

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



TRABAJO DIRIGIDO

**“CONSTRUYENDO UNA VIDA SIN BARRERAS PARA
PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO”**

Una experiencia desarrollada con mujeres y parejas en la gestión 2017
en la Red de Salud Boliviano Holandés distrito 1 de la ciudad de El Alto

POSTULANTE: TANIA AMALIA CADENA HUAYLLAS

TUTOR: M. SC. AURORA RODRIGUEZ RAMIREZ

**LA PAZ - BOLIVIA
2024**

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi padre Rene Cadena por ser el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, al constante apoyo de mi abuela Amalia Ibáñez quien me ha inculcado valores para ser cada día una mejor persona.

A mi hijo Nick quien ha sido mi mayor motivación para concluir con esta etapa profesional y por ser mi fuente constante de alegría y amor incondicional.

Al apoyo constante de mi hermana Fátima que siempre estuvo presente en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Mayor de San Andrés, principalmente a la carrera de Trabajo Social, al personal docente y administrativo a la cual debo mi formación profesional.

A la señora directora de la carrera de Trabajo Social M.Sc. Marcela Molina Avilés por todo el apoyo brindado durante este proceso de culminación profesional.

Así mismo deseo expresar mi agradecimiento a mi tutora M.Sc. Aurora Rodríguez Ramírez por transmitirme sus conocimientos, por la orientación y paciencia que me brindo para así finalizar este documento.

De igual manera a los miembros del tribunal Lic. María Luisa Valdivia Aguirre, M.Sc. Ivonne Villarroel, por las orientaciones y sugerencias prestadas para la conclusión del presente trabajo.

A mi señor padre Rene Cadena Ibáñez por infundirme principios morales, respeto y superación para concluir este trabajo, así mismo a mi abuela Amalia Ibáñez por todo su apoyo y confianza que me brindo en todo este proceso.

Igualmente, a mi hijo Nick por todo su amor, por ser la personita que más amo y quien me impulsa a cumplir mis sueños y mis metas, así mismo a mi hermana Fátima por el apoyo brindando en todo momento para culminar el trabajo dirigido

Al resto de mi familia entre ellos tíos, tías, primos, primas y amigas que estuvieron presentes en cada momento motivándome a concluir este documento.

ÍNDICE

GLOSARIO.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN	3
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2. OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN	4
1.3. EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	5
1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.4.3. Formulación de Interrogantes	5
1.5. MODELO DE SISTEMATIZACIÓN	5
1.6. PROCESO METODOLÓGICO.....	7
1.6.1. El punto de partida	7
1.6.2. Las preguntas iniciales	8
1.6.3. Recuperación del proceso vivido	8
1.6.4. La reflexión de fondo.....	9
1.6.5. Punto de Llegada.....	10
CAPÍTULO II.....	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	11
2.1.1. Derechos sexuales y reproductivos.....	12
2.2. ENFOQUE DE GÉNERO.....	15
2.2.1. Género.....	17
2.2.2. Machismo y sistema patriarcal.....	18
2.3. ENFOQUES DE LA SALUD	19

2.3.1. Salud	20
2.3.1.1. Indicadores de medición de la salud	21
2.3.2. Salud sexual y reproductiva	22
2.3.3. Cáncer de cuello uterino (CACU).....	23
2.3.3.1. Síntomas del cáncer de cuello uterino	24
2.3.3.2. Proceso del cáncer	25
2.3.3.3. Factores de riesgo	25
2.3.4. Virus del papiloma humano (VPH)	26
2.3.4.1. Evitar el VPH	27
2.3.5. Papanicolaou (PAP).....	27
2.3.5.1. Objetivo de la prueba de papanicolaou.....	27
2.3.5.2. Forma en que se realiza el examen.....	28
2.3.6. Personas que deben realizarse la prueba del Papanicolaou (PAP)	28
2.3.6.1. Requisitos para el examen del Papanicolaou (PAP).....	29
2.3.6.2. Razones por las que se realiza el examen.....	30
2.4. ENFOQUE SANEBA	31
2.5. BARRERAS CULTURALES.....	32
2.6. PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS	35
2.7. PROCESO METODOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL	36
CAPÍTULO III.....	38
3. CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN	38
3.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO	38
3.1.1. Características del municipio de la ciudad de El Alto	38
3.1.2. Situación geográfica de la ciudad de El Alto.....	39
3.1.3. Población del municipio de El Alto	40
3.1.4. Características generales del distrito I de la ciudad de El Alto.....	42
3.2. CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA	43
3.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	46

