

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



TRABAJO DIRIGIDO

**ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL Y EL
EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES**

(Una experiencia desarrollada con Mujeres de la ciudad de
El Alto)

POSTULANTE: Univ. Adela Paredes
TUTORA: Lic. Yolanda Zeballos

LA PAZ - OCTUBRE – 2007

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado:

A mi Madrecita: Máxima Quisberth Vda. De Paredes por brindarme todo el apoyo necesario para culminar este anhelo.

A mi esposo y a mis hijos por la paciencia y comprensión que tuvieron durante el tiempo que abarco la elaboración del documento.

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
INTRODUCCIÓN

CAPITULO I	
MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN	1
1.1. Justificación	1
1.2. Breve descripción de la experiencia	2
1.2.1. Problema abordado a lo largo de la Experiencia	4
1.2.2. Intervención desarrollada	4
1.3. Planteamiento del Objeto de la Sistematización	5
1.4. Formulación del Eje de Sistematización	5
1.5. Planteamiento de Objetivos	6
1.5.1. Objetivo General	6
1.5.2. Objetivos Específicos	6
1.5.3. Interrogantes de la Sistematización	6
1.6. Modelo Metodológico de la Sistematización	7
1.7. Momentos Metodológicos Desarrollados	7
1.7.1. El Punto de Partida	8
1.7.2. Las Preguntas Iniciales	9
1.7.3. Recuperación del Proceso Vivido	10
1.7.4. Reflexión de Fondo	11
1.7.5. Punto de Llegada	12
1.8. Limitaciones en el Proceso de Sistematización	13
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	14
2.1. El Desarrollo Local y su Vinculación con la Salud	14
2.2. La Salud y sus Diferentes Perspectivas de Abordaje	17
2.3. Género como Categoría Analítica	23
2.3.1. Enfoques Teóricos sobre Género	23
2.3.2. Enfoque Teórico Empoderamiento de la Mujer	27
2.4. La Intervención del Trabajo Social	30

CAPITULO III	
UBICACIÓN DE LA EXPERIENCIA	34
3.1. Contexto Global	34
3.2. Contexto Nacional	36
3.3. Contexto Institucional	41
CAPITULO IV	
RECUPERACIÓN DEL PROCESO	45
4.1. Delimitación	45
4.1.1. Características Generales de la ciudad de El Alto	45
4.1.2. Características Generales Senkata/ 25 de Julio	48
4.2. Actores de la Experiencia	50
4.2.1. Características Sociodemográficas	51
4.2.2. Características Psicosociales	55
4.3. Momentos Metodológicos Desarrollados en la Experiencia	57
4.3.1. Fortalecimiento al Diagnóstico Situacional	59
4.3.2. Programación de Acciones	68
4.3.3. Ejecución de las Acciones	70
4.3.4. Evaluación de las Acciones	87
CAPITULO V	
ANÁLISIS DE LOS PROCESOS	90
5.1. El Trabajo Social en los Procesos de Educación	90
5.2. Análisis sobre la Metodología Utilizada	91
5.3. Análisis sobre la Intervención Desarrollada	96
5.4. Modificación del Problema después de la Intervención	99
5.5. Lecciones Aprendidas	102
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	104
6.1. Temáticas de la Sistematización	104
6.2. Contraste de los Resultados con los Objetivos Propuestos	105
6.3. Contraste de los Resultados con las Interrogantes	108
6.4. Contraste de los Resultados con la Intervención del Trabajador Social	112
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXO	

INTRODUCCION

El documento tiene el propósito de sistematizar la experiencia profesional de la Trabajadora Social y su intervención en procesos metodológicos de educación en Salud Sexual y Reproductiva como estrategia innovadora para lograr el empoderamiento de la mujer y el desarrollo local, en un proceso dialéctico de práctica teoría práctica.

En esta perspectiva en el proceso de recuperar la experiencia desarrollada por la profesional en el proyecto “Mujeres Madres Niños/as Constructores del Desarrollo Local” implementado por CARE – Bolivia en la ciudad de El Alto, Distrito VIII. En diez grupos de mujeres en torno a un nuevo enfoque de las metodologías participativas.

En este contexto la implementación de la metodología Warmi adquirió un dinamismo que trasciende de la especificidad del trabajo en salud comunitaria para proyectarlo hacia una construcción holística que respondieron a las necesidades sentidas de la comunidad. Generó en las mujeres un proceso de empoderamiento que les permitió desarrollar su personalidad en tanto se dio un incremento de sus conocimientos que se refleja en el cambio de actitudes y comportamientos relacionados con las prácticas en salud materna e infantil a nivel familiar como comunitario.

La presente sistematización pretende socializar una opción metodológica de intervención en procesos educativos, donde la Trabajadora Social se constituyó en un articulador entre la comunidad y los actores sociales que promueven planes de desarrollo locales en salud. El documento contiene seis capítulos que describen, analizan y contextualizan la experiencia.

Capítulo I. Nos presenta el marco metodológico de la sistematización que contempla: la justificación, una breve descripción de la experiencia, el

planteamiento del objeto y los objetivos de la sistematización, así como el modelo y los momentos metodológicos.

Capítulo II. Contiene el marco teórico de análisis de las categorías: de desarrollo local, género, empoderamiento y trabajo social, en el ámbito de la experiencia vivida.

Capítulo III. Explica y describe el contexto global, nacional e institucional en el que se ha desarrollado la experiencia

Capítulo IV. Nos presenta la recuperación del proceso vivido que hace referencia, al contexto geográfico, las características de los actores sociales involucrados en la experiencia y el análisis de los momentos y hechos significativos de la intervención profesional de la Trabajadora Social.

Capítulo V. Nos remite a un análisis de los procesos vividos en la experiencia en torno a la intervención profesional y la metodología de intervención.

Capítulo VI

Presenta las conclusiones de la experiencia de trabajo en relación a los objetivos y las interrogantes propuestas.

De esta manera la sistematización adquiere un valor de práctica e intervención concreta y particular, que permite dar una mirada retrospectiva al pasado y a partir de lo aprendido orientar las acciones futuras.

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO DE LA SISTEMATIZACION

1.1. JUSTIFICACION

El trabajo de sistematización que se presenta, comprende la experiencia de intervención de la Trabajadora Social en el proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”, desarrollado en la ciudad de El Alto durante las gestiones 2004 al 2005. Constituyó una práctica social innovadora, donde el rol de la profesional, asumió características de facilitadora de procesos educativos en salud comunitaria.

La experiencia se centró en la implementación de la metodología de Empoderamiento Comunitario denominada “WARMÍ”. Fue una estrategia educativa de base comunitaria, cuyo desafío principal se afianzó a promover la participación activa de la mujer y la comunidad. Contemplo cuatro fases: Autodiagnóstico, Planificación Conjunta y Evaluación Participativa, basada en procesos educativos en salud para adultos.

La metodología Warmi, respondió a la realidad de una colectividad pobre y de limitado acceso a los servicios de salud. Ella permitió que las participantes reconozcan y analicen sus problemas, prioricen los mismos, para luego de un proceso estructurado, lleguen a implementar sus propias respuestas, en forma conjunta y coordinada con los actores sociales involucrados.

Este escenario social que asumió la experiencia, requiere ser analizado desde una óptica metodológica.

En tal virtud, se consideró importante rescatar ese proceso a partir del modelo metodológico de Oscar Jara, que permite desarrollar momentos reflexivos en la perspectiva de evaluar la actuación profesional en una experiencia determinada y en un espacio concreto.

1.2. BREVE DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

El proyecto: “**Mujeres Madres y Niños/as Constructores del Desarrollo Local**” implementado en la ciudad de El Alto durante las gestiones 2004 a 2005, por CARE-Bolivia, respondió a la necesidad de fortalecer la participación de las mujeres a través de sus organizaciones comunitarias, que constituyeron espacios de análisis y socialización de la problemática de salud materna e infantil que afecta a la población que habita la zona de Senkata/25 de Julio. El proyecto además de abordar procesos educativos, que fortalecieron sus conocimientos y mejoraron sus prácticas en su salud sexual y reproductiva, también permitió iniciar acciones de reflexión en torno al empoderamiento de la mujer mediante una toma de decisiones oportuna, de manera individual y colectiva al interior de los grupos organizados. Por otra parte se promovió el liderazgo

comunitario, para iniciar actividades de gestión social que contribuyeron al desarrollo local de la comunidad en su conjunto.

El distrito VIII, que se constituyó en el área geográfica del proyecto, cuenta con 2.841 habitantes de las cuales 1438 son mujeres y 1403 son varones, constituyendo 568 familias de 5 miembros como promedio. Esta población en su mayoría es migrante de reciente incorporación a la ciudad y acusa altos grados de pobreza.

El Propósito del Proyecto fue de: Contribuir a mejorar la calidad de vida de mujeres y niños / as menores de 5 años en el Distrito VIII de la ciudad de El Alto.

Objetivo Específico en términos de: Lograr que las mujeres del Distrito VIII, de la ciudad de El Alto, a través de la metodología de Empoderamiento Comunitario Warmi fortalezcan sus conocimientos, mejoren e incorporen prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, con énfasis en salud materna para una mejor calidad de vida.

Actividades del Proyecto: Se centraron en generar la participación activa de todos los actores sociales involucrados en el proyecto; estableciéndose acciones de coordinación, planificación, educación y evaluación.

Las actividades centrales fueron: el estudio de línea de base, presentación del proyecto a los actores sociales, implementación de actividades educativas con grupos de mujeres a partir de la metodología de empoderamiento comunitario y la evaluación del proyecto. Paralelamente se desarrollaron actividades complementarias.

Resultados esperados del Proyecto: Los resultados planteados para el proyecto fueron:

- 1) Mujeres capacitadas en la metodología de empoderamiento comunitario Warmi.
- 2) Mujeres capacitadas en salud materna e infantil incorporan prácticas saludables en el cuidado de sus hijos/as.
- 3) Mujeres y sus parejas conocen y / o practican sus derechos sexuales y reproductivos.
- 4) Mujeres líderes de los grupos fortalecen sus habilidades y destrezas.

Bajo este marco se realizó un análisis de los problemas relacionados con la salud de las mujeres en edad fértil y de los niños menores de cinco años. Esta población presenta altas tasas de morbi - mortalidad, materna e infantil, originada por factores como la insatisfacción de necesidades básicas, limitado acceso a los servicios de salud y la falta de conocimiento e información adecuada en salud sexual y reproductiva.

Problemática que fue abordada a partir de la promoción y prevención de la salud a través de la metodología de empoderamiento Warmi, como instrumento que inicia procesos de cambio social. Permitió lograr en las mujeres y madres, el desarrollo de su personalidad, facilitando la comunicación interpersonal dentro y fuera de los grupos comunitarios.

Este contexto específico apertura un nuevo espacio de intervención profesional para la Trabajadora Social, en el ámbito de salud comunitaria.

1.2.1. Problema Abordado a lo largo de la Experiencia

El problema abordado estuvo referido a las altas tasas de morbi mortalidad materna infantil y a la escasa participación de la mujer en los programas de salud y en los procesos de desarrollo local, situación que generaba ciertas limitaciones en su vida cotidiana por lo cual no alcanzaba la calidad que se requiere para lograr el bienestar social de sus familias.

En la mayoría de los casos son las mujeres las que se encuentran en una posición de desventaja socio-económica que repercute negativamente en su salud, por tanto es necesario promover intervenciones sociales que generen procesos de cambio a fin de mejorar aquellas situaciones de desventaja social.

1.2.2. Intervención desarrollada

La intervención desarrollada frente al problema estuvo centrada en la ejecución del proyecto: **“Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”** implementado en el distrito VIII de la ciudad de El Alto, por un equipo técnico de CARE Bolivia, del cual formó parte la trabajadora social como facilitadora de procesos educativos en salud.

La aplicación de la metodología Warmi como estrategia educativa utilizada promovió, el inicio de un proceso de reflexión en torno al empoderamiento de la mujer y la promoción de la salud sexual y reproductiva con énfasis en la salud materna e infantil, fortaleciendo la participación de la mujer, su familia y la comunidad en torno a prácticas de salud culturalmente apropiadas.

En este contexto el desarrollo de acciones educativas en la comunidad permitió un intercambio de conocimientos a nivel de las participantes (diálogo de saberes) en la temática de la salud materna e infantil priorizando la información relacionada a la identificación de las señales de peligro durante el embarazo, parto, post parto y del menor de cinco años que son causa de muerte de mujeres y niños/as. El proceso de compartir el conocimiento desde diferentes perspectivas, al interior de los grupos organizados generó un espacio de análisis y reflexión en torno a la participación de la mujer en la problemática de salud planteada en la zona Senkata/ 25 de Julio. Área de intervención del proyecto.

La metodología Warmi, tuvo como premisa fortalecer la participación de la mujer al interior de las organizaciones locales a través de procesos de socialización a la comunidad y sus actores de la problemática de salud identificada, para la búsqueda conjunta de alternativas de solución. Que contribuyan al desarrollo humano de la población en su conjunto.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE SISTEMATIZACION

De la relación establecida entre el problema abordado durante la experiencia a ser sistematizada y la intervención desarrollada por la profesional de Trabajo Social se estableció como objeto de la sistematización:

La metodología de educación en salud Warmi en grupos de mujeres de la zona Senkata / 25 de Julio de la ciudad de El Alto.

1.4. FORMULACION DEL EJE DE SISTEMATIZACION

Considerando que el eje de la sistematización constituye el componente central que guía el proceso de recuperación y análisis de la experiencia, se estableció como eje a:

La intervención de la Trabajadora Social en el proceso educativo en salud para el empoderamiento de la mujer participante del proyecto “Mujeres Madres Niños/as Constructores del Desarrollo Local”.

1.5. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Reconstruir la intervención desarrollada por la Trabajadora Social en torno a la educación en salud como estrategia para lograr el empoderamiento de las mujeres, en la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Recuperar el proceso vivido en la experiencia a partir de la implementación de la metodología de empoderamiento Warmi, como estrategia educativa en salud.
- Identificar los momentos metodológicos de la experiencia que contribuyeron de manera efectiva a iniciar el proceso de empoderamiento en las mujeres participantes del proyecto.
- Analizar la intervención profesional de la Trabajadora Social identificando los roles que asumió en la experiencia como facilitadora del proyecto de salud.

1.5.3. Interrogantes de la Sistematización

- ¿Qué estrategia metodológica implemento el proyecto “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local?
- ¿Cuáles fueron los momentos significativos de la experiencia que contribuyeron a iniciar el proceso de empoderamiento en las mujeres participantes del proyecto?
- ¿Cuáles fueron las competencias profesionales de Trabajo Social desarrolladas por la postulante en la implementación del proyecto?

1.6. MODELO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACION

La sistematización de la experiencia ha sido conceptualizada desde diferentes visiones, al constituirse en un aprendizaje de la propia experiencia que construye nuevos conocimientos que permitan desarrollar capacidades de intervención educativa. Para ello se hace necesario enmarcar la sistematización dentro un contexto metodológico, que integre teoría y práctica, con el objeto de producir conocimiento a partir de la realidad.

En ese sentido, la metodología que presenta Oscar Jara es una de las más apropiadas ya que manifiesta:

“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, como se han relacionado entre sí y para que lo han hecho de ese modo”¹.

El autor añade que la concepción dialéctica de “Teoría - Práctica -Teoría”, en experiencias de procesos educativos que sean planificados o no, cobra importancia por su desarrollo en un determinado contexto político o social; “donde la sistematización implica necesariamente tanto la reconstrucción ordenada como la conceptualización cuya coherencia lógica es ya parte del proceso cognoscitivo de mayor profundidad”².

¹ JARA Oscar: “Para Sistematizar Experiencias”, Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Costa Rica. 1994. Página 22.

² Ibíd. Página 22.

El modelo metodológico desarrollado, permitió rescatar la práctica mediante un enfoque integral, donde se interrelacionaron diferentes componentes como: concepciones, procesos actividades, instrumentos técnicas y recursos.

1.7. MOMENTOS METODOLÓGICOS DESARROLLADOS

El autor diferencia cinco momentos en el proceso de sistematización, según el énfasis que es posible hallar en ellas:

- El punto de partida referido al momento inicial de la experiencia.
- Las preguntas iniciales referentes a la experiencia vivida.
- La recuperación del proceso vivido al interior del proyecto.
- La reflexión a fondo considerada como una conceptualización de práctica para darle coherencia a todos los elementos del proceso vivido.
- El punto de llegada.

1.7.1. El Punto de Partida

Oscar Jara menciona que es importante para la sistematización de una experiencia dos requisitos fundamentales:

- 1º Haber participado de la experiencia junto a los actores sociales.
- 2º Contar con los registros de la experiencia, conocer el objetivo planteado, las actividades que fueron implementadas y los resultados obtenidos.

La presente sistematización cumple con ambos requisitos mencionados por el autor e inicia este proceso con las actividades que se mencionan más adelante.

1.7.1.1. Objetivo

Recopilar la información documental y objetiva, inherente a la experiencia desarrollada que permita la recuperación de los hechos más significativos para su correspondiente análisis.

1.7.1.2. Actividades

- Recolección de documentos e informes de trabajo elaborados durante la experiencia.
- Recolección de información no registrada en los documentos existentes.
- Recuperación de archivos y documentos institucionales.

1.7.1.3. Resultados

- Archivo clasificado de informes de trabajo por fase y momento metodológico implementado.
- Clasificación de información cuantitativa y cualitativa, resultado de la intervención en la experiencia.

1.7.2. Las Preguntas Iniciales

A partir de este momento se comienza propiamente a sistematizar la experiencia delimitando el objeto y eje de sistematización, componentes que emergen de la descripción de la experiencia donde se detalla el problema abordado y la intervención desarrollada como elementos centrales para el proceso de reconstrucción y análisis, en tanto que, ambos elementos brindan los sustentos teóricos – empíricos de la experiencia desarrollada.

Asimismo en este momento se formulan los objetivos que se pretenden alcanzar durante el proceso de la sistematización, tanto a nivel general como a nivel específico.

1.7.2.1. Objetivo

- Definir los elementos centrales del proceso de la sistematización para implementar las fases o momentos metodológicos que contemplará la misma.

1.7.2.2. Actividades

- Delimitación del objeto de sistematización.
- Formulación del eje de sistematización.
- Planteamiento de objetivos.

1.7.2.3. Resultados

- Definición de la metodología de educación en salud Warmi para las mujeres de Senkata/25 de julio como objeto de sistematización.
- Formular la intervención de la Trabajadora Social en procesos educativos de salud para el empoderamiento de la mujer en el proyecto: "Mujeres Madres Niños/as Constructores del Desarrollo Local", como eje de la sistematización.
- Planteamiento de objetivos tanto general como específicos

1.7.3. Recuperación de los Procesos Vividos

En este paso se ordenó la información, tomando en cuenta dos criterios: la pertinencia de la información, buscando que tenga relación con la experiencia y la sustentación teórica que le de validez. Hecho que permitió contextualizar la experiencia dentro un determinado momento histórico.

1.7.3.1. Objetivo

- Analizar los momentos metodológicos que fueron desarrollados a lo largo de la experiencia, para rescatar la intervención del Trabajador Social.

1.7.3.2. Actividades

- Ordenamiento de la información acumulada
- Recuperación de los momentos metodológicos que abarcó la experiencia.
- Reconstrucción de la experiencia en el proceso educativo de salud a través de la metodología de empoderamiento Warmi en grupos de mujeres.
- Identificación de competencias profesionales que desempeñó la Trabajadora Social como facilitadora de procesos educativos en salud comunitaria.
- Identificación de la estrategia de intervención educativa en salud que contribuyó a generar el empoderamiento de la mujer y el desarrollo local.

1.7.3.3. Resultados Obtenidos

- Diagnóstico del área de intervención donde se implementó la experiencia.
- Datos cuantitativos y cualitativos establecidos en la línea de base del proyecto.
- Análisis de los momentos significativos de la experiencia y de intervención de la Trabajadora Social, como facilitadora del proyecto.

1.7.4. Reflexión de Fondo

El desarrollo de este momento metodológico permitió contextualizar, reflexionar y analizar la experiencia en torno a la conceptualización propuesta en el marco teórico, posibilitando así una interpretación crítica del proceso vivido.

1.7.4.1. Objetivo

- Analizar la experiencia desarrollada por la Trabajadora Social como facilitadora de procesos educativos en salud con grupos de mujeres organizados, a través de la metodología de empoderamiento comunitario Warmi.

1.7.4.2. Actividades

- Selección de categorías teóricas
- Reflexión de los hechos significativos en la experiencia.
- Análisis de la estrategia metodológica de intervención.

1.7.4.3. Resultados

- Hechos significativos identificados en la experiencia.
- Análisis del problema y su modificación, posterior a la intervención desarrollada.
- Análisis de los cambios objetivos y subjetivos que manifiestan las mujeres como inicio del proceso de empoderamiento.
- Reflexión del proceso de intervención profesional de la Trabajadora Social en el proyecto de salud comunitaria.
- Reflexión en torno a los espacios de intervención social en salud comunitaria.

1.7.5. Puntos de Llegada

Se constituye en la etapa final de la sistematización, contempla un análisis puntual entre los resultados obtenidos en relación a los objetivos e interrogantes planteadas al inicio como punto de partida.

1.7.5.1. Objetivo

- Sintetizar el proceso de reflexión desarrollado a lo largo de la sistematización para comunicar los aprendizajes obtenidos.

1.7.5.2. Actividades

- Elaboración de conclusiones inherentes a los diferentes componentes de la sistematización
- Elaboración de un documento final de la sistematización.

1.7.5.3. Resultados

- Documento de sistematización elaborado
- Bibliografía y anexos adjuntos.

1.8. LIMITACIONES QUE ENFRENTÓ EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Al ser la sistematización un proceso de reflexión crítica de la experiencia rescatando sus hechos significativos, se enfrentaron algunas dificultades como las que a continuación se detalla:

1° La abundante información existente sobre la experiencia desarrollada, dificultó la organización y clasificación de la misma, pues todos los datos guardaban la misma significación e importancia y no podían ser ignorados.

2° La implementación de la estrategia metodológica desarrollada en la experiencia de educación en salud requirió de una revisión documental minuciosa de todo el proceso de implementación de la metodología Warmi desde sus inicios incluyendo cambios y adaptaciones realizados para su ejecución en diferentes áreas geográficas y proyectos sociales en Bolivia.

3° La ausencia de técnicas apropiadas para implementar el proceso de la reconstrucción de la experiencia también constituyó una limitación para hacer efectivo el trabajo de la sistematización.

4° La aplicación de categorías teóricas en plenitud, exigió un manejo riguroso y apropiado, para su incursión en las diferentes reflexiones analíticas, aspecto que al inicio se constituyó en una dificultad que fue superada paulatinamente por la postulante.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

La definición de sistematización, nos señala palmariamente, la ineludible necesidad de contar con categorías teóricas que permitan la reflexión de una experiencia. La reflexión, constituye uno de los aportes más importantes de la sistematización como metodología de recuperación de experiencias en el campo de lo social.

De esta manera, en este capítulo se introducen diferentes abordajes teóricos que hacen al campo temático de la experiencia posibilitando el análisis, explicación y profundización de los fenómenos y hechos encontrados.

La experiencia que se refiere a la actividad educativa en salud con mujeres de un municipio determinado, plantea esgrimir categorías que se refieran al desarrollo local y en ese ámbito, proposiciones teóricas acerca de la educación para la salud de la mujer; así como a la práctica profesional del Trabajo Social.

2.1. EL DESARROLLO LOCAL Y SU VINCULACIÓN CON LA SALUD

2.1.1. El Desarrollo desde la concepción de Amartya Sen

Amartya Sen, Premio Nóbel de Ciencia Económica 1998, sostiene que “el desarrollo puede concebirse como un proceso de expansión de libertades reales de que disfrutan los individuos”, definición que contrasta con aquellas que identifican el desarrollo “con el crecimiento del producto nacional bruto, con el aumento de las rentas personales, con la industrialización, con los avances tecnológicos o con la modernización social”. De acuerdo a este autor, lo que promueve el desarrollo es la libertad, razón por la que los esfuerzos se centran en el objetivo de expandir las libertades fundamentales que se constituyen en los fines del desarrollo y no sólo en algunos de los medios en que también tienen su destacado papel en el desarrollo³.

El autor citado menciona como las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en el que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los estados represivos.

Según esta misma fuente, se pueden diferenciar dos actitudes frente al proceso de desarrollo: una que ve el desarrollo como un proceso “con mucha sangre, dolor, y lágrimas”, que opta por “dureza y disciplina”. La otra actitud mira el desarrollo como un proceso “agradable”, caracterizada por ejemplo por el “funcionamiento de redes de

³ SEN Amartya; “Desarrollo y Libertad”; Editorial Planeta; 2000; Barcelona, España; Pág. 19.

protección social de las libertades políticas o del desarrollo social, o una u otra combinación de estas actividades sustentadoras”⁴.

