E y Wendkos Olds, Sally; “*Desarrollo Humano*”; Editorial Mc Graw Hill; Buenos Aires; 2000; Pág.

² Ibid: 34

La **perspectiva psicoanalítica** pone énfasis en las fuerzas subyacentes que motivan la conducta. Son representantes de esta corriente Sigmund Freud y Erick Ericsson.

La **perspectiva mecanicista** afirma que los seres humanos son más reactivos que iniciadores y considera el cambio como cuantitativo; los teóricos del aprendizaje social reflejan la perspectiva mecanicista. Los conductistas se hallan interesados en moldear la conducta a través del condicionamiento.

La **posición organísmica** ve a las personas como contribuyentes activos de su propio desarrollo. Los teóricos organísmicos consideran que el desarrollo humano se divide en etapas cualitativamente diferentes; entre ellos están: Jean Piaget y Laurence Kohlberg son representantes de esta perspectiva.

La **perspectiva humanística** ve a las personas como si tuvieran la habilidad de fomentar su propio desarrollo a través de las características humanas de escogencia, creatividad y autorrealización. Está representada por Abraham Maslow.

2.2. ABORDAJE TEORICO SOBRE LA EDUCACIÓN SOCIAL

La educación social está referida a los procesos cognitivos que se desarrollan con el propósito de inducir hacia la adopción de constructos culturales que desencadenen comportamientos adaptativos, satisfacción de necesidades y desenvolvimiento en la vida en sus diferentes planos.

En ese sentido, se considera que algunos elementos de la teoría y metodología de la educación popular pueden ser útiles para guiar ciertos procesos educativos con la intención de lograr determinados fines, como por ejemplo la educación para la salud. Asimismo, es importante señalar que la educación popular no es unívoca y que tiene diferentes vertientes teórico - metodológicas.

De la elaboración del autor Marco Raúl Mejía y Miriam Awad³, se recuperan conceptos que pueden ser útiles a la actividad de educación social que se realizó en la experiencia, siendo importante plantear que el punto de partida de la acción educativa es la realidad, que es compleja como diversos son los sujetos, los medios, las interpretaciones, las circunstancias y otros. Tal como los autores justifican su posición, esa diversidad conduce a plantear también diferentes modos de trabajo para cada situación concreta.

Otro elemento rescatable en la perspectiva de los autores anteriormente citados, es que consideran a la educación popular, como acción intencionada, convirtiéndose en confrontación de saberes, ya que la construcción de conocimientos, saberes y acciones es colectiva y práctica; las cuales ocurren las más de las veces, en medio de situaciones de conflicto, lo que ha llevado a hablar también de Pedagogía del Conflicto⁴.

³ Mejía, Marco Raúl y Awad, Myriam, "Pedagogías y Metodologías en Educación Popular"; CEIBAE; 2000; La Paz, Bolivia. Páginas 45 – 51

⁴ Ibid.

“El acto educativo de la educación popular es fundamentalmente un acto de transformación del individuo, de los grupos y de las organizaciones sociales”, los autores citados anteriormente “señalan, que “las tensiones y el conflicto se manejan en un contexto donde también se forjan valores nuevos que nos hablan y nos anticipan esa nueva sociedad que queremos construir.

La democracia, la participación, la posibilidad de crítica, la capacidad de decisión y la libre opción, son elementos vivos en las prácticas de la educación popular, que permiten la negociación de conocimientos”⁵.

La reflexión de los autores citados respecto a “la cultura como telón de fondo” de la educación popular es un elemento fundamental dentro de la presente sistematización. La cultura se entiende como su espacio de referencia. Desde ella visualiza las diferencias entre los seres humanos y entre los grupos. “El sujeto aparece como ese *otro diferente*, hijo de procesos históricos, familiares y sociales diferentes y heredero y hacedor de procesos culturales diferentes. Así, la cultura es un espacio sin el cual no es posible desarrollar iniciativas de educación popular, sólo que ahora se trata de culturas fragmentadas y resignificadas en los imaginarios de la industria cultural de masas”.

Asimismo, la educación popular genera procesos de autoafirmación, cuando busca el reencuentro del sujeto consigo mismo, su quehacer individual y social, sus prácticas, experiencias y sus posibilidades, en su entorno y su cultura; cuando se refiere a la posibilidad de generación de conocimientos; y cuando diferencia niveles de saberes y conocimientos.

Por otra parte es menester señalar que no se debe marginar a las personas por no tener la capacidad de desenvolverse en algunos ámbitos que otras personas sí pueden desenvolverse, tampoco cuando no tienen las posibilidades de hacer los productos que en su nivel está en condiciones de producir, por lo tanto en ambos no deben ser marginados de la sociedad.

2.2.1. Aprendizajes de Individuación para la Acción Social⁶

Los autores que se están tomando como referencia en este acápite, afirman que este contenido se refiere a los procesos a través de los cuales los participantes en actividades educativas hacen una traducción de los contenidos para hacerlos posibles en sus prácticas cotidianas, individuales o grupales o de socialización, con el propósito de incorporar modificaciones y cambios. Algunas de las características son:

- “Este aprendizaje se da en un contexto cultural específico, es decir, en un espacio que corresponde a la tradición del sujeto-educando, quien al convertirse en sujeto educador con respecto a otros sujetos, no sólo

⁵ Ibid.

⁶ Ibid

recontextualiza su propia experiencia y sentido de vida, sino además, asume símbolos y formas de expresión específicas que valoriza con sentido para ese grupo humano (familiar, de amigos, etc.) tratando de producir y construir nuevas relaciones con un nuevo significado.

- Este aprendizaje articula los procesos de individuación y de socialización: los seres humanos se convierten en sujetos sociales de aprendizaje, que en forma consciente, uniendo lenguaje, acción y simbolización e interactuando con el presupuesto de un mundo común, reorganizan sus relaciones de trabajo, sus lenguajes y establecen preguntas sobre el poder. Podemos decir que es el momento en el cual aparece con claridad lo inseparable y complejo de la vida humana (histórica, cultural, biológica, psicológica y social).
- Este aprendizaje permite a cada actor, recuperar su experiencia como ser humano dentro de su grupo cultural y reconstruirla en el mismo concreto de su vida.
- Este aprendizaje permite que las conceptualizaciones que los sujetos realizan sean llevadas a situaciones específicas que cada uno de ellos puede controlar y a contextos donde cada uno las puede explicar.
- Este aprendizaje permite que cada sujeto incorpore tanto proceso de lenguaje como otros más amplios relacionados con su propia historia y escenarios en los cuales cada uno es capaz de reorganizar y replantear su medio social. Este aprendizaje sucede en un contexto⁷.

⁷ Ibid.

2.3. LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS SANEBA, UN ENFOQUE EDUCATIVO

El enfoque denominado Satisfacción de Necesidades Básicas-SANEBA de Aprendizaje, se consagró en la Conferencia Mundial sobre la Educación para Todos”, celebrado en Jomtien – Tailandia, en Marzo de 1990.

A fin de obtener una mejor comprensión del contenido de este enfoque es importante mencionar el concepto de “necesidad de aprendizaje”: “Una necesidad de aprendizaje es la necesidad de adquirir un tipo de conocimientos que se consideran *necesarios*, para orientar las acciones que permitan satisfacer una necesidad humana. Por ello se adopta el término de *básica*, es decir, de necesidad básica de aprendizaje⁸”.

Para el enfoque SANEBA, el concepto de *básica* no se constituye en sinónimo de “escuela básica” o “educación mínima de carácter escolar”; tampoco se refiere a lo inmediato, lo concreto o lo aplicable en el momento. En esta perspectiva, por *básica* se entiende posibilitadora, generadora de la adquisición de competencias esenciales. “Se trata de construir un conjunto de conocimientos, valores, destrezas y actitudes que sirvan de base para que el individuo siga un desarrollo más autónomo; se trata de valores, destrezas y actitudes que faciliten nuevos aprendizajes, habilidades y estrategias que permitan planificar y regular el propio aprendizaje, es decir, el aprender a aprender.” ..”La adquisición de un cierto tipo de conocimientos que permitan satisfacer necesidades humanas, se denomina necesidad básica de aprendizaje”.

Siguiendo el razonamiento de los autores mencionados en el ámbito del planteamiento de un enfoque educativo el SANEBA, “se denomina necesidad humana a los grandes requerimientos que una sociedad demanda, para el mejoramiento de la calidad de sus habitantes, como por ejemplo la supervivencia humana, la participación en el desarrollo, y la educación libre y respetuosa⁹”. Acerca de cómo se definen las necesidades humanas, los autores citados mencionan que: “Las necesidades humanas son el resultado de la relación entre los requerimientos de una sociedad y las aspiraciones e intereses de los individuos, en un contexto cultural determinado”. En este contexto las necesidades básicas de aprendizaje se refieren a los conocimientos, destrezas, actitudes y valores necesarios para que las personas se desarrollen, mejoren su calidad de vida y sigan aprendiendo”.

Para la determinación de las necesidades básicas de aprendizaje (NEBAs), que son las demandas de aprendizaje de los sujetos para resolver situaciones de su vida cotidiana, se debe tomar en cuenta los saberes acumulados de los sujetos para reforzarlos y/o modificarlos, con nuevos conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes, que se consideran necesarios para la adquisición de las competencias¹⁰.

⁸ Taborga, Celia; y Salazar, Antonio; “Orientaciones conceptuales para el Desarrollo de Actividades Educativas en Educación y Población; UNFPA, UNESCO; 1994; La Paz, Bolivia. Páginas 2 – 4.

⁹ Ibid. Página 5

¹⁰ Ibid.

Cabe aclarar que los desempeños, competencias, dominios y capacidades son los requerimientos sociales e individuales, para la solución de determinadas situaciones donde el sujeto se relaciona consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente.

2.3.1 La conformación de situaciones de aprendizaje

Para la conformación de situaciones de aprendizaje se plantean demandas, el **qué** y el **para qué** aprender. Ello significa: definir las necesidades humanas, con las respectivas competencias o capacidades requeridas para satisfacerlas; a partir de esa definición, reconocer los saberes acumulados respecto a conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes; con todo ese conocimiento, se determinan las necesidades específicas en términos de conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes que complementen o modifiquen los saberes disponibles en los sujetos. “En este proceso, se conforman climas de aprendizaje, donde se realiza un constante diálogo de saberes, que enriquece el aprendizaje y hace posible la satisfacción de necesidades de aprendizaje demandados”¹¹.

Respecto de la evaluación de los grados de satisfacción de las NEBA`s , el enfoque SANEBA propone disponer de instrumentos o formas de evaluación, para que los participantes puedan comprobar sus aprendizajes, lo que posibilitará el análisis de las respuestas para realizar nuevas propuestas de profundización de conocimientos o abordar nuevos objetivos.

Respecto a la evaluación, “el enfoque SANEBA se caracteriza por proponer sistematizaciones y evaluaciones constantes de todos los componentes del sistema y entre éstos, de tal manera que la evaluación, sea, evidentemente, un componente fundamental del proceso de satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje.

2.3.2 Desarrollo de Competencias y su Taxonomía

En el proceso de enseñanza - aprendizaje adquiere importancia la noción de *competencias*. Una *competencia* se define como “*el producto del dominio de los conceptos, destrezas y actitudes que la persona demuestra tener al lograr una ejecución donde se evidencia la adquisición integral de éstos*. Las imágenes, ideas y conceptos son las formas como nos representamos los estímulos, para transformarlos en información significativa. Las destrezas son procedimientos específicos para llevar a cabo tareas concretas. Las destrezas personales y sociales, así como las de pensamiento crítico, son en realidad destrezas para la vida. Las destrezas para la vida son las habilidades que poseen las personas para adoptar conductas adaptativas y positivas, que las capacitan para lidiar efectivamente con las demandas y los retos del diario vivir. Las destrezas de pensamiento creativo contribuyen en la toma de decisiones y en la solución de problemas al permitir que exploremos con las alternativas de las que se dispone, así como con las consecuencias, incluyendo las alternativas de acción como las de no acción u omisión y las destrezas de pensamiento crítico son la habilidad de analizar la información y las experiencias vividas en forma objetiva. Las actitudes condicionan la amplitud de nuestros pensamientos, la intensidad de

¹¹ Ibid; Página 9.

y esfuerzo con que pensamos y facilidad y frecuencia con que utilizamos las destrezas de pensamiento creativo y crítico. Cuando las actitudes son positivas, se facilitan los procesos de pensamiento, mientras que las negativas hacen que éstos sean superficiales. Como se ve, las actitudes forman parte del componente afectivo del pensamiento.”¹²

La taxonomía consiste en la “determinación de categorías generales y específicas que tratan de abarcar todos los resultados posibles del proceso de aprendizaje. Se basa en la posibilidad de que los resultados que se desean de la educación, puedan ser descritos con más propiedad a través de los cambios en la conducta y respuesta de los estudiantes”.¹³

El mencionado autor considera seis categorías para la clasificación del dominio cognoscitivo que van de lo más simples a lo complejo: conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación. En términos pedagógicos, el dominio de las tres primeras categorías: conocimiento, comprensión y aplicación son responsabilidad del diseño de la currícula o programa así como de las técnicas utilizadas en el proceso de enseñanza - aprendizaje. Mientras que las siguientes: análisis, síntesis y evaluación constituyen el patrimonio intelectual del sujeto participante, ya que son consecuencia de las anteriores, su manejo y dominio permite el incremento y enriquecimiento de la información y conocimientos del acervo cultural y científico. Esto significa que el sujeto está en condiciones de crear o investigar y solucionar problemas.

Para el dominio se hace hincapié en las reacciones emotivas, en los sentimientos que se verifican a través de los intereses, actitudes, apreciación y métodos de adaptación de los individuos.

En el dominio psico motor están incluidos los objetivos relacionados con los procesos sensoriales y motores que se reflejan en compartimientos observables a través de la ejecución de las habilidades destrezas que sugiere el individuo para su mejor desempeño en su medio. Los niveles son los siguientes: percepción, disposición, respuesta dirigida, automatismo y respuesta explícito-manifiesta.

El autor que se está citando aclara que la puesta en práctica, primero por separado y luego combinándolas, las taxonomías constituyen la estructura pedagógica que permite el aprendizaje desde el punto de vista del desarrollo integral de las personas.

¹² Gamboa Miriam, Gonzáles Rolando, Molina M.arcela, Casal Adela., Michel Elizabeth, y Barral Ruth.; “*Propuesta de la Transversal Salud a la Reforma Educativa para la Incorporación de Aspectos de Salud en la Currícula Escolar*”; Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nal. de Salud; La Paz, Bolivia; 1997; Página 6.

¹³ Castro, Fernando; “*Técnicas y Estrategias para Optimizar el Proceso de Enseñanza – Aprendizaje*”; 1995; Cochabamba, Bolivia

2.4. EL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y LA FAMILIA

El desarrollo sano del niño o niña y su aprendizaje se refuerza durante el proceso de socialización de la familia, también en la comunidad en la cual se desenvuelve hasta ser adulto.

El medio ambiente físico y social en el que crece el niño o niña está compuesto por los pequeños círculos de relaciones sociales en los cuales se desenvuelve, acompañado por su mamá, papá y familiares; por círculos más amplios, como los de vecindad, escuela, club, en los que participa cuando es adolescente, y por aquellos más generales, como las organizaciones de la comunidad multicomunales, de distrito o mayores, a los que se vincula cuando es adulto.

En estos círculos a través de su organización y dinámica, se reproducen los modelos de costumbres tradicionales, experiencias y conocimientos respecto a la salud que pueden ser aplicables en su vida cotidiana que permitirá el desarrollo de la comunidad.

La familia reproduce estas prácticas como parte de la cultura de la población. Muchas son de riesgo, sobre todo en la provisión de agua segura, inocuidad de los alimentos de la vivienda. Son conductas a modificar. Otras son positivas, como las relaciones con el cuidado de la alimentación, la identificación de señales de peligro en niños - niñas y en mujeres gestantes.