3.3.1. Antecedentes de la institución	46
3.3.2. Visión Institucional.....	46
3.3.3. Misión Institucional	47
3.3.4. Objetivo Estratégico.....	47
3.3.5. Estructura de los establecimientos de salud.....	47
3.3.6. Estructura organizacional.....	48
3.3.7. Área de trabajo social.....	50
3.3.8. Programas de salud de la Red de Salud Boliviano Holandés	50
3.4. MARCO LEGAL	51
3.4.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.	51
3.4.2. Reglamento a la Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS N° 1984, 30 de abril de 2014	52
3.4.3. Ley modificatoria a la ley n° 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia	54
3.4.4. Bolivia: Ley N° 1223, 5 de septiembre de 2019 LEY DE CÁNCER.....	57
3.5. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (SAFCI).....	60
3.5.1. Objetivo de la SAFCI.....	61
3.5.2. Principios de la política SAFCI	61
3.5.3. Estrategia de la política SAFCI.....	62
CAPÍTULO IV	64
4. RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA	64
4.1. ACTORES PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA	64
4.1.1. Beneficiarios directos.....	64
4.1.2. Beneficiarios indirectos	64
4.1.3. Actores Institucionales.....	64
4.2. RECONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DESARROLLADO	66
4.2.1. Fase inicial- Construcción del diagnóstico	66

4.2.2. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el Papanicolaou de las mujeres en edad fértil según encuestas.....	71
4.2.2.1. Conocimiento de las mujeres en edad fértil acerca del Papanicolaou.....	71
4.2.2.2. Conocimientos sobre la función del Papanicolaou.....	71
4.2.2.3. Razones por las cuales no se realizarían nuevamente la prueba del PAP. .71	
4.2.2.4. Apoyo de la pareja en la realización de la prueba del Papanicolaou.....	72
4.2.2.5. Información cualitativa según entrevistas	73
4.2.3. Identificación del problema de acuerdo a encuestas y entrevistas realizadas	76
4.2.4. Clasificación de problemas del diagnóstico temático.....	77
4.2.5. Priorización de problemas.....	78
4.2.6. Explicación Del Problema	80
4.2.6.1. Barreras culturales	80
4.2.6.2. Falta de promoción	833
4.2.7. Líneas De Acción Estratégicas	833
4.3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DEL PROYECTO.....	84
4.4. FASES DEL PROCESO METODOLÓGICO IMPLEMENTADOS EN EL PROYECTO	88
4.4.1. Fase de motivación para el proyecto	91
4.4.2. Fase de planificación para el desarrollo del proyecto.....	92
4.4.3. Fase de ejecución del proyecto socioeducativo.....	93
4.4.4. Fase de evaluación-Resultados del proyecto	94
4.5. METODOLOGÍA IMPLEMENTADA EN EL PROYECTO	104
4.6. IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROYECTO.....	109
CAPÍTULO V.....	112
5. HALLAZGOS Y LECCIONES APRENDIDAS.....	112
5.1. HALLAZGOS.....	112
5.2. LECCIONES APRENDIDAS.....	114

5.3. CONCLUSIONES	115
5.3.1. En relación a la problemática.....	115
5.3.2. En relación a la intervención de trabajo social	116
5.3.3. En relación al cumplimiento de los objetivos de la sistematización.....	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	122

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa N° 1 Mapa de la ciudad de El Alto	41
Mapa N° 2 Distrito Municipal 1 de la ciudad de El Alto	42

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1- Bajas coberturas de realización del PAP	45
Cuadro N° 2- Estructura y población de establecimientos de salud	48
Cuadro N° 3- Estructura Organizacional	49
Cuadro N° 4- Área de trabajo social	50
Cuadro N° 5- Principios de la política SAFCI.....	61
Cuadro N° 6- Componentes de la política SAFCI.....	63
Cuadro N° 7- Actores institucionales	64
Cuadro N° 8- Proceso metodológico	68
Cuadro N° 9- Clasificación de problemas del diagnóstico temático	78
Cuadro N° 10- Matriz de priorización de problemas.....	79
Cuadro N° 11- Participación de la población en la ejecución del proyecto.....	89
Cuadro N° 12- Objetivos del proyecto	90
Cuadro N° 13- Actividades planificadas para la motivación del proyecto.....	91
Cuadro N° 14- Actividades planificadas para el desarrollo del proyecto.....	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1- Población proyectada por sexo, según grupo quinquenal de edad, 2021.....	41
Gráfico N° 2- Edad de los participantes	84
Gráfico N° 3- Estado civil de los participantes.....	85
Gráfico N° 4- Nivel de instrucción de los participantes	86
Gráfico N° 5- Ocupación de los participantes	87
Gráfico N° 6- Procedencia de los participantes	88