Para este enfoque la expansión de la libertad es 1) *el fin primordial* que puede ser considerado también “papel constitutivo” y 2) el *medio principal* del desarrollo, que puede también ser “papel Instrumental” de la libertad en el desarrollo. El papel constitutivo de la libertad está relacionado con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana.

Entre las libertades fundamentales se encuentran algunas capacidades elementales como por ejemplo, poder evitar privaciones como la inanición, la desnutrición, la mortalidad evitable o la prematura y gozar de las libertades relacionadas con la capacidad de leer, escribir y calcular, la participación política y la libertad de expresión, etc. En esta perspectiva constitutiva, el desarrollo implica la expansión de éstas y otras libertades básicas. Asumiéndose que el desarrollo es el proceso de expansión de las libertades humanas y su evaluación ha de inspirarse en esta consideración”⁵.

Esta definición de desarrollo permite una ubicación conceptual acerca de los aspectos que tienen relación con la salud y la enfermedad, considerada éstas como elementos constitutivos del desarrollo de la sociedad, por ende de la familia y la comunidad.

Sin embargo, Amartya Sen no es el único autor que concibe el desarrollo de los países como crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) únicamente. Manfred Max Neeffe, otro premio novel de economía, también considera el Desarrollo a Escala Humana como base del paradigma que sustenta. El desarrollo desde esa óptica debe satisfacer necesidades fundamentales: la salud y los servicios que hacen posible su atención, están consideradas en esta perspectiva, satisfactores de la necesidad de subsistencia.

En esta misma corriente José Arocena define lo local como “*una noción relativa de pertenencia a un proceso global. Así, un departamento o una provincia es local respecto al país global, y una ciudad es local respecto al departamento o provincia a que pertenece*”⁶.

Siguiendo esta línea conceptual PROCOSI, como red de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud en Bolivia, define al desarrollo local; como la búsqueda del bienestar social y la mejora de la calidad de vida de la comunidad, a través de la planificación y los acuerdos entre los actores sociales que se encuentran en ella.

Por tanto toda acción en el plano local que posibilita el acceso a la atención de salud puede considerarse como un aporte al desarrollo local de una determinada comunidad. Bajo este análisis teórico, el proyecto: “Mujeres Madres Niñas/os Constructores del Desarrollo Local” ejecutado por CARE – Bolivia, encamina sus acciones con el objeto

⁴ Ibíd. Pág. 55.

⁵ Ibíd. Pág.55.

⁶ AROCENA, José; “Los Paradigmas del Desarrollo Local”; Montevideo, Uruguay; 1985; Pág. 19.

de contribuir a este proceso, en una de las comunidades mas deprimidas del distrito VIII de la ciudad de El Alto.

2.2. LA SALUD Y SUS DIFERENTES PERPECTIVAS DE ABORDAJE

Para realizar el abordaje teórico en salud es importante destacar el desarrollo humano como factor que determinan procesos de socialización que constituyen una heterogeneidad de manifestaciones, e insatisfacciones establecidas por los factores sociales y culturales que promueven diversas formas de vivir, enfermar y morir, que no solo incluyen la percepción de la salud, sino simultánea e implícitamente hacen a los procesos de salud – enfermedad.

En este entender se exponen los siguientes enfoques en torno a la salud:

- **Enfoque Unicausal**

La concepción de este enfoque está dirigida a la búsqueda de la salud individual, por consiguiente no se tiene un reconocimiento al ámbito social. Está basada: “en la génesis de la enfermedad, por tanto la salud se logra en la medida que se logre eliminar la enfermedad en la persona que lo tiene”⁷.

En consecuencia este enfoque es identificado dentro los marcos causalistas y clínicos de la enfermedad. Su condición explicativa de las causas de enfermedades, privilegia las causas biológicas y no toma en cuenta las causas sociales. Incluso en la forma y su procedimiento de tratamiento y curación, su acción está determinada por factores biológicos.

Por tanto, tiene una perspectiva individualista, que se encuentra en la práctica médica y se manifiesta en la prestación de los servicios clínicos y hospitalarios en salud.

La comunidad queda al margen de toda acción que contribuya a la salud y su bienestar familiar y personal.

- **Enfoque Multicausal**

El punto de partida de este enfoque (Multicausal – Patógeno Biológico), está determinado en los postulados asumidos en la Conferencia Internacional de Alma Ata (1988), donde quedó establecido que para llevarlos adelante era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta ese entonces.

⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS); Publicación: “Lo Biológico y Social”. Su articulación con el personal de salud pública. La Paz – Bolivia. 1994. Pág. 5.

Es decir, se plantea la posibilidad de que todas las personas, en especial las que tienen escasos recursos (sectores sociales populares), puedan tener acceso a mejores condiciones de vida. “En el fondo la propuesta encierra la pretensión de una universalidad de un modelo de salud integral”⁸

La estrategia de, “Atención Primaria en Salud”, promulgada en la declaración de Alta Ata (1978), consideró la urgente necesidad de promover la salud para todos, mediante la asistencia sanitaria y esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos, familia y comunidad, mediante su plena participación.

Orienta los servicios hacia la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, necesarios para resolver los problemas de salud de manera integral; es decir, afecta no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación), prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de historia natural de enfermedad.

En este sentido, además de las acciones curativas, implica un proceso educativo en salud materna infantil, la inmunización contra las enfermedades endémicas locales, suministro de medicamentos y el saneamiento básico, llevado a cabo por el personal de salud, quién fomentará en grado máximo la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización y el control de los servicios médicos.

En síntesis el enfoque multicausal basado en la atención primaria menciona como uno de sus postulados fundamentales lo siguiente:

“La salud se logra en la medida que la comunidad aprenda a tomar ciertas medidas para prevenir la enfermedad y si ésta se produce aprenda a curarla”⁹

En este enfoque la salud es definida por la OMS/OPS “como el estado de completo bienestar, físico, mental y social; no solo la ausencia de enfermedades o dolencias, en su concepción general se debe entender que los procesos de salud enfermedad son procesos de la vida social”¹⁰

En estos últimos años se van dando una serie de transformaciones estructurales en las políticas de salud que permiten visualizar, el paso del enfoque multicausal, reduccionista y mecánico, a un enfoque “integral sistémico”.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Documento: “Declaración de Alma Ata”, 1988, Pág. 8.

⁹ LUNA Ronaldo; Atención Primaria en Salud; en publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). México.1992. Pág. 11.

¹⁰ Ibíd. Pág. 12.

- **Enfoque Sistémico**

Este enfoque denominado también salutogénico o ecológico, define de manera más integral a la vida de los sujetos sociales, para ellos la “salud, es un proceso social que capacita a las personas y sociedades dinámicamente, adaptándolas a su contexto, para luchar por la transformación de todos aquellos factores que impiden a toda la sociedad vivir en armonía y justicia”¹¹.

A partir de reconocer a este enfoque de acuerdo al contexto social de desarrollo humano y natural del individuo, la familia y la comunidad. El proceso salud-enfermedad, en ésta perspectiva se determina por las condiciones materiales de vida y satisfacción de necesidades, que depende del grado de dominio humano sobre la naturaleza.

Para concluir el abordaje teórico de los diferentes enfoques de salud, resulta importante incluir la concepción que se hace en torno a la salud reproductiva que pasa de un enfoque individualizado a otro social y de desarrollo humano.

- **Salud Sexual y Reproductiva**

En las dos últimas décadas se realizaron varias reuniones o conferencias en diferentes países en las que surgieron muchas declaraciones en torno a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Se destacan, la Conferencia de Derechos Humanos, realizada en Viena 1993, que declaró lo siguiente:

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e los derechos humanos universales”¹². Por tanto los gobiernos deben impulsar políticas sociales que hagan efectivo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

En el Cairo (1994) en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se acordó que para el año 2015 se debe alcanzar el acceso universal a servicios de atención en salud sexual y reproductiva. Por primera vez, se otorgó un papel primordial a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. Esta conferencia marca un hito fundamental en el enfoque de la salud sexual y reproductiva, no sólo en el contexto sino también en el concepto definiéndola como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de malestar o enfermedad, en todos los temas relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”¹³

¹¹ *Ibíd.* Pág. 15.

¹² PALENQUE, Erica; Efectos y Costos de Incorporar el Enfoque de Género en los Programas de Salud Reproductiva; en Resumen Ejecutivo; Publicaciones del Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI). La Paz – Bolivia. 2004. Página 4.

¹³ *Ibíd.* Pág. 6

En términos prácticos, esto implica que los gobiernos latinoamericanos incorporen en sus programas de salud un conjunto de servicios en anticoncepción, atención prenatal, de parto y post natal, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones del trato reproductivo; detección y tratamiento de cáncer cervical y de mamas; educación sexual y consejería como proceso social de construcción de individuos, familias y grupos comunitarios.

Con este nuevo enfoque, se elimina el concepto de que la salud sexual y reproductiva es responsabilidad sólo del sector salud, introduciendo el criterio de que la salud está condicionada por factores de tipo social, cultural, político, económico y acciones provenientes de otros sectores como educación, alimentación, vivienda, etc. De allí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación con actores sociales de la comunidad para un trabajo intersectorial.

Por lo expuesto se puede concluir que la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgo de una concepción no deseada y la libertad para gozar de un desarrollo integral, placentero, saludable en las relaciones personales de pareja, familia y comunidad. También está condicionada por “factores de tipo afectivo, emocional y en forma muy especial por la situación social y de participación de la mujer”¹⁴.

- **Educación en Salud**

Para comprender la transversalidad de la salud en el proceso de enseñanza aprendizaje, es necesario “desmedicalizar” el concepto de la salud para la educación, que en la última década avanzó hacia una concepción integral capaz de incluir los aspectos; biológicos, psicológicos y sociales, relacionados de manera dinámica en los procesos de información, educación y comunicación, dirigidos a la población en su conjunto. Que contribuyan a mejorar el acceso a los servicios de salud en las áreas peri-urbanas y rurales en nuestro país.

Para un mejor análisis de este proceso, es importante remitirnos al nuevo concepto de la educación para la salud, definida en Ottawa (Canadá 1986), que menciona lo siguiente:

“El proceso de capacitación de las personas, es primordial para aumentar el control de su vida y tomar decisión sobre su propia salud que contribuyan a mejorar su calidad de vida y desarrollo humano”¹⁵

Bajo esta visión la educación para la salud es considerada por instituciones y organizaciones públicas y privadas que trabajan en este ámbito como; “una estrategia relevante para la transformación de hábitos y conductas en las mujeres y hombres de

¹⁴ Ibíd. Pág. 10.

¹⁵ SOLARES, Maria; “Educación para la Salud”; Publicaciones del Centro de Multiservicios de Salud y Educación (CEMSE). La Paz – Bolivia. 2000. Página 24.

diferentes edades y toda la población en su conjunto de una determinada área de intervención”¹⁶.

Por tanto el significado del proceso educativo en salud es amplio y contempla elementos importantes para la vida de las personas, que se interrelacionan entre el conocimiento cotidiano y científico, respetando los valores culturales que se tienen.

En este sentido se requiere una perspectiva amplia de la educación para la salud que incluyan, los siguientes factores:

- 1) Factores intrapersonales, referidas al conocimiento, actitudes, comportamientos, aptitudes y conceptos que tienen mujeres y hombres de sí mismos.
- 2) Factores interpersonales, son aquellos relacionados con los sistemas de apoyo social; grupos de trabajo, familias.
- 3) Factores institucionales, relacionados al trabajo con instituciones públicas y privadas.
- 4) Factores de la comunidad, se refieren a la relación de coordinación y trabajo entre organizaciones e instituciones locales y grupos comunitarios de base.
- 5) Factores de la política pública, determinadas por las leyes, políticas nacionales y locales.

Estos factores en la práctica se relacionan de manera integral en los procesos educativos dirigidos a la comunidad.

2.3. GÉNERO COMO CATEGORÍA ANALÍTICA

En la actualidad se escucha hablar de diferentes enfoques de género, destinadas a impulsar el avance de las mujeres en la sociedad y a la construcción de la equidad de género en Bolivia.

Una idea central de género como un concepto analítico, menciona que está determinada por la forma en que los hombres y mujeres se relacionan entre sí y distribuyen el poder entre ellos. “Se refiere a cómo los roles, actitudes, valores, relaciones; se construyen social y culturalmente, casi sin excepción se organizan jerárquicamente en cada contexto y momento histórico”¹⁷.

¹⁶ Ibíd. Pág. 16.

¹⁷ RUIZ, Carmen; Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza; “Mujer, Género y Desarrollo Local Urbano”, Huellas. La Paz – Bolivia. 1999. Página 83.

2.3.1. Enfoques Teóricos sobre Género

- **Enfoque de Género Sexista**

Una expresión del sistema patriarcal es el Sexismo “creencia en la inferioridad de un sexo en relación con otro; en la cultura patriarcal el sexismo se fundamenta en la supuesta inferioridad de las mujeres y superioridad de los hombres”¹⁸, todo lo que es codificado como masculino adquiere valor y lo femenino se establece como menos importante, persistiendo los argumentos biologicistas, en situaciones experimentadas diariamente dentro el espacio familiar y social.

En referencia a las expresiones y prácticas sexistas de género, se pueden identificar siete manifestaciones comunes:

- A. Insensibilidad al género, ignora esta variable en el contexto social, donde los signos de opresión y las relaciones de poder, de la mujer asumen un rol de subordinado ante el hombre. La mujer no decide ni es reconocida en el hogar; es considerada un objeto de uso por el marido¹⁹.
- B. El androcentrismo, consiste en una manera de ver el mundo, que parte de lo masculino como lo universal, lo representativo y válido, obviando la perspectiva femenina.
- C. La misoginia, es el odio o desprecio hacia lo femenino, actitud que se refleja en las distintas formas de violencia que sufre la mujer.
- D. La ginópsia, es la dificultad de ver lo femenino y no reconocer su importancia invisibilizando o distorsionando la imagen de la mujer.
- E. Sobre – especificidad, presenta como específico del sexo masculino, ciertas necesidades, actitudes e intereses que tiene la mujer.
- F. Doble parámetro, se presenta cuando una conducta determinada es valorada o evaluada desde distintos puntos de vista para la mujer o para el hombre. El deber ser de cada sexo, se refiere a supuestas obligaciones de un sexo con el otro como subordinado. Dicotomía sexual, trata a los sexos como diametralmente opuestos en sus características, laborales, educativas, y de salud, etc.

¹⁸ SILVA, Erica; Documento en Género y Salud; Publicación del Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI). La Paz – Bolivia. 2003. Página 2.

¹⁹ *Ibíd.* Página 18.

- G. El familismo, es la analogía que se hace entre mujer y familia, así cuando se atiende las necesidades de la familia, se cree que se está atendiendo las necesidades de la mujer.

En este sentido la definición de género para los sexistas guarda estrecha relación con el patriarcado como sistema histórico, se construye sobre la base de la diferencia sexual anatómico, fisiológica y de la expropiación de recursos materiales y simbólicos de un género sobre el otro, es decir la construcción de las mujeres como cuerpos de reproducción de la especie humana.

- **Enfoque de Género Estructuralista**

La teoría o teorías de género en torno al enfoque estructuralista, no están tan sólo referidas a la concepción genérica de los sexos, femenino y masculino, sino abarca una concepción cultural determinada y una visión de la sociedad pre-definida, con bases ideológicas bastante claras.

En esta perspectiva el enfoque estructuralista de género, “permite el análisis de la sociedad, buscando explicar y comprender las relaciones sociales entre hombres y mujeres, identificando sus necesidades, intereses, roles y capacidades de desarrollo que les permitan superar las brechas de género y que garanticen la distribución equitativa de los beneficios”²⁰. Por tanto es considerado como uno de los avances de la modernidad que debe ser incluido en todas las políticas públicas que tienen que ver con la educación, salud, trabajo, desarrollo y cultura principalmente.

Este enfoque hace referencia a la construcción social y cultural que puede ser modificada a favor de la equidad, libertad, la paz y el desarrollo social y humano.

Tiene un carácter social que varía en cada cultura, sociedad y momento histórico, por constituirse en un aprendizaje de un conjunto de atributos, roles, actitudes y comportamientos que adquiere el individuo a lo largo de su vida. Conscientes de esta situación, y asumiendo que la organización genérica del mundo en sus normas, leyes e instituciones asume una perspectiva que privilegia a los hombres.

- **Enfoque de Género y Salud**

Abordar el enfoque de género en lo que respecta a la salud es ir más allá de lo biológico, es comprender las identidades y las necesidades socialmente construidas tanto para los hombres como para las mujeres, de esta manera poder apreciar la dialéctica existente entre lo biológico y el medio social, que se plasma en situaciones de ventaja o desventaja en términos de gozar de salud, enfermedad o de morir. “En el campo de la Salud Sexual

²⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS); “Publicaciones Científicas: El Enfoque de Género aplicado a la Salud”. La Paz – Bolivia. 1998. Página 22.

y Reproductiva, esas desventajas pueden observarse en las mayores probabilidades de contraer enfermedades prevenibles o morir a causa de ellas, también en las condiciones de vida y subordinación que tienen las mujeres y que generan una mayor vulnerabilidad a lo largo de su vida”²¹.

La utilización de este enfoque como herramienta analítica, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad. “Que conceptualiza al género, como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que a través de un proceso de construcción histórico, social y cultural diferencia a los hombres de las mujeres”²²

En base a esta conceptualización se puede mencionar que el enfoque de género y salud, contempla también la forma en que las mujeres y los hombres se relacionan entre sí y distribuyen el poder entre ellos. Dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud de los individuos.

El abordaje práctico de género; “parte de la sociedad a través de internalizar las experiencias que rigen los paradigmas de masculino y femenino, intentan responder a las necesidades de salud de mujeres y hombres, dentro de roles establecidos socialmente y aceptados por la sociedad”²³. Este mecanismo pretende mejorar la condición de salud de ambos sexos, por que identifica los roles y responsabilidades diferenciadas para cada sexo, en un contexto social y culturalmente dado.

El abordaje estratégico de género; además de responder a las necesidades concretas de salud de mujeres y hombres, se dirige a redistribuir los roles, las responsabilidades y el poder entre los sexos, con el fin de reducir las desigualdades, en la atención de salud de ambos sexos.

Esta acción apunta a mejorar la posición de la mujer en la sociedad, buscando facilitarle el control sobre los recursos necesarios para mejorar y proteger su salud. Se desarrolla a través de procesos educativos para promover el empoderamiento de la mujer a partir del fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base.

Ambos abordajes en torno a género y salud sólo presentan distinciones a nivel analítico, ya que en la práctica las intervenciones pueden integrar elementos de los dos enfoques. Un elemento importante dentro el abordaje estratégico, es la noción del “proceso de empoderamiento de individuos y grupos”. Este es un proceso interno que permite a las personas desarrollar la capacidad de hacer o de actuar, constituyéndose en un aspecto fundamental para el cambio. Es decir las personas desarrollan fortalezas y destrezas que incorporan en post de la salud personal, familiar y comunitaria.

²¹ ALIAGA Alicia y CABALLERO Dora; “Enfoque de Género y Salud”, en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). 1999. Pág. 30

²² *Ibíd.* Pág. 32.

²³ *Ibíd.* Pág. 32.

2.3.2. Enfoque Teórico Sobre el Empoderamiento de la Mujer

Cuando se aborda la temática de Mujer/Género y Desarrollo, no se puede dejar de mencionar el concepto de “Empoderamiento” entendida como un proceso de cambio mediante el cual, las personas o grupos con poco o ningún poder, adquieren poder y lo habilitan para tomar decisiones en torno a su bienestar y una mejor calidad de vida.

Durante la Tercera Conferencia Internacional de la Mujer, celebrada en Nairobi en 1985, el concepto de “empoderamiento” aparece como una estrategia liderada por mujeres tercer mundistas para cambiar sus propias vidas al tiempo de generar un proceso de análisis reflexión en torno al proceso de transformación social que viven las mujeres en el mundo.

En esta perspectiva; “el empoderamiento se considera como la base desde la cual se generan visiones y alternativas para el desarrollo humano de la mujer, así como el proceso mediante el cual estas visiones se convertirán en realidades a medida que cambien las relaciones sociales. Algunas de las precondiciones para el empoderamiento de las mujeres son los espacios democráticos y participativos, así como el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base”²⁴

El término empoderamiento obviamente llama la atención sobre la palabra “poder” y sobre el concepto de poder como una relación social, el poder condiciona la experiencia de la mujer en un doble sentido. Las relaciones de poder pueden significar dominación, pero también resistencia para obtener el control en una determinada situación de género o desarrollo.

En torno a la perspectiva de Género y Empoderamiento de la Mujer, esta se conceptualiza como la capacidad que tiene una mujer de influir o tomar decisiones que afectan a su vida o futuro.

Este análisis teórico permite visualizar que la participación de la mujer en procesos de educación para la salud, se constituye en una estrategia para dar inicio a procesos de empoderamiento, “esto significa que el incremento de conocimientos en la salud sexual y reproductiva le “dan poder” para tomar decisiones oportunas en torno a problemas que afectan su salud, la de su familia y comunidad”.²⁵

Dando continuidad a este estudio resulta importante mencionar el enfoque de “Empoderamiento y Desarrollo”, que tiene la Organización Panamericana de la Salud, cuya definición manifiesta; “el empoderamiento es el incremento de acceso y control, que tiene la mujer y la comunidad sobre el uso de recursos, materiales/económicos,

²⁴ DEERE Carmen Diana, LEON Magdalena; “Género, Propiedad y Empoderamiento”; Bogotá – Colombia; 2000; Pág. 30.

²⁵ VICEMINISTERIO DE LA MUJER; Documento: “Género y Empoderamiento de la Mujer”; La Paz – Bolivia. 2003. Página 7.

políticos de información/educación en salud que se encuentran en el área geográfica que habita”.²⁶

Este proceso de empoderamiento de la mujer y la comunidad, no es un tema ajeno a la salud pública o comunitaria, ya que ha sido ampliamente utilizada en el contexto de la promoción de la salud. No brota espontáneamente, sino es propiciada a través de la educación para la salud que apertura espacios de análisis, reflexión y discusión, sobre aquellos problemas que afectan a la mujer en su vida cotidiana. Por tanto el empoderamiento no es un proceso lineal con un inicio y un fin, definido de manera igual para todas las mujeres; varía para cada individuo o grupo según su vida cotidiana y contexto histórico y social.

En este marco, también el canadiense Ronald Labonté como menciona Alicia Aliaga en su texto “Género y Salud” ha propuesto utilizar el concepto de “continuo empoderamiento” para referirse al proceso de transformación no solo de mujeres, sino de hombres y en general de clases sociales, por medio del cuál el “poder que ejerciera el sector de salud sobre la población”, se transformara en una relación de poder conjunto”.²⁷

Para alcanzar esta transformación y empoderamiento, se establece diferentes momentos en este proceso que la Organización Panamericana de la Salud adopta de la siguiente manera:

- **Trabajo Personal**

Mecanismo por el cual se produce una interacción personal, de reflexión, análisis de sus experiencias y aspiraciones de los participantes.

- **Grupos de Autoayuda**

El empoderamiento personal, requiere a su vez de espacios y oportunidades para que los individuos superen su aislamiento e individualismo, reflexionen sobre sus problemas y experiencias a fin de encontrar apoyo en los grupos de socialización donde identifican que muchos problemas son comunes a otras personas.

- **Organización Comunitaria**

Apunta a la identificación de problemas o necesidades sentidas por la comunidad y la búsqueda conjunta de soluciones, a implementar a corto plazo, que contribuyan al desarrollo comunitario.

²⁶ ALIAGA Alicia y CABALLERO Dora; “Enfoque de Género y Salud en publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). La Paz – Bolivia. 1999; Pág. 32.

²⁷ *Ibíd.* Pág. 34.

- **Coaliciones de Acciones Políticas**

La formación de coaliciones proporciona elementos que permitan superar limitaciones propias de las organizaciones comunitarias, con el fin de lograr un cambio político o una reforma social, que contribuya a la definición de políticas nacionales.

Por tanto para concluir, es importante mencionar que las acciones de educación para la salud que se desarrollan en contextos específicos, facilitando capacitación, orientación y consejería, no solo en forma individual en los servicios de salud, sino a organizaciones comunitarias, contribuyen de manera efectiva en los procesos de empoderamiento personal y colectivos tanto de las mujeres como de los hombres.

2.4. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

En el sistema de salud el Trabajo Social se incorpora, como proceso formativo, integral y de desarrollo humano, importante para la vida de las personas en todas las etapas de su vida. De manera que el accionar profesional de educación en salud, contribuyó significativamente al desarrollo local de la comunidad, al fortalecer la participación de la mujer en las organizaciones locales, que permita la elaboración estructurada de planes en gestión social para la satisfacción de sus necesidades y la promoción de procesos de cambio.