2.5. ABORDAJE SOBRE EL TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social ha sido definido por la Carrera de Trabajo Social, “como una disciplina de las Ciencias Sociales abocado al conocimiento de y la explicación científica del Problema social vinculado a las necesidades sociales, y a la formulación de alternativas que coadyuve a su prevención y resolución utilizando para ello métodos investigativos y de intervención de carácter individual y colectivo, que se concretizan en las funciones de Asistencia, Educación, Gestión; Organización e Investigación Social”¹⁴.

A partir de esta consideración se debe dejar establecido que la Práctica Profesional integra procesos de intervención que se constituyen en un conjunto de procedimientos articulados por fines, objetivos y funciones de la profesión, así como por aquellos propósitos que tienen que ver más bien con delimitaciones propias de los espacios en los que los trabajadores sociales desarrollan su quehacer profesional.

Entre los aspectos más relevantes de la práctica profesional que realiza un trabajador social a continuación señalaremos características que lo cualifiquen y diferencien de otras prácticas profesionales sin olvidar sus semejanzas.

El Trabajo Social se afirma como profesión integrada al sector público, en la progresiva ampliación del control del ámbito de acción del Estado junto a la sociedad civil. Se vincula

¹⁴ Universidad Mayor de San Andrés UMSA; Carrera de Trabajo Social; Plan Académico 2999 – 200” ; UMSA; 1999; La Paz, Bolivia; Página 53.

también a organizaciones privadas de carácter empresarial, dedicadas a las actividades productivas propiamente dichas y a la prestación de servicios sociales para la población. En tal sentido se consolida la profesión como parte integrante del aparato estatal y de la empresa privada y el profesional como un asalariado al servicio de las mismas.

En este marco de análisis es importante rescatar lo que sostiene Marilda Llamamoto en relación a las relaciones sociales que se desarrollan en el contexto institucional donde la relación de asalariado del trabajador social ha sido y es encubierta por la propia visión humanista que hace aparecer al Trabajo Social como sacerdocio, como actividad benevolente y sin el carácter específico determinado por su inserción en el proceso técnico y social del trabajo.

En tal sentido la reflexión sobre las condiciones institucionales revela al Trabajador Social como subordinado en el proceso de decisiones, desempeñando en su gran mayoría funciones de ejecución y no de decisión, pero no obstante a esta situación sin poder de decisión a nivel global, él manipula pequeños recursos para reforzar su propio poder personal en las relaciones con los usuarios o clientes, lo que demuestra que la relación de poder legitimada por la relación personal permite destacar de manera mucho más clara el carácter ideológico de la actuación profesional.

Según Vicente Paula Faleiros “La intervención profesional en las instituciones estatales y/o privadas, lleva a una calificación de los usuarios de los servicios que éstas prestan, aunque dicha calificación está previamente determinada por las Políticas Sociales y es frente a estas políticas, que la población reacciona, cuestionando directa o indirectamente la prestación de los servicios sociales, con organizaciones que proponen alternativas a la intervención del Estado y con resistencias cotidianas que burlan la aplicación de las normas o criterios pre-establecidos para aceptar la clientela”.¹⁵

La especificidad de la disciplina está relacionada con funciones que como ejercicio de una profesión se desarrollan, entendiéndose como funciones, de acuerdo a Ezequiel Ander Egg, “la acción y ejercicio propio de este campo profesional” las mismas que podrían clasificarse en dos categorías principales:

- Funciones compartidas
- Funciones específicas

Que son ejercidas tanto en el sector público, como en el voluntario (asociaciones, fundaciones, obras sociales) o el privado. Así como en los sectores intermedios: voluntario con fines públicos, o voluntario con fines privados”¹⁶.

¹⁵ Faleiros Vicente: Política Social en la Teoría del Trabajo Social Ed. Humanitas; 1982 Buenos Aires, Argentina. pagina 117

¹⁶ ANDER Egg, Ezequiel; “Introducción al Trabajo Social”; Editorial Lumen Humanitas; 1996; Páginas 73 – 76.

Las funciones compartidas, que se realizan con otras profesiones, en el sentido de que no son específicas o exclusivas del Trabajo Social son de dos tipos:

- Implementador de Políticas Sociales.
- Educador Social Informal y Animador - Promotor.

Las actividades que se realizan en la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos referidos a los derechos reconocidos legalmente, integran la función de **implementador de políticas sociales**. Se trata de los medios e instrumentos que dispone la sociedad que a través de los organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias. Comprende la distribución y prestación de bienes y servicios con fines de asistencia, socorro, prevención, rehabilitación y/o promoción, pero que es necesario concretar, realizar e implementar en la “primera línea de fuego” en contacto y trabajo directo con la gente. Y aquí está lo específico del Trabajo Social, sin que ello obste para que algún trabajador social en concreto pueda participar en la formulación de la política social.¹⁷

La función de educador y de animador – promotor que se le atribuye al trabajador social, no es una función propia o específica de esta profesión ni de ninguna otra; se trata de una cualificación necesaria para la práctica de esta profesión y de otras también. Esta función de educador y de animador – promotor, en cierta medida está presente en casi todas las funciones de implementación de políticas sociales.

Las funciones específicas, Ander Egg las resume en las siguientes:

- Consultor – asesor – orientador – consejero social.
- Proveedor de servicios sociales.
- Informador – agente de remisión de recursos y servicios.
- Gestor – intermediario entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.
- Investigador y diagnosticador de problemas sociales.
- Identificador de situaciones problemas y recursos.
- Planificador, programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida.
- Administrador de programas y servicios sociales
- Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos materiales y financieros.
- Ejecutor de programas, proyectos sociales, actividades de atención, ayuda y apoyo.
- Evaluador de necesidades, servicios, programas y de su propia intervención social.
- Reformador de instituciones – activista social.
- Educador social informal.

¹⁷ Ibid.

- Animador – facilitador - movilizador – concientizador.

Para el desarrollo y realización de estas funciones, los trabajadores sociales llevan a cabo un conjunto de tareas o acciones específicas.

2.5.1. Acerca del Rol del Trabajador Social

Ander Egg destaca la complejidad del análisis acerca del rol o roles del trabajador social.

Explica que todo *rol* supone una complementariedad: el rol de padre conlleva el de hijos, el rol de profesor el de alumno, etc. Se podría esperar que al rol de Trabajador Social podría corresponderle el de usuario; sin embargo la expectativa de roles del Trabajador Social es bastante difusa. La mera aparición y desarrollo de una profesión no produce automáticamente una expectativa de roles.

El autor que se tomó como referente para este punto indica que existe una especie de contradicción en los roles que desempeña el Trabajar Social. Ya que él tiene un rol profesional múltiple, no definido claramente, al mismo tiempo por la índole misma de su trabajo, asume roles parciales de otros campos profesionales de actuación tales como: los de pedagogo, administrador, psicólogo, investigador, planificador, etc.; razón por la cual es difícil establecer e identificar el perfil y identidad profesional del mismo.

3.1. CONTEXTO NACIONAL

El análisis del contexto en el que se enmarcó la sistematización, se centrará en el abordaje de la problemática de salud de los niños y niñas menores de 5 años, a nivel nacional.

3.1.1. SITUACIÓN DE SALUD DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Bolivia tiene aproximadamente 8,3 millones de habitantes, de los cuales el 62% viven en el área urbana.

La población menor de cinco años corresponde al 11% y la menor de un año es el 2,6% de la población total. La tasa de fecundidad global de 4,4 hijos por cada mujer¹⁸.

Los resultados del Censo 2001 muestran una tasa de crecimiento de la población, en el período 1992-2001, de 2,7%.

Los mayores incrementos poblacionales se están produciendo en el área urbana, a un ritmo de crecimiento anual de 3,6% en tanto que en el área rural el crecimiento no pasa del 1,4% anual. Uno de los factores que inducen a este desequilibrio es la migración, no siempre acompañada de una oferta de servicios de salud y educación que satisfaga la creciente demanda como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 1
acceso de servicios básicos (en porcentajes)

ACCESO A SERVICIOS	TOTAL	URBANA	RURAL
Agua por cañería	62,3	82,9	29,6
Servicio sanitario	42,8	82,4	33,1
Energía eléctrica	55,5	89,4	24,7
Servicios de salud*	62,1	69,0	45,5

Fuente: INE- Censo de Población y Vivienda, 2001

Bolivia es uno de los países más pobres de Latinoamérica, condición que afecta a la calidad de vida de una alta proporción de sus habitantes.

Según el Mapa de Pobreza 2001, la población en condición de pobreza, medida por el método de Necesidades Básicas Insatisfechas, alcanza al 58,6%, habiendo disminuido 12,3.

¹⁸ INE, Censo de Población y Vivienda, 2001.

Se verifica un cierto avance, el nivel actual es equivalente al promedio de la región de hace veinte años.

Lo más serio es que la brecha entre la pobreza urbana (39%) y rural (91%) continúa siendo extremadamente grande¹⁹, para la mayor parte de la población rural e indígena, manteniéndose una fuerte relación entre esta condición y la situación de exclusión y pobreza. En las áreas urbanas, alrededor del 24% de las personas se identifican con las culturas quechuas o aymaras, en tanto que las zonas rurales el 43,6% lo hace con los quechuas y el 23,7% con los aymaras.

Una de las características negativas de la situación económica y social del país es el crecimiento del desempleo abierto. La tasa de desempleo urbano en 1999 era de 6,27% y en 2001 ha ascendido a 7,5%. Este problema afecta principalmente a mujeres, quienes presentan una tasa de desempleo abierto de 9,7%²⁰.

La situación de los ingresos en el país se ha deteriorado, pues mientras en 1999 el ingreso promedio mensual de los ocupados era de Bs. 654,60, en 2001 bajó a Bs. 603,84. La diferencia salarial entre hombres y mujeres es de casi el doble.

Las dificultades para generar empleo e ingresos apropiados, el reducido acceso a servicios básicos, sumados a las condiciones de exclusión y marginalidad, principalmente de la población rural, impiden asegurar condiciones de vida adecuadas para gran parte de la población, afectando de manera especial a los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

La situación de salud de la niñez se caracteriza por sus elevadas tasas de mortalidad. Según los datos preliminares de la ENDSA 2003, de cada 1000 niños que nacen en Bolivia, 75 mueren antes de llegar a la edad de cinco años, 54 mueren en el primer año y, de éstos, 27 mueren antes de cumplir los 28 días. Dos tercios de las muertes de niños y niñas que ocurren en los primeros 28 días corresponden a las muertes en la primera semana de vida²¹.

Entre 1989 y 2003, la mortalidad neonatal ha disminuido en un 21%, la infantil en un 36% y la de la niñez en un 54%.

Esto significa que a pesar de la tendencia regresiva de la mortalidad, las intervenciones neonatales tradicionales son las menos efectivas, sobre todo en las áreas rurales del país, como se observa en el siguiente gráfico.

¹⁹ INE, Mapa de Pobreza, 2002.

²⁰ INE, Encuesta de Hogares MECOVI, 2001.

²¹ SAVE TEHE CHILDREN "El Estado de los Recién Nacidos en Bolivia, 2001".

gráfico N° 1

tendencia de los indicadores de mortalidad en la niñez, infantil y neonatal

Las tres principales causas médicas de muerte en niños y niñas menores de 28 días son infecciones, que suman 32% de todas las muertes, trastornos relacionados a la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer (TRDCG y BP), correspondiente al 30%, y los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (TREPP), que en su mayoría corresponden a asfixia, con un 22%²², ver gráfico siguiente.

²² OPS/OMS. Estudio de Causas de Mortalidad Hospitalaria. La Paz, Bolivia (en prensa), 2001

gráfico N° 2

causas de muertes en menores de cinco años

Estas causas no son médicas en esencia ya que guardan estrecha relación con factores inherentes al medio donde se desenvuelven las madres, mismas que por su propia condición socioeconómica enfrentan una serie de situaciones críticas que generan problemas durante el embarazo, el parto y el puerperio, sumándose a estos hechos los factores culturales que limitan a las mujeres embarazadas a acceder a los servicios de salud institucionalizados, recurriendo tan sólo cuando se presentan complicaciones durante el alumbramiento o después del mismo.

gráfico N° 3

mortalidad por subgrupos de edad en Bolivia

La prevalencia de diarrea en menores de cinco años es del 22,4% y la de neumonías es de 25,8%²³. Según los datos de ENDSA 2003, ante un episodio de tos con respiración rápida, sólo el 49% de los familiares buscó asistencia médica.

El conocimiento de las madres acerca de la administración de sales de rehidratación oral (SRO) ante un evento de diarrea es del 79% a nivel nacional, con diferencias significativas según la instrucción de la madre (97% con nivel de instrucción medio o más contra el 61% sin instrucción) y lugar de residencia (urbana 85% y rural del 70%).

Sólo el 51% de las madres reconoció que debe dar mayor cantidad de líquidos y una alimentación adecuada durante los episodios de diarrea, el resto consideró erróneamente que el/la niño/a debía recibir menos cantidad de líquidos y alimentos²⁴.

El 30% de los niños/as que consultaron por diarrea recibió SRO, el 75% recibió además instrucciones para soluciones caseras y un 63% información para aumentar el consumo de líquidos en el hogar²⁵.

Las enfermedades inmuno prevenibles han cumplido las metas de cobertura esperadas y se ha mejorado la captación para la tercera dosis de Polio (84%) y de DPT (92%) en menores de un año. A partir del año 2000 se ha incorporado la vacuna pentavalente, para este grupo de edad, cuyas coberturas han sido incrementadas paulatinamente.

²³ ENDSA, 2003.

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ *Ibíd.*

Gráfico N° 4

DESNUTRICIÓN EN MENORES DE TRES AÑOS BOLIVIA

La desnutrición y la anemia siguen presentes en esta etapa de la vida, aunque los casos graves son menos frecuentes, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas son menos frecuentes; pero siguen siendo importantes.

Pese a que en el Sistema Nacional de Información en Salud, SNIS, no tiene datos de violencia ejercida contra niñas y niños, por información proveniente de otras fuentes, se sabe que los casos de violencia intrafamiliar contra menores son frecuentes, llegándose inclusive a la muerte de la víctima.

La mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, pese a la reducción habida en los últimos años, muestra grandes brechas entre áreas urbanas y rurales, sin embargo en los departamentos de Oruro y Potosí es mayor si las madres son mujeres sin educación y cuyo espaciamiento intergestional es menor a dos años.

La mortalidad de los recién nacidos en el primer mes de vida comienza a cobrar importancia, pues cada vez mueren menos niños por encima de esa edad. La mitad de los niños y niñas que fallecen antes de cumplir un año de edad son recién nacidos que no han alcanzado el primer mes de vida.

El sistema salud atraviesa por un momento crítico que puede determinar su colapso a corto plazo y se manifiesta de manera general en una grave situación de exclusión en salud y de manera específica en los siguientes aspectos:

- Rectoría débil.
- Fragmentación del sistema de salud.
- Escasa capacidad de gestión.
- Escasez e inadecuada dotación de recursos humanos.
- Segmentación del sistema.

- La inexistencia de un modelo de atención intercultural.
- Aseguramiento público.

El empleo de buenas prácticas de programación no constituye en sí mismo un enfoque basado en los derechos humanos, ya que éste requiere elementos adicionales.

A continuación se enumeran los elementos necesarios, específicos y únicos de un enfoque basado en los derechos humanos:

- Mediante la evaluación y el análisis se individualizan las demandas de los titulares de derechos en materia de derechos humanos y las correspondientes obligaciones en materia de derechos humanos de los titulares de deberes, así como las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la no vigencia de los derechos.
- Los programas evalúan la capacidad de los titulares de derechos de exigir sus derechos, y la de los titulares de deberes de cumplir con sus obligaciones. Posteriormente, elaboran estrategias para aumentar esa capacidad.
- Los programas vigilan y evalúan tanto los resultados como los procesos guiados por las normas y principios de los derechos humanos.
- La programación asimila también las recomendaciones de los organismos y mecanismos internacionales de derechos humanos.

Además de ello, resulta esencial que:

- Se reconozca a las personas como los protagonistas principales de su propio desarrollo, en lugar de verlas como receptores pasivos de productos y servicios.
- La participación es tanto un medio como un fin.
- Las estrategias potencian.
- Se supervisan y evalúan tanto los resultados como los procesos.
- En los análisis se tienen en cuenta a todas las partes interesadas.