GLOSARIO

CACU	Cáncer de cuello uterino
HPV	Virus del papiloma humano
PAP	Papanicolaou
OMS	Organización mundial de salud
RSBH	Red de salud Boliviano Holandés
SANEBA	Satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje
OPS	Organización panamericana de la salud
STP	Salud en todas las políticas
GNUDS	Grupo de las naciones unidas para el desarrollo sostenible
PIB	Producto interno bruto
SEDES	Servicio departamental de salud La Paz
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ACOG	American College of Obstetrics
DAPRO	Dirección general de análisis productivo
SAFCI	Modelo de atención de salud familiar comunitario intercultural
CAI	Comité de análisis de la información
ACS	Sociedad Americana contra el cáncer

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la sistematización del proyecto “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino”, una experiencia desarrollada con mujeres y sus parejas durante la gestión 2017 en la Red de Salud Boliviano Holandés distrito 1 de la ciudad de El Alto. La presente sistematización es un requerimiento de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés en la modalidad de trabajo dirigido, el cual permite presentar una propuesta de sistematización a partir de una experiencia vivida con el fin de lograr el grado académico profesional de licenciatura.

Dicha sistematización se enmarcó en la recuperación del proceso socioeducativo-participativo desarrollado sobre la necesidad, urgencia y realización de la prueba del Papanicolaou como medida de prevención del cáncer de cuello uterino (CACU) de mujeres en edad fértil y sus parejas durante la gestión 2017 en la Red de Salud Boliviano Holandés, debido a la importancia de la prevención de la problemática del cáncer de cuello uterino y la recuperación del proceso de intervención del Trabajo Social en la temática. Ya que se vio realmente conveniente realizar esta sistematización con el fin de llevar a cabo una crítica constructiva, así poder determinar los hallazgos y las lecciones aprendidas del proyecto, para dar a conocer la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou (PAP) y así orientar a más mujeres y sus parejas.

Durante el proceso de sistematización, se logró identificar aspectos significativos, del proyecto ejecutado por las estudiantes de la Práctica Pre Profesional IV, ya que está dirigido al proceso socioeducativo desarrollado con mujeres y sus parejas, para así consolidar la información adecuada y pertinente con relación a la prueba del Papanicolaou, esto con el fin de incentivar, concientizar la importancia de la realización de la prueba, siendo esta una forma preventiva del (CACU), considerando los altos índices de muerte por éste cáncer, siendo necesario tomar en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

La experiencia sistematizada sobre el proyecto “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino”, contó con la participación de las mujeres inscritas al programa Bono Juana Azurduy y sus parejas, los mismos expresaron la importancia de la

temática desarrollada durante la ejecución del proyecto, el cual les permitió tener una nueva percepción sobre la importancia del PAP.

La presente sistematización contiene los siguientes acápite:

Capítulo I referente al marco metodológico de la sistematización, está compuesto por la justificación donde se da a conocer las razones del porqué de la sistematización desarrollada; asimismo se encuentra el objeto, el eje de la sistematización, como también establece los objetivos general y específicos, de la misma manera las interrogantes, finalmente se contempla la metodología desarrollada, la cual está compuesta por el modelo y el proceso metodológico que se desarrolló durante la sistematización de la experiencia basada en el autor Oscar Jara.

El capítulo II contiene el marco teórico, en el cual se encuentran las teorías o enfoques de relevancia de acuerdo la experiencia del proyecto, constituyéndose en el sustento teórico que permitió realizar el respectivo análisis de la problemática.

El capítulo III está relacionado con el Contexto en el que se desarrolla la sistematización, el mismo está compuesto por tres puntos importantes como ser el contexto geográfico donde se desarrolla la experiencia, así también el contexto de la problemática siendo esta el cáncer cuello uterino y finalmente el contexto institucional de la Red de Salud Boliviano Holandés.

El capítulo IV contempla la recuperación del proceso vivido, está relacionada con la reconstrucción de la experiencia de los actores, desde la realización del diagnóstico temático, el proceso de ejecución del proyecto y finalmente la evaluación con relación a las fases desarrolladas de la metodología del proyecto.