En este ámbito social el bagaje teórico sobre el Trabajo Social permitió visualizar, en todas sus dimensiones la conceptualización que realiza Margarita Rosas, al manifestar que: “Sí bien el Trabajo Social es una disciplina de las, “ciencias sociales” permite la reconstrucción de las manifestaciones sociales que se presentan en la sociedad en un determinado momento, espacio y tiempo”²⁸.

Esta concepción enmarca el accionar del Trabajador Social, en un contexto dinámico de permanente intervención en procesos sociales que promuevan que la comunidad, familia y los individuos se constituyan permanente mente en protagonistas de su propio desarrollo.

Por tanto la práctica profesional debe ser analizada de manera dialéctica entre lo teórico y lo práctico, porque parte de un conjunto conceptual y metodológico que le permite un accionar práctico en su intervención dentro la problemática social identificada.

Desde una perspectiva académica el Trabajo Social, se concibe “como una disciplina de las ciencias sociales, abocada al conocimiento y la explicación científica del problema social que tiene su origen, en la insatisfacción de necesidades”. En este enfoque el Trabajo Social, interviene en los problemas sociales que se manifiestan de acuerdo a los momentos y fenómenos coyunturales y estructurales, repercutiendo directamente en la

²⁸ ROZAS Margarita; “La Cuestión Social e Intervención Profesional”; Seminario de la Carrera de Trabajo Social – UMSA; La Paz; 2005.

vida cotidiana de mujeres y hombres, sobre todo en el ámbito de la familia, el trabajo y las relaciones con la sociedad.

Otro enfoque puesto de manifiesto, es de Lorena Molina y Laura Guzmán, que en su documento de perfil e identidad profesional, expresan: “El Trabajo Social, se afirma como profesión estrechamente vinculada e integrada a la acción social, con el objeto de crear condiciones necesarias de intervención, para lograr cambios sustantivos en los sujetos, individuos y colectividad, e implementarse en un nivel micro o macro social”²⁹

2.5.1. Perspectivas Futuras para el Trabajo Social

En el XVII Seminario Latinoamericano de Trabajo Social (Octubre del 2001; Lima – Perú), se debatieron diferentes aspectos, referidos a los caminos que como desafíos le toca vivir al futuro del Trabajo Social. “El planteamiento se basa en los cambios que se operan en las Facultades de Ciencias Sociales y la Carrera de Trabajo Social y en las organizaciones de desarrollo de la región; así como en la certeza que ninguna visión del mundo es practicada en su estado puro, sin embargo las premisas de una de ellas prevalecen sobre las premisas de otras visiones de mundo”³⁰.

Los actores que influyen los cambios en el Trabajo Social en la región, tienen tres opciones generales que forjarán tres escenarios posibles:

Escenario 1: Intervención como práctica de la alienación: “Bajo la visión mecánica del mundo, el Trabajo Social será sometido a un modo de intervención para la eficiencia productiva, cuya racionalidad instrumental alienará a los profesionales ahí llamados de ‘recursos humanos’, reducidos a meras ‘piezas’ de un gran engranaje llamado desarrollo, asumido como una realidad objetiva y regida por leyes naturales y mecanismos inmutables. Esta intervención informa pero no transforma”³¹.

La intervención para la eficiencia es una especie de meta dogmática, que articula la práctica de varios modos: La intervención para la transmisión – recepción; la intervención para la productividad; el rendimiento; conocimiento inerte para la transferencia, la certidumbre, la compartimentalización, el pensamiento binario; repetición y neutralidad, etc.

Los procesos sociales tendrían la función de construir un tejido de relaciones funcionales y mecánicas con propósitos ajenos al bienestar de la población, y el Estado como una gran máquina que maneja el funcionamiento de la sociedad de acuerdo con intereses claros en el plano económico pero disfrazado en el plano social.

Escenario 2: Intervención como práctica de la domesticación: Bajo la visión económica del mundo el Trabajo Social será rehén de un modo de intervención, para la

²⁹ MOLINA Lorena, GUZMÁN Laura; “Perfil Profesional del Trabajador Social”; 2000; Pág. 24.

³⁰ ALACTS, CELATS; “XVII Seminario Latinoamericano de Trabajo Social: Desafío para el Trabajo Social Latinoamericano”; Lima – Perú; 2001; Pág. 51.

³¹ *Ibíd.* Pág. 52.

domesticación de la voluntad de transformar el mundo. Este pensamiento derivado de la lógica de las leyes del mercado, “oferta y demanda” que confirmen el fin de la historia y la posibilidad de un futuro mejor para la mayoría de la población. Esta información; informa y desinforma pero no transforma. Su realización depende de la articulación y práctica de varios modos particulares de intervención para: el egoísmo, la exclusión, la sobre vivencia, la competencia, el utilitarismo, la imitación y obediencia del saber autorizado como el argumento de la autoridad.

Escenario 3: Intervención como práctica de la transformación: Bajo la visión holística del mundo el Trabajo Social será cambiado por el modo de intervención para la transformación humana, social y ecológica; que formará constructores de nuevos caminos y no seguidores de caminos ya existentes.

Los actores sociales serán percibidos como ciudadanos con ejercicio de sus derechos y como “talentos humanos” capaces de imaginar y de crear más allá de su conocimiento y experiencias previas. Inspirada en la pedagogía de la autonomía de Paulo Freire, la intervención para la transformación es una especie de meta-intervención crítica, cuya realización requiere la articulación y práctica de varios modos particulares de intervención para: la solidaridad; la esperanza, la interacción, la posibilidad, sostenibilidad, la construcción y apropiación social, las contradicciones, la incertidumbre, el compromiso y ética, etc. Esta postulación concluye en que el Trabajo Social está en una encrucijada, porque tiene que optar por una visión de mundo como referencia para construir una nueva coherencia para sí mismo. “Parece obvio que debe optar por la visión holística del mundo, haciendo una opción por la intervención para la transformación”³².

Este último escenario es propicio para ir construyendo nuevas formas de intervención, en educación social con bases comunitarias en salud.

³² *Ibíd.* Pág. 53.

CAPITULO III

UBICACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN

3.1. CONTEXTO GLOBAL

La experiencia profesional se desarrollo dentro un contexto global, de momentos y hechos significativos, que a continuación se analizan.

Uno de estos momentos lo constituyó el fenómeno de la globalización que ingresó a los países latinoamericanos con fuerza, mediante el control del poder de decisión sobre la economía, producción, precios, comercialización y otros, son impuestos por organismos internacionales como, el Banco Mundial, que define a la globalización: “como un proceso por el cual existe cada vez una creciente y continua integración o interrelación entre los países del mundo, especialmente en el ámbito económico a través del comercio internacional principalmente, pero también en los ámbitos: político, social, cultural y ecológico; cambios que están transformando la economía mundial”³³. De forma estructurales en las naciones que se desarrollan bajo este modelo.

Los cambios ocurridos en el mundo, con la incorporación de la globalización, no son cambios estrictamente económicos que deben ser interpretados por indicadores o la acumulación de la riqueza. Sino también son cambios sociales (incremento de la pobreza, desocupación y delincuencia, etc.) y de desarrollo humano, entendida como: “la ampliación de opciones y oportunidades que tienen las personas para contar con una vida saludable de acceso a los servicios de salud”³⁴.

³³ GOMEZ Elsa: “Publicaciones Científicas”, 541 en la Organización Panamericana de la Salud. Bolivia. 1998. Página. 11.

³⁴ CALLA Pamela: “Ciencias del Desarrollo”; Umbrales Revista Post Grado CIDES – UMSA. La Paz, Bolivia. 2002. Página 14.

Bajo este marco referencial de cambios sociales, los programas de atención en salud sexual y reproductiva, no podían quedar al margen de este proceso que constituye un desafío importante para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Un importante referente para el análisis de la salud a nivel mundial y latinoamericano, constituyen los compromisos asumidos por los representantes de los diferentes países que asistieron a la reunión de Beijing, en 1995 en la declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer, el Comité Nacional de Coordinación y los subcomités, adoptaron el concepto de salud sexual y reproductiva, destacando en forma diferenciada la dimensión de la sexualidad respecto de la reproductiva en el marco del empoderamiento de la mujer. Abordó importantes temas generales relacionados con la situación de la mujer, priorizando el referido a la salud materna, manifiesta que: “el desarrollo verdadero requiere que las mujeres obtengan el mando de sus vidas, mediante un proceso holístico hacia la satisfacción de sus necesidades”³⁵.

Esta nueva visión de salud materna y reproductiva ocupa un papel protagónico, en el desarrollo humano de la mujer, en tanto pasa de un enfoque individual a otro social, que aporta significativamente a la búsqueda de una mejor calidad de vida y capacidad de un desarrollo social, desde una perspectiva de género.

En torno al análisis de la atención prioritaria en salud materna, en la última década la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza en el año 2000 la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” con el propósito de mejorar la salud de la madre y el recién nacido, logrando contribuir a una maternidad sin riesgos. “El objetivo de la iniciativa es ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud a través de intervenciones dirigidas a combatir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, se declara que se requiere mejorar tanto los servicios de salud como implementar nuevas acciones a nivel comunitario, para

³⁵ Naciones Unidas: “Informe Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”. Beijing. 1995. Pág. 12.

asegurar que las mujeres, sus hijos/as y los recién nacidos tengan acceso a la atención calificada cuando lo necesiten. Se hace hincapié en la importante función del trabajo con los individuos, familias y comunidades, mediante el enfoque de Promoción de la Salud, entendida como el proceso de capacitar a las personas y los grupos comunitarios de base para mejorar su salud y calidad”³⁶.

La implementación de esta iniciativa en los países Latinoamericanos y en especial Bolivia obedece a la presencia de altos índices de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. “Todos los años, al menos 585.000 mujeres mueren como consecuencia de complicaciones en el embarazo y el parto, en países en desarrollo”³⁷ por tanto los gobiernos deben ejecutar planes y programas en Salud Materna, que contribuyan a mejorar la atención en salud, a las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años.

3.2. CONTEXTO NACIONAL

Bolivia sigue enfrentando desafíos importantes en la satisfacción de sus necesidades de salud en su población culturalmente diversa, aproximadamente 9 millones de habitantes, dispersa en un territorio de 1.098.581 Km². En los últimos años se ha observado cambios importantes en las políticas de salud y educación que aún no reflejan mayores cambios sociales y económicos en la población. Pese a los esfuerzos del gobierno en otorgar recursos económicos, para la construcción de nuevas infraestructuras y la dotación de recursos humanos, para mejorar el acceso de la población a los servicios educación y salud. Aun constituye un desafío importante para el actual gobierno; “porque la

³⁶SANTARELLI, Carlos: “Iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo”; Artículos y Publicaciones en la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Ginebra. 2002. Página 68.

³⁷ Ibíd. Pág. 70

salud y la educación son indicadores sociales, imprescindibles para el desarrollo humano de un pueblo”³⁸.

En esta perspectiva, un punto importante para analizar la situación de salud en Bolivia, es considerar a la salud como un proceso integral de calidad de vida de la población. Esta visión que para algunos parece nueva, ya era conocida y practicada por el pueblo aymará, quechua y guaraní, quienes siguen considerando a la salud como un proceso integral y social, que va evolucionando acorde a la época, sin perder su valor cultural que incluye nuevos enfoques sociales (género, ciudadanía, derechos y empoderamiento, interculturalidad, etc.), que contribuyen de manera efectiva a su desarrollo local como región, ciudad, comunidad o zona.

Sin embargo las políticas públicas de nuestro país con relación a la salud en general y de manera específica en referencia a la Salud Materna e Infantil, se diseñan bajo el contexto político de estrategias Internacionales, que no toman en cuenta la visión nacional y local. Basta mencionar las cifras de la mortalidad materna e infantil, que pese a la incorporación de nuevas políticas continúan siendo elevadas. Según el informe del ENDSA 2003 la tasa de mortalidad materna es de 390 por 1000.000 nacidos vivos, siendo el promedio en América Latina y el Caribe de 190 por 1000.000 nacidos vivos. Bolivia es el país que presenta la tasa de mortalidad infantil más alta de Latinoamérica con 54 fallecidos por 1000 nacidos vivos.

Por tanto debe ser prioritario el velar por el estado de salud de las mujeres gestantes en edad fértil para preservar el capital humano de las generaciones futuras en nuestro país, bajo un trabajo conjunto y coordinado entre las organizaciones: nacionales y locales que tienen la responsabilidad de reducir los Riesgos del Embarazo.

³⁸ Ministerio de Salud y Deportes: “Marco Referencial de la Salud en Bolivia”. 2004. Pág. 5.

El Ministerio de Salud y Deportes a partir de 1992, dentro el marco de la implementación de políticas públicas en salud, da prioridad a programas dirigidos a reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Publicando instrumentos normativos relacionados con la salud reproductiva de la mujer.

En este marco de referencia, Bolivia ha comenzado a emprender acciones importantes tendientes a eliminar las inequidades relacionadas con la cobertura y el acceso a los servicios de salud. A continuación se apuntan las políticas de salud que fueron promulgadas por diferentes gobiernos en los últimos años para mejorar la Salud Materna e Infantil, como binomio fundamental para el desarrollo humano y social de nuestro país.

Periodo 1985 – 1989.

- Al interior del “Plan Global de Salud” : el “Plan de Salud Materna y Supervivencia Infantil”, que planteaba medidas de prevención para la mortalidad materna y neonatal, mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva, la disminución de la prevalencia de bajo peso al nacer y el incremento a la demanda de los servicios de salud integral (MPSSP1990)

Periodo 1992.

- En junio de este año el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, publicó: el “Plan Nacional de Supervivencia Desarrollo Infantil y Salud Materna”, el mismo que desarrolla importantes elementos normativos referidos a la salud de la mujer durante y posterior a la etapa de gestación.

Periodo 1993 – 1997.

- El “Plan Vida” para la reducción acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, se creó con el propósito de reducir la mortalidad materna en un 50% y la mortalidad neonatal en un 30%, a través de sistemas

locales de salud con énfasis en acciones de cuidado en salud materna y neonatal de manera integral.

Periodo 1996

- La Secretaria Nacional de la Salud presenta la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96, para la atención de la mujer y el recién nacido en maternidades y hospitales departamentales. “Esta norma establece orientaciones importantes respecto al proceso de gestación, las emergencias: obstétricas, como las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el parto, y las emergencias obstétricas después del parto”³⁹.

Periodo 1997 - 2001

- El “Plan Estratégico de Salud”, planteó el Seguro Básico de Salud junto al Escudo Epidemiológico y el Fortalecimiento Institucional.
- En este periodo las prestaciones más esenciales, son cubiertas por el Seguro de Maternidad y Niñez y el Seguro Básico de Salud. Relacionadas con dos componentes centrales de atención a la mujer durante la gestación, el parto y los seis primeros meses de vida y cuidado (lactancia materna, control médico) de la madre y su hijo/a.
- Atención a niños/as menores de 5 años, en enfermedades prevalentes como la diarrea y las neumonías.

Periodo 2002-2005

- “Servicio Universal Materno Infantil” SUMI, tiene por objeto realizar acciones de carácter preventivo y curativo para las mujeres gestantes y los niños/as menores de 5 años, mediante 400 prestaciones en atenciones de salud. Este proceso de reformas de la salud

³⁹ Ministerio de Salud y Deportes: “Norma Boliviana de Salud NB-SNS”. La Paz – Bolivia. 1996. Página 34.

desarrollado a lo largo de dos décadas, puede resumirse en tres líneas de acción.

- El seguro público de salud para la mujer en edad reproductiva y los niños/as menores de cinco años.
- La implementación de un sistema de gestión como mecanismo de evaluación y control sectorial descentralizado.
- Integralidad de los sistemas de atención en torno a la Salud Materna e Infantil en relación a la salud comunitaria.

Periodo 2006 – 2010

- Plan Nacional del Sector Salud del actual gobierno busca la eliminación de la exclusión social, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias para el ejercicio del derecho a la salud, a la ciudadanía y a una buena calidad de vida.

Una serie de actores intervienen en la implementación de estas políticas de prestación de servicios de salud a la población boliviana. Según datos existentes; el Ministerio de Salud y Deportes y su red de servicios públicos atiende aproximadamente al 30% de la población, la seguridad social abarca una cobertura del 25% de la población, las instituciones privadas tienen una cobertura del 12% y un 33% restante no contarían con atención en salud, asumiéndose que muchos de ellos acuden a la medicina tradicional.

Precisadas las políticas de salud implementadas en la última década en Bolivia, y la cobertura de atención de los servicios de salud; resulta importante mencionar el enfoque actual de intervención en salud comunitaria, desde una perspectiva de género promueve el trabajo con hombres y mujeres, a través de procedimientos que incorporen, herramientas metodológicas innovadoras en los programas y proyectos de salud, que tienen un impacto directo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la comunidad.

Otro elemento que se añade a esta nueva visión es la conceptualización actual de la educación en Salud Sexual y Reproductiva, asociada a un proceso fuertemente de desarrollo de la mujer, dentro los diferentes ámbitos de acción social y económica, que genera repercusiones importantes, propias para iniciar acciones de empoderamiento. Entendida como “la capacidad que tiene la mujer de tomar decisiones o influir en la toma de decisiones, que afectan a su vida y futuro”⁴⁰.

En torno a esta conceptualización se consideran los siguientes aspectos:

- Mayor participación de la mujer en la toma de decisiones a nivel familiar, grupal, colectivo, y comunitario.
- Reconocimiento de su capacidad al interior de la familia y la comunidad.
- Fortalecimiento de su autoestima y capacidades en salud como mujer.
- Ejercicio de sus derechos y ciudadanía.

Pese a la incorporación de nuevos enfoques en el trabajo de salud. Bolivia sigue enfrentando desafíos importantes para satisfacer las necesidades de salud de su población. “Aunque los indicadores de salud han mejorado significativamente en los últimos 20 años, a excepción de los indicadores de la desnutrición, la posición de Bolivia como segundo país con los indicadores de salud mas críticos continua”⁴¹.

Situación que el ministerio de Salud y Deportes, pretende revertir a través de la implementación de políticas que contribuyan a “realizar un trabajo integral y de

⁴⁰ Viceministerio de la Mujer: “Documento Perspectiva de Género y Empoderamiento”. La Paz – Bolivia. 1997. Página 7.

⁴¹ Ministerio de Salud y Deportes; “Marco Referencial de la Salud en Bolivia”. La Paz – Bolivia. 2004. Página 15.

estrecha colaboración entre los diferentes actores sociales de la comunidad y el personal de los servicios de salud pública”⁴².

3.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

CARE Internacional, es una organización privada de desarrollo y ayuda en emergencias que alcanza a 10 millones de personas en más de 60 países de Asia, África, Europa y Latino América; por más de 50 años se ha constituido en vehículo de la generosidad de muchas personas que viven en los diferentes países del extranjero.

CARE/ Bolivia, se instituye como agencia de colaboración, inició sus actividades el año 1956 como respuesta a una emergencia ocurrida en el Beni (inundaciones). Fue en febrero del año 1976 que firmó un convenio de cooperación con el gobierno de Bolivia y enfocó su trabajo hacia la construcción de sistemas rurales de agua. A lo largo de los años CARE ha expandido sus actividades de manera integral.

En el presente, CARE Bolivia está comprometida en apoyar las políticas de estado y fortalecer a los actores locales tanto institucionales como comunitarios, pues sólo con el protagonismo de los mismos podrán superarse la injusticia social, buscar mejores oportunidades para luchar contra la pobreza y permitir el ejercicio de los derechos en igualdad de condiciones, con equidad de género para todos y todas.

3.3.1. Misión

La misión de CARE Bolivia es servir a las personas y a las familias en las comunidades más pobres del país. Está fortalecida por su diversidad, recursos y experiencias en el ámbito nacional. Promueve soluciones innovadoras y

⁴² *Ibíd.* Pág. 16.

aboga por la responsabilidad global. Facilita el cambio sostenible por los siguientes medios:

- Promoviendo el respeto y ejercicio de los derechos humanos en todas sus manifestaciones.
- Fortalecer la capacidad de autoayuda.
- Proporcionar oportunidades económicas.
- Ayudando en caso de emergencias.
- Influyendo en decisiones políticas a todo nivel.

Guiada por las aspiraciones de las comunidades locales y los derechos humanos CARE Bolivia pretende realizar su misión con excelencia.

3.3.2. Visión

CARE Bolivia busca un país de esperanza, tolerancia y justicia social, en el que la pobreza haya sido superada y la gente viva con dignidad y seguridad. CARE Bolivia será una fuerza global y socio de elección dentro de un movimiento nacional dedicado a erradicar la pobreza. Será conocida por su firme compromiso por la dignidad de las personas.

3.3.3. Valores

- Integridad.
- Compromiso de servicio.
- Respeto a la dignidad y valoración de cada ser humano.
- Excelencia.

3.3.4. Objetivo Estratégico

Contribuir a la reducción de la pobreza en Bolivia hasta un 33% hasta el 2015 bajo el enfoque de seguridad de los medios de vida en el hogar y promoviendo el ejercicio pleno de los derechos humanos.

3.3.5. Roles Estratégicos

- Participar de manera activa y efectiva en proceso de cambio.
- Facilitar la articulación de procesos sociales y económicos.
- Fortalecer las capacidades locales para promover el desarrollo sostenible.
- Influir en Políticas regionales y nacionales mediante procesos de abogacía y cabildeo.
- Facilitar, aprendizaje Inter.-Institucional, rescatando analizando y difundiendo, las experiencia entre entidades nacionales, internacionales y las de CARE.

3.3.6. Programas

Los Programas de CARE Bolivia son:

- Salud.
- Seguridad Alimentaría.
- Educación.
- Generación de Ingresos y Recursos Naturales.

3.3.7. Programa de Salud

CARE Bolivia desde el año 1981 ha iniciado actividades con proyectos que incluían componentes de salud, en un principio con una alta relación en la construcción de sistemas de agua y saneamiento básico y los cuidados de la higiene de la familia, posteriormente la experiencia se ha expandido en

proyectos de desarrollo integral, velando principalmente por la supervivencia infantil.

En la actualidad y después de transcurridos mas de 21 años, se cuenta con experiencias en proyectos de salud sexual y reproductiva, cuidados maternos y neonatales, prevención del VIH/SIDA , mejoramiento de viviendas y la educación en salud materna Infantil.

CARE Bolivia en este contexto, por la amplia experiencia de trabajo en Salud en la ciudad de El Alto, durante ocho años ha ejecutado en asocio con CIES una ONGs local, el proyecto denominado Redes Comerciales para la Salud Comunitaria I y II también se ejecutaron en asocio el proyecto Colaborativo, el de Salud Neonatal con participación Comunitaria y de los Servicios de Salud.

En base a estas experiencias se plantea desarrollar el Proyecto “Mujeres Madres Niños/as Constructores del Desarrollo Local”, implementado en el distrito 8 de la ciudad de El Alto por CARE Bolivia. Se desarrolló en este contexto, pretendiendo alcanzar una participación masiva de las mujeres en edad fértil, para fortalecer sus conocimientos y mejorar sus prácticas en salud materna e infantil como componente principal de la salud sexual y reproductiva.

CAPITULO IV

RECUPERACIÓN DEL PROCESO

4.1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

La experiencia se llevó a cabo en la ciudad de El Alto, concretamente en la zona de Senkata que pertenece al distrito municipal VIII según la distritación del Gobierno Municipal.

4.1.1. Características Generales de la Ciudad de El Alto

En virtud a que la ciudad de El Alto fue el escenario de la experiencia desarrollada, se describirán sus principales características.

A) Ubicación Geográfica

La ciudad de El Alto, se encuentra situada en la meseta altiplánica, de la ciudad de La Paz a una altura promedio de 4.050 metros sobre el nivel del mar, abarca una extensión territorial de 8.215 hectáreas aproximadamente. Limita al Norte con el Cantón Zongo, al sur con el municipio de Viacha, al Este con la ciudad de La Paz y al Oeste con el municipio de Laja. Está rodeado por un paisaje marcado de los nevados de la Cordillera Oriental y la Cordillera Occidental

B) Antecedentes Históricos

El municipio de El Alto, considerada como la tercera ciudad de Bolivia, pertenece a la cuarta sección municipal de la provincia Murillo, del departamento de La Paz, fue fundada legalmente el 6 de Marzo de 1985. Cuenta con la tasa de crecimiento poblacional mas alta de Bolivia que asciende al (9.2%), hasta la década del 40 no era más que un paso de ingreso y salida de la ciudad de La Paz hacia otros departamentos del país.

C) División Política y Administrativa

La Ciudad de El Alto, se encuentra dividida en nueve distritos; de los cuales, seis son urbanos, dos peri urbanos y uno rural. De acuerdo a la disposición de la Ley de Participación Popular y de municipios, cada distrito cuenta con una sub. Alcaldía para una mejor administración y recaudación de los recursos.

- Distritos I, II, III, IV, V, VI, urbanos.
- Distritos VII, VIII, peri- urbanos.

- Distrito IX rural.