¿Qué es AIEPI y qué propone su componente comunitario?

La estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI) es un conjunto integrado de acciones curativas, de prevención y la promoción, que se brindan tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad. Además se constituye en

una metodología de trabajo dirigido a la atención del niño menor de cinco años, cuyas prácticas van dirigidas específicamente a reducir el riesgo de la morbilidad y mortalidad de niños y niñas menores de cinco años .

Los contenidos del AIEPI se centran en prácticas familiares claves, en las que se hace referencia a la detección oportuna de las señales de peligro de muerte, identificación de enfermedades prevalentes, la prevención y la promoción para el cuidado y atención de los niños y niñas que incluyen 16 prácticas para el grupo etéreo, enfatizando al menor de 2 años, por su alta vulnerabilidad a los problemas de salud, crecimiento y nutrición.

En los servicios de salud, para la detección oportuna y el tratamiento eficaz en el hogar y la comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables necesarias para el cuidado del niño – niña y de la mujer gestante.

La estrategia tiene tres componentes orientados a:

- a) Mejorar las habilidades del personal de salud.
- b) Mejorar los sistemas y servicios de salud.
- c) Mejorar los conocimientos y prácticas de las familias y de la comunidad.

Para un logro eficaz de todas estas acciones es importante la coordinación y el trabajo en equipo de todos los actores sociales que a continuación se presentan de forma esquemática.



Las acciones que contempla el Ministerio de Salud y Deportes para la implementación del AIEPI tanto en el hogar y la comunidad son:

- Una atención integral del niño o niña menor de 5 años.
- Promociona las prácticas claves para el cuidado de los niños/ y niñas menores de 5 años.
- Ayuda a que los niños y niñas crezcan y desarrollen sus potencialidades.
- Recoge información comunitaria de la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años.
- Fortalece la relación entre la comunidad y los servicios de salud.

PRACTICAS CLAVES EN LA IMPLEMENTACION DEL AIEPI

Las prácticas claves son 16 prácticas, acciones que van dirigidas a mejorar la salud y nutrición de los menores de 5 años en el hogar y la comunidad.

Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental:

Práctica 1: Hay que alimentarlos solo con leche materna hasta los 6 meses de edad. Si la madre es portadora de VIH/SIDA, hay que ofrecerle otro tipo de lactancia para su bebé.

- La LECHE MATERNA es un alimento perfecto. Es el único que protege al niño o niña contra muchas enfermedades, ayuda a que crezca sano y fuerte.
- El niño o niña debe tomar el pecho materno 10 o más veces tanto en el día como en la noche.
- El bebé no debe tomar agua, jugos o mates, la leche materna quita la sed.
- El niño o niña debe tomar el pecho materno cada vez que tenga hambre o sed sin horario.
- Cuando el bebé mame con mayor frecuencia al día, más leche tendrá la mamá, porque la succión estimula la producción de leche.
- Es importante que la mamá se alimente bien durante el periodo de lactancia, además tome mucho líquido y esté tranquila para poder generar mayor cantidad de leche.
- Mientras la mamá da de lactar al niño o niña debe acariciarlo, hablarle y cantarle, ya que con estas actividades se estimula y socio afectivo el desarrollo cognitivo del mismo.

En caso de que el bebé tenga problemas al momento de lactar, la mamá debe conversar con la promotora de salud para que la oriente respecto a las posiciones correctas y el buen agarre del pezón.

Práctica 2: A partir de los 6 meses hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad.

- A partir de los 6 meses el niño o niña debe comer **papillas espesas de cereal** y verduras como ser: zapallo, zanahoria y otros.
- El niño o niña a partir de un año debe comer una buena ración de la olla familiar, primero el segundo y luego la sopa.

- El niño o niña debe comer 3 veces al día: desayuno, almuerzo y cena, y tomar dos refrigerios entre las comidas: fruta, leche, pan, mazamorra y otros.
- Los alimentos deben ser frescos y variados, de preferencia productos de la región y de la estación.
- Los niños y niñas deben comer la **misma cantidad** de alimentos, en su respectivo plato.
- El niño o niña debe continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad para un mejor crecimiento, además prevenir enfermedades.

Si el niño o niña no quiere comer y esta bajo de peso se lo debe llevar inmediatamente al centro de salud.

Práctica 3: Los niños y niñas menores de 5 años de edad deben consumir alimentos ricos en **vitamina A, zinc y hierro**. En caso que sea insuficiente se debe recurrir al centro de salud para que se lo administre como suplemento.

- La **vitamina A** es una sustancia que se encuentra en algunos alimentos y sirve para el buen estado de la piel, los intestinos y los ojos protegiéndolos de la ceguera, algunas infecciones especialmente de la diarrea y la neumonía porque aumenta las defensas del organismo.
- El **hierro** es un mineral que forma parte de la sangre y es muy importante para el correcto funcionamiento del organismo, forma la sangre y lleva el oxígeno a todas las células del cuerpo. El hierro ayuda en el rendimiento físico y mental.
- Si el niño o niña se enferma con frecuencia, se lo debe llevar al centro de salud para que lo examinen.

Práctica 4: A los niños y niñas se debe brindar mucho cariño y afecto, ya que ello favorecerá un desarrollo óptimo.

- Los niños y niñas necesitan **mucho cariño y ser estimulados** para desarrollar su inteligencia y sus habilidades, razón por la cual los padres deben jugar, conversar y acariciar a sus hijos en todo momento. Además es importante que les enseñen prácticas de higiene personal y alimentación.

- Hay que hacerles los controles en el establecimiento de salud para ver si su crecimiento y desarrollo son normales.
- Si el niño o niña tiene problemas en su desarrollo se debe recurrir al centro de salud.

PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Práctica 5: Hay que llevarlos al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas necesarias antes de cumplir 1 año.

- Todos los niños y niñas deben recibir las vacunas necesarias para prevenir enfermedades graves o mortales.
- Las vacunas se ponen en dosis de acuerdo a la edad del niño o niña.
- Al cumplir el primer año de vida, el niño o niña debe haber recibido todas las vacunas para prevenir las enfermedades.
- Algunas vacunas pueden causar un poco de dolor, malestar y fiebre después de su aplicación; por esa razón es importante conversar con los padres respecto a las molestias para evitar susceptibilidades.
- En casos donde los niños y niñas no tengan la dosis completa de vacunas se les debe al centro de salud más cercano.

Práctica 6: El espacio donde se desenvuelven los niños debe estar limpio, sin heces y sin basura, al igual que los utensilios que se utilizan para preparar sus alimentos. También es importante que los niños y niñas se laven las manos antes de consumir los alimentos y en lo posible consumir agua hervida.

- Las diarreas y parásitos se producen por la falta de higiene y de saneamiento: basura, baños sucios, agua contaminada. Estas enfermedades retrasan el crecimiento de los niños y niñas y pueden causarles la muerte.
- Es importante **lavarse siempre las manos con agua y jabón** antes de preparar los alimentos, comer y después de ir al baño.
- Se debe tomar **agua hervida o clorada**, para clorificar el agua se debe añadir 2 gotas de lejía por cada litro y esperar media hora antes de consumirla.
- Los alimentos y depósitos de agua deben mantenerse tapados para evitar la contaminación.

- Se deben mantener **las letrinas o baños limpios** en lo posible se debe limpiar con lejía todos los días y echar los papeles en un depósito con tapa. En caso de no contarse con letrinas, se hacen las necesidades en un hueco lejos de la casa y cubrirlo con tierra.
- La **basura** debe mantenerse **fuera de la casa** y enterrarla lejos en caso de que no exista servicio de recojo de basura.

Si el niño o niña tiene diarrea o deshidratación, se lo debe llevar al centro de salud más cercano.

Práctica 7: A los niños y niñas que viven en zonas de malaria y dengue se los debe proteger de los zancudos y mosquitos con ropa adecuada, mosquiteros y insecticidas.

- La malaria o paludismo es una enfermedad transmitida por la picadura de un zancudo enfermo que vive en acequias, pozos, charcos de agua estancada.
- Los zancudos pican al aire libre y entran a las casas durante la tarde y la noche.
- A la hora de dormir se debe usar **mosquiteros** tratados con insecticidas varias horas antes de dormir, además la ropa que se usa debe cubrir brazos y piernas. Las puertas y ventanas de las casas deben ser protegidas con mallas milimétricas.
- Se debe *drenar y limpiar las acequias*, también tapar los charcos con tierra y piedras. Los depósitos de agua deben conservarse tapados.
- En caso de fiebre lo más recomendable es hacerse un examen de sangre (gota gruesa) para detectar la enfermedad.

Práctica 8: Los padres de los niños y niñas deben asumir actitudes responsables respecto al cuidado de su cuerpo para evitar la infección del VIH/SIDA. Las madres gestantes y los niños y niñas infectados con VIH/SIDA, tienen derechos y deben recibir atención, cuidados, orientación adecuada y oportuna.

- El SIDA es una enfermedad producida por un virus llamado VIH, que *ataca las defensas* del cuerpo hasta dejarnos indefensos frente a cualquier enfermedad.

- El VIH/SIDA se puede transmitir por *relaciones sexuales sin protección*, con personas portadoras del virus; por vía sanguínea: transfusión o contacto con sangre infectada.
- El VIH/SIDA se puede transmitir *de la madre al hijo* durante el embarazo y el parto.
- Para protegerse y evitar el contagio se recomiendan prácticas sexuales seguras: *abstinencia, pareja única, uso correcto de preservativos*.
- Asimismo es recomendable evitar todo *contacto con sangre infectada*: transfusiones, tatuajes, uso de navajas o jeringas usadas.
- Es importante detectar y *curar a tiempo las enfermedades de transmisión sexual*, ya que son una “puerta abierta” para el virus del SIDA.

Toda persona con VIH o SIDA, especialmente los niños y niñas tienen derecho a recibir atención, orientación y apoyo oportuno en el centro de salud, en absoluta reserva.

ATENCIÓN ADECUADA EN EL HOGAR

Práctica 9: Cuando el niño o niña está enfermo debe recibir la alimentación de siempre y más líquidos.

- Si el bebé está enfermo y es *menor de 6 meses*, se les debe dar de lactar con mayor frecuencia.
- Si el bebé está enfermo y es *mayor de 6 meses*, su alimentación debe ser la habitual, además consumir más líquidos.
- Si es posible, se debe aumentar la frecuencia y el número de raciones hasta que el niño o niña se recupere.

Si el bebé no quiere mamar, se debe llevar al centro de salud.

Práctica 10: El niño o niña debe recibir los cuidados y el tratamiento apropiado durante su enfermedad.

- Algunas infecciones leves del niño o niña pueden curarse en la casa.
- Cuando el niño o niña presente *diarrea* deben consumir abundante líquido de preferencia *leche materna o sales de rehidratación oral (sro)* (1 sobre en 1 litro de agua hervida fría).
- En caso de no contar con SRO se puede preparar el suero casero: con 8 cucharaditas de azúcar y una de sal, al ras, en 1 litro de agua hervida fría. Darles el líquido poco a poco para que no vomiten.
- Cuando se presenta fiebres se debe poner *paños de agua tibia* sobre la frente, la barriga y las axilas y evitar las corrientes de aire.
- Para LOS RESFRÍOS:
 - Si existe presencia de flemas y tos se debe tomar *leche materna o agua tibia* con mayor frecuencia.
 - Si tiene la nariz tapada poner gotitas de agua tibia con un poco de sal.
- Se debe evitar dar jarabes y otros remedios que el médico no ha recetado.

Si el niño o niña no mejora con los remedios caseros, se lo debe llevar al centro de salud inmediatamente.

Práctica 11: Se debe evitar el maltrato físico y psicológico de los niños y niñas. En caso de que esto ocurra se debe recurrir a las autoridades pertinentes.

- El abuso o maltrato se puede definir como toda conducta que causa daño físico, psicológico, sexual o moral a otra persona. Los niños y niñas y las mujeres son las principales víctimas de abuso o maltrato.
- El descuido o abandono significa dejar a los niños y niñas y a las mujeres sin apoyo, orientación o atención cuando lo necesitan.

- El maltrato y el descuido se pueden evitar ORIENTANDO A LOS PADRES para que tengan una RELACIÓN RESPETUOSA entre ellos y con sus hijos, busquen la solución o los conflictos a través del *diálogo y eviten el castigo* físico (golpes) o psicológicos (gritos e insultos) a los hijos.
- Los padres deben evitar las situaciones que den pie al abuso o maltrato: *el alcoholismo* es una de las principales causas de maltrato y abuso infantil y de la mujer.
- Todo lo anterior mente mencionado se puede evitar *conversando con los niños y niñas para detectar* situaciones de *maltrato* y referir los casos para que se tomen las medidas adecuadas.

Si se conoce casos o detecta signos de maltrato o abuso, refiera el caso a las Defensorías del Niño, a la policía o al centro de salud.

Práctica 12: El papá debe participar activamente, al igual que la mamá, en el cuidado de la salud de los niños y en las decisiones sobre la salud de la familia.

- Las decisiones y el cuidado de la salud de los niños y niñas y de las mujeres gestantes deben ser una *responsabilidad compartida* entre el varón y la mujer.
- *Los alcaldes* pueden ayudar a que *los varones participen más activamente en el cuidado de sus hijos* y la salud de la familia, tratando este tema en diferentes reuniones o visitas que realice a las comunidades o asentamientos humanos, y siempre que puedan en alocuciones sobre las necesidades y los problemas de los niños, varones y mujeres.
- Los alcaldes deben proponer a los padres que experimenten *nuevos roles* de apoyo en el hogar como cocinar para su familia, encargarse del lavado de manos de sus hijos antes de comer, cuidarlos cuando están enfermos.
- Pueden también *motivarlos sobre* la importancia de tomar ciertas en *decisiones forma compartida* con la mamá para beneficio de los niños o niñas y de toda la familia, como por ejemplo: llevarlos a los controles de salud, a que les vacunen a

sus hijos y busquen atención médica cuando sea necesario, planificar su familia para no poder en riesgo a la mujer y a la familia con partos de riesgo y con hijos que no serán atendidos adecuadamente.

Si el papá no participa con responsabilidad en las tareas de salud de su familia los que sufren son los hijos.

Práctica 13: A la familia y principalmente a los niños y niñas que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes.

- Hay accidentes y lesiones que no ocurren por casualidad o mala suerte, sino por **falta de conocimientos y descuido** de los adultos.
- Los niños y niñas pequeños están descubriendo el mundo, por eso tienen curiosidad por tocar y probar todo lo que ven. Esto es bueno y normal, pero los ponen permanentemente en situaciones de riesgo.
- La tarea de los padres y adultos en general es **controlar el riesgo para evitar el daño**. Esto se puede lograr con:
 - **Una casa segura:** recomendaciones dejar fuera del alcance de los niños y niñas objetos y productos peligrosos como fósforos, velas encendidas, ollas calientes, herramientas cortantes, productos tóxicos, cables eléctricos. Si hay niños o niñas pequeños, poner protección (reja, baranda) en los lugares de donde se pueden caer.
 - **Cuidados fuera de la casa:** recomiende cubrir con tapas pesadas los pozos o depósitos de agua donde puedan caer ahogarse, no dejarlos jugar en la maleza donde puedan haber animales peligrosos y no dejarlos cruzar solo las calles o caminos en los que puede haber peligro.

En caso de accidentes o lesión se debe llevar al niño al centro de salud. Si no se tienen conocimientos de primeros auxilios, es mejor no hacer ni darle nada que le pueda causar más daño.

SOBRE LA BÚSQUEDA DE AYUDA FUERA DEL HOGAR

Práctica 14: Es necesario e importante saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención oportuna del personal de salud.