El capítulo V sujeta los hallazgos y lecciones aprendidas el cual contiene los puntos de relevancia para llevar a cabo un análisis de toda la experiencia, que posibilitará la generación de nuevos conocimientos.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO DE LA SISTEMATIZACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres, antecedido solo por el cáncer de mama, se calcula que cada año ocurren 500.000 casos nuevos y 274.000 muertes, de los cuales el 83% se presentan en países subdesarrollados (OMS, 2016) sin embargo, a diferencia de la mayoría de los cánceres, el cáncer de cuello uterino puede prevenirse mediante programas de tamizaje de fácil acceso, diseñados para identificar y tratar las lesiones pre-cancerosas.

Bolivia tiene la tasa de mortalidad, por cáncer de cuello uterino, más alta de América, analizando las estadísticas de muerte femenina vinculada al derecho a la salud, hallamos que las provocadas por el CACU superan en mucho las cifras de mortalidad.

Esta enfermedad es frecuente en el país entre mujeres de 25 a 64 años siendo así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que 26.3 por cada 100.000 mujeres, que en términos de defunciones las estimaciones dicen que en el año 2002, 987 mujeres fallecieron por causa de esta enfermedad, lo que significa 2,7 muertes por día, la situación es mucho más alarmante por cuanto sus estimaciones para el mismo año (2002) son de 1.665 defunciones, es decir 4,56 mujeres por día, por lo que estamos hablando de tasas mayores que las de mortalidad materna.

La situación actual, la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en Bolivia es grave y alarmante, sobre todo si se toma en cuenta que esta patología se puede prevenir y detectar precozmente de manera eficaz y relativamente económica y más aún cuando el Estado garantiza la atención mediante el seguro universal de salud.

A partir de la importancia que cobra la sistematización como proceso de análisis de una experiencia vivida con una finalidad determinada, se justifica la reconstrucción de la experiencia del proyecto “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” desarrollada en los Centros de Salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre, pertenecientes a la Red de Salud Boliviano Holandés de la ciudad de El Alto.

Dentro de esta red de salud se realizó un diagnóstico temático el cual dio como datos que la población femenina en edad fértil a ser atendida fue de 60.924 mujeres, en la cual solo asistieron 10.000 mujeres y se realizaron un total de 965 muestras de Papanicolaou durante los primeros 6 meses de la gestión 2017, lo cual equivale a un 3% de la población atendida, estas bajas coberturas de la toma de muestra del Papanicolaou es preocupante siendo que a partir de estos datos se identificó el problema de salud que afecta a cientos de mujeres.

El problema identificado dentro del diagnóstico por el cual se diseñó y ejecuto este proyecto de acuerdo con los parámetros correspondientes fue las barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou.

Es así que la sistematización, resulta relevante, al brindar la posibilidad de identificar la metodología desarrollada durante la ejecución de la experiencia asimismo nos permite comprender de manera más profunda, cada fase de la experiencia desarrollada. En este sentido vamos a entender a la presente sistematización como la forma de realizar reconstrucciones de manera crítica de la práctica profesional en la experiencia.

Por lo cual la sistematización de la experiencia, permite aportar teóricamente debido a que se realizó un referente teórico sobre la experiencia reconstruida. Asimismo, se aporta metodológicamente, al sistematizar el proceso metodológico de dicha intervención.

La metodología utilizada para realizar la presente sistematización, se enmarcó en los cinco momentos establecidos por el autor Oscar Jara, considerando que una sistematización es un proceso de análisis crítico, que permite rescatar hechos significativos para comprender el porqué de lo sucedido, y por consiguiente formular hallazgos y ante todo resaltar las lecciones aprendidas.

1.2. OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Proceso metodológico del proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” en la Red de Salud Boliviano Holandés en la gestión 2017.

1.3. EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

Las fases desarrolladas en el proceso metodológico de intervención del Trabajo Social en el proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barrera, para prevenir el cáncer de cuello uterino” en la Red de Salud Boliviano Holandés en la gestión 2017.

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Identificar las fases y metodología de intervención del Trabajo Social implementada en el proceso metodológico del proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” a fin de recoger hallazgos y lecciones aprendidas en relación al proyecto.

1.4.2. Objetivos específicos

- Conocer los datos sociodemográficos de las mujeres participantes del proyecto.
- Identificar las fases del proceso metodológico del proyecto y sus respectivos objetivos, actividades y resultados.
- Explicar la metodología implementada para el desarrollo del proyecto socio educativo.

1.4.3. Formulación de Interrogantes

- ¿Cuáles son los datos sociodemográficos de las mujeres y parejas que participaron en el proyecto?
- ¿Cuáles fueron las fases del proceso metodológico que se implementó en el proyecto?
- ¿Qué metodología fue implementada en el desarrollo del Proyecto socio educativo?