D) Demografía

Geográficamente la ciudad del Alto está distribuida en tres sectores: Alto Norte, Alto Central y Alto Sur. Esta división regional fue asumida también por el Ministerio de Salud, para establecer las áreas de intervención de los diferentes proyectos en los establecimientos de salud y distritos.

El Alto es una de las ciudades de más rápido crecimiento demográfico, receptora de la migración interna campo/ciudad, ciudad/ciudad. Este fenómeno se dio desde diferentes ámbitos; tanto a nivel de las provincias del departamento de La Paz, como de las diferentes regiones de otros departamentos, especialmente Oruro y Potosí, de cuyos centros mineros, a causa de la relocalización, generada por el DS. 21060, se produjo un gran flujo migratorio, hacia el municipio de El Alto, que brindó las condiciones de habitabilidad accesibles a su situación económica y de búsqueda de nuevas fuentes de trabajo. Estos asentamientos poblacionales promovieron un crecimiento acelerado y vertiginoso del municipio alteño.

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda CNPV / INE 2001, la población total de la ciudad de El Alto asciende a 649.958 habitantes.

En el área urbana la población concentrada es de 647.350 habitantes. En el área rural la población llega a 2.608 habitantes.

Es importante mencionar a la población distribuida por condición de género, tanto en el área urbana como rural, de El Alto que asciende a un total de:

POBLACION DISTRIBUIDA EN EL ALTO

Mujeres (área urbana)	327.215
Mujeres (área rural)	1.316
Total	328.531
Hombres (área urbana)	320.235
Hombres (área rural)	1.192
Total	321.427

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA 2001

E) Educación

En cuanto al nivel de educación que tiene la población de la ciudad de El Alto, según el Censo (INE 2001), la tasa de analfabetismo llega al 7.98%, con una asistencia escolar alta en el ciclo primario que alcanza el 58%, con una notable reducción en el ciclo secundario que llega al 22% y solo un 3.4% en el nivel superior, donde la tasa global de participación educativa apenas es de 49%.

F) Vivienda

En el caso de la vivienda, el 50% de la población es propietaria, un 40% no cuenta con vivienda, el 21% habita en viviendas alquiladas, 3% en anticrético y el 18% como cuidadores en viviendas cedidas.

G) Salud

Con relación a la situación de salud, ésta se ve limitada en la prestación de servicios, por el acelerado crecimiento de la población y la carencia de servicios básicos (agua potable, alcantarillado, luz eléctrica, etc.) en zonas de reciente creación.

La salud de la mujer en la ciudad de El Alto, según datos del Instituto Nacional de Estadística (2001), menciona una tasa de natalidad del 29.15% en tanto la mortalidad materna llega al 10.2 % y una tasa de mortalidad infantil de 59 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos. Por tanto las mujeres y los niños/as, se enfrentan a difíciles situaciones de salud en esta urbe.

En este marco, el municipio del Alto se constituye en una ciudad intermedia caracterizada por las altas tasas de migración, desempleo y desprovistos de un buen sistema de servicios básicos y de saneamiento.

4.1.2. Características Generales Senkata/ 25 de Julio

- **Ubicación Geográfica**

El área específica de intervención fue la zona de Senkata / 25 de Julio, ubicada en el distrito municipal VIII, sector denominado, Alto Sur de la ciudad de El Alto. Presenta una topografía plana, limita al norte con el aeropuerto, al este con la carretera a Viacha, y al oeste con la localidad de Achocalla.

Las zonas circundantes al área de intervención son; Andino, Litoral, San Cristóbal, los Pinos, Virgen de Copacabana y San Miguel, barrios que cuentan con una población heterogénea, por el permanente asentamiento humanos que se han constituido en amplios cinturones de pobreza, con toda la carga que representa para el grupo más vulnerable mujeres, niños/as

Población

Cuadro N 1

POBLACION DISTRITO VIII

Población	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 80	Total
Hombres	5.059	3.568	2.702	1.969	1.201	687	483	15.669
Mujeres	4.941	3.324	3.059	2.275	1.254	613	483	15.949
Totales	10.000	6.892	5.761	4.244	2.455	1.300	966	31.618

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA 2001

Como se puede apreciar en el cuadro, la población del distrito VIII, es de 31.618 habitantes, distribuidos en 35 zonas, muchas de ellas de reciente creación.

Senkata / 25 de Julio, es una de las zonas de mayor concentración de la población, “haciende a 2.841 habitantes, que componen 568 familias, con un promedio de 5 miembros por familia, de la cual 1.438 son mujeres y 1.403 son varones. Se caracteriza por ser un sector de rápido crecimiento demográfico”⁴³.

- **Tenencia de la Vivienda**

En cuanto a la propiedad de la vivienda, “un 35% es propietario de su vivienda, el 60% de la población son anticresistas e inquilinos, el 5% vive en condición de cuidadores”⁴⁴. Sin embargo las condiciones de vivienda son precarias en un 58%, son construcciones provisionales de adobe sin cimientos sólidos, que permitan una buena estructura habitacional.

- **Saneamiento Básico**

En relación al acceso de los servicios básicos, Senkata /25 de Julio, no cuenta con el sistema de alcantarillado, el acceso a los servicios de agua potable se ve limitado por el costo que representa su instalación domiciliaria. Sólo el 65% cuenta con este servicio, un 35 % consume agua de pozos o recurren a carros aguateros. En referencia a la recolección de desechos sólidos, existen deficiencias en el servicio.

La carencia de los servicios de saneamiento básico, predispone a la prevalencia de enfermedades gastrointestinales, en la población sobre todo en niños/as menores de 5 años, siendo una de las causas que elevan los índices de morbilidad infantil.

- **Organizaciones de Base**

⁴³ CARE – BOLIVIA; “Línea de Base del Proyecto: Mujeres, Madres, Niños y Niñas Constructores del Desarrollo Local”. El Alto – La Paz. 2004. Página 26.

⁴⁴ CONSEJO DE SALUD RURAL ANDINO (CSRA): “Base Censal Distrito VIII”. El Alto – La Paz 2004. Página 45.

Senkata/25 de Julio, cuenta con una organización vecinal afiliada a su representación matriz (FEJUVE). Estas organizaciones vecinales, mantienen el carácter comunitario que traen consigo de sus comunidades, establecen mecanismos de participación y colaboración al interior de sus zonas, donde el papel que tiene la mujer va pasando de ser solo receptora de información a ser protagonista y generadora de acciones que promuevan el desarrollo de la zona.

Otras organizaciones son las religiosas y deportivas que aglutinan a un buen número de vecinos.

4.2. ACTORES DE LA EXPERIENCIA

En la lógica de la sistematización, es necesario analizar las características de la población beneficiaria directa, de la intervención profesional en el proyecto: “Mujeres, Madres y Niños / Niñas Constructores del Desarrollo Local”.

Inicialmente se realizó un diagnóstico sociodemográfico, para luego analizar los aspectos psicosociales de las participantes; ambos componentes mostrarán la situación de la mujer en Senkata/25 de Julio.

Los actores sociales de la experiencia de manera directa fueron las mujeres en edad fértil, como grupo de población altamente vulnerable, y de forma indirecta su entorno familiar y la comunidad.

Las condiciones sociales que presenta la mujer en edad fértil de este sector; se caracteriza por el bajo nivel de instrucción escolar, las altas tasas de morbi mortalidad materna infantil y hasta la triple jornada de trabajo que desarrollan las mujeres. Estos constituyeron factores específicos para la intervención profesional en este grupo etéreo. Según datos obtenidos en la línea de base del proyecto se conoce que las mujeres en edad fértil comprendidas entre 15 a 49 años de la zona Senkata/25 de Julio, población directa de intervención alcanzan a un total de 260 mujeres. A su vez, la población indirecta compuesta por parejas, hijos/hijas y vecinos de la zona alcanza un total de 2.841 personas.

Cuadro Nº 2

TOTAL POBLACIÓN BENEFICIARIA INDIRECTA

GRUPO ETÁREO / ESTRUCTURADO	TOTAL
Hombres parejas de las MEF	210
Hijos /as de las MEF	1.250
Vecinos/as de la Zona	1.381
Total población indirecta	2.841

FUENTE: PROYECTO DE SALUD CARE / BOLIVIA

4.2.1. Características Sociodemográficas

A continuación se presentan las características sociodemográficas, de las 260 mujeres participantes directas de la experiencia. En datos obtenidos de la línea de base del proyecto: "Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local", implementado por CARE Bolivia, como también del estudio de "base censal", efectuada por el Consejo de Salud Rural Andino. Ambos estudios permitieron conocer las características sociales de las mujeres de esta zona.

- **Edad**

La edad de las mujeres participantes está relacionada con la delimitación etárea del proyecto: Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local.

Cuadro N° 3

EDAD DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15 – 19	5	2%
20 – 24	30	11%
25 – 29	65	25%
30 – 34	86	34%
35 – 39	48	18%
40 – 44	20	8%
45 – 49	6	2%
Total	260	100%

FUENTE: LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD CARE.

Como se puede apreciar en el cuadro de edad, la mayor concentración de mujeres participantes se encuentra en el rango comprendido entre 30 a 34 años, etapa en la que la mujer se inserta en diversas actividades educativas y de producción.

- **Nivel de Instrucción de las Participantes**

De acuerdo a la información disponible, un 58 % de las mujeres solo realizó algún estudio del ciclo primario, un 32% venció algunos cursos del nivel secundario, el 8 % logró culminar sus estudios secundarios y salir bachiller, el 2% pudo realizar una capacitación técnica o superior.

En los últimos años el número de mujeres en edad fértil, con algún estudio en el nivel primario ha mejorado en la zona, por la intervención directa de proyectos de alfabetización implementados; por la iglesia, ONG's y el municipio de la ciudad de El Alto.

- **Acceso a Servicios de Salud**

La prestación de los servicios de salud, estuvo a cargo del Consejo de Salud Rural Andino, en la administración directa de los tres centros de salud del distrito VIII: “Senkata 79, Atipiris, Mercedes”, en coordinación directa con la red de salud Corea.

Esta nueva administración, tenía como propósito mejorar la infraestructura y equipamiento de los centros de salud. Al mismo tiempo debía incrementar la cobertura de atención en los servicios y disminuir las altas tasas de morbi – mortalidad materna e infantil, que asciende al 40% del total del índice de la población de El Alto.

Por tanto se puede concluir; que el desafío principal de los distintos actores del sistema de salud es poner en práctica las políticas sobre una base de equidad, que contribuya al estado de salud de las mujeres de manera directa e indirecta a su familia y comunidad.

- **Ocupación de las Participantes**

Cuadro Nº 4

OCUPACIÓN LABORAL DE LAS PARTICIPANTES

OCUPACIÓN	NUMERO DE MUJERES	PORCENTAJE
Comerciantes	120	46 %
Trabajo Temporal (PLANE)	98	38 %
Labores de casa	16	6 %
Trabajadoras de fabricas	26	10 %
Total	260	100%

FUENTE: BASE CENSAL CONSEJO DE SALUD RURAL ANDINO

La inserción de la mujer en la dinámica social del trabajo, está determinada en alguna medida, por el grado de instrucción y la capacitación técnica con que cuentan. Sin embargo, los efectos de la actual crisis económica la ha llevado a desarrollar diversas actividades de sobre vivencia, “que van desde la inserción en fabricas o pequeñas micro empresas dentro la economía formal, asciende a un 10 %, hasta su participación masiva en el sector informal urbano que alcanza el 46% (comerciantes). Por otra parte, un 38% de mujeres participa en los programas de trabajo eventual (PLANE) o por alimentos y se inserta en otras ramas artesanales. Solo el 12 % de dedica a las labores de casa”⁴⁵.

- **Ingreso de las Participantes**

⁴⁵ CONSEJO DE SALUD RURAL ANDINO (CSRA): “Estudio de Base Censal”. El Alto – La Paz. 2004. Página 45.

No se tiene datos exactos sobre el ingreso familiar de las mujeres en edad fértil participantes de la experiencia, sin embargo una aproximación de estos oscila, entre los 200 - 800 Bolivianos por mes.

- **Procedencia de las Participantes**

Son provenientes de diferentes provincias pacañas, con mayor frecuencia de Inquisivi, Pacajes, Nor y Sud Yungas, Camacho e Ingávi, y en menor proporción de otras provincias y departamentos.

Esta característica determina que las mujeres participantes utilicen aún su idioma materno el aymará, como medio de comunicación mas frecuente en la comunidad, hecho que no constituye una limitante para su desenvolvimiento.

Resulta importante mencionar que las mujeres y su familia, mantienen una relación estrecha con sus comunidades de origen, especialmente durante la época de siembra y cosecha agrícola.

Motivo por el cuál en esta temporada se ausentan de sus hogares, por el lapso de 10 a 15 días.

Cuadro Nº 5

PROCEDENCIA DE LAS PARTICIPANTES

LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Provincia Ingávi	30	11%
Provincia Pacajes	38	14%
Provincia Nor. Sud. Yungas	75	29%
Provincia Inquisive	54	21%
Otras Provincias	43	17%
Otras Regiones	20	8%
TOTAL	260	100%

Como se aprecia en el cuadro un mayor porcentaje de las mujeres son procedentes de las provincias del Departamento de La Paz.

- **Estado Civil**

En relación al estado civil de las mujeres participantes, un 60% son convivientes, en tanto que el 35 % son casadas y un 5 % solteras.

- **Número de Hijos/as**

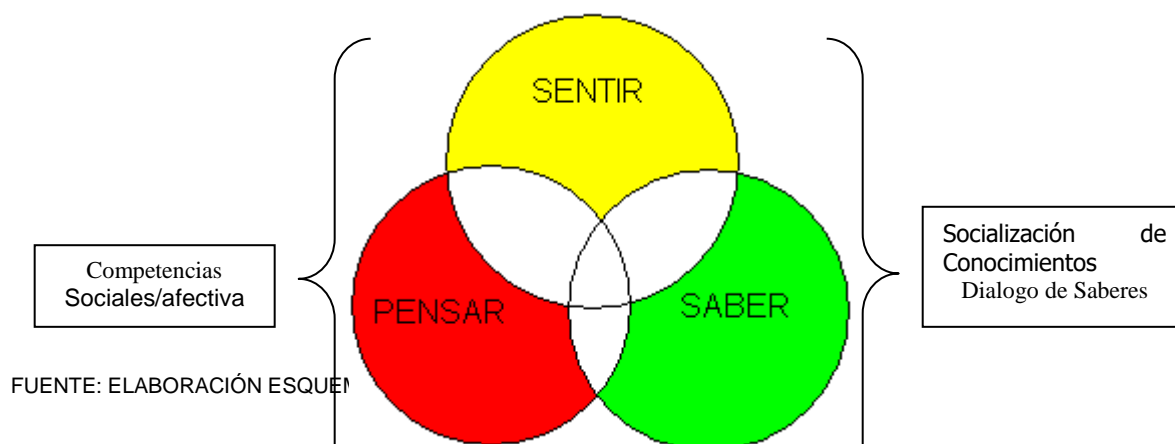
El número de hijos/as por familia varía entre 4 a 6 en mayor porcentaje, y en número reducido entre 8 o 10 hijos/as

4.2.2. Características Psicosociales

Los aspectos psicosociales de las personas, constituyen una dimensión esencial de la vida y el desarrollo humano, porque tienen que ver con el cuerpo, las sensaciones, emociones, sentimientos, pensamientos que tiene cada individuo. En la relación que establece con su entorno social y con sí mismo, en una trilogía que se expresa en las reacciones físicas, emocionales y mentales del vivir cotidiano que determinan actitudes y comportamientos.

A continuación se presenta un esquema de la relación de las características psicosociales para una mejor ilustración.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES



FUENTE: ELABORACIÓN ESQUEMA

En este sentido son los rasgos característicos, pautas de comportamiento que determinan, la personalidad del individuo, están estrechamente relacionados con aspectos, del área cognoscitiva, afectiva y social. De manera que el proceso de socialización psicosocial se

relacionada con el conocimiento adquirido, a través de habilidades y actitudes que se transmiten, para satisfacer las necesidades fundamentales de subsistencia.

Bajo este marco conceptual, el área cognoscitiva que se identificó en las mujeres, como sujetos de intervención del proyecto, al inicio de las actividades, se refleja en el siguiente comentario de experiencia de vida de las participantes:

“...Cuando tenía mis 18 años, me he juntado con mi marido, por que estaba embarazada ya de seis meses, no sabía nada que me estaba pasando, por que me crecía tan rápido mi barriga, además siempre se me hinchaban los pies, las manos, la cara y a veces todo el cuerpo, entonces veía estrellitas de colores y quería desmayarme. Nunca me hice ver con el médico porque mi amiga me dijo que tratan mal y además por que apenas gano para comer en el día, no tendría para pagar mi consulta..... por eso quisiera aprender sobre salud para cuidarme mejor. (Entrevista Línea de Base)

Para L Good Tomas, la personalidad, “se revela por la conducta que asume la persona determinada por su experiencia de vida cotidiana, y por su entorno familiar, social, cultural, de una historia de vida que trae consigo”⁴⁶.

La mayoría de las mujeres participantes en la experiencia, manifestaron tener muy poco conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva como salud materna, y las frases “no sabía nada” y “quería aprender”, fueron repetidas, en la línea de base como al inicio de las actividades del proyecto. Una de ellas menciona.

“Me siento enferma por que mi marido me ha dejado, con seis wawas, la última recién nacida, por eso quiero contarles mi vida a otras mujeres jóvenes, para que no les pase lo mismo, estar encerrada en la casa y no capacitarnos es lo peor...por eso quiero aprender mas sobre la salud de la mujer para ayudar a mis hijas, y a otras hermanas” (Presentación Proyecto).

Como se aprecia en los comentarios, la parte afectiva emocional no está al margen del área cognoscitiva que presentaron las mujeres de obtener mayor conocimiento en salud y de estrategias educativas que promuevan el empoderamiento comunitario y desarrollo local.

⁴⁶ GOOD Thomas; “Psicología Educativa”; Artículos Publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Barcelona -España .1998. Página 68.

La vida diaria de las mujeres del área de intervención estaba enfocada a las labores domésticas y cuidado de los hijos, considerada como responsabilidad exclusiva de las mujeres, hecho que se manifiesta en el siguiente comentario.

...” En la mañana cocino, lavo la ropa, atiendo a las wawas que van a la escuela, en la tarde hay ratos tejo para vender chompas,...pero siento y pienso que me falta seguir aprendiendo otras cosas como cuidarme para no tener más hijos... creo que no estoy tan vieja tengo 32 años y cuatro hijos que atender... y educar.....para que tengan una vida mejor (Elena Grupo Warmi Wiñayataqui).

El área afectiva expresada en los comentarios mostró distintas reacciones emocionales y cognitivas de las mujeres, fruto de sus vivencias cotidianas, en su entorno familiar y social, marcado por normas y roles establecida.

4.3. MOMENTOS METODOLÓGICOS DESARROLLADOS EN LA EXPERIENCIA

Siguiendo el proceso metodológico que plantea Oscar Jara para la sistematización de experiencias este acápite responde al tercer momento metodológico, de recuperación del proceso vivido, el desarrollo y contextualización de la experiencia, así como la reconstrucción del proceso de intervención.

Así en el sentido de ordenar y delimitar la experiencia, como eje temático que guía la sistematización, se asume la importancia de rescatar la intervención de la Trabajadora Social en los procesos de organización, planificación, capacitación y ejecución de acciones, destinadas a iniciar, un proceso de empoderamiento en las mujeres. En este accionar concreto, la profesional asumió la función de FACILITADORA, de procesos educativos en salud comunitaria.

Se define para este accionar cuatro momentos significativos, que permiten conocer la realidad, orientación de las acciones implementadas, en una determinada población objeto de intervención del proyecto:”Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”.

El primer momento fue el: **Fortalecimiento del Diagnóstico Situacional**, como actividad central del estudio de línea de base, punto de partida de las diferentes acciones del proyecto.

Un segundo momento, constituyó la: **Programación de Acciones**, que coadyuvaron al logro de los objetivos planteados.

Como tercer momento de la experiencia a nivel operativo de la comunidad se realizó la: **Ejecución de Acciones**, en torno a la organización, información educación y

capacitación de los actores sociales de la experiencia, en el área de intervención del proyecto.

Un cuarto momento correspondió a la: **Evaluación** de Acciones desarrolladas en los diferentes momentos de intervención social, en el proyecto de educación en salud comunitaria.

Las actividades desarrolladas en los diferentes momentos, estuvieron enfocadas a mejorar la salud de las mujeres, incorporando prácticas saludables que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad materna, promoviendo el empoderamiento de la mujer, a través de la educación en salud sexual y reproductiva, como estrategia que permita, desarrollar un proceso de aprendizaje en torno al análisis, reflexión, comparación y síntesis que parte del conocimiento cotidiano en relación al conocimiento científico, donde interactúan, “las competencias sociales (conocimientos, habilidades y actitudes)”⁴⁷

Una de las estrategias fundamentales del proyecto “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local” fue la educación en salud, bajo la premisa que ninguna acción en salud es efectiva si ésta no cuenta con la participación sostenida de mujeres y hombres de la comunidad, sus organizaciones locales y los servicios de salud.

Bajo esta premisa, y para una mejor comprensión de los procesos desarrollados, a continuación se presentan cada uno de los momentos metodológicos de la experiencia.

4.3.1. Primer Momento: Fortalecimiento del Diagnóstico de Situación

En este primer momento de fortalecimiento del diagnóstico o estudio exploratorio de la comunidad, se realizaron las siguientes actividades

1. Mapeo Zonal, permitió un primer contacto con las organizaciones comunitarias de base, instituciones públicas, privadas y actores sociales que se encontraron en el área de acción.

Descripción del Proceso

En el mapa (proporcionado por la sub. Alcaldía del distrito VIII), se ubicó con precisión las calles, avenidas, iglesias, el centro de salud, las unidades educativas, las sedes sociales, los lugares de recreación como; las plazas, parques y los domicilios de los dirigentes vecinales, líderes comunitarias, además de otras características propias de la

⁴⁷ SOLARES Maria: “Educación Para la Salud”; en publicaciones CEMSE. La Paz – Bolivia; 2000; Página 24.

zona, que permitió conocer la realidad concreta del área de intervención y la delimitación geográfica del proyecto.

El reconocimiento de esta área permitió a su vez identificar actores sociales de la comunidad como: manzaneras, defensoras y promotoras de la salud que fueron capacitadas en sus comunidades de origen, y que migraron a estas zonas.

Esta actividad permitió identificar las posibles limitaciones y facilitó la planificación y organización del trabajo de campo. Se pudo apreciar la predisposición de la población a brindar información, respecto a las necesidades y demandas que tienen en salud en la zona. Se adjunta mapa de las zonas de intervención en (Anexo número 1).

2. Construcción de la Línea de Base, el estudio de línea de base se llevó a cabo a través de la metodología del LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) “Lote de muestreo que asegura la calidad de la información”⁴⁸. Es un método de muestreo simple, aleatorio y rápido, que usa pequeños tamaños de muestra de la población sujeto de intervención.

Su objetivo fue identificar los datos socioeconómicos, inherentes al proyecto, específicamente en indicadores y conductas de salud, que hacen referencia al conocimiento y actitudes de la población estudiada; “mujeres en edad fértil” en torno a la salud materna, el uso de métodos anticonceptivos, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Así como los ámbitos de participación comunitaria y toma de decisiones.

El levantamiento de datos, mediante la metodología del LQAS, permitió contar con información concreta de la situación de salud de las mujeres en edad fértil con hijos menores de cinco años mediante un muestreo zonal aleatorio.

Descripción del Proceso

La construcción de la línea de base, conllevó la realización de entrevistas estructuradas y desarrollo de grupos focales.

En este marco la Línea de Base, fue el punto de partida para las diferentes intervenciones, ya que en su análisis, proporciona datos sociales, de la salud reproductiva de la mujer que exponemos a continuación:

⁴⁸ LQAS: Es un método aleatorio, que consiste en identificar con precisión numérica la cantidad de manzanos y domicilios existentes en cada uno de ellos a partir de un sorteo aleatorio identificar el punto de partida y utilizando los múltiplos de 9 identificar en forma progresiva el muestreo seleccionado.

- Nivel de Instrucción (educación). Asistencia a los servicios de salud, para realizar el control prenatal, atención del parto, control post parto.
- Conocimiento de las señales de peligro de salud materna.
- Conocimiento y uso de métodos de anticoncepción.
- Conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Toma de decisiones para el acceso a los servicios de salud.
- Participación en organizaciones comunitarias.

A continuación se presentan los cuadros de resultados, que hacen referencia a los aspectos de salud materna, anticoncepción y participación comunitaria. En un marco de muestra de 57 mujeres en edad fértil, que habitan en la zona Senkata / 25 de julio.

INDICADORES DEL EMBARAZO

Cuadro Nº 6

ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD

Control Prenatal (CP) durante el último embarazo	Nº de mujeres que asisten	%
Mujeres que fueron al CP. Antes del 5to mes	10	18%
Mujeres que asisten al CP. Después del 5to mes.	12	21%
Mujeres que no asistieron al CP.	35	61%
Total	57	100%

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE DEL PROYECTO DE SALUD. 2004.