- Hay enfermedades que necesitan ***atención fuera del hogar*** para evitar daños graves o la muerte. Estas enfermedades se anuncian por ***señales de peligro***, que es necesario reconocer para saber cuándo ***buscar ayuda en el establecimiento de salud***.
- ***Señales de peligro de muerte:*** el recién nacido no quiere mamar, no quiere despertar, le dan “ataques” o convulsiones, respira agitado y con ruidos, tiene el ombligo rojo, con pus y mal olor.
- ***Señales de peligro de deshidratación:*** el niño o niña tiene diarrea muchas veces al día, a veces con sangre, moco y acompañadas de vómitos. Lloro sin lágrimas, orina poco, tiene la boca seca y los ojos hundidos. No mama o no quiere comer. No se mueve normalmente y no despierta.
- ***Señales de peligro de neumonía:*** el niño o niña respira rápido, agitado; cuando respira se queja y hace ruidos, se le hunde el estómago y se le ven las costillas.
- ***Señales de peligro de enfermedad febril:*** el niño o niña está muy caliente, se pone rojo, suda y respira agitado. Tiene cualquier tipo de sangrado: en la orina, en las heces, manchas rojas, como moretones, en la piel.

Cuando aparece cualquiera de estas ***señales de peligro***, se debe llevar inmediatamente al niño enfermo al centro de salud.

Práctica 15: Se debe cumplir el tratamiento y los consejos a seguir del personal de salud como ser la referencia a otros centros especializados.

- Cuando el niño o niña enfermo es atendido en el establecimiento de salud, los padres deben ***cumplir todas las recomendaciones del personal de salud*** para que se recupere rápidamente.

- Si el personal de salud refiere a otro centro de *salud especializado*, para su respectiva atención y tratamiento los padres deben llevarlo sin demora.
- Cuando el niño o niña regresa a casa después de ser atendido, los padres deben cumplir y seguir todas las indicaciones dadas por el personal de salud, es decir, completar el tratamiento indicado aunque el niño o niña ya se sienta mejor. no se le debe dar remedios que el médico no haya recetado y se debe seguir con la alimentación habitual
- Los padres deben estar siempre atentos a las señales de peligro que presentan los niños y niñas como se señala en la práctica 14, para su atención oportuna en el centro de salud.

Si hay nuevas señales de peligro, se deber llevar nuevamente al niño al establecimiento de salud.

Práctica 16: La mujer embarazada tiene que recibir controles, vacuna antitetánica y orientación alimentaría. Debe también recibir apoyo de su familia y de la comunidad al momento del parto, después del parto y durante la lactancia.

- Toda *mujer embarazada* necesita *apoyo de* su familia y de la comunidad, necesita *cuidados y atención* durante el embarazo, parto y post parto y durante la lactancia.
- Los *controles prenatales* son importantes para controlar la salud de la madre y el crecimiento y desarrollo del bebé desde la concepción. La mujer debe acudir al establecimiento de salud para hacerse un control mensual desde el inicio del embarazo.
- En los controles prenatales la madre recibe examen médico y dental, examen de sangre, orina, control de peso y de presión, vacuna antitetánica, suplemento de hierro, control de cáncer, orientación sobre alimentación adecuada, preparación para el parto y la lactancia, cuidados del bebé y planificación familiar.
- Los *embarazos de riesgo* que necesitan especial y atención, como en el caso de las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años, las que tiene más de 4 hijos o

partos muy seguidos o las que consumen licor, drogas o medicamentos no recetados

- Las *señales de peligro* durante el embarazo, como dolores de cabeza, fiebre, vómitos continuos, hinchazón de cara, manos, pies y piernas; pérdida de líquidos o sangre por sus partes; ardor al orinar o si el bebé no se mueve o está atravesado, necesitan una atención oportuna por personal especializado del centro de salud.

Si el embarazo es de riesgo y si se presenta cualquiera de las señal es de peligro, la mujer embarazada debe acudir inmediatamente al centro de salud mas cercano.

3.2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Proyecto Integral de Desarrollo Infantil-PIDI en el marco de la cooperación del Banco Mundial al país, es un proyecto que fue creado para prestar atención en forma integral

3.2.1. CREACIÓN DEL PROYECTO.-

El Proyecto Integrado de Desarrollo Infantil – PIDI, fue aprobado el mes de Junio de 1993, haciéndose vigente a partir de 1994, con recursos económicos provenientes de la Asociación Internacional de fomento (A.I.F.), a través del Convenio de crédito de **2531 PIDI**, ampliada en su vigencia y contenido a través de la enmienda suscrita en fecha 20 de diciembre de 2001, como producto de la Misión del 17 de Noviembre de 2001.

Dentro de este marco, el componente de Desarrollo Integral Temprano, ha sido encomendado al Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), a través de la Unidad de Coordinación del Proyecto (UCP), cuyo Proyecto Integrado de Desarrollo Infantil (PIDI), contempla principalmente el desarrollo de conocimientos en conceptos básicos y fundamentales en las áreas de Nutrición y Estimulación Temprana a madres o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años.

3.2.2. FINALIDAD DEL PROYECTO

El proyecto perteneció a la Reforma de Salud de Bolivia denominado “Creciendo Juntos” tienen la finalidad de contribuir a la formación integral de la niñez boliviana siendo su principal eje de acción, capacitar y acompañar a las mamás y /o personas responsables del cuidado de niñas y niños menores de cinco años, promoviendo la salud integral.

3.2.3 OBJETIVOS DEL PROYECTO

3.2.3.1. Objetivo general

Desarrollar conocimientos, prácticas y actitudes con madres o personas a cargo del cuidado de los niños y niñas menores de cinco años, que les permitan mejorar los niveles de nutrición y estimulación temprana.

3.2.3.2. Objetivos específicos

Sensibilizar al grupo de personas responsables del cuidado del niño y niña sobre la importancia de una estimulación adecuada y el nivel nutricional pertinente en este grupo etareo.

Capacitar a las madres o personas responsables del cuidado del niño /a sobre las características de la alimentación, frecuencia, cantidad y calidad nutricional de la ingesta alimentaría para una ganancia de peso optimo, así como capacitar en actividades que promuevan la estimulación temprana, para fomentar el desarrollo integral de las potencialidades de los niños y niñas.

Prevenir y detectar oportunamente problemas de crecimiento y desarrollo integral del niño y niña menor de cinco años y referir hacia una atención oportuna adecuada en los centros de salud.

Con el logro de estos objetivos el PIDI esperaba que los niños y niñas ganen peso de acuerdo a su edad, se alimenten adecuadamente, desarrollen su personalidad de manera exitosa y no solo estén protegidos de enfermedades sino que se cualifique su desarrolló y habilidades en su educación, incorporando a la familia y comunidad .siendo que la educación inicial de alta calidad no es solo un beneficio para el niño /a , es también una alta inversión social que disminuye la posibilidad de futuras desigualdades socio- económicas.

3.2.4. MARCO ORGANIZATIVO DEL PROYECTO.

El proyecto se organizó mediante la conformación de equipos a los diferentes niveles, personal del proyecto y personal del Ministerio de Salud. Estos últimos como autoridades del Ministerio de Salud como autoridades rectoras en cada nivel desempeñando también funciones de “Consejo Consultivo” juntamente con organizaciones e instituciones presentes en cada nivel. Los consejos consultivos

en cada nivel de actuación permitieron lograr procesos cualitativos de avance y de involucramiento del personal en la implementación del proyecto.

Los coordinadores técnicos realizaron el seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades desarrolladas por los facilitadores para el logro de los objetivos del proyecto, sesionaron mensualmente con el consejo consultivo de su nivel para informarles y analizar los avances, resolver problemas y encontrar soluciones.

Los facilitadores condujeron el plan operativo participativo de la zona, siendo responsables de la promoción, difusión del proyecto, talleres, visitas domiciliarias, sesiones de pesaje y de información tanto al personal del establecimiento de salud como al coordinador técnico del proyecto con relación al cumplimiento del plan operativo. Sesionaron mensualmente con el consejo consultivo de su nivel para informar y analizar los avances, resolver problemas y encontrar soluciones.

3.2.5. ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA

En nuestro país en las dos décadas últimas se han emprendido muchas reformas y normas para producir cambios en la orientación de la salud, la educación y el desarrollo humano en general, desde la declaración universal de los derechos humanos en 1945. En esta línea tenemos la Reforma de la Salud, que como proyecto en marcha tomó la iniciativa para implementar la nueva metodología indirecta del proyecto PIDI, que debía contribuir al desarrollo armónico de los niños de escasos recursos económicos que viven en las zonas peri-urbanas de Bolivia.

En 1989 se implementa el Plan de Supervivencia Infantil y de Salud Materna, con el objetivo de reducir la morbilidad, mediante el control de enfermedades diarreicas EDAS y control de enfermedades respiratorias agudas IRAS, Programa ampliado de inmunización y el Control de Crecimiento y Desarrollo.

El año 1990 surgen planteamientos sobre la atención integral a la niñez, pero tuvieron poco avance.

El año 1994 se estableció el Plan Vida, continuando hasta 1997 con el Plan de Acciones Estratégicas (PAE).

Otro hito importante con protagonismo del Ministerio de Salud, es el año 1996 donde 18 países latinoamericanos suscriben el compromiso internacional de la Infancia en Santa Cruz de la Sierra, enfocando la atención al niño menor de cinco años, estableciendo la estrategia de Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes - AIEPI, el componente clínico, curativo y preventivo con el involucramiento de la comunidad y la familia.

Esta estrategia enfatiza tres componentes:

- Mejorar el desempeño del personal de salud.
- Mejorar el equipamiento de los centros de salud.
- Involucrar a la familia y la comunidad en la salud del niño.

En el mismo año 1996, se establece el Seguro Básico de Salud, otorgando 75 prestaciones a niños menores de cinco años en forma gratuita.

El año 1997 el Ministerio de la Presidencia instaura el Programa de Atención Integral de niños y niñas PAN, sobre la base de los proyectos CIDI y PIDI, cuyo objetivo es el de mejorar el crecimiento y desarrollo del niño menor de 6 años, con grupo de niños en una casa familiar adaptada para el caso llamadas guarderías PAN en áreas urbanas y rurales de todo el país.

El año 2002 surge el Seguro Universal Materno Infantil –SUMI-, reemplazando el Seguro Básico de Salud- SBS-, con cerca de 400 prestaciones gratuitas, con acciones preventivo- curativas para el menor de 5 años y las madres embarazadas hasta 6 meses después del nacimiento.

El año 2002, en vista de que durante 10 años se probó en Bolivia la modalidad directa tipo guarderías con regulares resultados, y previa la preparación de los términos de referencia, diseño de la metodología, los instrumentos, la currícula y las condiciones económicas de la implementación, se desarrolla la nueva modalidad indirecta PIDI, bajo la sigla PROGRAMA INTEGRADO DE DESARROLLO INFANTIL. El Proyecto de la Reforma de la Salud, a través de la UNIDAD COORDINADORA DEL PROYECTO PIDI y después de un concurso de propuestas para los tres departamentos: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, empiezan en noviembre de 2002 el proyecto PIDI, a cargo de la ONG PER-SI Programa de Educación por Radio-Servicios Integrales.

El Ministerio de Salud y Deportes, tiene como un brazo importante para ejecutar cambios en la Salud al PROYECTO DE REFORMA DE LA SALUD, quien contrata en consultoría a la Red PROCOSI, quien a su vez convoca a la ONG PER-SI Programa de Educación por Radio-Servicios Integrales, para la preparación del proyecto y su consecuente implementación, con el antecedente que esta ONG tiene experiencia en el desarrollo de programas educativos, como “A Jugar con el Osito Labrador”, “Jugando en el PIDI” y otros.

La red PROCOSI es una institución nacional que agrupa a 36 instituciones privadas sin fines de lucro, nacionales e internacionales que trabajan por la salud, la educación, la capacitación y el desarrollo humano de poblaciones con menores ingresos y marginadas del desarrollo.

El Programa de Educación por Radio – Servicios integrales – PER-SI-, es una ONG sin fines de lucro, cuya misión es desarrollar, implementar y evaluar metodologías educativas para la salud y la formación integral, en este entendido el **PER-SI** durante 14 años ha trabajado con diferentes grupos humanos, desde niños del preescolar, escolares, adolescentes y adultos, en procesos de capacitación y formación. También diseñó, validó y elaboró materiales educativos en audio, videos e impresos.

La relación directa con las madres PIDI en la gestión 2003, consistió en cumplir un proceso permanente de conocimientos, de prácticas y acciones oportunas en la educación integral de los niños menores de cinco años, para ello se cumplió con el manejo de instrumentos y de los pasos de la estrategia diseñada por la UCP- Unidad Coordinadora del PIDI-, de la Reforma de la Salud, además se enriqueció tanto la metodología como los instrumentos.

CAPITULO IV

RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

4.1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EXPERIENCIA.-

La experiencia fue desarrollada en la zona de Villa Armonía en el Municipio de La Paz cuyas características generales fueron las siguientes:

4.1.1. Ubicación Geográfica

Villa Armonía se encuentra ubicada en la ladera este de la ciudad de La Paz a una altura promedio de 3500 metros sobre el nivel del mar; pertenece al Distrito 3 de la sub. Alcaldía de San Antonio del Municipio de Nuestra Señora de La Paz.

El clima durante todo el año es variado de acuerdo a la época estacional siendo por lo general con un clima templado por su misma ubicación geográfica. El suelo de la zona en sus inicios era considerado inestable y en riesgo (zona negra) por encontrarse en una ladera de la ciudad de La Paz, a ello se sumaba la falta de servicios básicos como el alcantarillado domiciliario y fluvial para la eliminación de aguas servidas y desechos, a la fecha esta situación fue subsanada ya que del total de las familias el 51 % cuentan ya con instalación sanitaria.

La zona limita al Norte con Villa San Antonio Bajo, separada por el río Gringo Jauira, al Norte con Villa Litoral, al este con San Isidro Alto y Bajo, separados por el río Huayllas, al sur y sur oeste con la zona Cuarto Centenario y al oeste con la zona de Miraflores separados por el río Orkojahuirá.

Actualmente cuenta con una población 3.690 habitantes, que componen 949 familias con un promedio de 5 Miembros por familia, de los cuales son varones 1.773 y son mujeres 1.917.

Villa Armonía con sus barrios Zenobio López, Germán Jordán y el Barrio Minero, se caracterizan por tener una población heterogénea, ya que sus habitantes provienen de las diferentes provincias de La Paz y de otros departamentos del país.

Villa Armonía cuenta con un solo Centro de Salud denominado Escobar Uría que en un primer momento funcionaba en la zona de Cuarto Centenario en un domicilio particular. Debido a la distancia para el buen acceso de los usuarios posteriormente se trasladó a los ambientes de la iglesia “Señor de la Sentencia” de Villa Armonía

4.2. ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS.-

Los actores involucrados en la experiencia fundamentalmente son niños y niñas y las madres de familia y o personas responsables de los mismos, pertenecientes al Programa Integral de Desarrollo Infantil PIDI mismo que también consideró importante a las siguientes personas para el logro de los objetivos:

- **La Familia.-**

Donde todos y cada uno de sus miembros (madre, padre, abuelos, tíos y hermanos) aprendieron y pusieron en práctica cada uno de los conocimientos nuevos de acuerdo a su realidad y cultura.

- **Los Responsables del Centro de Salud**

Todo el personal del Centro de Salud Escóbar Uría (enfermera, médico, etc.), fueron responsables de proporcionar todas las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, a las madres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños menores de 5 años.

Por consiguiente, los /las niñas del PIDI accedían a controles regulares respecto a su crecimiento y desarrollo, vacunas, micro nutrientes, desparasitantes, vitaminas, tratamiento en caso de enfermedades, y además prestaciones del SUMI.

- **La Comunidad.-**

Las personas que vivían en la zona y los responsables del mismo como ser Junta de Vecinos, sacerdotes y otros tomaron decisiones para vivir mejor, reuniéndose para buscar soluciones a problemas que afectaban directamente e indirectamente al adecuado crecimiento y desarrollo de los niños /as.

- **La Facilitadora**

La trabajadora social que fue contratada por el PIDI, realizando un excelente trabajo en la provisión oportuna de información, generando reflexión y compromiso con las familias, coordinando conjuntamente actividades con el Centro de Salud y comunidad participando de manera comprometida en el control del crecimiento y desarrollo adecuado de los niños/as.