1.5. MODELO DE SISTEMATIZACIÓN

El modelo de sistematización fue establecido desde la concepción metodológica dialéctica que presenta Oscar Jara (1994) que es la más apropiada, ya que manifiesta que:

“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, cómo se han relacionado entre sí y para que lo han hecho de ese modo” (Pág. 22).

Esta afirmación del autor define la sistematización como una interpretación crítica; es decir la comprensión e interpretación de la experiencia. La sistematización es una interpretación que se caracteriza por ser previamente ordenado y reconstruido el proceso vivido.

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

Este modelo de sistematización es abordado desde una concepción metodológica dialéctica la cual es una manera de entender la realidad para poder acercarse, conocer y actuar sobre ella y así lograr transformarla, esta metodología entiende a la realidad como un proceso histórico.

Para la construcción metodológica dialéctica “la realidad es cambiante y contradictoria, porque es histórica, es producto de las actividades transformadoras, creadora de los seres humanos” (Jara, 1994, Pág. 57).

Cuando hablamos de una concepción dialéctica, es absurdo acercarse a los fenómenos sociales como si fueran cosas, hechos estáticos a los que podemos estudiar desde afuera ya que somos sujetos y objetos de conocimiento y transformación, puesto que desde esta concepción dialéctica se aproxima a la comprensión de los fenómenos sociales, desde el interior de su dinámica, como sujetos partícipes de la construcción de la historia.

Oscar Jara (1994) indica que:

No podemos aspirar simplemente a describir los fenómenos y observar sus comportamientos, sino que debemos prepararnos para instituir y comprender sus causas y relaciones, identificar sus contradicciones profundas, situar honradamente nuestra práctica como parte de sus contradicciones y llegar a imaginar y emprender acciones tendientes a transformarla. “Transformar la realidad” desde la perspectiva dialéctica, significa, por ello, transformarnos también a nosotros mismos como

personas, con esas ideas, sueños, voluntades y pasiones, somos a la vez sujetos y objetos de conocimiento y transformación.

De esta visión surge una comprensión articulada entre práctica y teoría, en cada proceso social se encuentran conectados de forma particular todos los hilos de relación con la práctica social e histórica. Es la teoría la que permite realizar dicha interpretación, pero la finalidad de este empeño termina en la conclusión teórica. (Pág.59)

La sistematización permitirá dar cuenta de las acciones como de las interpretaciones de las personas las cuales son decisivas para una interpretación crítica.

1.6. PROCESO METODOLÓGICO

Con la finalidad de desarrollar un proceso ordenado y coherente sobre el proceso socioeducativo-participativo de las mujeres y sus parejas en el proyecto “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” el proceso metodológico a desarrollar será realizado bajo los cinco momentos planteados por el autor Oscar Jara (1994).

- a) El punto de partida.
- b) Las preguntas iniciales
- c) Recuperación del proceso vivido
- d) La reflexión de fondo
- e) Los puntos de llegada

1.6.1. El punto de partida

Objetivo

Recopilar la información documental, que sustentara la experiencia desarrollada para establecer la pertinencia de la sistematización.

Actividades

En este primer momento se desarrollaron las siguientes actividades:

- Recolección de documentos e informes de trabajo elaborados durante la experiencia.

- Revisión documental relacionada con la experiencia desarrollada, es decir, consulta de documentos sobre el proyecto, el seguimiento del mismo y el proceso de evaluación.

Resultados

- Información documental recolectada con relación al proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” durante la gestión 2017.
- Información teórica y empírica clasificada que permitió validar y dar inicio al proceso de sistematización.
- Documentación recabada y analizada.

1.6.2. Las preguntas iniciales

Objetivo

Formular el objeto, eje y objetivos que guiarán la sistematización de la reconstrucción del proceso socioeducativo participativo “Construyendo una vida sin barreras para prevenir el cáncer de cuello uterino”, durante la gestión 2017.

Actividades

- Delimitación del objeto de sistematización.
- Formulación del eje de sistematización.
- Planteamiento del objetivo general y objetivos específicos de la sistematización.
- Planteamiento de interrogantes de la sistematización.

Resultados

- Delimitación del objeto y eje que encaminaron la sistematización.
- Obtención del objetivo general y específicos referentes al proceso de sistematización.
- Definición de interrogantes.