El análisis de estos datos constituyó un factor importante para la intervención profesional en este grupo de mujeres en etapa reproductiva y de la necesidad de desarrollar todas las acciones educativas, tendientes a fortalecer el conocimiento y cuidado de la salud materna en el periodo de gestación.

Por tanto esta etapa requirió promover un mayor número de acciones, que contribuyan a fortalecer la participación de la mujer en la: promoción, prevención, información y capacitación efectiva en el cuidado de las mujeres gestantes, contribuyendo así, a disminuir los altos índices de mortalidad materna registrados en la zona, durante esta etapa reproductiva.

Cuadro Nº 7

CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE PELIGRO

DURANTE EL EMBARAZO

Señales de Peligro	Nº de mujeres	%
Sangrado vaginal.	10	17
Dolor de cabeza fuerte	2	3
Hinchazón del cuerpo/manos, pies, cara	6	11
Dolor bajo vientre.	5	10
Convulsiones / ataques	1	2
Otros	2	3
No responde	31	54
TOTAL	57	100

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD. 2004.

El análisis del cuadro nos refiere, que el 54% de las mujeres entrevistadas no identifican ninguna señal de peligro en este periodo; hipotéticamente se puede suponer que ellas, en su última gestación si bien presentaron alguna de las señales de peligro durante el embarazo no las identifican como tal. En contraste a un 46% de las mujeres entrevistadas, que reconoce una o dos de estas señales de peligro de muerte durante esta etapa del embarazo.

INDICADORES PARTO

Cuadro Nº 8

CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE PELIGRO durante el parto

Señales de Peligro	Nº de mujeres	%
Retención de placenta	24	24
Sangrado vaginal (Hemorragia)	10	17
Trabajo de parto prologado (más de 12 horas)	5	10
Presencia de cordón, pies, manos del bebé	2	3
No Responde	16	46
TOTAL	57	100

FUENTE: CARE-BOLIVIA, LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD. 2004

La información obtenida acerca de este indicador, causó preocupación, ya que el 46 % de las mujeres entrevistadas, no identifica ninguna señal de peligro en esta etapa, donde se produce una mayor tasa de mortalidad materna constituyéndose en otro factor, que justifique el trabajo de educación en salud con mujeres en edad fértil que implemento el proyecto.

Cuadro Nº 9

LUGAR DE ATENCIÓN DEL último PARTO

Lugar de Atención	Nº de mujeres	%
Domicilio (casa)	38	66
Servicios de Salud	14	24
Otro lugar	5	10
Total	57	100

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD 2004.

El análisis del cuadro refiere el lugar de atención del último parto de las mujeres entrevistadas. Se destaca la información, referente a la atención de partos en domicilio de un 66%, en relación al 24% que señaló haber asistido a los servicios de salud durante su último parto.

Esta diferencia de más del 50%, supone factores como el temor a la atención médica o la práctica de costumbres ancestrales en cuanto al parto y alumbramiento (salida de la placenta); “que para la cultura aymará es todo un rito, que la cultura occidental cuestiona y no permite su práctica si se asiste a los servicios de salud para la atención del parto”⁴⁹.

Cuadro Nº 10

ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO

Persona que atendió el último parto	Nº de mujeres	%
Partera, esposo y madre.	38	66%
Personal de Salud (médico, enfermera)	14	24%
Otras personas familiares o vecinos	5	10%
Total	57	100%

Fuente: CARE-Bolivia, Estudio Línea de Base, Proyecto de Salud 2004.

La información recabada en este indicador, confirma el análisis anterior en relación a un mayor porcentaje de partos domiciliarios, atendidos por la partera, familiares o vecinos y observa que la atención por personal médico y paramédico es reducida. Situación que probablemente obedece a factores: culturales de temor y desconfianza de las mujeres gestantes o el limitado acceso a los servicios de salud.

Por tanto es necesario que los servicios de salud mejoren la calidad de atención, “reconocer a las mujeres como personas y sujetos con derechos, establecer mecanismos de diálogo negociación y concertación entre las instituciones de salud y las organizaciones de mujeres establecidas en las diferentes zonas”⁵⁰.

⁴⁹ TERRAZAS Magali, Dibbits Ineke; Taller de Historia y Participación de la Mujer (THAIPAMU). Hagamos un Nuevo Trato: “Mujeres de El Alto, hablan de su experiencia de Atención de Parto en los Servicios de Salud Públicos”; Hisbol. 1994. Página 36.

⁵⁰ SILVA, Erica: “Atención con Calidad en Servicios de Salud”; Artículo en Publicaciones del Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI). La Paz – Bolivia. 2003. Página 32.

INDICADORES PUERPERIO

Cuadro Nº 11

CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE PELIGRO

Señales de Peligro	Nº de mujeres	%
Fiebre o escalofríos	9	16
Sangrado vaginal (hemorragia)	10	17
Secreción mal oliente	5	9
No responde	33	58
Total	57	100%

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD. 2004

La información obtenida nos refiere al análisis del conocimiento de las mujeres participantes en torno a las señales de peligro en la etapa del post parto. Se observa que el 58% de las mujeres, refieren no conocer y no haber tenido ninguna señal de peligro, que ponga en riesgo su salud de madre durante el puerperio.

Cuadro Nº 12

Asistencia al CONTROL MÉDICO POST. PARTO

Control Post. Parto	Nº de mujeres	%
Sí asistió al control médico	12	21
No asistió al control médico	45	79
Total	57	100%

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD. 2004.

La limitada asistencia de las mujeres a los servicios de salud públicos o privados para el control médico post parto, que se observa en la información recabada en la línea de base, asciende a un 79% de inasistencia; atribuida probablemente a factores culturales, falta de información adecuada o finalmente por que no presentaron ninguna señal de riesgo en este periodo.

ANTICONCEPCION

Cuadro Nº 13

Conocimiento de MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Métodos de Planificación Familiar	Nº de mujeres	%
Condón	9	16
DIU (T de Cobre).	7	12
Inyección (Depo. Provera).	5	10
Píldora	4	8
Métodos Naturales	12	21
Ligadura de Trompas	1	1
Ningún Método	10	17
No Responde	9	15
Total	57	100

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LINEA DE BASE, PROYECTO SALUD. 2004.

Acorde a la información obtenida se establece que el 68% de las 57 mujeres entrevistadas en la línea de base, refieren conocer algún método de Planificación Familiar. Destacándose el grupo de mujeres participantes que refieren el conocimiento de los métodos naturales (ritmo calendario, lactancia materna).

Información que en su análisis, nos lleva hipotéticamente a manifestar: la mujer al participar en procesos de educación en salud, avanzar en el conocimiento de su situación de salud, pese a las presiones de orden cultural, religioso de la social en la que se vive.

Por tanto es importante promover la participación de la mujer en programas y proyectos de educación en salud sexual y reproductiva, para operativizar el aprendizaje, desde diferentes perspectivas, que contribuyan de manera directa a mejorar la salud de la mujer y su familia.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Cuadro Nº 14

Conocimiento de los Derechos en Salud Reproductiva

Derechos en Salud Reproductiva	Nº de Participantes	%
Derecho a recibir Información en salud	3	4 %

sexual y reproductiva		
Derecho a decidir cuantos hijos quiere tener y cuando tenerlos.	4	8 %
Derecho al uso de los métodos de anticoncepción	6	11%
Derecho a recibir atención con calidad en los servicios de Planificación Familiar.	1	1%
No conoce los derechos en Salud Sexual y Reproductiva.	43	76 %
Total	57	100 %

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE, PROYECTO SALUD 2004.

Los resultados de este indicador, muestran que el 76 % de las mujeres, no conocen sus derechos sexuales y reproductivos, por tanto no los ejercen.

Situación generada hipotéticamente por factores de orden cultural, religiosos y social, relacionados con la situación de subordinación que viven muchas mujeres; frente a las actitudes machistas de los varones, que no permiten que sus esposas o concubinas puedan acceder a la información y al ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta información obtenida en el estudio de línea de base, permitió visualizar, los componentes educativos a ser abordados con las mujeres en edad fértil, durante los procesos de Información, educación y capacitación en salud sexual y reproductiva. Como componentes sustanciales del proyecto; Mujeres; Madres; Niños/as Constructores del Desarrollo Local a ser implementado por el equipo técnico de CARE- Bolivia.

Proceso educativo que será sustentada por acciones educativas estructuradas, que permitan fortalecer la participación de la mujer y visualizar las percepciones y aspiraciones de las participantes en torno a la problemática de salud identificada en la zona Senkata, 25 de Julio.

TOMA DE DECISIONES

Cuadro N 15

TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LA ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD

Asistencia a los servicios de salud	Nº de mujeres	%
Ella misma (sola)	18	34
Esposo / pareja	5	10
Madre	12	21
Suegra	3	4
Amigos y vecinos	8	13

Ambos (ella / esposo)	11	18
Total	57	100

FUENTE: CARE-BOLIVIA, ESTUDIO LÍNEA DE BASE, PROYECTO DE SALUD.2004

La toma de decisiones para la asistencia a los servicios de salud, muestra en el estudio el siguiente análisis; el 34% de las mujeres toman la decisión de asistir a los servicios de salud de forma individual.

Solo el 18% de las mujeres entrevistadas señalaron que la decisión la toman en pareja, siendo esta la práctica adecuada que deberían asumir las mujeres con la finalidad de compartir con su pareja su estado de salud reproductiva a fin de encarar con responsabilidad su sexualidad.

El análisis de esta información permitió que el equipo técnico tome la decisión de incorporar en una segunda instancia de extensión del proyecto, a los esposos y parejas de las mujeres participantes en los procesos de educación en salud, con la finalidad de desarrollar actitudes positivas en relación a la salud sexual y reproductiva de pareja y de género.

El equipo técnico del proyecto estuvo conformado por la Gerente de Salud (médica), una Subgerente (licenciada en enfermería), y tres facilitadoras del proyecto; (dos trabajadoras sociales y una enfermera auxiliar). Cada una asumió la responsabilidad de un área específica de intervención, durante la línea de base y la ejecución del proyecto.

La Trabajadora Social, en su función de facilitadora inició sus actividades de recolección de datos e información cuantitativa y cualitativa, como parte del proceso de investigación social, que permitió generar aportes, en cuanto al propio objeto profesional, sus funciones, formas y métodos de intervención concretos en una problemática determinada. A continuación se detallan las acciones implementadas:

- Revisión de los indicadores del cuestionario de la entrevista estructurada.
- Mapeo y selección aleatoria de la muestra, acorde a la metodología de intervención establecida LQAS.
- Implementación de 57 entrevistas estructuradas a mujeres en edad fértil de Senkata/25 de Julio, de acuerdo a la metodología de intervención seleccionada.
- Revisión y análisis de los datos obtenidos en la línea de base.

4.3.2. Segundo Momento: Programación de las Acciones

Una vez concluido el momento de fortalecimiento al diagnóstico situacional o estudio exploratorio del proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as, constructores del Desarrollo Local”, fue necesario realizar un plan de acciones que contemple todas las actividades centrales y complementarias del proyecto.

La planificación de acciones tomó en cuenta el propósito del proyecto que fue el de “contribuir a fortalecer los conocimientos y prácticas de la mujer en salud sexual y reproductiva a través de la metodología de empoderamiento Warmi”⁵¹. Por tanto fue necesario diseñar un cronograma, que estableció la ejecución de acciones, de acuerdo al tiempo disponible de las mujeres participantes del proyecto, que no interfiera en sus actividades laborales: agrícolas, referidas a las temporadas de siembra y cosecha donde participan cada año en sus comunidades de origen.

A continuación se presenta el Plan Operativo de Acción, para una mejor comprensión y sistematización de las actividades desarrolladas en el proyecto, durante el tiempo de intervención que tuvo en la comunidad Senkata/ 25 de Julio

PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES

Detalle de Actividades (12 MESES)	1 Abril	2 May	3 Jun.	4 Jul.	5 Ago.	6 Sep.	7 Oct.	8 Nov.	9 Dic.	10 Ene.	11 Feb	12 Mar.
Taller de Arranque (Presentación Proyecto)	X											
Estudio de Línea de Base	X											
Firma de convenios con la Red Corea y CSRA.	X											
Coordinación con Actores Locales y otras instituciones.	X	X	X									
Mapeo Zonal	X											
Capacitación al personal SM	X											
Organización de grupos Warmi	X	X	X									
Implementación Metodología Empoderamiento Comunitario Warmi			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificación de líderes comunitarios	X	X	X	X								
Capacitación a líderes en gestión social, liderazgo, Empoderamiento Comunitario.					X			X				
Reuniones de Planificación de Actividades personal proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación Final											X	X

FUENTE: CARE-BOLIVIA, INFORME DEL PRIMER TRIMESTRE, PROYECTO DE SALUD. 2004.

Se debe mencionar que sí bien se elaboró un plan de acción anual (POA), mensualmente se establecieron planes de actividades de acuerdo a los objetivos y resultados esperados,

⁵¹ CARE- BOLIVIA; “Proyecto Mujeres, Madres, Niños y Niñas Constructores del Desarrollo Local”; 2004; Pág. 12

como al cronograma establecido, en reunión de coordinación del equipo técnico de CARE.

Durante este proceso continuo de planificación, la Trabajadora Social participó dilucidando e incorporando nuevas iniciativas de trabajo comunitario en salud en la programación de acciones estratégicas a corto plazo que permitió contar con un proceso organizado y sistemático de las actividades centrales, implementadas en torno a la metodología de empoderamiento comunitario Warmi. Paralelamente se desarrollaron otras acciones complementarias como talleres de capacitación a líderes comunitarias o al personal del proyecto, encaminadas a lograr, los objetivos y fines planteados.

La planificación de actividades propuesta, estuvo sujeta a un proceso permanente de seguimiento y monitoreo por la gerencia y subgerente del proyecto de salud CARE Bolivia, como responsable institucional de supervisión de acciones en salud comunitaria.

4.3.3. Tercer Momento: Ejecución de Acciones

Los momentos y hechos significativos, desarrollados en la experiencia de trabajo con los grupos de mujeres, explica de manera sistemática, la intervención profesional de la Trabajadora Social, en su rol de facilitadora de procesos educativos en salud comunitaria; se propuso “generar el desarrollo pleno de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones a sus problemas prioritarios identificados que contribuyan a su desarrollo humano”⁵².

- **Objetivo**

Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas de las mujeres participantes del proyecto a través de la metodología Warmi para iniciar un proceso de empoderamiento que contribuya a mejorar la salud de la mujer, su familia y la comunidad incorporando nuevas prácticas en salud sexual y reproductiva.

- **Actividades**

La ejecución del proyecto contempló la implementación de diferentes acciones que desarrolló la Trabajadora Social, que van desde la coordinación y convocatoria a los actores sociales, para la presentación del proyecto, hasta el desarrollo de actividades de

⁵² LUNA Rolando: “La Intervención profesional del personal de Salud”; en publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. Página 151.

educación y capacitación en Salud Sexual y Reproductiva dirigida al personal del proyecto, líderes y grupos comunitarios de mujeres.

1. **Coordinación con Actores Sociales**, la implementación del proyecto tuvo el apoyo de la comunidad y sus representantes, con quienes se coordinó la ejecución de diferentes actividades establecidas.

- **Descripción del Proceso**

Para alcanzar una mayor eficacia en la ejecución del proyecto, se establecieron dos instancias de coordinación. La primera a nivel gerencial, mediante la firma de convenios institucionales entre CARE-Bolivia, la Dirección Municipal de Salud (DIMUSA) y la Unidad Desconcentrada de Salud de El Alto (UDSEA), así como con la ONG's Consejo de Salud Rural Andino, encargada de la administración de los servicios de salud del distrito VIII.

En segunda instancia la Trabajadora Social coordinó acciones con los actores sociales de la comunidad; dirigentes de juntas vecinales, técnicos de la sub. Alcaldía, miembros del Comité de Vigilancia del distrito y otras organizaciones de base que tienen presencia en la zona Senkata /25 de Julio.

Con ambas instancias se coordinaron actividades de extensión comunitaria, para la ejecución del proyecto.

2. **Presentación del Proyecto**, fue muy importante para el inicio de las actividades comunitarias. En acto formal se presentaron; los Objetivos, el Propósito, las Estrategias de Acción, la Metodología de Intervención y Resultados Esperados, así como el área geográfica de intervención.

- **Descripción del Proceso**

El taller de presentación contó con la participación de representantes de la comunidad; presidentes de juntas de vecinos, líderes comunitarias, mujeres y autoridades de Salud de la ciudad de El Alto, Director de DIMUSA, UDSEA, las organizaciones ejecutoras del proyecto CARE Bolivia, Socios en Salud, representantes del DILOS, como del CSRA, Comité de Vigilancia, Sub. Alcalde del distrito VIII.

El propósito de la actividad fue: ***Presentar el proyecto en sus líneas de acción estratégicas para su socialización y coordinación con los actores sociales.***

La metodología utilizada fue: activa participativa y demostrativa, que generó un espacio de reflexión de los participantes en torno a la problemática de salud existente en la zona y una retroalimentación entre lo teórico y lo práctico. El lenguaje utilizado fue sencillo; la exposición, con cuadros ilustrativos e imágenes proyectadas, facilitó una mejor socialización de la información.

El desarrollo de la actividad estuvo a cargo del equipo técnico (sub. Gerente y facilitadoras), sujeto a programa especial, con la intervención de los diferentes actores sociales, quienes pusieron de manifiesto sus expectativas y sugerencias para la implementación del proyecto.

El aspecto que generó mayor interés fue la presentación y reflexión en torno al camino de la supervivencia, que hace mención a las cuatro demoras:

1° La mujer, la familia y la comunidad, no reconocen los signos de peligro, gravedad y complicaciones en la etapa de embarazo, parto y post parto.

2° Atraso en la toma de decisión en la búsqueda de atención médica inmediata, ante la presencia de señales de peligro.

3° Falta de acceso a los servicios de salud de manera oportuna.

4° Respuesta de los servicios de salud, significa que los centros de referencia estén disponibles a prestar atención médica con calidad, que asegure que las mujeres con complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, reciban el tratamiento médico esencial que salve su vida.

La falta de reconocimiento oportuno de estas demoras, es causa de las altas tasas de morbi - mortalidad materna y neonatal.

- **Resultados Obtenidos**

- Las /os participantes fortalecieron sus conocimientos en cuanto a mortalidad materna y neonatal.
- El taller fue productivo, en tanto los diferentes actores sociales asumieron el compromiso de apoyar y participar en las actividades del proyecto para mejorar el estado de salud de la mujer, la familia y la comunidad.
- Reflexión crítica y constructiva respecto a la presentación de datos estadísticos de la mortalidad materna e infantil.
- Otro aspecto importante que se debe destacar en este momento de la experiencia es la interacción social entre la Trabajadora Social y los actores sociales, quienes son partícipes de la problemática social abordada en la experiencia.

3. **Organización de Grupos Warmi.** La Trabajadora Social, como parte de su accionar profesional organizó grupos comunitarios de mujeres denominados Warmi⁵³. Teniendo en cuenta que la organización es parte del proceso educativo, eje del trabajo comunitario en salud, cuyo propósito es lograr la conjunción de intereses comunes para mejorar las condiciones de vida de la comunidad e iniciar un proceso de continuo empoderamiento como menciona Ronald Labonte en el marco teórico del presente documento; “la organización de grupos apunta a la identificación de problemas o necesidades sentidas por la comunidad y a la búsqueda conjunta de soluciones a corto plazo que contribuyan a su desarrollo”⁵⁴.

La organización de 10 grupos Warmi como estrategia educativa se efectivizó mediante; diferentes actividades como: visitas domiciliarias casa por casa a la totalidad de hogares, promoción e invitación directa en lugares de mayor concentración (ferias, unidades educativas, reuniones vecinales, etc.) y espacios de comunicación masiva; radio local,

⁵³ WARMÍ: Es una palabra aymará que se utiliza para denominar al género femenino en la cultura andina. Que traducido al vocabulario castellano significa mujer. Este nombre le fue dado por el proyecto Mother CARE ejecutado por SAVE THE CHILDREN/BOLIVIA.

⁵⁴ ALIAGA Alicia y CABALLERO Dora; “Enfoque de Género y Salud”; publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud y la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). 1999; Página 34.

carteles públicos. Permitieron una comunicación directa con las mujeres en edad fértil, y la población del área de intervención

- **Descripción del Proceso**

Establecida las organizaciones comunitarias de mujeres fue fundamental para su fortalecimiento la participación de la mujer en el proceso educativo que le permitió ejercer el derecho a tomar decisiones individuales y colectivas en torno a los aspectos que afectan su salud y vida. Al inicio los grupos Warmi contaron con un promedio de 15 a 20 mujeres en edad fértil. Durante el transcurso de las actividades el número de participantes fue creciendo, alcanzando un número promedio de 30 a 35 participantes por grupo que asistían motivadas por el interés que generaba la ejecución de la metodología Warmi, como estrategia de educación en salud, que promueve el empoderamiento comunitario.

Al interior de cada grupo, se dio una estructura de organización interna entendida como: "La integración de personas que se reúnen en torno a un objetivo común y estructuran su organización bajo el reconocimiento y ejercicio de un liderazgo natural que conduzca al grupo"⁵⁵. Este proceso fue apoyado por la Trabajadora Social.

Las participantes de los grupos Warmi al integrarse a la organizaciones comunitarias, "constituyeron un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura valores y normas, y están organizadas en una estructura social, determinada por el tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado en el tiempo"⁵⁶.

Por tanto resulta importante mencionar las expectativas, que motivaron a las mujeres a participar de los grupos Warmi:

- 1° Ampliar y mejorar sus conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva.
- 2° Contar con un espacio de socialización de sus experiencias vividas que le permitan mejorar la interrelación y comunicación con otras mujeres de la comunidad.
- 3° Ser partícipes de procesos de toma de decisiones.
- 4° Incorporar prácticas saludables en la familia.
- 5° Fortalecer capacidades de liderazgo.
- 6° Salir de la rutina diaria de atención a la familia.

Las reflexiones teóricas acerca de los motivos, por los que las mujeres participan en organizaciones comunitarias, son extensas y postulan diferentes, posiciones. Aquellas coincidentes se encuentran en el plano de la humanización.

⁵⁵ TERRAZAS, Magali: "Organización y Participación de las Mujeres de El Alto"; Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU). Hisbol. 1998. Página 26.

⁵⁶ PALMA Eduardo: "La Ideología del Trabajo Social"; Humanitas; 1994; Página 38.

En los últimos años la participación de la mujer ha cobrado mayor significado por su incorporación en los diferentes ámbitos económicos, políticos y sociales, como eje de los procesos de desarrollo. El sector salud, no está al margen de este proceso, por ello propone actualmente fortalecer la participación comunitaria de la mujer, para lograr el éxito de sus acciones, en la comprensión de que la participación significa; poseer cierta capacidad de poder o influencia en la decisión que se tome.

En este marco teórico y práctico, de intervención profesional la Trabajadora Social propició espacios de participación para la mujer al interior de los grupos Warmi, en torno a la conjunción de intereses comunes para lograr mejorar sus condiciones de salud y vida. El siguiente testimonio de una participante de los grupos, afirma lo mencionado.

...” Mi nombre es Hilda y soy quien, junto a la trabajadora social, la señora Adela estoy impulsando a mis compañeras a participar de este grupo Warmi, porque como mujer necesitamos cada día capacitarnos más en salud, para vivir mejor y evitar la muerte de nuestros hijos, también vamos a poder conocernos mejor y organizarnos para que nuestra zona progrese, como mujeres y grupo organizado todo se puede lograr...” (Grupo Warmi Nueva Primavera).

La participación de la mujer al inicio de las actividades del proyecto fue limitada, debido al temor de hablar en público o frente a otras mujeres de su comunidad. Barrera que fue superada en el proceso educativo implementado, que logró una participación activa y espontánea de la mujer en el proceso de empoderamiento. Hecho que trascendió a otros espacios y organizaciones comunitarias, como las reuniones vecinales, escolares y otras, donde las mujeres iniciaron su participación, haciendo conocer su opinión y puntos de vista. Este momento fue muy dinámico, como se manifiesta en el siguiente comentario de una participante del grupo Warmi.