4.2.1. Características de los Actores Sociales.

Referente a las características de las madres de familia y o personas responsables de niños, niñas menores de 5 años, en su mayoría eran oriundas del departamento de La Paz, el resto provienen de los departamentos de Potosí, Oruro, Cochabamba, Santa Cruz y Bení. La edad de las mismas oscilaban entre 15 a 64 años, los niveles de instrucción cursados por ellas en su mayoría fue el secundario; un 59 % se dedicaba a las labores de casa el resto a otras actividades como ser estudiantes, vendedoras, comerciantes, etc.

Madres de familia y /o personas responsables con sus propios patrones culturales, tradiciones costumbres, hábitos alimenticios, lengua, expresiones de afecto, maneras de comunicación entre madre e hijo, y formas de enseñanza, algunas de las cuales no favorecían al desarrollo integral del niño.

El poco conocimiento de las madres de familia y/o personas responsables sobre la importancia de la educación inicial, estimulación temprana y salud y nutrición no les permitía dar una atención adecuada y oportuna a los niños y niñas.

En relación a los niños y niñas menores de 5 años, que participaban del proyecto, se caracterizaron por ser en su mayoría del departamento de La Paz, procedían de familias de escasos recursos económicos, no tenían acceso a los servicios de educación inicial, tampoco accedían a los servicios de salud y nutrición no contaban con los controles regulares de crecimiento, ni el seguimiento nutricional. En esta etapa exploratoria se coordinó con algunas instituciones: el Centro de Salud, Iglesia “Señor de la Sentencia”, Junta de Vecinos, quienes mostraron predisposición e interés a participar en todos los procesos de ejecución del proyecto en bien del desarrollo integral de los niños y niñas.

Datos Demográficos de los Actores

Para tener una información objetiva sobre la población participante del proyecto, se presentan a continuación los principales datos que fueron obtenidos a lo largo de la construcción de la línea de base que fue una de las primeras actividades que cumplió la Trabajadora Social

CUADRO Nº 1
EDAD DE LA POBLACION PARTICIPANTE

RANGO	TOTAL	%
15-19	5	2.8
20-24	9	5.05
25-29	46	25.8
30-34	46	25.8
35-39	35	19.6
40-44	20	11.2
45-49	6	3.3
50-54	4	
55-60	2	
60-64	2	
65-70	3	
Total	178	

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Por la información registrada en el cuadro Nº 1 se puede evidenciar que el 70% de la población participante se encuentra en el rango de edad entre 25 a 39 años, lo que muestra que las madres se encontraban en edad fértil, razón por la que estas constituían la población interesada en la capacitación y formación en temas de conocimientos nutricionales, para lograr el desarrollo integral de sus pequeños hijos menores de 5 años.

CUADRO Nº 2
PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN

Departamento	TOTAL	%
La Paz	139	78.0
Potosí	21	11,7
Oruro	7	3.9
Cochabamba	5	3
Santa Cruz	3	1.6
Beni	3	1.6
Total	178	100.0

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Los datos que refleja el cuadro Nº 2 muestra que el 78% proceden de la ciudad de La Paz, siendo tan sólo el 22% procedente del interior, lo que posibilita de alguna manera el rescate de los mismos hábitos alimenticios en función a las prácticas cotidianas que poseen

CUADRO N^o - 3

N^o DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA VIVIENDA.

N ^o de personas que viven en la vivienda	Total	%
2	3	
3	28	15.7
4	52	29.2
5	23	12.9
6	22	12.3
7	18	10.1
8	7	3.9
9	4	2.2
10	6	3.3
11	3	
12	2	
13	2	
14	2	
15	2	
16	2	
17	1	
20	1	
Total	178	

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Por los datos que se encuentran registrados en el cuadro N^o 3 el 80% de la población participante de la experiencia señaló poseer un grupo familiar cuyos integrantes fluctúan de los 3 a 7 miembros, situación que refleja la predominancia de familias extendidas por su número de miembros y por la relación de los mismos.

La información obtenida permite inferir que las viviendas de los sujetos participantes de la experiencia, no permite la satisfacción plena de las necesidades de sus moradores por la situación de hacinamiento, en tanto que por manifestaciones propias de los sujetos se conoció que tan sólo disponen de una habitación destinada a dormitorio.

CUADRO N° 4
TENENCIA DE LA VIVIENDA

Tenencia	Total	%
Propia	107	60.1
Alquilada	44	24.7
Anticretico	18	10.1
Prestada	3	1.6
Cedida por servicios	6	3.3
Total	178	100.0

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Los datos que muestra el cuadro N° 4 dan cuenta de que el 60.1 % de la personas participantes de la experiencia son propietarias de las viviendas en las que moran, frente al 39.9 % que señalaron su condición de inquilinos, anticresistas, cuidadores, etc.

Esta situación permite afirmar que esta población, en un porcentaje significativo no destina montos de sus ingresos a cubrir la satisfacción de su necesidad de vivienda.

CUADRO N° 5
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
Casado	123	69.10
Soltero	20	11.2
Concubina	26	14.6
Divorciado	8	4.4
Viudo	1	0.56
Total	178	100.0

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Según información registrada en el cuadro N° 5, el 75% contaba con pareja y eran padres de familia responsables de la crianza de sus pequeños hijos e hijas,

razón por la que participaron en la experiencia a fin de lograr un apoyo efectivo en lo que respecta al desarrollo integral de sus pequeños/as.

Es importante dejar establecido que el programa a ser implementado requería de la responsabilidad, voluntad y compromiso de los padres para asumir los desafíos del crecimiento y desarrollo de sus hijos.

CUADRO N° 6
OCUPACION DE LA POBLACIÓN

Actividad Laboral	TOTAL	%
Comerciantes	6	3.3
Consultoras	3	1.6
Costurera	3	2.2
Desocupado	2	2.2
Empleadas Domésticas	8	4.4
Empleadas Públicas	2	2.2
Estudiantes	21	11
Labores de casa	111	62
Profesoras	4	2.2
Recepcionista	1	
Secretarias	5	2.8
Vendedoras	12	6.7
Total	178	99.9

Elaboración propia en base a encuestas 2003

De acuerdo a la información obtenida durante la construcción de la línea de base, se pudo conocer que, el 62% de las madres y responsables de los niños, niñas menores de 5 años se desempeñan como amas de casa, vale decir que no poseen otra ocupación, lo que muestra que carecen de un ingreso adicional. En segunda instancia se encuentran las personas cuya única ocupación es la de estudiante, quienes al igual que las anteriores tampoco cuentan con ingreso propio por ningún tipo de actividad remunerada.

CUADRO N° 7
PRESUPUESTO PARA LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR

Monto	Total	%
80 - 199	18	10
200 - 299	45	25
300 - 399	12	6.7
400 - 499	29	16.2
500 - 599	35	19.6
600 - 699	16	8.9
700 - 799	13	7.3
800 - 899	7	3.9
1200 - MAS	3	1.6
TOTAL	178	99.6

Elaboración propia en base a encuestas 2003

Según la información que se pudo obtener, el 35.8% de las familias de los niños, niñas menores de 5 años, destina de 400 a 599 Bs. por mes para cubrir los gastos de alimentación, montos que son insuficientes para proveer una dieta balanceada y nutritiva.

Considerando que los grupos familiares se caracterizan por ser extendidos, el monto destinado a cubrir el costo de la alimentación que para uno cada uno de los integrantes de la familia se destina 4 Bs. diarios para cubrir su alimentación. Este presupuesto es insuficiente para una dieta rica en valores nutricionales como proteínas y vitaminas, generando de manera directa e indirecta niveles de desnutrición en la población infantil y también en la población adulta.

Tal consumo explica la constitución de bajo peso y talla que presentaban los niños y niñas participantes el PIDI.

CUADRO N° 8
NUMERO DE COMIDAS DIARIAS

N° de Comidas	N° de familias	%
1	1	0.56
2	7	3.93
3	37	20.78
4	129	72.47
5	4	2.24
Total	178	99.99

Elaboración propia en base a encuestas 2003

La información registrada en el cuadro N° 8 muestra que el 72% de las familias de los niños y niñas menores de 5 años, consumen 4 comidas al día, las mismas que consisten en el desayuno, el almuerzo, el té y la cena, aunque el valor nutritivo de las mismas no sean los que se requiera para evitar los bajos de niveles de desnutrición.

El 20% de las personas entrevistadas señalaron que al día consumen tres comidas, siendo el desayuno el almuerzo y una taza de café en la noche, la misma que sustituye a la cena.

Al ser familias de escasos recursos y al destinar una suma muy restringida para su alimentación, las dietas de sus comidas no siempre responden a los requerimientos nutricionales de los niños y niñas menores de 5 años, situación que de alguna manera lograron compensar participando en el Programa Integral de Desarrollo Infantil.

En general se puede afirmar que las características socio-económicas identifica un sector de la población vulnerable, es puesta a confrontar problemas de desnutrición infantil, cuyas secuelas se constituye en la una amenaza para su bienestar presente y futuro.

4.4. MOMENTOS METODOLOGICOS SIGNIFICATIVOS QUE ABARCÓ LA EXPERIENCIA DESARROLLADA

Durante el desarrollo de la experiencia se implementaron diferentes momentos metodológicos que serán explicados a lo largo del presente acápite. Es necesario dejar establecido que buscar la modificación de las prácticas de las madres y apoderadas del menor de cinco años, implicó una educación con el enfoque, estrategias los contenidos de Estimulación Temprana y Nutrición.

El Proyecto “Creciendo Juntos” ejecutado por el personal técnico, realizó actividades de intervención con la Metodología PIDI modalidad indirecta, la cual en el curso de su implementación se adecuó de acuerdo a la realidad de la zona de trabajo y de la participación activa de las madres, la comunidad, los Centros de Salud y el Personal del PER-SI.

Las actividades desarrolladas fueron de gran importancia para el logro del objetivo trazado como la construcción de una Línea de Base, la labor de consejería en las sesiones de medición, las visitas domiciliarias, con la finalidad de comprobar si se aplicaban los contenidos e instrucciones impartidas tanto en las instancias de consejería como en los Talleres Técnicos y de Contexto, reuniones con centros de Salud y reuniones con la comunidad.

Con la finalidad de dar cuenta de la experiencia desarrollada es preciso explicitar la implementación de cada uno de los momentos metodológicos realizados, señalando los cambios obtenidos y las respuestas o reacciones de las madres y/o apoderados de los menores de 5 años a partir de la metodología utilizada en los temas de Estimulación como en Nutrición.

4.3.1. Primera Etapa: Diagnóstico Participativo.-

Al no contar con datos socioeconómicos de la población, se vio por conveniente realizar un diagnóstico con la finalidad de conocer la situación real de cada familia que participó en el proyecto. Para la ejecución de este momento metodológico se realizaron las 2 actividades que a continuación serán desarrolladas, donde los actores principales fueron la facilitadora y las madres y/o responsables de los niños/as.

Actividades Desarrolladas:

1ra Actividad: fue realizada por la facilitadora mediante visitas a la zona con el objeto de delimitar y elaborar un mapa de la zona de intervención.

En el mapa se ubicaron las calles, avenidas, casas de las familias, la iglesia, el centro de salud, la escuela, la plaza y otras características propias de la zona lo que permitió conocer a cabalidad y organizar las actividades realizadas como ser:

- Se identificó las casas de las familias de la intervención.
- Se trazaron las vías de acceso a las viviendas.
- Se cronometraron los tiempos del transporte de casa en casa.
- Se organizaron las visitas domiciliarias.
- Se identificaron las casas de los niños/as que están iniciando las actividades con crecimiento y/o desarrollo inadecuado.
- Se identificaron las casas de los niños/as graduados o que fueron sustituidos por abandono.
- Se identificaron a niños/as recién nacidas para incorporarlos al Proyecto.
- Se identificaron las áreas de la zona que podían perjudicar a la salud de las familias.

2da Actividad. Se realizó el llenado de la hoja de Línea de Base, con el objetivo de conocer, de manera cabal, la realidad en la que viven las familias a intervenir por el PIDI y se procedió al vaciado de datos.

La hoja de Línea de Base fue un instrumento que permitió conocer la composición de las familias y suministró información del nivel de escolaridad, estado actual de salud, situación de embarazo, número de hijos, actividad laboral de las madres, así como características de la vivienda y sus servicios, presupuesto que disponían al mes para la alimentación familiar, número de comidas diarias de la familia, alimentos más consumidos en el hogar y necesidades de aprendizaje expresadas en preferencias temáticas para los talleres. El trabajo de construcción de la Línea de Base abarcó a 178 familias, las madres y/o personas responsables de niños y niñas.

La línea de base se constituyó en el instrumento principal para la planificación de la intervención: las listas de niños / as y madres o personas que estaban a cargo del cuidado de estos, organizar y conformar 5 grupos tanto de niños y de madres o personas a cargo e identificando las casas de las familias con las cuales se iba a trabajar.. (ver anexo N° 1).

Asimismo en la aplicación de este instrumento se pudo tener el primer acercamiento y contacto con las posibles beneficiarias del proyecto conociendo sus expectativas, preocupaciones y el tiempo disponible para actividades educativas.

Los aspectos más revelantes de la Línea de Base fueron la posibilidad de difundir y promocionar las actividades a desarrollar con el proyecto en la zona enfatizando en los beneficios del mismo.

En este momento metodológico, la facilitadora logró la familiarización con la comunidad, con los Centros de Salud, con las familias y con los niños, así como

con la realidad cotidiana en la que vivían, las características de las viviendas, el tipo de familia, el número de hijos menores de 5 años por familia, los ingresos y egresos con los que contaban, la frecuencia de comidas que se servían al día, los tipos de alimentos que consumían y conocer los servicios básicos con que cuentan.

Entre las dificultades que se encontraron en la ejecución de la línea de base se pueden citar:

- La ausencia de una planimetría actualizada de la zona.
- La inexistencia de datos poblacionales, vale decir sobre el número de habitantes de la zona.
- La cantidad de perros, ya que cada casa en su mayoría tenía más de dos perros, situación que no permitía el acceso a las viviendas.
- Casas que no tenían numeración y que estaban deshabitadas por lo que no se podía acceder a tener contacto con sus habitantes, por problemas de derrumbes que impulsaban a sus habitantes a migrar a otras zonas e incluso a otros departamentos.

Así mismo, es importante dejar establecido que la facilitadora tropezó con familias que al inicio del proyecto mostraron indiferencia, no abrían las puertas, recibían de mala manera con desconfianza, e incluso existieron casos en los que se hacían negar pese a la insistencia, lo cual dificultó poder cubrir con la población meta. Con el transcurso del tiempo la situación fue cambiando por la metodología utilizada para el acercamiento y el trabajo desarrollado con los diferentes grupos, siendo luego la facilitadora esperada y requerida por la comunidad.

4.3.2. Segunda Etapa de Planificación

Conociendo los resultados de la línea de base, se procedió a planificar, organizar y elaborar el cronograma diario de actividades mensuales, considerando:

- Las sesiones de medición y consejería.
- Las visitas domiciliarias.
- Los talleres.
- Las reuniones con el Coordinador.
- Las reuniones de coordinación con el personal del Centro de Salud.
- Las reuniones con la comunidad.
- Los tiempos de análisis y llenado de la información.
- Preparación de cronograma de actividades para el siguiente mes.
- Sesiones de retroalimentación para facilitadores.
- Y otros que se consideró pertinentes.

El siguiente cuadro muestra el cronograma de las actividades a realizar:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEPT	OCT	NOV
Planificación y Organización	X								
Capacitación a facilitadoras		X	X	X	X	X	X	X	
Control de Crecimiento y Desarrollo		X	X	X	X	X	X	X	X
Talleres Técnicos				X	X	X	X	X	
Talleres de Contexto				X	X	X	X	X	
Visitas domiciliarias				X	X	X	X	X	X
Evaluación									X
Elaboración del informe									X

La facilitadora organizó su trabajo de manera que cumplió cada mes las actividades programadas, considerando los grupos de madres, la

cantidad de niños, los cronogramas de mediciones, iniciando las sesiones de medición y consejería la primera semana del mes.