1.6.3. Recuperación del proceso vivido

Objetivo

Reconstruir el proceso vivido en la implementación del proyecto socioeducativo participativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino”, durante la gestión 2017 y así fortalecer la experiencia y recuperar las lecciones aprendidas.

Actividades

- Clasificación de resultados de la revisión documental sobre las actividades.
- Descripción del proceso metodológico de la experiencia.
- Identificación de los actores principales de la experiencia.
- Clasificación y ordenamiento de la información.
- Identificación de actividades realizadas en el proyecto socioeducativo participativo.

Instrumentos

- Fichas de contenido.
- Fichas bibliográficas.
- Guías de entrevistas semi estructurada (dirigidas a personal de la institución).
- Cuaderno de diario.

Resultados

- Proceso metodológico desarrollado.
- Obtención de identificación de actores principales.
- Información clasificada y ordenada.
- Actividades realizadas en el proyecto socioeducativo participativo.

1.6.4. La reflexión de fondo

Objetivo

Desarrollar un proceso de reflexión sobre la experiencia desarrollada con mujeres y parejas durante la gestión 2017 en la Red Salud Boliviano Holandés Distrito 1 de la ciudad de El Alto para una interpretación crítica.

Actividades

- Selección de categorías teóricas.

- Reflexión sobre los hechos significativos identificados a lo largo de la experiencia.
- Análisis de la estrategia metodológica desarrollada por las estudiantes de Trabajo Social.

Resultados

- Reflexión y análisis sobre la experiencia desarrollada con mujeres y parejas.

1.6.5. Punto de Llegada

Objetivo

Formular las conclusiones y rescatar las lecciones aprendidas de la experiencia sistematizada tomando en cuenta el objeto y eje de sistematización respondiendo de tal manera a los objetivos planteados.

Actividades

- Revisión de objetivos, interrogantes, para dar respuesta a la identificación hallazgos y lecciones aprendidas.
- Identificación de hallazgos y lecciones aprendidas.
- Elaboración del documento Final de la Sistematización.

Resultados

- Documento final de la sistematización concluido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El grupo de las naciones unidas para el desarrollo sostenible (GNUDS), establece que:

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos. Su objetivo es analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso del desarrollo y que a menudo resultan en grupos de personas que se quedan atrás. (Enfoque basado en la programación de los derechos humanos, s.f., parr.2).

El enfoque de los derechos humanos está basado en los valores, principios y normas universales, propias de la dignidad de la persona, que se refieren a la vida, libertad, igualdad, seguridad, participación política, bienestar social, salud y cualquier otro aspecto ligado al desarrollo integral de las personas, y que se sustentan en los derechos humanos.

Los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos establecen las bases para la libertad, la justicia y la paz en el mundo, según la declaración universal de derechos humanos, adoptada por la asamblea general de las Naciones Unidas en 1948.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

Según la OMS (1948).

El enfoque basado en los derechos humanos se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:

No discriminación: El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, residencia y situación económica y social.

Disponibilidad: Un número suficiente de instituciones y de servicios de salud que funcionen plenamente, así como de medicamentos esenciales; existencia de agua limpia y de instalaciones de salud adecuadas.

Accesibilidad: Accesibilidad para todos sin discriminación a las instituciones y los servicios de salud: Accesibilidad física y segura para todos, incluso personas y grupos desfavorecidos (por ej., personas con discapacidades).

Aceptabilidad: Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética médica, así como los valores culturales de la población respectiva, siempre y cuando estos últimos no atenten contra los derechos humanos.”

Calidad: Calidad conveniente desde el punto de vista científico y médico, incluso personal formado profesionalmente, medicamentos de calidad probada y equipamiento médico adecuado.

Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos (Pág. 2, parr.8-15).

La OMS incorpora los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacionales como regionales, el enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos. (OMS, 2007).

2.1.1. Derechos sexuales y reproductivos

Todas las personas por el solo hecho de ser seres humanos tienen derechos estos se denominan derechos humanos e incluyen el derecho a la vida, la identidad, la salud, la educación, la libertad, la alimentación, el techo, la seguridad, entre otros aspectos.

Todos estos derechos son necesarios para poder disfrutar de una vida digna que corresponden a todos los seres humanos sin ningún tipo de distinción o discriminación por sexo, raza, religión, edad, estado civil, orientación sexual, nacionalidad, etc.

Según la Guía sobre salud sexual y reproductiva SEDES (2007).

...la salud es un derecho humano esencial, la salud sexual y reproductiva es también una parte integral de los derechos humanos. Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar. Incluyen el derecho a tener relaciones sexuales cuando queremos y con quien queremos, sin violencia ni bajo

presión; a tener hijos cuando lo deseamos, y a expresar nuestra sexualidad de la manera en que la sentimos.