“Antes no sabía nada, me ha gustado mucho venir a participar del grupo Warmi, ahora viniendo siempre a las reuniones de capacitación y los talleres, he aprendido a perder el miedo de hablar en las reuniones, ahora ya no me callo y digo siempre lo que pienso y siento en mi corazón” (Líder del grupo Warmi Nueva Amistad)

Por tanto la organización de grupos de mujeres, se consolidó a medida que la trabajadora social implementó la metodología de empoderamiento Warmi. A término de su primer ciclo, permitió que muchas mujeres alcancen un nivel de autonomía en su participación, en diversas actividades como: ferias de salud, encuentros entre grupos y otras instituciones donde la socialización de conocimientos fue de manera pública, a través de socio dramas, teatros y canciones compuestas con mensajes de salud, en ritmos variados

(morenada, sayas, huayños) que hacen referencia a la prevención de la mortalidad materna e infantil, manifestando sentimientos de pertenencia y cohesión grupal. Ver (Anexo N° 2)

“Nosotras ahora ya podemos organizarnos para participa de encuentros de salud y ferias, donde hacemos conocer lo que hemos aprendido todas, junto a nuestra facilitadora, mediante teatros y canciones que llegan al corazón de otras mujeres y también de los hombres” (Lucia, grupo Warmi “Nueva Amistad”).

4. **Capacitación a Actores Sociales**, para la capacitación a los actores sociales del proyecto; “Mujeres Madres, Niño/as Constructores del Desarrollo Local”. Se elaboró un plan de acciones, en la temática central de la Salud Sexual y Reproductiva con el propósito de mejorar conocimientos, habilidades y destrezas de los actores sociales involucrados.

Se partió de la premisa, que el Trabajo Social, al facilitar procesos de educación y capacitación participativa, permitió a las personas avanzar en su desarrollo humano, personal y profesional, mediante la internalización de nuevos conocimientos, producto de la acumulación de experiencias y reflexiones constantes, propias de cada individuo.

Se realizó la capacitación diferenciada según las características y necesidades de los actores sociales: Personal del Proyecto, Grupos de Mujeres Warmi, y Lideres Comunitarias.

A continuación se sistematiza la intervención con cada uno de los actores en este momento metodológico.

4.a) Capacitación al Personal, dirigida al personal del proyecto, conformado por la; Gerente del Proyecto, Sub. Gerente de Programas de Salud, y las facilitadoras.

El objetivo de la capacitación al personal fue el actualizar y profundizar conocimientos en temáticas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la salud materna e infantil, como también en la implementación de metodologías participativas, que respondan a los propósitos del proyecto y las necesidades de la comunidad.

Los temas que abordó la capacitación estuvieron centrados en:

- Socialización en la metodología Warmi simplificada.
- Adaptación de la metodología Warmi al proyecto.

- Atención Integral del recién nacido (neonato) y del menor de cinco años.
- Actualización en temas de Salud Materna e Infantil.
- Actualización en Anticoncepción (métodos de planificación familiar).
- Manejo metodología ORPA (Observación, Reflexión, Personalización y Acción).

Todas las actividades de capacitación estuvieron dirigidas a generar un ambiente de activa participación y un proceso continuo de reflexión, análisis de la realidad y entorno social, de acuerdo a la temática abordada en el proceso de enseñanza – aprendizaje activo – participativo. Por tanto el aprendizaje se constituyó en el resultado de un proceso de auto desarrollo de la experiencia vivida, generando cambios cognoscitivos frente a los problemática de salud planteada en el área de intervención de la experiencia.

El proceso de capacitación se centró en el desarrollo de talleres que se realizaron mediante una metodología horizontal participativa, en todos y cada uno de los procesos educativos efectuados a lo largo de la experiencia de trabajo en el proyecto (1 año).

Las técnicas y/o herramientas utilizadas, como material de apoyo que facilitó el proceso educativo, seleccionados de acuerdo al tema y objetivos planteados fueron: (i) Juegos Interactivos; (ii) Ejercicios Participativos relacionados a la temática abordada; (iii) Trabajos en Grupos; (iv) Presentación o debates en plenarios, etc.

La aplicación de la metodología participativa, en los diferentes talleres contempló los siguientes aspectos de intervención educativa.

- Recursos didácticos interactivos y audiovisuales.
- El facilitador como guía y no expositor magistral.
- Actividades concretas de capacitación de acuerdo a la temática.
- Basada en principios de la educación no formal.
- Conocimiento en temáticas de Salud Sexual y Reproductiva.
- Diseñada para llegar mas rápidamente a un proceso de enseñanza aprendizaje.
- El lenguaje aplicado sencillo y claro
- La experiencia grupal utilizada para el aprendizaje colectivo

Este proceso educativo género una relación directa con la identificación de la demanda y expectativas de los participantes, permitió un trabajo conjunto con el facilitador.

Las diferentes dinámicas de evaluación y retroalimentación implementadas, contribuyeron a consolidar el aprendizaje en los diferentes temas de salud sexual y reproductiva.

Los resultados obtenidos a lo largo de las capacitaciones fueron:

- El equipo técnico fortaleció y actualizó sus conocimientos en salud sexual y reproductiva y la metodología Warmi.
- Se adaptó la metodología de empoderamiento Warmi, al contexto peri urbana de intervención.
- Reflexión crítica constructiva respecto a la problemática de salud en la ciudad de El Alto.
- Elaboración y validación del material educativo de apoyo.

En este contexto educativo, la Trabajadora Social participó en dos niveles: Uno como capacitadora de la “Metodología de Empoderamiento Warmi”, y su adaptación acorde a los objetivos, líneas de acción y área de intervención del proyecto. Otra como participante de los talleres de actualización programados.

4.b) Capacitación a las mujeres de los grupos Warmi, centró su atención en la problemática social identificada en el primer momento, referida a la falta de conocimiento e información en la salud materna, anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos. Fue abordado a partir de la ejecución de la metodología de empoderamiento comunitario WARMI, basada en procesos educativos de adultos y adaptada para el logro de los objetivos del proyecto.

Este proceso de capacitación implementado por la Trabajadora Social como actividad central de formación y desarrollo humano de las mujeres, fortaleció su participación y comunicación al interior de los grupos organizados, aspectos fundamentales para el desarrollo de las actividades educativas. Se partió de un proceso previo de conceptualizar a la Metodología de Empoderamiento Warmi como:

“Estrategia educativa en salud, de base comunitaria, para superar problemas prioritarios identificados por la propia comunidad, con el fin de lograr cambios o transformaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y desarrollo humano de la mujer, su familia y comunidad en el marco de la práctica de toma de decisiones y acciones conjuntas propuestas y consensuadas, en procesos de planificación participativa”⁵⁷.

Para el análisis de esta definición, es importante retomar el concepto de educación para la salud, expuesta en el marco teórico y definida en Ottawa (Canadá 1986) como: “El proceso de capacitación de las personas para aumentar conocimientos y tomar decisiones

⁵⁷ SAVE THE CHILDREN; “Estudio de Fortalecimiento a la Metodología Warmi”; 1998; Pág. 23.

sobre su propia salud”. Por tanto se puede concluir que ambas conceptualizaciones mantienen estrecha relación.

En esta perspectiva el proyecto adopto como método de intervención la Metodología de empoderamiento Warmi, por constituir un medio que “integra teoría y práctica social, con el fin de producir conocimientos para organizar la acción que coadyuve a la realidad social de un área determinada de intervención”⁵⁸.

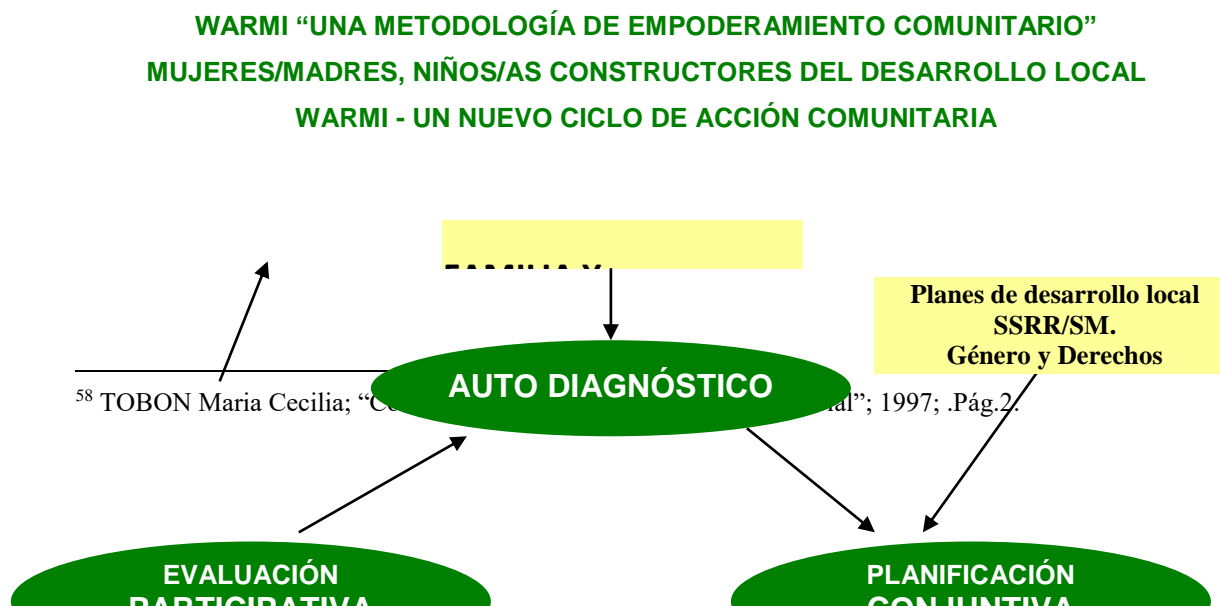
En esta línea conceptual la trabajadora social implementó su accionar profesional en educación en torno ala metodología Warmi, como estrategia educativa de intervención en salud, que contempla diferentes recursos didácticos (juegos, dinámicas de grupo, material audio visual, cartillas, guías de trabajo y módulos educativos) que contribuyeron al proceso de enseñanza aprendizaje de la mujer en los grupos organizados.

La estructura y contenido de la metodología Warmi se basa, en el desarrollo de un ciclo de acción comunitario, de auto análisis profundo en la problemática de salud sexual y reproductiva, desde la cosmovisión cultural de la mujer, en relación al contexto de su propia realidad de comunidad o zona, en torno a un enfoque transversal de género y desarrollo.

Plantea un proceso educativo y de empoderamiento de la mujer en salud sexual y reproductiva de manera específica en la salud materna e infantil, que promueva y facilite la participación de las mujeres a través de sus organizaciones comunitarias, para contribuir al fortalecimiento de sus conocimientos, habilidades y destrezas, en la promoción, prevención de la salud, y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.

Su implementación avanzó, en un proceso secuencial de cuatro pilares o fases, que efectivizó la Trabajadora Social, como estrategia metodológica de intervención social y profesional.

Para una mejor comprensión de este proceso educativo en salud, a continuación se presenta un esquema que contempla las acciones que se desarrollaron en cada una de las fases de la metodología de empoderamiento Warmi.



Esquema elaborado por Dra. Irma Carrazana y Adela Paredes.

1ra. Fase: Autodiagnóstico

El Autodiagnóstico, técnica de investigación cualitativa y función inherente al quehacer profesional de la Trabajadora Social, fue implementado a través de un proceso educativo horizontal de formación y desarrollo humano de la mujer, inmerso dentro la metodología de empoderamiento WARMI. Tuvo como propósito; orientar, explorar, identificar y priorizar los problemas de salud materna e infantil, en un trabajo conjunto con las mujeres de los diez grupos comunitarios. Comenzó como un intercambio de procesos vividos a nivel de sus participantes (**diálogo de saberes**) cada una de las mujeres trajo al diálogo una perspectiva cultural diferente acerca de su salud sexual y reproductiva; sus conocimientos, valores, costumbres y expectativas. Este proceso de compartir desde diferentes perspectivas el conocimiento, **empodera** a los individuos y grupos que analizan su situación desde el punto de vista de sus causas, efectos y soluciones para llegar a la **toma de decisiones**.

El proceso educativo que se inició con el autodiagnóstico, generó un espacio de reflexión para las mujeres sobre su propia vida, su salud y la de su familia, sus experiencias en enfermedades, sus relaciones con los/as proveedoras de salud y en el ámbito familiar, con la comunidad y su propia organización, le permitieron identificar con seguridad los problemas de salud materna e infantil mas frecuentes y de mayor gravedad que se registran en la comunidad y establecer las necesidades más sentidas, que requieren de una inmediata atención.

2da Fase: Planificación Conjunta

En esta segunda fase de la metodología de empoderamiento Warmi, la Trabajadora Social desarrolló actividades de planificación, organización y coordinación con los actores sociales y las líderes de los diferentes grupos Warmi, quienes se constituyeron en articuladores del proceso de movilización comunitaria; prepararon y realizaron la devolución de la información obtenida en la, línea de base, estudio exploratorio, y autodiagnóstico a través de diferentes estrategias de comunicación (socio dramas, canciones y danzas).

Esta actividad de toma de decisiones, que directa o indirectamente afecta a la problemática de salud, se llevó a cabo en una jornada-taller donde participaron las autoridades de salud de la ciudad de El Alto, autoridades locales (presidentes de la juntas de vecinos, comité de vigilancia y sub. alcalde del distrito) y organizaciones de base comunitaria de mujeres, como el personal del servicio de salud del centro Senkata 79.

Al final de este proceso de sensibilización en torno a la problemática de salud identificada en la zona, la Trabajadora Social coadyuvó en el análisis y elaboración de

un: **Plan de Acción Comunitario**, con el propósito de dar **solución a los problemas identificados a corto plazo**, Fue un proceso participativo de concertación entre todos los actores sociales que unieron esfuerzos, bajo compromiso y firma de convenios de responsabilidades asumidas para el logro de los objetivos planteados.

3ra. Fase: Implementación.

La intervención profesional de la Trabajadora Social, en esta fase se centró en el desarrollo de funciones educativas implementadas de acuerdo a las actividades establecidas en el plan de acción comunitario elaborado en la fase anterior, acorde a los problemas de salud materna e infantil priorizados por los grupos Warmi.

Las actividades educativas en salud sexual y reproductiva, fueron el eje central de este proceso de enseñanza aprendizaje horizontal, implementado por la Trabajadora Social, a través de la metodología Warmi, que integró el conocimiento científico al conocimiento y saberes cotidiano, permitiendo la adopción de nuevas conductas y prácticas en salud que contribuyeron a una mejor calidad de vida de la mujer, su familia y la comunidad.

Se identificaron tres estrategias importantes en esta fase:

- Capacitación a las mujeres de los grupos Warmi
- Capacitación a líderes de los grupos para su fortalecimiento.
- Ejecución de la Feria de Salud Integral con participación de todos los actores sociales: líderes y mujeres de los 10 grupos Warmi, representantes de las juntas de vecinos, comité de vigilancia, miembros de la iglesia, autoridades de la sub. Alcaldía del distrito VIII, personal del centro de salud Senkata, directora de la Dirección Municipal de Salud DIMUSA, director de la Unidad Desconcentrada de Salud UDSEA, director y responsable social de la red de salud Corea. Junto a toda la población del área, fueron participes activos de esta actividad interinstitucional, que promovió un espacio de reflexión en la salud materna e infantil como de la salud sexual y reproductiva.

La educación en salud se constituyó en estrategia importante en la formación de las mujeres por su concepción integral que incluye aspectos psicológicos, biológicos y sociales relacionados de manera dinámica en este proceso educativo de capacitación, educación, información y orientación. Las mujeres al apropiarse del conocimiento como poder para tomar decisiones y asumir responsabilidades en torno a la salud sexual y reproductiva, se inicia un proceso de empoderamiento, como base desde la cual se generan visiones o alternativas de cambio para las mujeres.

Otra actividad desarrollada por la Trabajadora Social, en su intervención profesional en esta fase fue: la Gestión Social, como función que estrecha vínculos con la comunidad y sus actores, al orientar su intervención al logro de sus objetivos propuestos, mediante la coordinación y seguimiento a los actores sociales, en las acciones encaminadas a la satisfacción de, necesidades básicas: agua potable, alcantarillado, luz eléctrica domiciliaria y publica. Esas acciones contribuyeron a mejorar su realidad y condición de vida.

En este ámbito educativo el accionar profesional también contribuyo de manera directa, al desarrollo de capacidades para la elaboración de proyectos comunitarios productivos (panificadoras, huertos familiares, asociaciones artesanales, etc.) y la búsqueda de financiamiento en instancias del municipio.

4ta Fase: Evaluación

En ésta última fase la participación profesional de la Trabajadora Social se circunscribió a la programación, organización, coordinación con los diferentes actores sociales para la implementación de acciones encaminadas a **evaluar el proceso de implementación de la metodología Warmi, en sus tres fases anteriores, enfatizando la ejecución del plan de acción comunitaria.**

Esta actividad de monitoreo, seguimiento y evaluación, fue desarrollada por la Trabajadora Social, junto a las líderes y mujeres de los 10 grupos Warmi, y representantes, de las juntas de vecinos, Comité de Vigilancia, Sub. Alcaldía, personal del centro de salud y el personal técnico del proyecto, como actores sociales que intervinieron en la ejecución del proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”.

Fue en reunión de media jornada, que se realizó una retrospectiva de todas y cada una de las actividades, de las tres fases anteriores de la metodología Warmi, enfatizando el cumplimiento de las acciones comprometidas en el “Plan de Acción”. Se identificaron, las fortalezas, debilidades y oportunidades que se tuvieron, así como las actividades que quedan pendientes en este proceso educativo y social de la comunidad.

Se evaluó también la efectividad de las estrategias y acciones desarrolladas por los grupos Warmi y los actores sociales involucrados en la experiencia, así como la **intervención profesional de la Trabajadora Social, como facilitadora de procesos educativos en salud**, a través de la metodología Warmi. Intervención que estuvo dirigida a **promover acciones que generen procesos de organización, participación y capacitación** de la mujer, fortaleciendo su socialización de conocimientos al interior de los grupos de mujeres y con los actores sociales, desde diferentes perspectivas culturales y con un enfoque transversal de género y derechos. Esta acción contribuyó **al inicio de un proceso de empoderamiento de la mujer** y los grupos comunitarios; que se visualizo en la apropiación y adopción de nuevos conocimientos y prácticas, que internalizan y difunden al interior de su entorno familiar y comunitario, constituyéndose en **“agentes de cambio”**, en la promoción y prevención de la salud, asumiendo así un rol trascendental de servicio a su comunidad.

4.3.4 Cuarto Momento: Evaluación de las Acciones Desarrolladas

Evaluar un proceso de acciones educativas es una nueva mirada a la actividad efectuada por la Trabajador Social. Como espacio de intervención profesional se ejercieron funciones de organización, capacitación y gestión social, donde el individuo y la comunidad, a través de la metodología educativa Warmi fortalecieron y visibilizaron su presencia como actores sociales productivos.

Finalmente la evaluación del proyecto; Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local, se efectuó bajo el siguiente propósito.

- **Objetivo**

Evaluar el proceso de implementación del proyecto, en sus actividades centrales y complementarias, en relación con el marco de resultados propuestos.

- **Descripción del proceso**

La metodología de la evaluación final, consistió en el análisis de resultados propuestos en el proyecto, contrastando los objetivos planteados y las acciones implementadas. Se reflexionó sobre el proceso educativo de salud, como fuente importante de conocimiento practico-teórico-práctico en un intercambio activo de saberes, pensares y sentires de los actores sociales, institucionales y la comunidad en su conjunto, identificando cambios en sus prácticas que afectan a la salud de la mujer y la población del área de intervención.

En todo el proceso de evaluación del proyecto se contó con la participación activa de los grupos Warmi, las autoridades locales, vecinales e institucionales, como también la gerencia técnica de CARE, Bolivia, las facilitadoras y el supervisor de la agencia financiadora “Socios para el Desarrollo” USAID. Todos estuvieron involucrados en las diferentes etapas de la evaluación, que estuvo sujeta a una programación de actividades.

Un hecho importante de este proceso fue el análisis de datos obtenidos al final del proyecto que muestra un considerable incremento de conocimientos en las participantes en los diferentes indicadores de salud, presentados en el estudio de “**Línea de Base**”. Por tanto es importante mencionar los logros obtenidos durante el proceso de intervención del proyecto, en Senkata – 25 de Julio.

- Organización de 10 grupos de mujeres en el área de intervención del proyecto Senkata/ 25 de Julio.
- Fortalecimiento de los grupos Warmi, a través de la participación activa de las mujeres en la problemática de salud sexual y reproductiva identificada en la zona.

- Trabajo coordinado y conjunto entre las ONG's e instituciones locales y comunitarias, optimizó la intervención en salud sexual y reproductiva.
- Incorporar un fuerte componente de participación de la mujer en la elaboración de planes de desarrollo productivo, promueve el inicio de un proceso de empoderamiento.
- La comunidad desarrolla planes de acciones conjuntamente las organizaciones e instituciones locales, en torno a los problemas priorizados por los grupos de mujeres Warmi.
- El inicio del proceso de empoderamiento de la mujer, se visualiza con el incremento de la participación de la mujer como representante de las organizaciones comunitarias y vecinales (presidenta de junta de vecinos, secretarías de coordinación y representantes de las juntas escolares).
- La integración del personal del proyecto y de salud con la comunidad a través de las ferias integrales e interinstitucionales en Salud, permitió mejorar los lazos de comunicación en la prestación de servicios denominados "Amigables con Calidad y Calidez"
- El incremento del número de mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal, del 49% (estudio de base) a 70% (promedio del último trimestre del proyecto, registrado en el Sistema de Información de Salud del Distrito VIII).
- Incremento en la identificación de las señales de peligro durante el parto de un 54% a 87% (promedio último trimestre del proyecto registrado en el Sistema de Información de Salud del Distrito VIII).
- Incremento en reconocimiento de señales de peligro durante el embarazo 46% (estudio de base) a 85% (promedio del último trimestre registrado en el Sistema de Información de Salud del Distrito VIII).
- Identificación de señales de peligro Post. Parto de un 55% (estudio de base) a 84% (promedio último trimestre, registrado en el Sistema de Información de salud del Distrito VIII).

- Incremento de un 32 % que no conoce ningún método al 78% de mujeres que esta informada y reconocen los métodos de anticoncepción, según datos monitoreo del ultimo trimestre del proyecto.
- Incremento en cuanto a la información y ejercicio de los derechos de un 24% que no está informada y no los ejerce a un 67% aproximadamente que conocen sus derechos, según el monitoreo del último trimestre del proyecto.

Para concluir este acápite es importante manifestar que las diferentes actividades educativas desarrolladas, expuestas y analizadas en este proceso se constituyeron en una estrategia por las características que asumieron en su implementación y los resultados obtenidos, debido a la transversalidad, que adquiere Si bien en su inicio estuvo enmarcada en potenciar el conocimiento en la salud materna e infantil, sus contenidos abarcan otros espacios, no relacionados directamente con ella, pero acordes con el concepto holístico que actualmente se tiene de la salud integral.

CAPITULO V

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS

El proceso de sistematización en este acápite es una interpretación crítica de una experiencia vivida, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica de intervención profesional. También analiza los factores que han intervenido en la experiencia, cómo se han relacionado entre sí y porque lo han hecho de ese modo.

5.1. EL TRABAJO SOCIAL EN PROCESOS DE EDUCACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Cada vez con mayor intensidad el Trabajo Social abarca acciones en el ámbito comunitario en salud mediante la educación social, “definida como una acción de intercambio de conocimientos y saberes, en una interacción de dos o más individuos que establecen una relación interpersonal”⁵⁹. Por tanto la educación

⁵⁹ Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI); “Perspectiva de la Educación en Salud Comunitaria”; La Paz – Bolivia. Octubre de 2003. Página 26.

social se interpreta como: “la acción conjunta, que tiene directa incidencia en la conciencia de los individuos y la población, parte de su propia experiencia y permite establecer el vínculo entre necesidad individual y social”⁶⁰, su objetivo es la apropiación de nuevos conocimientos que contribuyan al cambio de conducta y desarrollo humano.

Emprender un proceso educativo en salud comunitaria significó como función del Trabajador Social, abarcar ámbitos que van desde la, “información hasta el develamiento del problema social existente, sus emergencias y vías de solución, privilegiando procesos y metodologías en los que la población directa, sea sujeto y participe activo”⁶¹, de la acción educativa, que en si misma es un proceso de creación y recreación de conocimientos.

En este contexto, el papel que desempeñó la trabajadora social, dentro el sistema de salud comunitaria, fue importante, porque dirigió su acción al cambio social mediante, un proceso educativo que promovió el empoderamiento de la mujer, entendida como “**la apropiación de conocimiento en salud que contribuya a una toma de decisiones oportuna**”. Este fenómeno social se constituyó en el eje de los procesos de cambio que contribuyeron de manera directa al desarrollo local de la comunidad de Senkata 25 de Julio.

5.2. ANALISIS SOBRE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

En el marco de mejorar las intervenciones en salud comunitaria con los diferentes actores sociales e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en nuestro país se han implementado diferentes metodologías educativas, dirigidas a fortalecer la participación de las comunidades rurales y peri urbanas, con el propósito de mejorar la salud de los

⁶⁰ Universidad Mayor de San Andrés (UMSA); Carrera de Trabajo Social: “Diagnóstico de Formación Académica”, La Paz - Bolivia. 1993. Página 1. (Anexo).