Habiéndose logrado toda la información básica que dio inicio a las actividades se coordinó con el centro de salud del área de intervención y se conversó con el personal de salud sobre los siguientes temas:

- Presentación y explicación de funciones, logro de acuerdos de actividades a realizarse y apoyo requerido.
- Definir los espacios físicos para las mediciones mensuales.
- Requerimiento de apoyo del personal de salud, ya que en lo posible, debería acompañar durante las mediciones mensuales para las consultas respectivas en caso de enfermedad y para otorgar las prestaciones del SUMI.
- Coordinar las fechas de medición.
- Coordinar la reunión mensual para discutir los casos y tomar acciones conjuntas.

Las actividades de “**CONSEJERIA**” contemplaban el desarrollo de acciones en el proceso de toma de datos antropométricos y evaluación del desarrollo de los niños y niñas, en los talleres técnicos y de contexto con las madres así como en las visitas domiciliarias.

El plan de capacitación con facilitadores se realizó con el propósito de responder a las necesidades de los participantes a través de los contenidos pertinentes, contribuyendo al logro del desarrollo personal y social de los niños; al mismo tiempo, que se alcance niveles satisfactorios de peso y talla, para poder conseguir una salud integral.

El rol de los facilitadores tuvo dos ejes principales en la consejería:

- Primero, la participación estaba centrada en los valores y saberes del contexto cultural, el que unido al saber científico promueva comportamientos más saludables.
- Segundo, promoviendo actividades significativas para la vida personal de los beneficiarios directos.

Los objetivos estaban dirigidos a capacitar a los facilitadores en el manejo de las estrategias de aprendizaje, habilidades, comunicacionales, e instrumentos de apoyo, para facilitar conocimientos sobre temas de nutrición, estimulación, temprana con el manejo adecuado de estrategias educativas - participativas, como proceso basado en una realidad socioeconómica y cultural concreta, para favorecer el desarrollo integral de los niños de cero a cinco años.

Desarrollando actividades de capacitación implementación, monitoreo y el uso de materiales en actividades educativas, con el enfoque psicopedagógico del constructivismo, para las madres y personas adultas encargadas de los niños.

El Plan de Talleres con Madres de Niños consistió las madres y personas que cuidaban a los niños tenían diferentes niveles de formación, capacitación, conocimiento sobre nutrición y distintas formas de crianza. También son variadas las diferentes edades de las mismas y el número de hijos para los que la madre tenía un trato especial con cada uno, según la edad y otros factores. Por otro lado la mayoría carecía de conocimientos sobre pautas adecuadas para la estimulación temprana de sus niños y la importancia que la misma tiene en el desarrollo del niño.

El plan de capacitación a madres permitió transmitir conocimientos básicos para poder estimular el desarrollo personal y social y nutrir adecuadamente a los niños.

4.3.3. Tercera Etapa de Implementación

Esta fase permitió implementar acciones concretas con el fin de desarrollar actividades planificadas.

- **El Control de Peso**

No obstante de ser una actividad propia de enfermeras y médicos, las mediciones fueron sesiones mensuales. La Trabajadora Social dirigió la motivación y sensibilización de las participantes. Su convocatoria fue realizada mediante carteles populares en lugares estratégicos, visitas domiciliarias e invitaciones personales a las madres o personas responsables para que lleven a sus niños al control de peso y desarrollo, para lo cual se utilizaron espacios estratégicos tanto en los centros de salud como los salones parroquiales.

Para el desarrollo de esta actividad se coordinó previamente con el responsable del centro de salud para que los niños / as PIDI sean referidos, atendidos y reciban los insumos que les falte o necesiten, así la madre veía la importancia de asistir al control de Peso y Desarrollo regularmente.

Aquellas actividades se efectuaban de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud, el cual señala que el niño de 0-24 meses debe asistir cada mes a las mediciones y el niño/a de 24-60 meses cada tres meses. Se priorizó el seguimiento mensual a los niños /as menores de dos años y a los niños /as mayores de dos años con crecimiento retrasado.

Se realizó exclusivamente el pesaje correspondiente del niño o niña y se registró en la hoja de llenado personal y en el carnet de Salud Infantil. La práctica y la participación de la madre y/o persona responsable en este momento fue

importante desde animar desvestir a su niño (según las normas establecidas de control de crecimiento)

- **Evaluación de Desarrollo**

Se trabajó sobre la base de la escala de Nelson Ortiz, considerando las áreas de desarrollo de motricidad fina, motricidad gruesa, audición y lenguaje y personal social, realizando un seguimiento mensual a niños /as menores de dos años con estimulación temprana inadecuada y niños /as mayores de dos años cada tres meses.

Al ser el PIDI un programa integral, tuvo dentro de sus objetivos asegurar el desarrollo adecuado del niño o niña, incentivar la estimulación temprana del mismo. Los resultados obtenidos de la evaluación de estimulación temprana fueron utilizados en la consejería a madres y/o personas responsables, compartiendo actividades prácticas que estimulen el desarrollo de los niños y niñas. El tiempo de evaluación de un niño o niña dependió de varios factores como ser la edad, el ambiente en que se encontraba, la complejidad de las actividades, el vínculo que se logró con la facilitadora, etc. Por consiguiente para una evaluación óptima se creó un ambiente cálido y de confianza con el niño/a para evitar que se sienta presionado.

- **La Consejería y Logro de Compromisos**

Se entendió como consejería la capacidad de la facilitadora para promover un cambio de actitudes y prácticas y comportamiento, en las personas bajo su responsabilidad.

En procura de los objetivos del proyecto la facilitadora tuvo conocimiento cabal de las temáticas de Nutrición, Estimulación Temprana y de la realidad de la población a intervenir; así como la capacidad de desarrollar relaciones interpersonales que promuevan actitudes saludables en bien de los niños y

niñas menores de 5 años. En consecuencia el facilitador atendió a cada madre o persona a cargo permanentemente considerando:

- 1) La edad del (la) niño (a).
- 2) La alimentación que recibe el (la) niño (a) de acuerdo a su edad.
- 3) El crecimiento, considerado desde el concepto de ganancia de peso adecuado.
- 4) El desarrollo personal y social, considerado desde el concepto de estimulación que recibe en relación con la edad.
- 5) Enfermedad desde el enfoque de prevención (acciones para evitar enfermedades) como de curación (transferencia a los centros de salud para el tratamiento correspondiente).

El uso de esta información por parte del facilitador le permitió desarrollar una relación personalizada con cada madre o persona a cargo y su niño (a) y, por ende , una relación de confianza, ya que el facilitador se convertía en la persona que disponía toda la información , tiempo y atención para el logro de un cambio de actitud en pro de un desarrollo integral sano del niño (a) y de un conocimiento adecuado y pertinente de la madre o persona a cargo.

Para el logro de un posible cambio de comportamiento, se desarrolló a continuación de la medición mensual la reflexión con la madre o persona a cargo los resultados obtenidos, realizar acciones, sugerencias y hacer compromisos de tareas posibles para lograr mejores niveles de crecimiento y desarrollo del niño.

Antes de dar inicio a esta actividad se felicitó a la madre o persona a cargo por cuidar a su niño y luego de acuerdo a los resultados obtenidos:

- ✓ Se utilizó la hoja de llenado personal, donde estaban registrados todos los datos del niño/a, lo que permitió dar la consejería adecuada de acuerdo al caso y resultados que mostraba la hoja de registro.
- ✓ La selección de las guías para la acción: eran cuadros que servían de guía para realizar cada una de las actividades a través de las laminas de consejería para el efecto elaboro 2 guías para la acción:
- ✓ Guía para la acción de Nutrición: que se refería a los pasos que debería tomar el facilitador en el caso específico de los resultados de peso y su respectiva tendencia ya sea adecuado o inadecuado en función a su edad.
- ✓ Cuando el resultado del peso y de la tendencia era adecuado, pero el niño se encontraba enfermo, la referencia al centro de salud era inmediata. En casos como estos, la consejería en sitio se realizaba los 2 primeros días destinados a visitas domiciliarias

- **Visitas Domiciliarias**

Las visitas domiciliarias son un instrumento de apoyo para el cumplimiento de los acuerdos de consejería. Por lo que se entendió como visita domiciliaria al apoyo y acompañamiento personalizado que permitió un acercamiento de la facilitadora a las familias que participan o se benefician con el proyecto, y de esta manera se motiva, involucra, fortalece, orienta, informa y se conoce su vida cotidiana. Complementándose con la entrevista que es un medio que nos permitió alcanzar los objetivos propuestos.

Mediante la entrevista se llegó a conocer las necesidades y problemas que tenían las madres de familia y/o personas responsables de los niños menores de cinco años.

Por otro lado, las actividades que desarrollo la facilitadora en cada visita domiciliaria fueron las siguientes:

- Estableció contacto de persona a persona y con la familia.
- Estableció mayor confianza dentro de un marco de respeto entre la facilitadora y la madre o persona a cargo.
- Generó reflexiones productivas sobre las prácticas de crianza y los nuevos conocimientos orientados promover el desarrollo de nuevas prácticas de manera sostenible y alentando a su aplicación.
- Verificó las prácticas actuales tanto en nutrición como estimulación temprana de acuerdo al caso requerido.
- Identificó las dificultades.
- Desarrolló las actividades de consejería que no pudieron realizarse a causa de la enfermedad del /la niño/a.

La facilitadora realizo visitas domiciliarias: a los siguientes grupos poblacionales:

- Niños /as enfermos /as.
- Niños/as con crecimiento inadecuado.
- Madres con dificultad de amamantamiento.
- Niños menores de 6 meses sin lactancia.
- Niños /as con desarrollo inadecuado.
- Niños y niñas que no hayan asistido a sus sesiones mensuales de medición.
- Madres o personas a cargo ausentes en los talleres.
- Niños / as que se encontraban enfermos en las mediciones mensuales.
- Fijar la fecha y la hora de la próxima visita.

Los materiales que se utilizó en las visitas domiciliarias.

- Listado de niños y niñas con el registro de control de peso y estimulación temprana
- Hoja de seguimiento
- Laminas de consejería.
- Cuaderno de visitas domiciliarias.
- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Hojas de compromiso.

Las visitas domiciliarias constituyeron el complemento de la Línea de Base permitiendo conocer la composición de la familia, los servicios que disponía y las prácticas alimentarias.

Basada en esta información se realizó las visitas domiciliarias las cuales permitieron conocer las actividades cotidianas que realizaban la madre o persona a cargo, el uso del agua, higiene y manipulación de los alimentos, las prácticas culturales

- **Desarrollo de Módulos de Capacitación**

En esta etapa se desarrollaron diferentes talleres referidos a temas que contemplaban el proyecto “Creciendo Juntos”, para su implementación. Se elaboraron guías pedagógicas como también programaciones operativas, con la finalidad de brindar una información precisa a continuación se presentó el modelo que fue implementado en uno de los talleres desarrollados, en tanto que el procedimiento de su ejecución no varió en el resto de las sesiones educativas, excepto los resultados, mismos que fueron rescatados para llevar a cabo el capítulo de análisis correspondiente de toda la experiencia, objeto de la presente sistematización.

Para que no se pierda la información, el resto de los talleres se adjuntarán en el acápite de anexos, donde estarán explicitados en todo lo que comprendió su implementación por separado. En primera instancia se explicará la matriz operativa de planificación, y luego se pasará al registro de la guía pedagógica que respalda el desarrollo de los talleres.

TEMA: Lactancia Materna

LUGAR: La Paz zona de intervención Villa Armonía, ambiente Iglesia Señor de la Sentencia

FECHA: 23 y 25 de junio de 2003

NÚMERO DE PARTICIPANTE 85 madres y personas responsables de niños y niñas menores de 5 años

ZONAS	FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN	PARTICIPANTES	SUPERVISORA	FACILITADOR A
Villa Armonía	23 de Junio 2003	14:30	17:30	50 participantes conformados por madres y personas responsables (grupos 1, 2, 3) que participan del proyecto.	Derlis Barrero	Sonia Donaire
Villa Armonía	25 de Junio de 2003	14:30	17:30	35 Participantes conformados por madres y personas responsables (grupos 4, 5) que participan del proyecto.	Derlis Barrero	Sonia Donaire

OBJETIVO

Lograr que las madres reconozcan la importancia de la lactancia materna en la salud y nutrición de los niños menores de 2 años.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue la activa, participativa y reflexiva, se organizó grupos de trabajo para rescatar conocimientos y opiniones referentes al tema, lo que permitió socializar conocimientos del contenido y una retroalimentación entre lo teórico y lo práctico.

PARTICIPANTES.-

Participaron, 5 de grupos de madres y/o personas responsables de los niños y niñas menores de cinco años haciendo un total de 85 participantes en su totalidad fueron mujeres.

RECURSOS HUMANOS:

- Facilitadora
- Apoyo de la Facilitadora
- Supervisora
- Participantes

RECURSOS MATERIALES:

- Rota folio sobre el tema.
- Cuadros didácticos y descriptivos sobre el tema
- Mensajes claves referidos al tema
- Cartulina
- Cartulina a colores tamaño tarjeta
- Marcadores
- Másquin
- Resaltadores
- Papel sábana resma
- Guía pedagógica del taller

EJECUCIÓN DEL TALLER.

El taller se desarrolla de acuerdo a una guía pedagógica de capacitación cuyo contenido estuvo de acuerdo a los siguientes pasos metodológicos.

1º Registro de participantes en planilla correspondiente al taller.

2º Inicio del taller a cargo de la Responsable de Capacitación (facilitadora) quien presentó el objetivo y pautas para el taller.

3º Se conformó 3 grupos de trabajo a partir de la edad de niños menores de 2 años a través de la técnica el cartero, proporcionándoles todo el material de trabajo, se repartió 1 pregunta por grupo que tenía que ser analizada y plasmada en un pápelografo para luego ser discutida y socializada en plenaria, las pregunta del grupo 1 r: ¿Hasta qué edad será bueno dar el pecho a los niños(as)? ¿Por

qué razones destetaron a sus hijos?, del grupo 2 ¿Qué beneficios tendrá el dar el pecho a los niños(as)?, y el grupo 3 : ¿ Dibuja el pecho por dentro y fuera, hasta que edad se debe dar el pecho exclusivamente?.

En esta etapa se notó una integración en los componentes de grupos, en cada uno surgían aportes de acuerdo a sus experiencias y conocimientos así como preguntas y respuestas referentes al tema. En todo momento tanto la facilitadora y su apoyo, apoyaron el trabajo de los grupos, se realizó el monitoreo de la plenaria y la exposición de los participantes en defensa de su trabajo posición con respecto al tema. Las conclusiones y aportes se plasmaron en un pápelo grafo.

- En el trabajo realizado por los participantes se pudo constatar que los grupos tienen conocimientos básicos necesarios creando un ambiente de receptividad entre sus compañeros.
- La facilitadora procedió a la exposición y explicación de los mensajes claves sobre el tema mostrando dibujos ilustrativos en rotafolio. La actividad se desarrolló bajo el proceso de Observación, Reflexión, Personalización y Acción. Este momento educativo permitió reforzar conocimientos y lograr un intercambio de experiencias, con preguntas de ida y vuelta se enriqueció el tema y se pudo sacar mejores resultados del taller. Con el tema se creó discusión entre los participantes e intereses.

EVALUACIÓN POR LOS PARTICIPANTES

La evaluación se la realizo mediante la técnica Alcanzar una estrella, cuyo objetivo fue que los participantes den a conocer el grado de comprensión, aprehensión e internalización del tema desarrollado, también se realizó la evaluación del taller apreciando lo positivo y lo mejorable del taller.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none">- La participación y el trabajo de grupos fue activa.- El grupo participo en su totalidad.- Los contenidos de los temas fueron interesantes.- Los temas aclararon dudas.	<ul style="list-style-type: none">- El tiempo fue muy corto- La impuntualidad de las participantes al taller citado.

RESULTADOS DEL TALLER

- Las participantes intercambiaron experiencias vividas durante la lactancia materna de sus hijos (as) , hecho que genero una socialización grupal e identificación de situaciones comunes en esos momentos importantes de la vida de sus niños (as) menores de 2 años
- Predisposición de trabajo, confianza e integración en las participantes de los grupos.
- Las mujeres mencionan que las sesiones educativas son espacios de relajación, comunicación y expresión de sus sentimientos y emociones.
- Buena participación e intervención madres y/o personas responsables que participaron en la sesión educativa.