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para ejercer respeto a las personas tomando en cuenta los siguientes:

Derecho a la educación y la información

- ✦ Todos y todas tenemos derecho a conocer nuestro cuerpo, cómo funciona y las formas de cuidarlo evitando riesgos y enfermedades.
- ✦ Contar con información adecuada para poder tomar decisiones libres y responsables.

Derecho a la libertad y seguridad

- ✦ Todos y todas podemos decidir libre y voluntariamente si queremos o no tener relaciones sexuales, con quién y en qué momento. Nadie puede ser forzado/a por otra persona (ni siquiera por su pareja) a tener relaciones sexuales.
- ✦ Todos y todas tenemos derecho a tener relaciones sexuales seguras que no pongan en riesgo nuestra salud.
- ✦ Todos y todas tenemos derecho a tener relaciones sexuales seguras sin temor a tener o causar un embarazo no deseado.
- ✦ Todos y todas tenemos derecho a explorar nuestra sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias ni nada que impida la libre expresión de nuestros deseos.
- ✦ Todos y todas tenemos derecho a sentir placer, a expresar nuestra preferencia sexual y a elegir nuestras parejas.
- ✦ Nadie tiene derecho a agredirnos ni física ni verbalmente, ni nuestra pareja ni ninguna otra persona.

Derecho a decidir si tener hijos o no y cuándo tenerlo.

- ✦ La decisión de ser mamá o papá es personal y nadie puede obligarnos a tener hijos si no queremos.
- ✦ Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto contra su voluntad.
- ✦ Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance información completa y servicios que ofrezcan métodos seguros y eficaces para evitar el embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia.

Derecho a la atención y a la protección de la salud

Todos y todas tenemos derecho a recibir atención oportuna, de calidad, en lenguaje que podamos comprender y que ofrezca:

- ✦ Atención segura del embarazo y el parto.
- ✦ Atención después de un aborto.
- ✦ Información actualizada y clara sobre los métodos anticonceptivos.
- ✦ Acceso gratuito a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
- ✦ Información sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos, estudios y procedimientos médicos.
- ✦ Prevención y tratamientos de las infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida y cáncer.
- ✦ Aborto seguro en las situaciones que la ley lo permite.

Gozar del derecho a la salud no sólo significa recibir atención médica oportuna y tratamientos adecuados. También significa recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo, información en lenguaje sencillo y claro, un trato cordial y respeto por nuestro

cuerpo, nuestra privacidad, nuestro tiempo y nuestras decisiones. En los servicios de salud tenemos derecho a:

- ✦ Recibir trato cordial y respetuoso por parte de todas las personas que atienden.
- ✦ Ser atendidos/as en lugares apropiados y cómodos que permitan privacidad.
- ✦ Recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo (edad, estado civil, raza, nacionalidad/origen, orientación sexual, etc.).
- ✦ Que escuchen con atención y tiempo suficiente.
- ✦ Que den información en un lenguaje sencillo y claro.
- ✦ Que respondan nuestras dudas.
- ✦ Que expliquen en forma clara y tantas veces como sea necesario el diagnóstico, el tratamiento o los estudios que debemos hacer incluyendo los beneficios y posibles complicaciones.
- ✦ Que cuando sea posible podamos elegir el tratamiento y el momento para realizarlo.
- ✦ Permanecer internados/as el tiempo necesario para la recuperación, ni más ni menos.

Derecho a la privacidad y confidencialidad.

- ✦ Todos y todas tenemos derecho a que se respete nuestra intimidad. La información sobre nuestra salud y nuestra vida sexual y reproductiva que confiamos al personal de salud, debe mantenerse en reserva y ser considerada confidencial y amparada por el secreto médico.
- ✦ Los y las adolescentes tienen derecho a solicitar y recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva sin que se exija la autorización de sus padres.
- ✦ Ninguna persona requiere autorización de su pareja ni de ninguna otra persona para usar un método anticonceptivo (incluyendo la ligadura de trompas o la vasectomía) (Pág.17-19).

La salud sexual reproductiva como bien se describió en la parte superior también conlleva al control y la detección de alguna Infección de Transmisión sexual como, por ejemplo:

- El chancro
- La clamidia
- La gonorrea
- La hepatitis
- El herpes
- Las ladillas
- La sarna
- La sífilis
- VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humano)
- El virus del papiloma humano (VPH) / Cáncer Cuello uterino (CACU)

2.2. ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género permite:

...desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es precisamente contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres, conocer las causas que las producen y encontrar mecanismos para superar las brechas existentes (Lagarde, 1996, Pág.7).