⁶¹ IBID. Página 1.(anexo).

grupos más vulnerables de la población (mujer en edad fértil y niños/as menores de 5 años).

Una de ellas, que ha logrado resultados más allá de sus expectativas, es la “**METODOLOGIA WARMÍ**”, que fue evolucionando de acuerdo a la intervención profesional, sus objetivos propuestos, resultados esperados, tiempo estipulado y área geográfica para su ejecución. En este proceso se puede visualizar tres momentos centrales en su implementación.

Un **primer momento** fue **Save the Children Bolivia en 1994**, inicia la organización y aplicación de la Metodología Warmi, para el campo específico de trabajo con mujeres en edad fértil, en áreas rurales del departamento de La Paz. Como estrategia de base comunitaria, pretendía mejorar la salud materna y neonatal, mediante programas de salud reproductiva. Tuvo tan buenos resultados que fue implementada a escala nacional por el Plan Vida (1995-1997). Para su ejecución se firmó un convenio, entre el Ministerio de Salud y Save the Children, para el asesoramiento técnico en la aplicación de la metodología “Warmi Nacional, con el propósito de lograr el acercamiento entre la comunidad y el sistema de salud”⁶².

La ejecución de este plan, fue posible a través de un convenio de trabajo interinstitucional entre el Estado, Organismos Bilaterales y ocho ONG’s que pertenecen a la red del Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI); CARE/ Bolivia, Plan Internacional, CONCERN Internacional, APROSAR, APSAR, CSRA, FCH y el Proyecto de Fortalecimiento en Salud, así como el Proyecto de Salud Infantil y Comunitario.

El impacto de esta experiencia se extendió a “513 comunidades de los departamentos de: Santa Cruz, Cochabamba, Sucre, Oruro, Tarija y La Paz”⁶³.

⁶² SAVE THE CHILDREN; “Manual de la Metodología Warmi”; 1998. Página 12.

⁶³ *Ibíd.* Página 14.

En este primer momento la metodología Warmi, se desarrollaba en poblaciones del área rural en un ciclo de acción comunitaria (12 a 24 meses) en cuatro fases: Autodiagnóstico, Planificación Conjunta, Implementación y Evaluación Participativa.

Un segundo momento de implementación de la metodología fue ejecutado por **CARE-Bolivia en Potosí 1998**, simplificando algunos pasos y sesiones, reduciendo el tiempo de su implementación a 10 meses, de acuerdo a la adaptación realizada para el área rural, por su realidad y el contexto de las comunidades, que así lo exigían, por tanto recibe el denominativo de: **“Metodología Warmi Simplificada”**.

Pero un hecho que se debe destacar en este análisis de antecedentes y evolución de la metodología, es **el tercer momento** de su implementación en el área peri- urbana de la ciudad de El Alto (1999 – 2004), donde la lucha diaria por la sobrevivencia, absorbe gran parte del tiempo de la población. En este contexto CARE- Bolivia y CIES, asumen el reto de trabajar la metodología en grupos de mujeres y hombres, donde la metodología, “trasciende del área de salud e incorpora temáticas transversales como: Empoderamiento, Ciudadanía, Gestión Social, Género e Incidencia Política, que surgen como demanda de la comunidad y hacen al acontecer local”⁶⁴. Fue en este proceso donde la metodología adopta el denominativo de **“EMPODERAMIENTO COMUNITARIO”**, a partir de dos dimensiones:

- La primera se centra en la autodeterminación personal, de participación e intervención de su propio desarrollo, es decir la capacidad de determinar o decidir, su propia vida y ejercer sus derechos en base a la apropiación del conocimiento.

⁶⁴ MOLINA Marcela, ZEBALLOS Yolanda; *“Warmi una Metodología de Empoderamiento para el Tercer Milenio”*; Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES) y CARE Bolivia. 2002. Página 107.

- La segunda centrada en la determinación social que se refiere a la posibilidad de participación comunitaria y movilización en procesos de toma de decisiones o poder que se puede lograr en las estructuras sociales, como es el caso de las organizaciones comunales de base.

Este momento nos permite analizar, interpretar y reflexionar en torno a la metodología de empoderamiento Warmi, que basada en las corrientes renovadoras de Paulo Freire y particularmente en su tesis de la educación como práctica para la libertad, ha servido de base para la implementación del proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as, Constructores del Desarrollo Local”, implementado por CARE – Bolivia bajo la premisa: “Que la educación en salud para adultos es una estrategia de base comunitaria real de toma de decisiones e influencia en el resultado del proceso colectivo de toma de acciones y responsabilidades”⁶⁵.

La “**Metodología de Empoderamiento Comunitario Warmi**”, implementada en la experiencia, es un proceso simple, basada en la metodología participativa que promovió el desarrollo personal y colectivo de los grupos de mujeres, a partir de la identificación de problemas prioritarios en salud y necesidades sentidas a nivel comunitario, en la búsqueda oportuna de soluciones de forma colectiva. Promueve la movilización social y su incidencia en los planes de salud institucional, así como la incorporación de programas en la sub. Alcaldía del distrito VIII.

Esta estrategia de base comunitaria, permitió que la mujer y población de Senkata/25 de Julio se apropie de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, en un proceso continuo de intercambio de saberes que le permitió estar en capacidad de analizar su situación y adoptar nuevas prácticas en salud, que contribuyan a una mejor calidad de vida, familiar y comunitaria.

⁶⁵ Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI); “Perspectiva de la Educación en Salud Comunitaria”; La Paz – Bolivia; Octubre. 2003. Página 28.

La diferencia con otras metodologías participativas, radica en que la metodología Warmi, plantea el desafío de difundir lo aprendido a los propios miembros del grupo, esta acción permite evaluar la capacidad de aprehensión e internalización de los contenidos abordados y socializados en la fase de implementación que son transmitidos al entorno familiar y comunitario. ***“Esta acción de socialización colectiva de conocimientos”, es la que diferencia a la metodología Warmi de otras metodologías participativas y de capacitación.***

5.2.1. Fases de la Metodología o Ciclo de Acción Comunitaria

La metodología Warmi como estrategia de educación en salud, se constituyó en cada una de sus fases, en un espacio de participación activa para la mujer y la comunidad, caracterizada por una acción permanente de reflexión y autorreflexión de la problemática de salud presente en la zona, “donde el grupo de mujeres analiza críticamente su situación de salud con el objeto de transformarla”⁶⁶.

Cada una de las fases fue un momento de este proceso metodológico, donde se implementaron diferentes recursos didácticos, que facilitaron el aprendizaje de las mujeres en los grupos Warmi. Se pueden diferenciar dos tipos de recursos didácticos: Una que contribuyo a la motivación y animación de las participantes, a través de ejercicios o dinámicas participativas como por ejemplo; “corazones partidos, mi fruta preferida, mantilla y sombrero” etc. La otra que tomó en cuenta técnicas de introducción, análisis y reflexión, apoyada por materiales pedagógicos como: guías, cartillas, rotafolios, cuadros elaborados, trípticos y dísticos. Esta acción educativa permito que la mujer se constituyera en sujeto de su propio aprendizaje, desarrollando una actitud analítica y crítica en torno a su salud sexual y preproductiva.

⁶⁶ CARE-Bolivia; Informe Final de Proyecto de Salud: “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”. 2005. Página 38

A continuación se detallan en forma resumida las actividades centrales que se desarrollaron en cada fase de la Metodología de Empoderamiento Comunitario Warmi:

1ra Fase Autodiagnóstico

- Identificación de los problemas de salud.
- Elaboración del diccionario de terminología local en salud.
- Priorización de problemas.
- Preparación y organización de la 2da fase.

2da Fase Planificación Conjunta

- Presentación de problemas de salud priorizados, a los actores sociales.
- Sensibilización a la comunidad en las causas y efectos de los problemas de salud priorizados.
- Elaboración en forma colectiva de un Plan de Acciones (propuesta de solución a los problemas identificados) con autoridades locales, vecinales e institucionales.
- Firma de acuerdos y compromisos asumidos por los actores sociales.

3ra Fase de Implementación

- Capacitación y educación en salud sexual y reproductiva (temas priorizados), a grupos Warmi y líderes comunitarias.
- Feria de salud integral interinstitucional.
- Monitoreo y seguimiento al plan de acción comunitario.

4ta Fase Evaluación Participativa

- Evaluación del cumplimiento de las actividades planificadas en el “Plan de Acción Comunitario”.

- Evaluación de los procesos de implementados en el proyecto.

5.2.2. Instrumentos Metodológicos de Intervención

Los instrumentos utilizados a lo largo de la experiencia, están en relación al logro de los objetivos y fines del proyecto como de la sistematización presente.

Por tanto a continuación se presenta un cuadro sintético de los instrumentos utilizados durante la experiencia.

**CUADRO Nº 16
INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS**

Instrumentos de Recolección de Información.	Instrumentos de Implementación Seguimiento y Monitoreo de Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada. - Cuestionario. - Grupos focales. - Observación directa - Historias de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de seguimiento y monitoreo de Actividades. - Guías Pedagógicas - Informes mensuales y trimestrales. - Registro de seguimiento

FUENTE: ADELA PAREDES, LA PAZ - BOLIVIA. 2006.

Como se observa en el cuadro expuesto, fueron utilizados diferentes instrumentos a lo largo de la implementación del proyecto y que contribuyeron de manera efectiva en la recuperación del eje temático de la sistematización. Se anexan estos instrumentos para mejor comprensión de este proceso.

5.3. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DESARROLLADA

Para analizar la intervención profesional de la Trabajadora Social como facilitadora de procesos educativos en salud, se considera importante retomar los postulados de Oscar Jara; que identifican a la práctica como punto de partida al proporcionar los datos sensoriales, que deben ser teorizados para regresar a la práctica, ello permitió realizar un ordenamiento lógico, descubriendo las contradicciones del fenómeno social en una realidad concreta.

Así fue posible elaborar deducciones y juicios propios, llegando a pasar del conocimiento empírico a un conocimiento racional que proyecte un proceso de transformación específico.

Bajo este análisis, el carácter social que asumió la intervención profesional en el trabajo de educación en salud con colectividades sociales: juntas de vecinos o micro unidades comunitarias, como los diez grupos de mujeres, se centró en una intervención social de investigación, programación, organización, coordinación capacitación y evaluación de acciones. Actividades que permitieron: motivar, informar, capacitar, orientar y movilizar a las mujeres y la comunidad para satisfacer sus necesidades inmediatas.

En estas unidades el Trabajo Social, desarrolla acciones de tipo educativo con base en una educación horizontal y participativa, en el proceso de decodificación de la simbología cultural sobre diferentes aspectos de la realidad social y de manera específica de la salud de los/as participantes del proyecto.

Este proceso implicó que la trabajadora social esté en condiciones de aprehender y comprender toda la construcción histórica cultural que cada individuo y grupo porta como su patrimonio y que trae a colación a los grupos de trabajo. También exigió que junto a la metodología de intervención se implementen enfoques transversales de género, derechos, interculturalidad y desarrollo, que permitan afectar la inercia y conduzca hacia el cuestionamiento de sus actuales condiciones de vida.

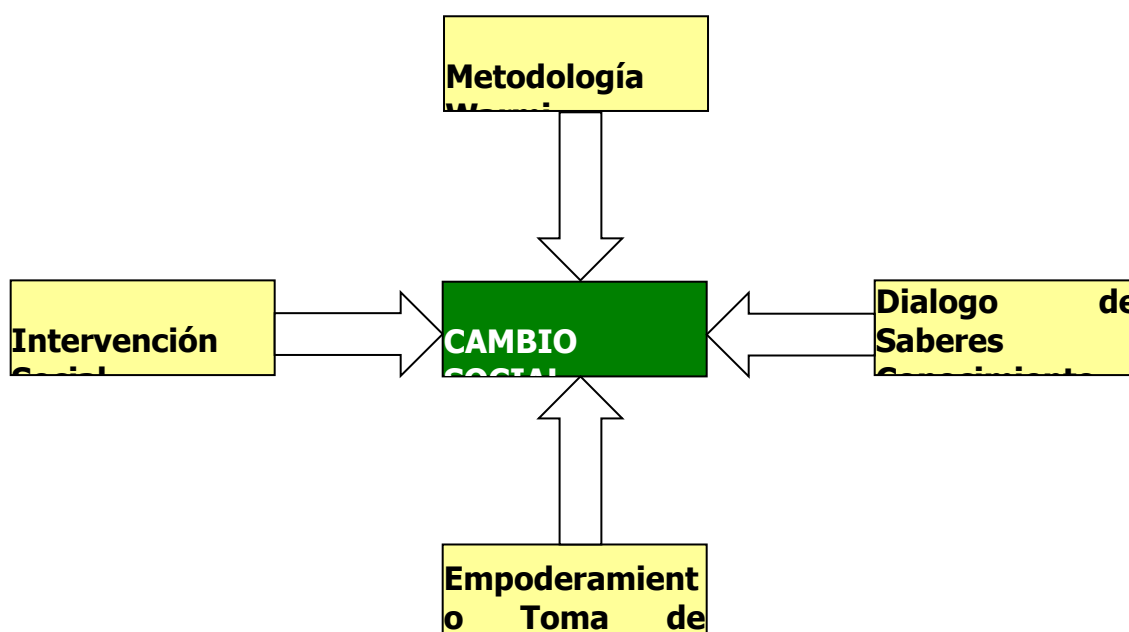
Por tanto el fortalecimiento a la participación y movilización comunitaria que se logró en la experiencia a través de la intervención profesional, no brota espontáneamente en la comunidad, sino que es propiciada, mediante la apertura de espacios de discusión y reflexión, sobre la problemática de salud que más afectan a la mujer, la familia y la comunidad, causadas por la insatisfacción de necesidades y la falta de servicios adecuados. En este marco

la educación para la salud como estrategia educativa, permitió a la comunidad iniciar un proceso de empoderamiento comunitario a partir de tomar sus propias decisiones y asumir acciones coordinadas con responsabilidad, junto a los actores sociales, autoridades locales e institucionales, que propiciaron el desarrollo local de la zona Senkata/25 de Julio.

La investigación, organización, educación y gestión, como funciones inherentes al Trabajo Social, se implementaron en torno a la metodología de empoderamiento Warmi, que asumió un carácter primordial en el desarrollo de la experiencia y la intervención profesional, permitiendo un aprendizaje social desde la práctica, convirtiéndose en la fuente más importante del proceso metodológico y dialéctico del aprendizaje práctico - teórico – práctico que facilitó una mejor comprensión de la realidad, articulando, los saberes cotidianos y los conocimientos teóricos científicos.

El siguiente esquema ilustra la presencia de la profesional en este proceso dialéctico de cambio social de la mujer.

PROCESO DIALECTICO DE INTERVENCION SOCIAL



FUENTE: ESQUEMA DE INTERVENCIÓN ELABORADO POR ADELA PAREDES Q. 2006.

El análisis concreto que se presenta en el esquema permite visualizar el proceso de cambio social iniciado a través del fortalecimiento de la participación de la mujer en las organizaciones comunitarias de base y en procesos colectivos de toma de decisiones y acciones para satisfacer sus necesidades básicas de salud y vida.

Sin embargo, son los productos concretos los que dan cuenta del develamiento producido en la intervención de la problemática social abordada a lo largo de la experiencia, donde las mujeres y la comunidad, asumen nuevas actitudes y comportamientos inherentes a su situación de salud sexual y reproductiva, resultado del proceso de un profundo análisis y autorreflexión individual y colectiva en el marco de su experiencia de vida en salud, promovido en las acciones educativas implementadas en el proyecto.

Para concluir este análisis es importante mencionar que todo proceso educativo, no es un acto pasivo, si no es un hecho activo en el que intervienen los aspectos psicosociales (pensar, sentir y hacer), que determinan las actitudes y conductas de seres humanos, integrantes de una sociedad. Por tanto apreciar los fenómenos sociales, es una “percepción viva”, producto de la implicación total como personas en los acontecimientos de la vida cotidiana y la experiencia profesional de trabajo en la salud comunitaria.

5.4. MODIFICACIÓN DEL PROBLEMA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

El problema abordado en torno a los altos índices de morbi mortalidad materna infantil y la escasa participación de la mujer en los programas de salud, y en procesos de intervención comunitaria, originada por la desinformación y la práctica de acciones o conductas no saludables, identificadas en la línea de

base del proyecto, se agudiza aún más, por la permanente migración poblacional de las diferentes regiones y áreas rurales del país a las zonas periurbanas de la ciudad de El Alto. Situación que se manifiesta con mayor intensidad en la zona: Senkata/25 de Julio, que constituye un verdadero cinturón de pobreza y sobrevivencia que no distingue sexo ni edad.

Esta problemática planteó un desafío de intervención social y profesional que se asumió a partir de la ejecución del proyecto; “Mujeres, Madres, Niños/as, Constructores del Desarrollo Local”, en su componente educativo como estrategia en la salud, en torno a la Metodología de Empoderamiento Warmi. En base a la experiencia y éxito de intervenciones anteriores, desarrolladas por CARE-Bolivia, en la ciudad de El Alto, de la cuál la Trabajadora Social también formó parte activa.

Bajo esta línea de intervención social, el trabajo con los grupos comunitarios de mujeres, centró su actividad en promover los procesos de cambio de comportamiento como resultado de la “interacción y socialización de conocimientos entre las participantes, necesaria para alcanzar el desarrollo humano de cada una de las mujeres”⁶⁷. Este proceso de cambio en torno a la salud fue el inicio de un proceso de empoderamiento individual y colectivo generado por la permanente participación de la mujer y los grupos en los diferentes escenarios de movilización comunitaria en torno a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la salud materna e infantil y el ejercicio de sus derechos.

Es aquí donde la intervención profesional realizada, trascienden más allá de ser un trabajo enmarcado en la promoción y prevención de la salud, tendiente a contribuir a una mayor participación de la mujer y la disminución de los altos índices de morbi/mortalidad materna e infantil. Planteando un ámbito de desarrollo individual, colectivo y comunitario, donde la mujer pasa de ser un

⁶⁷ ROJAS Pablo, “Dinámica Económica Social de la ciudad del Alto”; CEDLA; 2002. Pág. 14

sujeto pasivo y receptor de conocimientos para constituirse en agente de su propio desarrollo personal expresada, en una comunicación más fluida y acertada al interior de su familia y de la comunidad entorno a la problemática de salud planteada.

El incremento de conocimientos adquiridos se refleja en sus actitudes y prácticas relacionadas con su salud y la satisfacción de necesidades más apremiantes, que ponen a prueba su capacidad de generar nuevas iniciativas, acciones y conductas que contribuyan a una mejor calidad de vida.

Hecho que se pone de manifiesto en el siguiente comentario.

“Yo he cambiado mucho en este año, por que antes no quería hablar de las cosas intimas que tenemos las mujeres, pero he aprendido que todas las mujeres han tenido también problemas en su embarazo o parto... y que si nosotras queremos, podemos lograr muchas cosas...para nuestra salud y nuestra zona...por que contamos con el apoyo de nuestra junta y el centro de salud donde ahora ya vamos y llevamos a nuestros hijos sin miedo”
(Participante del grupo Warmi Flor de Rosa Blanca).

La capacitación en salud sexual y reproductiva, liderazgo, gestión, derechos y género, fortaleció la capacidad de las líderes comunitarias y contribuyó a iniciar su empoderamiento y desarrollo, al constituirse en educadoras de otras mujeres de su entorno familiar o comunitario y desarrollar juntas capacidades que les permitan fortalecer sus habilidades y destrezas.

“ Mi vida ha cambiado desde que he venido al grupo Warmi, y me han elegido líder, por que antes no sabia como expresarme y reclamar mis derechos como mujer, ahora con las capacitaciones que nos han dado, puedo ayudar a las mujeres del grupo y a los dirigentes de la zona” (Líder grupo warmi Margaritas)

Como era de esperar, la modificación a la problemática abordada posterior a la intervención educativa se centró en el desarrollo de los recursos sociales existentes en la zona, rescata y valoriza la experiencia de organización de los grupos y la comunidad en procesos de gestión local y su incorporación a la elaboración de planes de acción productivos, concretos y a corto plazo. También abarcó actividades de gestión social que contribuyeron al desarrollo local comunitario a través de:

- Instalación de luz eléctrica domiciliaria.
- Alumbrado público.
- Agua potable intra domiciliaria.
- Organización de ferias de comercio zonal
- Organización para la construcción de sedes sociales.

La implementación y ejecución de estas acciones conjuntas entre los grupos Warmi y las autoridades locales como institucionales, permitieron dar solución y satisfacer las necesidades prioritarias de la comunidad.

Este nuevo escenario de intervención profesional para la Trabajadora Social, a través de la implementación de la “metodología Warmi permitió identificar con claridad las necesidades más sentidas por la mujer su familia y comunidad, en el marco de la salud sexual y reproductiva para, generar procesos de cambio y participación social de la población en su conjunto, quienes se convierten en protagonistas de su propio desarrollo”⁶⁸. Como se aprecia en el siguiente testimonio:

“Todas las mujeres del grupo nos hemos organizada y hemos decidido, instalar una feria en la zona los días miércoles y sábado de cada semana, para ganar algún dinero, para nuestras familias. Entre todas nos hemos sorteado... quien venderá; fruta, abarrotes, carne, verduras, etc. Así todas

⁶⁸ SAVE THE CHILDREN; “Manual de Implementación de la metodología Warmi”; 1999; Pág. 3.

tendremos la misma oportunidad de vender y ayudar para que siga creciendo la feria”. (Arminda Líder del grupo Estrellas)

5. 5. LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones aprendidas a lo largo del desarrollo del proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local” se resumen en los siguientes aspectos:

- ❖ El proceso de planificación y organización sistemática de las actividades, acorde al Plan Operativo del proyecto, fortaleció el trabajo en equipo, definiendo con claridad las líneas y metodología de intervención.
- ❖ Coordinación oportuna con los actores locales e institucionales, evidencia y afirma la ejecución del proyecto.
- ❖ La presentación del proyecto en sus líneas de acción, a los actores sociales, fortaleció la presencia institucional de CARE en la comunidad.
- ❖ El actual escenario del que hacer profesional del Trabajo Social, plantea nuevos desafíos de intervención social en salud comunitaria.
- ❖ La intervención de la Trabajadora Social en proceso de organización de grupos comunitarios de mujeres, requiere de la innovación permanente de estrategias de acción.
- ❖ Contar con información actualizada sobre la mortalidad materna e infantil de la ciudad de El Alto y difundirla oportunamente sensibiliza a la comunidad en la problemática de salud.
- ❖ La flexibilidad de la metodología Warmi, permitió su adaptación al contexto de la experiencia y sus objetivos.
- ❖ Contar con experiencias anteriores permitió a la Trabajadora Social desarrollar acertadamente sus funciones de intervención profesional en salud comunitaria.

- ❖ El proceso educativo en salud generó un proceso de empoderamiento de la mujer a partir de la construcción de conocimientos en salud sexual y reproductiva.
- ❖ La planificación de acciones conjunta entre los grupos Warmi y los actores locales e institucionales, viabiliza la ejecución y cumplimiento de los compromisos asumidos para la satisfacción de necesidades prioritarias.
- ❖ Las líderes de los grupos Warmi participan en la elaboración de micro proyectos de desarrollo productivo “Panificadora Industrial”, “Invernaderos Familiares”, con apoyo financiero de la Sub. Alcaldía.

El seguimiento y monitoreo permanente a las actividades comunitarias por la Trabajadora Social, contribuyó a la identificación oportuna de debilidades para transformarlas en acciones oportunas como menciona Oscar Jara

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

6.1. RESPECTO A LA TEMÁTICA DE LA SISTEMATIZACIÓN: DESARROLLO LOCAL, EMPODERAMIENTO DE MUJERES E INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Se considera importante dedicar una referencia a la temática de la sistematización, por su vinculación con los procesos sociales de desarrollo local.

El proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”, “área de la experiencia educativa, implementada, comparte uno de los paradigmas de la educación no formal dirigida a sectores denominados populares”⁶⁹. La educación alternativa, popular o liberadora, como también se la conoce, supone la gestación de un sujeto cultural, político y económico. Estas son dimensiones inherentes a todo ser humano y son indivisibles.

En ese sentido, se considera que en Bolivia los procesos educativos en salud, se encuentran invariablemente articulados al desarrollo, por ser un proceso que visualiza las capacidades, intereses, necesidades y recursos de los diferentes actores sociales que viven en una comunidad determinada. Bajo esta perspectiva y de acuerdo a la conceptualización de Max Neeffe (marco teórico), se concluye; que el desarrollo debe satisfacer necesidades fundamentales de subsistencia para los individuos como: la educación, salud y los servicios básicos que hacen posible una mejor calidad de vida.