- El taller fue productivo para madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de cinco años que asumieron un compromiso en bien de la salud sus hijos e hijas.

Con el propósito de hacer más ordenada la intervención de la Trabajadora Social, para cada sesión educativa denominada taller se estructuraron guías pedagógicas para cuyo análisis se adjunta a continuación.

GUÍA PEDAGÓGICA
PROYECTO: CRECIENDO JUNTOS
TALLER: LOS GRUPOS DE ALIMENTOS

OBJETIVO: Brindar elementos básicos y aspectos generales sobre los grupos de alimentos higiene personal y de los alimentos a madres de niños menores de 2 años.

COMPONENTES DEL MODULO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS MÍNIMOS	TÉCNICAS	TIEMPO
1. PRESENTACIÓN DEL TEMA	Dar a conocer el tema	Explicación, introducción al tema	Exposición	5 minutos
2. MOTIVACIÓN	Crear un ambiente de confianza y que se conozcan entre si	Bienvenida al taller y presentación de facilitador y participantes	Dinámica de animación "La Papa Quemada"!	15 minutos
3. DIAGNOSTICO DE SABORES	Indagar sobre alimentos que consume más la familia.	Preguntas Grupo 1: ¿Qué alimentos consumieron ayer en su menú? ¿Cuál es el valor nutritivo o para que sirve para nuestro cuerpo? Grupo 2: ¿Qué alimentos consumieron ayer en su menú? Cuál es el valor nutritivo o para que sirve para nuestro cuerpo?	Trabajo en grupos y plenaria	20 minutos
4. DESARROLLO DEL TEMA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS	Reforzar y compartir conocimientos básicos a las madres sobre los grupos de alimentos	.Grupos de alimentos <ul style="list-style-type: none"> • Funciones y para qué sirven cada grupo de alimentos. • Qué nutrientes hay en cada grupo. Consecuencias de la deficiencia en el consumo	Exposición dialogada	30 minutos
5.-EVALUACIÓN	Conocer el grado de comprensión „aprehensión e internalización del tema desarrollado en el taller	Preguntas Qué alimentos debemos consumir más por su valor nutritivo? ¿ A qué grupo de alimentos pertenecen y su consecuencia si no se consume lo suficiente?	Lluvia de ideas	25 Minutos
6.- MOTIVACIÓN	Relajamiento	Desarrollo de la técnica el Rey manda.	El Rey manda	5 minutos
7.-DIAGNOSTICO DE SABERES	Identificar el conocimiento previo de los participantes	Preguntas ¿Qué es la salud? ¿Qué es la higiene? ¿cómo debemos tomar el agua?	-Lluvia de ideas	20
8. DESARROLLO DEL TEMA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS	Compartir conocimientos básicos elementales y necesarios sobre la salud, la higiene, el agua.	-Qué es la Salud. <ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal. - Higiene de los alimentos - Uso del agua 	Exposición dialogada	20 minutos
9. EVALUACIÓN DEL TALLER	Evaluar el desarrollo del taller para realizar ajustes al mismo optimizando de esta manera los resultados positivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contenidos 2. Técnicas 3. materiales didácticos 4. Organización 5. puntualidad 	La técnica el bolsillo	20 minutos

4.3.4. Cuarta Etapa de Evaluación

Con la finalidad de medir los logros y las limitaciones que enfrentó el proceso de Educación Social implementado con Madres y personas responsables de niños menores de 5 años, se llevó a cabo una etapa evaluativa, a fin de obtener resultados objetivos, que permitan redefinir una nueva intervención mejorada en torno a los propósitos delineados al inicio del proceso. En los 4 talleres la Trabajadora Social, cumplió el rol de facilitadora de los procesos de comunicación, organización, sensibilización, demostrando competencias profesionales adecuadas a la demanda, tanto de la población como de la institución. Las destrezas que la profesional aplicó para impulsar las acciones programadas se constituyó en el motor de la ejecución del proyecto con apoyo del equipo técnico.

De igual manera se puede señalar que las madres participantes también demostraron un crecimiento personal luego de haber participado en el proceso de educación social, mismo que se expresó en los nuevos roles asumidos al interior de su familia y su comunidad.

CAPITULO V

ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

5.1. IDENTIFICACION DE HECHOS SIGNIFICATIVOS

Para identificar los hechos más significativos que se suscitaron a lo largo de la experiencia, es importante abordar el análisis del desarrollo del proceso metodológico de intervención implementado en la educación social con madres y/o personas responsables de los niños menores de cinco años que participaron del proyecto Creciendo Juntos –PIDI. Desde el interior mismo de esa dinámica se retomaron sus dos elementos fundamentales el sujeto y el objeto de la relación práctica – teoría - práctica mejorada, buscando intercambios de ideas y saberes en espacios naturales y encaminarlos para construir o reconstruir la teoría, dando respuesta a las preguntas iniciales planteadas en el plan de sistematización.

Se puede señalar que la principal motivación que impulsó a las madres y/o personas responsables de niños y niñas a participar del proyecto, fue la necesidad de mejorar la situación de nutrición y crecimiento a través del mejoramiento de la alimentación diaria de sus pequeños.

Los beneficiarios del proyecto fueron protagonistas directos como sujetos activos, pensantes y agentes propulsores que analizaron y reflexionaron, sobre la importancia de la vida de los niños menores de cinco años; porque esta edad se constituye en un hito importante en el desarrollo humano siendo la educación (integral) y la salud (preventiva y curativa) las dos vertientes que se fusionan durante el proceso de su crecimiento y desarrollo integral, razón por la que fueron abordados a lo largo del proceso educativo desarrollado en la implementación del proyecto “Creciendo Juntos”.

La intervención de la Trabajadora Social en el proceso de Educación Social de las madres y/o personas responsables de niños menores de cinco años, fue pertinente tanto para madres y sus hijos (as) menores de cinco años como para la facilitadora en todas las fases de intervención, como lo veremos mas adelante. El proceso implementado permitió la sensibilización de las personas en torno al problema de la desnutrición, enfatizando en sus causas y en sus consecuencias. Asimismo, permitió la toma de conciencia sobre el rol protagónico que pueden asumir para superar la situación actual en la que se encuentran.

5.1.1. Momento del Diagnóstico Participativo

La intervención de la Trabajadora Social, en esta primera fase, incluyó un conjunto de actividades basadas en un diagnóstico participativo, que permitió conocer la realidad socio-económica en la que viven las madres y/o personas a cargo, conocer sus demandas y necesidades de aprendizaje en cuanto a contenidos de salud nutricional y desarrollo integral..

Se puede destacar los siguientes logros:

- Conocer la situación socio-económica de las familias, número de miembros, el grado de escolaridad, situación de salud, número de hijos, actividad laboral, características de la vivienda y sus servicios, ingresos y el presupuesto /mes para la alimentación familiar, número de comidas diarias y los alimentos mas consumidos en el hogar.

En términos concretos la construcción de la línea de base permitió tener una claridad sobre los componentes objetivos y subjetivos de la población participante del proyecto.

- Este momento permitió la construcción de las listas de niños y madres o personas que estaban a cargo además de organizar y conformar 5 grupos tanto de niños y de madres, localizar las casas de las familias con

las cuales se iba a trabajar y cronometrar el tiempo y la distancia para llegar a cada casa.

- Asimismo se pudo conocer y tener contacto directo con la Junta de Vecinos, iglesias y el Centro de Salud, familiarizarse con la zona con la finalidad de colectivizar las demandas y la construcción colectiva de las alternativas de solución.
- Otro de los aspectos relevantes de este momento fue la posibilidad de promocionar y difundir las actividades a desarrollar a través de la implementación del proyecto en la zona.
- Las madres y/o personas responsables dieron a conocer sus preocupaciones y necesidades en busca de conocer más para atender mejor, oportunamente y con calidad día a día a sus hijos (as); razón por la que buscaban dotarse de conocimientos sobre la atención integral adecuada a sus niños determinando su necesidad de reforzar sus conocimientos desarrollados en el proyecto.

5.1.2. En la Segunda Fase de Planificación

La intervención de la Trabajadora Social en este momento, le permitió organizar sus actividades a través de un plan de acuerdo a las necesidades de la población beneficiaria y con el propósito de contribuir al logro del desarrollo personal y social de los niños y niveles satisfactorios de peso y talla, para poder conseguir una salud integral.

La planificación consistió en “definir los pasos a seguir para realizar una actividad” que favorezcan al buen desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años, y asimismo, que las madres y o personas responsables fortalezcan sus conocimientos a través de nuevos contenidos.

La planificación incluyó, un cronograma diario de actividades mensuales, tomando en cuenta el mes, las fechas, horario de actividades y tiempo con que disponían los beneficiarios, considerando:

- Las sesiones de medición y consejería realizadas en los ambientes de la Iglesia , esta estrategia permitió realizar una actividad integral tanto con los niños como su madre y/o persona responsable,
- Las visitas domiciliarias, planificadas de acuerdo a las necesidades o problemas presentados tanto en las mediciones y la consejería, visitas que fueron realizadas cada segunda semana del mes.
- Los talleres planificados con el fin de que sean un apoyo para fortalecer los resultados tanto en las mediciones como en la consejería.

La Trabajadora Social tuvo importante contribución en la planificación de actividades y en la elaboración de su cronograma de actividades. Así mismo jugó un rol muy importante al identificar las necesidades y problemas de los beneficiarios.

5.1.3. En el Tercer Momento de Ejecución.-

La Trabajadora Social en esta fase, puso en práctica toda la gama de sus conocimientos académicos como las enseñanzas de su experiencia.

Para el logro de los objetivos, se utilizó el método dialéctico en todo el proceso de ejecución del proyecto práctica - teoría – práctica mejorada y la aplicación práctica del enfoque constructivista de la pedagogía así como metodologías de intervención de carácter individual y colectivo que se concretizaban en acciones de organización.

Esta fase fue la más importante debido a las características que asumió el proceso de fortalecimiento de las prácticas adecuadas de atención de los niños y niñas.

El proceso de fortalecimiento y aprendizaje logró los siguientes resultados:

- Las madres y /o personas responsables se sintieron y fueron protagonistas activos, de todos los momentos de ejecución del proyecto donde analizaron y reflexionaron, sobre la importancia de la salud de sus niños y por ende un buen crecimiento y desarrollo necesarios en sus primeros años de vida de la vida.
- Las mediciones como la consejería permitió constatar los resultados obtenidos en la implementación de las actividades de transmisión de conocimientos de la consejería y la estimulación temprana.
- Conocer y manejar algunos instrumentos de interés de los participantes como ser:

El Carnet de Salud es un instrumento que le permitió conocer la historia de vida de sus hijos (as) y la importancia de éste en la vida de los mismos.

Tabla de peso mínimo esperado en kilogramos para la edad de niños y niñas entre 0y 5 años, permitiéndolas identificar el peso con que se encontraba sus niños y realizar el seguimiento durante la realización del proyecto.

Tabla de puntajes, consiste en la evaluación conjunta con sus hijos/as sobre el desarrollo, y permite conocer los puntajes de estimulación temprana, puedan identificar los hitos alcanzados por sus niños según área de desarrollo.

Láminas de crecimiento, permitió conocer y familiarizarse con el crecimiento y desarrollo a partir de la consejería. A través de la observación y descripción de las imágenes reflexionaron y personalizaron su experiencia dando importancia al tema o caso tratado, dándose una relación de lo observado y analizado, llevándoles a adoptar las practicas ideales para un mejor desarrollo integral de sus hijos / as.

- Fortalecer sus conocimientos de las madres o personas a cargo de los niños y niñas estableciendo la relación entre su propio conocimiento y el nuevo, solucionar sus problemas, desarrollar sus capacidades y aplicar el conocimiento aprendido en la práctica adecuada en la atención de sus niños / as.
- Para las madres y/o personas a cargo, la capacitación fueron significativas y fueron actoras principales en la construcción de su propio conocimiento; debido a que los contenidos respondían a sus necesidades de aprendizaje, posibilitando establecer una relación de su conocimiento previo.

5.2. IDENTIFICACION DEL ROL DESEMPEÑADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL

En este proceso de intervención, el papel de la Trabajadora Social se puede destacar como:

- Orientadora en la planificación y dirección en la implementación metodológica.
- Articuladora de los actores sociales que intervienen en la experiencia.
- Comunicadora, por facilitar la comunicación verbal y no verbal, escuchar a todas las participantes respetando su opinión.

El Trabajo Social estableció una comunicación empática con las madres, con respeto a sus valores y cultura y brindando un trato igualitario, sin discriminación de ningún tipo.

La Trabajadora Social fue facilitadora de los aprendizajes mediante su participación activa en el proceso de análisis y reflexión - acción, potenciando la interacción y socialización entre las participantes.

La educación como una de las funciones de la trabajadora social incidió directamente en las actoras sociales madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de cinco años, fortaleciendo sus conocimientos, desarrollando aptitudes de nuevas prácticas y actitudes de compromiso frente a los niños y niñas menores de cinco años.

5.3. UNA ARTICULACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE EDUCACION SOCIAL EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS: LA EDUCACIÓN ALTERNATIVA

La reflexión que implica la sistematización de la experiencia formativa desarrollada, precisa de una ubicación en la esfera de las políticas educativas.

Las Políticas Públicas, reflejan el modelo de Estado y su ideología se manifiesta en los paradigmas que sustentan sus estrategias, planes y programas, bajo cuya orientación las operadoras de programas realizan su accionar.

Para tal efecto, resulta válida la elaboración de Aliaga, Moscoso, Cala y Rivero²⁶ acerca de la Educación Alternativa, que busca definirla, y determinar sus perspectivas y desafíos. La pertinencia que se le atribuye a dicha elaboración, se basa en que, a partir de la diferenciación que establece la Reforma Educativa entre Área de Educación Formal y Área de Educación Alternativa, consideran que ésta última abarca la Educación de Adultos, Alfabetización, Educación Juvenil Alternativa, Educación Permanente, Educación Técnica y Educación Especial.

La Educación Permanente es definida por la Reforma Educativa en sentido de que “La Educación Permanente adopta como su referencia central la realidad de los sectores educativos destinatarios. Comprende la educación comunitaria, la educación abierta, y los servicios de apoyo comunitario a diversas acciones educativas. Su peculiaridad es que se prolonga a lo largo de toda la vida, recoge todos los conocimientos y experiencias adquiridas y desarrollada cotidianamente individual y colectivamente. Se caracteriza por estar instituida e impulsada a iniciativa de grupos sociales organizados en respuesta a sus necesidades e intereses en la línea de la educación popular”. Añade que “los contenidos y las

²⁶ Aliaga, Jorge; Cala Edgar; Arturo Moscoso; y José Luís Rivero; *“Educación Alternativa. Análisis y Propuestas de Política Pública”*; 2002; CEBIAE Centro Boliviano de Investigación y Acción Educativa; La Paz, Bolivia; Página tercera del Prólogo.

modalidades de los programas de la educación permanente deben responder a diagnósticos familiares, comunales, micro regionales y nacionales, elaborados participativamente con los interesados”²⁷

Los autores mencionados se refieren a la educación permanente y alternativa expresando que sus necesidades de aprendizaje no están limitadas por normativas predefinidas, sino por la identificación de necesidades que cotidianamente surgen en el desarrollo social e individual de las personas.

La acción pedagógica desarrollada en esta experiencia, tiene paralelismo con los objetivos planteados por la Reforma Educativa para la Educación Permanente: “generar procesos educativos destinados a completar el desarrollo integral, formando recursos humanos de impulsar y dinamizar procesos organizativos en sus comunidades, desde sus propios valores culturales y comprometidos con el bienestar comunitario y la consolidación del poder local para su participación de manera competitiva a nivel nacional”²⁸

Algunas de las características que la Reforma Educativa le atribuye a la educación permanente, refiriéndose a las actividades que desde diferentes ámbitos gubernamentales y no gubernamentales impulsan acciones destinadas al mejoramiento individual y grupal;- convergen con los procesos educativos que se desarrollaron en esta experiencia: entre ellas la de que **es abierta**, porque ofrece posibilidades de acceso que se adecuan a las necesidades de los participantes y sus contextos, ofreciendo a su vez, tiempos flexibles de formación; su condición de ser **intercultural**; la de ser **participativa**; la de abarcar el **auto aprendizaje familiar** y los **procesos de promoción comunitaria** en diferentes disciplinas como salud, educación, agricultura, medio ambiente, ²⁹ etc.

²⁷ Ibid; Página 188.

²⁸ Ley de Reforma Educativa; citado por aliaga, Cala, Moscoso y Rivero; Página 188.

²⁹ Ibid; Página 189.

En este sentido en esta experiencia puede verse materializada la postura de la educación alternativa, cuando hace referencia a que sus contenidos no están limitados con carácter previo, sino que responde al surgimiento de necesidades de la cotidianidad. La necesidad de información relativa a la utilización de recursos que se encontraron al alcance de las familias para prevenir la desnutrición y/o para enfrentarla, significa posibilitar el acceso a un servicio, en este caso el de la información oportuna. Es una camino para la introducción de prácticas saludables.

La presencia de la profesional de Trabajo Social en espacios de desempeño como el de esta experiencia, no es inusual, por el contrario, en el área de la salud se encuentran trabajadores/as sociales desarrollando actividades educativas en problemas de prevención del VIH-SIDA, información y consejería en Salud Sexual Reproductiva, etc. El ámbito de la seguridad alimentaria tiene vinculación con los problemas de salud de la infancia boliviana así como con las políticas de salud.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

Para analizar las conclusiones, de la presente sistematización es necesario tomar en cuenta los objetivos planteados que nos permitirá constatar y precisar los logros alcanzados.

6.1. CON RELACIÓN A LOS OBJETIVOS

1º En cuanto a la recuperación de la experiencia desarrollada, es importante señalar que a lo largo de la implementación del Proyecto “Creciendo Juntos”, la intervención de la Trabajadora Social respondió y aplicó determinadas estrategias y procesos metodológicos en el proyecto PIDI (modalidad indirecta) para ver el grado de aceptación de los participantes.

2º Las estrategias metodológicas de intervención que fueron implementadas por la profesional de Trabajadora Social se enmarcaron en el cumplimiento del siguiente proceso:

a) La elaboración de un diagnóstico participativo permitió conocer la situación socioeconómica real en la que viven las madres y/o personas responsables de niños y niñas menores de 5 años además de conocer las características de sus viviendas, ingresos y las necesidades de aprendizaje, las mismas que posteriormente fueron tomadas en cuenta en todo momento para realizar una buena intervención.

b) La planificación participativa donde se determinaron las actividades contenidos, responsables, fechas y tiempos de los momentos de medición, consejería, visitas domiciliarias y lugar de los eventos educativos de

capacitación tomando en cuenta las necesidades y el tiempo con que contaban las participantes.

c) La ejecución participativa tanto en las sesiones de medición consejería y visitas domiciliarias como de las capacitaciones donde se implementaron 4 talleres según el módulo de nutrición y el módulo de estimulación temprana referida a la reconstrucción y análisis del proceso de fortalecimiento del aprendizaje de las madres y /o personas responsables tanto en la consejería y en las capacitaciones.

d) Referente al enfoque pedagógico utilizado se basó en el constructivismo, bajo la premisa que de los educadores son actores principales en la construcción de su propio conocimiento y en la solución de sus problemas, desarrollando su capacidad crítica y aplicando su conocimiento en la práctica.

6.2. EN RELACION A LAS INTERROGANTES

1º La principal motivación que impulsó a las madres y personas responsables a participar del Proyecto “Creciendo Juntos” fue la necesidad insatisfecha de contar con una alimentación nutritiva, que garantice el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas menores de 5 años.

2º La población participante del proyecto “Creciendo Juntos”, demandó al mismo, la satisfacción de las necesidades de subsistencia y protección principalmente de sus niños menores de 5 años, de todo su grupo familiar, frente a sus precarias condiciones de vida.

3º En cuanto al enfoque que asumieron los talleres desarrollados a lo largo de la implementación del Proyecto, se puede dejar claro que tomó en cuenta de que sea un aprendizaje significativo que estuvo estrechamente relacionado entre el conocimiento previo y el conocimiento

nuevo, desarrollando asimismo un aprendizaje social donde el conocimiento se generó entre madres de familia, todas ellas con diferentes problemas y necesidades y con una experiencia que se potencializa para solucionar sus problemas. El aprendizaje fue activo y participativo tanto en el momento de consejería como en las capacitaciones motivando al trabajo de grupos e impulsando que la responsabilidad del aprendizaje es de todas.

- 4º La lógica de la dialéctica en las sesiones educativas permitió relacionar la teoría con la práctica, mediante tres fases, práctica-teoría- práctica mejorada, donde primero las madres y/o personas responsables sobre la base de su conocimiento de la realidad, partiendo de sus conocimientos previos y experiencias para posteriormente analizar y reflexionar sobre su práctica para fortalecer y enriquecer con nuevos conocimientos..

6.3. EN RELACION A LA INTERVENCION DE LA TRABAJADORA SOCIAL

- 1º Durante la experiencia la Trabajadora Social impulsó los procesos de educación social, enmarcados en el fortalecimiento del aprendizaje de las madres y/o personas responsables de niños (as), bajo el enfoque pedagógico del constructivismo, el método dialéctico y técnicas que fueron adecuadas a este tipo de proceso. Los resultados presentados posteriormente sobre el proceso vivido tanto en los momentos de consejería y sesiones educativas permitieron no sólo el logro de los objetivos del proyecto si no la solución a la problemática abordada. Por tanto el proyecto cumplió su objetivo mejorando el conocimiento, prácticas y actitudes de las madres en el desarrollo integral, atendiendo de manera oportuna y adecuada los dos ejes nutrición y estimulación temprana en el niño y niña.

2º Para hacer más participativas las sesiones educativas se utilizaron técnicas de animación, análisis, de organización y de evaluación, técnicas que permitieron la participación, cohesión, comunicación y trabajo grupal

3º La evaluación participativa permitió verificar el cumplimiento de los objetivos los logros e impactos de la consejería. Se aplicaron las siguientes modalidades de evaluación:

a) Evaluación inicial (diagnóstico) que permitió conocer los datos de crecimiento desarrollo de todos los niños menores de cinco años durante los primeros días de inicio del proyecto.

b) Evaluación de proceso considerando la parte cualitativa, con seguimiento y visitas domiciliarias. Consejería, capacitaciones y grado de aprovechamiento de las capacitaciones.

c) La evaluación final de los resultados referente a los logros alcanzados.

4º La intervención de Trabajadora Social, fue fundamental en el proceso educativo, en la implementación de estrategias metodológicas en la educación social de madres sistematizada en esta experiencia. Los procedimientos desarrollados si bien no son una receta a seguir, pueden de alguna manera guiarnos en todos los procesos y además ser adecuados a diferentes realidades, en diferentes contextos, con diferentes poblaciones.

5º CON EL PROPÓSITO DE GENERAR MAYORES ELEMENTOS TEÓRICOS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE INTERVENCIÓN, EN LA FUNCIÓN DE LA EDUCACIÓN SOCIAL, ESTE TRABAJO

SISTEMATIZÓ DESCRIBIÓ, ANALIZÓ Y EXPLICÓ TEÓRICAMENTE UNA PRÁCTICA SOCIAL, EN UN CONTEXTO NACIONAL, REPENSANDO EL TRABAJO DESARROLLADO, LOS MÉTODOS APLICADOS LOS PROBLEMAS QUE SURGIERON Y CÓMO SE RESOLVIERON, CUYOS RESULTADOS FINALES SERÁN ORIENTADORES PARA PROYECTOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL.

6º Las metas del proyecto a pesar de las dificultades propias del proyecto y del proceso de implementación, han sido cumplidas al finalizar su ejecución. Se capacitaron 98 madres y/o personas responsables que relativamente participaban de todas las sesiones educativas.

7º La cantidad de los niños que asistieron a las sesiones de medición y de evaluación de desarrollo al finalizar el proyecto fueron 182 de los 252 niños inscritos en el proyecto, logrando por tanto 72% de asistencia.

8º Referente a los resultados con las madres ellas refieren que:

“La nutrición de mi hija es adecuada”, nos ayudaron a conocer y clasificar los alimentos para poder dar a nuestros hijos.

“Lo que he aprendido me ayudó a que mis hijos puedan aumentar de peso y ya no estar tan desnutridos además he aprendido a jugar con mis hijos”.

“Durante el proyecto he logrado mejorar el crecimiento de mi hija a como tratarlo y a mí a capacitarme conocer mejor sobre la vida de los niños”.

“El trato del personal del PIDI hacia las madres fue de éxito, con nivel de calidez, respeto y, al mismo tiempo receptiva por los mutuos aprendizajes”.

OTROS LOGROS OBTENIDOS.-

- 1º** Se logró la sensibilización en las madres a dar una mejor alimentación a sus niños/as y un mayor y continuo cuidado médico, mismo que es necesario para el buen desarrollo integral de los /as niños/as.
- 2º** Se logró que la familia se interese más por la salud y cuidados de los niños /as.
- 3º** “La facilitadora del PIDI apoyó en el trabajo de promoción de los servicios de salud, logrando mayor afluencia a los servicios de salud. Las coberturas han mejorado de manera importante y significativa. El PIDI se ha convertido pues en un puente entre el centro de salud y la comunidad”(opinión del personal de los servicios de salud)
- 4º** “El trato del personal del PIDI y de la facilitadora hacia las madres fue de exquisito nivel de calidez, respeto y al mismo tiempo la receptividad por mutuos aprendizajes” (opinión de madres participantes)

SUGERENCIAS.-

- A nivel gerencial es necesario que se firme o se actualice los convenios de gestión con todas las instancias gubernamentales, como Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, Municipios, DILOS, Comités de Vigilancia, OTBs y otros.**

- La presencia de la empresa supervisora, debe permitir ser más de apoyo que de fiscalizador del trabajo, durante todo el proceso de implementación, además los equipos técnicos de supervisión deben ser conformados por profesionales afines al proyecto.
- Que en proyectos futuros con la población se tome en cuenta la presentación de entrada del proyecto, para tener alianzas con diferentes instancias de trabajo y comprometer a la población en el proyecto.
- Es importante que exista mayor coordinación con los Centros de Salud, para trabajar con un mismo objetivo en función del desarrollo integral del niño menor de cinco años.
- Que exista mayor capacitación en educación infantil y capacitaciones en talleres técnicos.

LECCIONES APRENDIDAS.-

La información sobre el comportamiento demográfico para estos proyectos debe ser bien calculada, para fijar los indicadores del proyecto.

Mejorar la infraestructura de los centros de salud, no solo por parte del personal del centro de salud, sino dimensionada desde las esferas gubernamentales, garantizando el derecho a la salud que tiene la población en general.

Antes de arrancar con el proyecto se deben tener reuniones y encuentros de capacitación y reflexión con el personal médico, enfermeras y administradores de cada centro de Salud.

Es necesario que los proyectos educativos tengan parámetros cualitativos de impacto y de resultados definidos a la par de los cuantitativos.

Sería de mucha utilidad readaptar la escala de desarrollo de Nelson Ortiz para futuras evaluaciones del desarrollo integral de nuestra niñez.

El paquete completo de instrumentos didácticos, como los instrumentos de medición deben estar en forma oportuna, verificando su validez y calidad.

El uso de productos nativos, que en forma variada produce Bolivia de acuerdo a los pisos ecológicos es muy importante potenciarlos en su uso en la dieta cotidiana de toda la familia.

Es necesario entregar certificados a las madres sobre la base de parámetros de asistencia, aprovechamiento u otros, esto refuerza su seguridad, autoestima y mejora su capacitación y la posibilidad de conseguir un trabajo.

Nuestras culturas originarias tienen la fuerza de la realidad para transmitir conocimientos y tradiciones por eso es necesario durante la implementación de proyectos como este, se debe escribir la sistematización en el proceso, de manera que a su conclusión no se tenga que buscar testimonios de los protagonista

ANEXOS

ANEXO 2

MODULOS DE CAPACITACION REALIZADOS EN EL PROYECTO

BIBLIOGRAFÍA

1. **ACCHINI** Clementina ; “Los grupos en la práctica social” Editorial UMSA, La Paz Bolivia; 1987
2. **ANDER EGG**, Ezequiel; “Introducción al Trabajo Social” , Colección Política , Servicios y Trabajo Social; 1985 **Guatemala ; Guatemala**
3. **ALIAGA**, DIAZ Cesar; Los derechos Humanos de vida para la Paz y Democracia , Editorial Siembra, Lima Perú, 2002.
4. **ANDER EGG**, Ezequiel ; “Imroducción al trabajo Social” ; Editorial Colección Política, Servicios y Trabajo Social; Guatemala 1995
5. **ANDER EGG**, Ezequiel ; “Metidos del trabajo Social”
6. **ARCE** Carlos ; “Los Saldos del Ajuste Estructural en el Escenario Laboral “;CEDLA , La Paz, Bolivia ; 1995
7. **BARREIX** , Juan y Castillejos Simón; “ **Metodología y Método en Trabajo Social**”; Editorial espacio, México, 1997
8. **CASTRO**, Fernando; “ Técnicas y Estrategias para Optimizar el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje”, Cochabamba, Bolivia, 1995
9. **CELATS**; “La Practica Profesional del trabajador social “; Editorial Hvmantitas; Buenos Aires Argentina; 1998
10. **CHAVEZ**, Gonzalo y Carlos Toranzo ; “ Claves y Problemas de la Economía Boliviana “ ; Editorial , ILDIS, La Paz Bolivia 1999
11. **DARWIN**, Cartwright ; “ Dinámica de Grupos “, Editorial Trillas, México 1999
12. **FALEIROS**, Vicente Paula ; “ Trabajo Social, Ideología y Métodos”
13. **GAMBOA** Miriam , González Rolando , Molina Marcela , Casal Adela, Michel Elizabeth y Barral Ruth ; “ Propuesta de la Transversal Salud A la Reforma Educativa para la incorporación de Aspectos de Salud en La Curricula Escolar “; Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaria Nacional de Salud; La Paz, Bolivia, 1994
14. **INE**; “Bolivia Mapa de Pobreza”; volumen 2 abril 2002; La Paz

15. **IRIARTE**, Gregorio; “Análisis Crítico de la realidad”; Editorial UNITAS, La Paz Bolivia 1996
16. **JARA** , Oscar ; “ Para Sistematizar Experiencias “ ; Editorial Alforja Lima Perú 1994
17. **KIRCHENER, Alicia , M** ; “ La Gestión de los Saberes Sociales “;Editorial Espacio, Buenos Aires Argentina, 1997
18. **KISNERMAN** , Natalio y colaboradores ; “Teoriza y Practica de Social Comunitario” ; Editorial Hvmánitas, buenos Aires Argentina, 1990
19. **MAYER G, David** “ Psicología Social” ; Editorial Mac Hill Colombia ; 2000
20. **MOLINA** , Maria Lorena ; “ Trabajo Social Y Gerencia de los Servicios Sociales “ ; Editorial, facultad de Humanidades de la Universidad de Cali, Cali Colombia, 1996
21. **PALMA**, Diego ; “ Una Reflexión Metodológica en torno a Promoción Social de los Sectores Populares “ ; Cuadernos CELATS N° 13, Lima Perú
22. **PEREZ** , Silvia , El Trabajo Social en el campo de la Salud “ Nuevos Desafíos”; Editorial Espacio, Argentina Agosto , 2005
23. **TABORGA** , Celia y Salazar, Antonio ; “Orientaciones para el Desarrollo de Actividades Educativas en Educación y Población” ; UNFPA, UNESCO; La Paz Bolivia, 1994
24. **VALENZUELA** , José; “El Neoliberalismo en Latinoamérica. Crisis y Alternativas”; Editorial Punto Cero; La Paz Bolivia ,1996