En la experiencia desplegada se asume que el desarrollo es el proceso de expansión de las libertades humanas de mujeres y hombres de una

⁶⁹ En Bolivia aquellos estamentos poblacionales caracterizados por bajos niveles de instrucción formal, extracción indígena/rural, subocupación, insertos en la economía informal principalmente e ingresos insuficientes para satisfacer necesidades de subsistencia.

determinado área geográfica de intervención (Senkata 25 de Julio). En el cual se fortalecen los recursos humanos y sociales de la comunidad en sus diferentes ámbitos a través de una mejor interrelación entre ellos. Donde la mujer ocupa un papel protagónico y no agregado que le permitió incorporar en su vida nuevas prácticas en torno a la equidad de género como forma de inicio o construcción de un proceso de empoderamiento.

Este análisis permitió derivar en una hipótesis para el Trabajo Social; en su intervención en el área de la salud comunitaria a través de acciones educativas. Se pueden desencadenar o develar procesos de fortalecimiento a las capacidades (conocimientos, saberes y destrezas), herramientas necesarias para que las mujeres de los sectores peri urbana, identifiquen con claridad la problemática social existente en su comunidad, para la búsqueda de soluciones, junto a los actores sociales en procesos participativos de concertación

Esta hipótesis planteó el desafío de implementar acciones en educación que, posibiliten aperturar espacios en planificación participativa, como estrategia que contribuye a la construcción del desarrollo local de la comunidad de Senkata 25 de Julio, área de intervención de la experiencia.

6.2. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

Este acápite nos remite a un análisis entre los objetivos planteados y los resultados obtenidos, en el desarrollo de la experiencia.

Por tanto es importante partir del objetivo de intervención planteado referido a la: ***Reconstrucción de la experiencia desarrollada por la Trabajadora Social en torno a la educación en salud como estrategia que permita lograr el empoderamiento de la mujer, en la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.***

Esta acción planteada nos remite a tomar en cuenta las líneas de acción de los objetivos específicos que señalan la: ***Recuperación del proceso vivido en los diferentes momentos de la experiencia que contribuyeron al empoderamiento de la mujer a través de la metodología Warmi.***

Para análisis la intervención profesional de la Trabajadora Social, en el proceso de recuperación de la experiencia, es importante remitirnos a las funciones que desarrolló como facilitadora de procesos educativos en salud, en el proyecto: “Mujeres Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”

Las funciones implementadas como accionar del Trabajo Social en torno a una determinada problemática fueron:

- La organización de grupos de mujeres denominados Warmi, como proceso educativo inherente al trabajo comunitario en salud, permitió reorientar y fortalecer los procesos sociales dirigidos a enfrentar problemas o situaciones comunes. Por tanto abarcó acciones de movilización y participación comunitaria. Tendientes a colectivizar los intereses comunes, entorno a una permanente reflexión e identificación de problemas y necesidades que se constituyeron en la problemática social planteada y demandaron nuestro accionar profesional.
- La educación como proceso de formación y desarrollo humano fue otro componente fundamental implementado por la trabajadora social como medió para iniciar acciones de empoderamiento de la mujer, al fortalecer los procesos de participación, organización, planificación y ejecución de acciones, se potenciaron los recursos sociales existentes en la comunidad. Bajo un enfoque socio-integracionista, de procesos educativos orientados a crear el conocimiento y no suministrarlo. “El conocimiento nuevo se lo obtiene mediante un proceso de reflexión,

crítica y deliberación del conocimiento existente vinculado al conocimiento científico”⁷⁰.

La gestión social como acción inherente al trabajo social, fue implementado como “proceso administrativo que permitió la coordinación, seguimiento y evaluación de acciones”⁷¹, en forma conjuntas con los actores sociales involucrados. Seleccionando alternativas que canalizan inquietudes y demandas desde la comunidad y las negocian con sus pares y autoridades locales y municipales, logrando involucrarlos como aliados estratégicos, en el proceso de satisfacción de necesidades.

Este contexto fue propicio para crear un espacio adecuado de intervención profesional, de educación en salud comunitaria que constituyó en un proceso de permanente aprendizaje. Por tanto permite desarrollar nuevas capacidades y destrezas con un alto contenido social, en la interacción dinámica de la Trabajadora Social con las participantes de los grupos Warmi, identificando al interior de cada grupo sus necesidades y demandas sociales, referidas no solo a la salud o servicio sino a fortalecer actividades de producción que genere ingresos y fuentes de trabajo.

El Trabajo Social “generalmente establece la necesidad social a partir de un tipo de demanda individual o colectiva concreta, punto de partida de toda acción social y definición del problema objeto de intervención”⁷². Es decir tiene directa relación con la coyuntura económica, política y social en la que se presenta. Por tanto el problema social abordado en la experiencia, se contextualizó en un determinado tiempo y espacio, en relación con las necesidades planteadas por

⁷⁰ SOLARES Maria: “Educación para la Salud”; Publicaciones CEMSE. La Paz – Bolivia 2000. Página 26

⁷¹ Universidad Mayor de San Andrés (UMSA); Carrera de Trabajo Social; “Plan de Estudios 1993”.Página 3 (Anexo).

⁷² TOBON Cecilia, “La práctica del trabajador social”, 1998. Pág. 46.

la comunidad, entendida “como aquello que no puede evitarse, que es ineludible, inherente a la vida misma de los hombres y mujeres”⁷³.

La conceptualización expuesta identifica una relación directa entre la necesidad y los problemática existente. Hecho que permitió establecer como objeto del proyecto de salud e intervención profesional a la educación en salud, como acción fundamental para fortalecer la participación de la mujer en la comunidad, en programas de salud y promover alternativa de solución, dirigida a responder a las necesidades, no solo básicas sino también a las necesidades del desarrollo local de la comunidad a corto plazo. Fue la metodología Warmi la estrategia de intervención, que otorgo especificidad al accionar profesional de la Trabajadora Social. Al incorporar un fuerte componente de trabajo en el fortalecimiento a las organizaciones comunitarias de mujeres; contemplo algunos principios, como:

- Compromiso de trabajo, en procesos de empoderamiento de mujeres y hombres.
- Confianza en la capacidad de mujeres y hombres.
- Trato igualitario respetuoso
- Predisposición al cambio
- Deseo de enseñar lo que se sabe
- Deseo de aprender del otro

Este análisis nos permite visualizar la intervención profesional de la postulante en el proyecto: “Mujeres, Madres, Niños/as, Constructores del Desarrollo Local”, implementado por CARE – Bolivia, como ONG’s local promueve el empoderamiento de la mujer mediante el fortalecimiento de su participación en organización locales.

⁷³ *Ibíd.*

6.3. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN CON LAS INTERROGANTES PROPUESTAS

Para efectuar el análisis de los resultados en relación a las interrogantes planteadas es importante remitirnos a la coyuntura actual y la situación de salud y desarrollo de la ciudad de El Alto y del departamento de La Paz, área de intervención de la experiencia, donde se acentúa la crisis económica y social que vivimos. Si bien Bolivia en políticas de salud, ha suscrito el cumplimiento de las metas del milenio, dirigidas a reducir la morbi-mortalidad materna infantil, los indicadores promedio en el departamento de La Paz y principalmente en la ciudad de El Alto, nos permite identificar poblaciones de extrema pobreza con deterioro progresivo de los indicadores sociales y de salud, problemática central de intervención de proyectos comunitarios en salud.

En este marco y entorno a las políticas que promueve el Ministerio de Salud y Deportes, en sus diferentes programas sociales de atención a la mujer, CARE-Bolivia implemento el proyecto en salud comunitaria: Mujeres Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local, con el objetivo de mejorar la salud de la mujer y su familia. Bajo el enfoque de un trabajo integral y coordinado con los actores sociales de la comunidad y los servicio de salud, acorde al contexto socio cultural, epidemiológico y geográfico del distrito VIII de la ciudad de El Alto.

Para el análisis de está intervención social en salud, se hará referencia al contraste entre las interrogantes planteadas para el proceso de la sistematización y los resultados obtenidos en el proyecto en relación a los siguientes aspectos:

La estrategia metodológica que implemento el proyecto “Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local”, partió del proceso de

organización de 10 grupos comunitarios de mujeres denominados Warmi, como eje central y de fortalecimiento a las actividades educativas, cuyo propósito fue crear un espacio que generó una amplia participación de la mujer en su comunidad mediante la conjunción de intereses comunes en torno a la salud sexual y reproductiva. En este ámbito la organización de base comunitaria se consolida a través de una participación activa de la comunidad sensibilizada en la adopción de un rol activo y empoderado en el ejercicio de sus derechos, en la gestión de sus demandas más apremiantes en salud, a fin de mejorar las condiciones de vida y desarrollo de la población. En este ámbito fue la Trabajadora Social que se constituyó en el promotor del eje articulador de este proceso de fortalecimiento comunitario de la zona Senkata/25 de julio.

Una vez establecida la organización comunitaria de las mujeres, se implementó la “Metodología Warmi”, como estrategia metodológica de intervención del proyecto, basada en las corrientes renovadoras de Paulo Freire, promovió el desarrollo personal y colectivo de la mujer a través de un fuerte componente de: **Fortalecimiento a la Participación de la Mujer**, en el ámbito comunitario, significó entre otros aspectos, permitirle ejercer el derecho a tomar decisiones individuales o colectivas en torno a los aspectos que afectan su salud y vida. Asimismo afianzó el proceso educativo implementado por la trabajadora social, al poder efectivizar su participación en los diferentes ámbitos comunitarios como el de organización y gestión. Qué de manera singular llevo adelante cada persona de acuerdo con su capacidad y experiencia. Por tanto es importante conocer cuales fueron los aspectos comunes que motivaron a las mujeres a ser participes de este proceso al interior de los grupos organizados Warmi, en el proyecto.

- Ampliar y mejorar sus conocimientos en salud sexual y reproductiva con énfasis en salud materna, neonatal, y anticoncepción.
- Mejorar la comunicación y relación con otras mujeres de la comunidad.

- Ser participes de procesos de cambio y de toma de decisiones.
- Incorporar prácticas de salud en la familia.
- Fortalecer capacidades de liderazgo en procesos de gestión.
- Salir de la rutina diaria de labores de casa.
- Contar con un espacio para poder expresar lo que realmente piensan y sienten en su experiencia que tienen en la salud materna e infantil.
- Compartir con otras mujeres sus necesidades más sentidas que tienen en su vida diaria.
- Desarrollar nuevas habilidades para generar recursos económicos para la familia.

En referencia a los momentos significativos de la experiencia que contribuyeron a iniciar el proceso de empoderamiento en las mujeres participantes del proyecto; se debe destacar:

El Proceso de Toma de Decisiones Individual y Colectiva, iniciado en la fase del ***auto diagnóstico***, fue el espacio ***que dio inició el proceso de empoderamiento de las mujeres participantes del proyecto, al compartir desde diferentes perspectivas sus conocimientos*** y establecer un proceso consensuado de toma de decisiones individual y colectiva en torno a la problemática de salud sexual y reproductiva planteada en la comunidad.

Dando continuidad al proceso iniciado, un segundo momento lo constituye la fase de planificación conjunta, al ser un proceso participativo de concertación entre las mujeres participantes del proyecto y los actores sociales de la comunidad. En este momento ***la participación de la mujer, se concretizó y visualizó al fortalecer el proceso de empoderamiento iniciado en la fase anterior; por el rol activo que asume en la toma de decisiones para canalizar sus demandas en salud sexual y reproductiva, aminorando la discriminación que vive la mujer*** desde que nace, en la familia, la escuela y la comunidad, que deriva en la mayor probabilidad de contraer enfermedades o

morir a causa de ellas. A su vez promueve acciones tendentes a mejorar la salud individual y comunitaria.

La Educación en Salud como Estrategia que promovió el Empoderamiento de la Mujer, fue la pincelada final del proyecto, tuvo como objetivo principal en el proceso educativo reducir las muertes maternas, mejorando la salud sexual y reproductiva y propiciando el empoderamiento y fortalecimiento a las organizaciones comunitarias de base de mujeres. A partir de haber logrado una participación efectiva de las mujeres en el ***proceso de mejorar su conocimiento y capacidades, para la toma de decisiones oportuna, en el cuidado de su propia salud, la de su familia y comunidad, asumiendo responsabilidad sobre ella***. Este proceso se inicia con la construcción de nuevos conocimientos y prácticas en la salud sexual y reproductiva que forma parte del desarrollo humano de la mujer. Por tanto se constituye en el proceso central de desarrollo humano de las mujeres participantes de la experiencia.

Está estrategia implícita en la metodología Warmi, implementada por la Trabajadora Social, potenció significativamente el recurso humano y social de la comunidad, al ejecutar un plan de emergencia que responda a las necesidades de salud de la comunidad de manera oportuna y efectiva. Se establece con precisión las responsabilidades que le toca asumir a cada actor social como aliado estratégico de este proceso, al efectivizar el acceso a los recursos económicos existentes para la ejecución de planes de salud en los municipios.

Para concluir es importante referirnos a la intervención profesional de la Trabajadora Social, como facilitadora del proyecto: *Mujeres, Madres, Niños/as Constructores del Desarrollo Local*”, ejecutado por CARE – Bolivia. La educación en salud fue la acción central que la profesional, implemento en torno a la metodología Warmi como estrategia de formación y desarrollo humano de la mujeres participantes que fortalecieron su capacidad de

decisión que tienen, en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y en la demanda de una mejor prestación de servicios de salud de extensión comunitaria. Bajo un enfoque de género y trabajo intersectorial e interinstitucional, donde todos los esfuerzos se dirigieron a que la comunidad participe de manera efectiva, en el proceso de su propio desarrollo local.

6.4. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN CON RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Actualmente el Trabajo Social no sólo cuenta con un amplio campo de acción en el área de la salud comunitaria, sino también con una multiplicidad de métodos de intervención, que le permiten su accionar en una diversidad de problemas identificados junto a los actores sociales. Esta diversidad exige una mayor creatividad de acciones de intervención profesional de la Trabajadora Social que contribuya a mejorar las condiciones de vida de los grupos más vulnerables de la sociedad.

En este contexto la acción social que desarrolló la Trabajadora Social como facilitadora de procesos educativos no surge ni se elaboran en abstracto, sino a partir de necesidades sociales sentidas e identificadas por la comunidad. Fue la metodología Warmi, la estrategia que el proyecto utilizó como medio para desarrollar un proceso de investigación cualitativa y de percepciones comunitarias que permitió escuchar y conocer los problemas y resultados planteados en un espacio y tiempo determinado.

La problemática identificada al inicio de la experiencia, manifestó la falta de participación de la mujer en programas de salud sexual y reproductiva, como causa inherente del incremento de los índices de morbi-mortalidad materna infantil. A ello se sumó la falta de información en temas de salud. Problemática que fue abordada a través de un proceso integral y de estrecha colaboración

entre la profesional como participe activa del proyecto, la comunidad, los servicios de salud y los actores sociales comprometidos para lograr superar los obstáculos que originan las muertes maternas.

En este contexto de demanda social identificada en Senkata/25 de Julio, la intervención profesional de la Trabajadora Social emprendió la labor de abrir espacios que promuevan la participación activa de la mujer y la comunidad, mediante un trabajo educativo, y sistemático de organización, planificación, ejecución y evaluación de acciones. Bajo un enfoque de género y desarrollo, a través de un proceso permanente de análisis y reflexión, en torno a las diferencias culturales, sociales y de sexo, que otorga legitimidad a una situación desigual que coloca a la mujer, en condiciones de desventaja, al limitar su acceso a la educación, a la salud e incluso a la alimentación, esas desventajas pueden observarse en la mayor probabilidad de contraer enfermedades prevenibles o morir a causa de ellas; también en las condiciones de vida de vida y vulnerabilidad a lo largo de su vida.

Por tanto el enfoque de género estuvo presente en cada uno de los pasos y momentos que incorporó este proceso social de la metodología de empoderamiento Warmi. Que a lo largo de la experiencia permitió un auto desarrollo personal y profesional de intercambio de conocimientos desde la práctica vivencial cotidiana de los actores sociales, en una construcción de su historia de vida, articulada a los aspectos psicosociales que se combinan con el conocimiento científico. Por tanto como todo proceso educativo, no es un acto pasivo, ni lineal en el que la realidad viene impuesta desde afuera, si no por el contrario es un hecho activo de relación social que promueve que las participantes tomen decisiones individuales y colectivas para mejorar su salud y por ende su condición de vida.

Este análisis de intervención profesional, que tuvo la postulante, nos permite evidenciar que el proceso de empoderamiento es diferente para cada mujer,

hombre, familia, grupo o comunidad. Esta determinado por su contexto histórico cultural, y social en el que vive, así como por las relaciones que establece en los diferentes mecanismos y modalidades de participación comunitaria efectiva (toma de decisiones, investigación, abogacía, prestación de servicios).

Cabe mencionar en este acápite, que el proceso de empoderamiento de la mujer, no es un hecho lineal (vertical) ni inmediato, requiere de tiempo y constancia en la implementación de sus acciones de comunicación.

En referencia a las competencias desarrolladas por la Trabajadora Social, estas se enmarcaron principalmente en intervenciones de carácter educativo, programado como método social de intervención en salud mediante la “Metodología Warmi que asume un carácter social en sus diferentes matices de intervención, le otorgan características que la identifican y la diferencian de las demás metodologías participativas, al darle el denominativo de Metodología de Empoderamiento Comunitario”⁷⁴.

Las características que destacaron a la metodología Warmi son:

- Generar procesos de sensibilización social.
- Promover espacios de auto reflexión y análisis colectivos.
- Desarrollar una intervención social a corto plazo
- Implementar procesos de enseñanza aprendizaje participativos.
- Crear espacios de participación para las mujeres
- Fortalece e identifica el liderazgo de la mujer.
- Permite la socialización de conocimientos a la comunidad.
- Promueve la toma de decisiones colectivas.
- Promotora del Desarrollo humano y local

⁷⁴ MOLINA Marcela, ZEBALLOS Yolanda “Warmi una metodología de empoderamiento para el tercer milenio”; CIES – CARE; 2002; Página 102.

- Constructora de Contenidos.

Para sintetizar el accionar de la Trabajadora Social, de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto, la profesional se constituyó en articuladora de los procesos de educación, encaminados a iniciar el empoderamiento individual y comunitario de la mujer a través de fortalecer la participación organizada de las mujeres de la comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud sexual y reproductiva, en el marco del desarrollo de la responsabilidad del auto cuidado de la salud, y como mecanismo del ejercicio de sus derechos de participación; con equidad de género, aminorando las desigualdades sociales que generan una mayor vulnerabilidad en sus condiciones de vida y salud.

Así la consolidación de la acción educativa implementada por la profesional, permitió establecer que el proceso de empoderamiento iniciado en las mujeres participantes del proyecto, no fue un proceso lineal para todas con un principio y un fin definido. Se manifestó de manera diferente en cada mujer o grupo, según su vivencia, conocimiento y capacidades desarrolladas en un determinado contexto histórico y cultural del área de intervención. Por tanto fue un desafío lograr en corto tiempo el fortalecimiento de las estructuras locales que contribuyan a un desarrollo local sostenible que beneficie a la población en su conjunto.

Este proceso se basó en la premisa de que el desarrollo sostenible a largo plazo depende de la capacidad de participación de las mujeres organizadas para determinar las prioridades locales, efectuar planificaciones colectivas, para la elaboración de sub.-proyectos, la búsqueda de financiamientos y recursos para su implementación. Que debe ser asumida y liderizada por la organización de mujeres en su ejecución, administración, monitoreo, seguimiento y evaluación. Por tanto es importante continuar desarrollando

nuevas experiencias de intervención profesional como Trabajadora Social en el campo de la Salud Comunitaria.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- AROCENA, José. Los Paradigmas del Desarrollo Local Montevideo - Uruguay 1985.
- ALIAGA, Alicia y Caballero Dora: Enfoque de Género y Salud, publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). La Paz – Bolivia. 1999.
- CALLA, Pamela: Ciencias del Desarrollo; Umbrales Revista del Postgrado CIDES, UMSA. 2002. La Paz - Bolivia..
- CARE- Bolivia. Estrategias del Programa de Salud. La Paz. Marzo. 2004.
- CARE - Bolivia. Guía de Implementación de la Metodología Warmi Simplificada. Potosí / Bolivia 2000.
- CARE - Bolivia: Documentos Proyecto Mujeres, Madres, Niños/as, Constructores del Desarrollo Local. La Paz / El Alto. 2004.
- CARE- Bolivia: Estudio Línea de Base del Proyecto de Salud; Mujeres, Madres, Niñas/os Constructores del Desarrollo Local.
- CONSEJO DE SALU RURAL ANDINO, Estudio de Base Censal distrito VIII de la ciudad de El Alto. 2004.
- DEERE, Carmen Diana y LEON Magdalena: Género, Propiedad y Empoderamiento en América Latina. Bogota - Colombia. 1989.
- FUNDACION LA PAZ; Documento Trabajo en Enfoques de Género con Mujeres de la ciudad de El Alto y La Paz. 1996.
- FINOT, Iván; Descentralización del Estado y Participación Ciudadana en América Latina; Umbrales Revista del Postgrado; CIDES, UMSA; 1999; La Paz Bolivia.
- GONZALES JESUS. Mujer y Derechos Humanos. La Paz. Editorial Juventud. 1998.
- GOOD Tomas Psicología Educativa. Paraguay. 1998.

- GOMEZ, Elsa; Publicaciones Científicas Número 541, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), La Paz – Bolivia. 1998.
- JARA, Oscar: Para Sistematizar Experiencias; Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. Costa Rica. Julio de 1994
- LUNA, Ronaldo y Kroeger Alex. Atención Primaria de la Salud. México. 1992.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (MSyD): Norma Boliviana de Salud 2001.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (MSyD): Norma del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. 2002.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (MSyD); Marco Referencial de la Salud en Bolivia 2004.
- NACIONES UNIDAS (UN): Informe Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); Lo Biológico y Social. Ponencia: Formación del Personal en Salud Pública. La Paz- Bolivia. 1994.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); Taller: Enfoques de Desarrollo para América Latina. Lima-Perú. 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); El Enfoque de Género Aplicado a la Salud, en Publicaciones Científicas. Bolivia. 1998.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Documento Declaración de Alma Ata. 1998.
- PALMA, Eduardo; La Ideología del Trabajo Social, Humanitas 1994.
- PALENQUE, Erika: Efectos y Costos de Incorporar el Enfoque de Género en los Programas de Salud Reproductiva; en

Publicaciones del Programa de Coordinación en Salud Integral. La Paz, Bolivia. 2004.

- PROGRAMA DE COORDINACIÓN EN SALUD INTEGRAL (PROCOSI); Perspectivas de la Educación en Salud Comunitaria. Revista informativa anual. La Paz, Bolivia. 2003.
- ROSAS Paga Margarita. Conferencia, La Cuestión Social e Intervención Profesional del Trabajador Social, Universidad Mayor de San Andrés (UMSA); La Paz, Bolivia. 2005.
- RODRIGUES LOIDA. Viceministerio de Asuntos de Género. Enfoque de Género y Empoderamiento de la Mujer. La Paz, Bolivia. 2005.
- RUIZ Carmen; Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza; Mujer Género y desarrollo Local Urbano; Huellas. La Paz, Bolivia 1999.
- SEN Amartya: Desarrollo y Libertad, Editorial Planeta; Barcelona España. 2000.
- SILVA, Erika: Documento Género y Salud; en publicaciones del Programa de Coordinación en Salud Integral. La Paz, Bolivia. 2003.
- SOLARES, Maria: Educación para la Salud; en publicaciones del Centro de Servicios Multidisciplinarios (CEMSE). La Paz, Bolivia. 2000.
- SAVE THE CHILDREN. Documento de Fortalecimiento a la Metodología Warmi. La Paz, Bolivia. 1996.
- TABORGA, Celia: Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Dirección General de Asuntos de Género. Manual de Capacitación en Enfoque de Género. La Paz, Bolivia. 1999.
- TERRAZAS, Magali y Dibbits Ineke: Hagamos un Nuevo Trato; Taller de Historia y Participación de la Mujer (THAIPAMU). Hisbol. La Paz, Bolivia. 1994.

- TERRAZAS, Magali: Estudio Organización y Participación de las Mujeres de El Alto; Taller de Historia y Participación de la Mujer (THAIPAMU). Hisbol. 1998.
- TOBON, Maria Cecilia; Conferencia la Práctica del Trabajador Social. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- VISCARRA, Oscar: Soporte Técnico; Módulos Educativos en Salud Sexual y Reproductiva; Proyecto: Redes Comerciales para la Salud Comunitaria. CARE – Bolivia.
- Viceministerio de la Mujer; Género y Empoderamiento de la Mujer La Paz, Bolivia. 2003.
- UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES (UMSA); Carrera de Trabajo Social: Diagnostico de Formación Académica. La Paz – Bolivia. 1993.
- ZEBALLOS, Yolanda y Molina Marcela; Sistematización de la Metodología Warmi/Cari, implementada, en el área periurbana; "Warmi una Metodología de Empoderamiento para el Tercer Milenio"; publicado por Cies y CARE – Bolivia. Gisbol; La Paz, Bolivia. 2002.