Así también Lagarde (1996) agrega que el enfoque de género se visualiza desde una construcción social y cultural que se produce históricamente y es susceptible de ser transformada. La opción global es la igualdad de género entre mujeres, la justicia y la libertad para potenciar la plenitud de unas y otras.

Según lo mencionado por la autora el enfoque de género permite distinguir la situación de los hombres y mujeres, en las relaciones de desigualdad de género, cómo la división de roles de género, donde las mujeres cumplen un rol reproductivo realizando actividades como el cuidado del hogar, de los hijos, labores de casa, trabajo que no es gratificado y a los hombres se les asigna con el trabajo productivo donde se llega a generar ingresos económicos para el bienestar y el sustento de la familia.

Lagarde (1996)

...el análisis de género es la síntesis entre la teoría de género y la llamada perspectiva de género derivada de la concepción feminista del mundo y de la vida. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad.

Por eso, además de contener ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, la cosmovisión de género propia, particular, es marcadamente etnocentrista. Cada quien aprende a identificarse con la cosmovisión de género de su mundo y hasta hay quienes creen que la suya es universal. Como es evidente, la cosmovisión de género es desde luego parte estructurante y contenido de la auto identidad de cada uno. (Pág.13)

Es factible también que en una persona converjan cosmovisiones de género diversas y que, por ejemplo, algunas de sus concepciones, valores y juicios provengan de fuentes tradicionales religiosas de origen milenario, otras sean modernas recientes, y otras franjas de su cosmovisión de género desciendan del racionalismo científico. (Lagarde. 1996)

Es trascendente identificar las diversas cosmovisiones de género que coexisten en cada sociedad, comunidad y persona. La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.

La perspectiva de género no es una ideología más, ni un análisis endosable a las concepciones previas. Las acciones y las propuestas que hoy sintetiza la perspectiva de género han hecho que biografías y etnografías no vuelvan a ser las mismas debido a su metodología deconstructiva y creativa. (Lagarde. 1996).

Según la OMS (2007), el enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia. Integrar la perspectiva de género en la Salud Pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas.

El objetivo fundamental es lograr la igualdad de género. La incorporación de una perspectiva de género en la Salud Pública implica abordar la influencia de factores psicosociales, culturales, y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad en el acceso a los programas de salud. (Organización Mundial de la salud, s.f., párr.2)

En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general.

La OPS/OMS (2007) indican que la mujer tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención que necesita.

El enfoque de salud pública basado en el género ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de la mujer y determinar formas de abordarlos en mujeres de todas las edades. Integrar las perspectivas de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es lograr la igualdad de género. La incorporación de una perspectiva de género en la salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas (OMS, 2007).

2.2.1. Género

El género es la forma donde todas las sociedades establecen las funciones, actitudes, valores y relaciones que determinan a los hombres y a las mujeres. Por otro lado, el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales (macho xy-hembra xx), el género hace referencia a la construcción cultural y social (masculino-femenino). Las relaciones que se establecen entre el sexo de las personas y el género que se las atribuye a cada una de ellas ya que esta constituye un sistema porque ambos elementos tienen relaciones e interactúan entre sí. (García, 2009).

Para Lagarde (1994) el género constituye una categoría de las ciencias sociales que permite analizar las relaciones entre hombres y mujeres en un contexto determinado. Cada sociedad tiene una organización genérica y específica en donde existe una estructura de poderes, jerarquía valores, la desigualdad de poderes se basa en la incidencia de los sujetos en el mundo. La característica fundamental de género es que permite reconocer que existen relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres. Así también el género permite reconocer, que las mujeres tienen condiciones de vida más bajas que los hombres, que existen formas de discriminación específica hacia las mujeres por el solo hecho de ser mujer y que este hecho está ligado a su acceso a los saberes y al conocimiento. (Pág.6).

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre

ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar. Lagarde (2018).

2.2.2. Machismo y sistema patriarcal

Según Gil (2019) hace mención que:

En el sistema patriarcal se reafirma la misoginia en todas las esferas de la vida, toda actividad está dividida en función del sexo; la subordinación de los hombres a la dominación paterna es temporal, durando hasta que ellos mismos pasan a ser cabezas de familia. La subordinación de las mujeres es para toda la vida. Las mujeres han participado durante milenios en el proceso de su propia subordinación porque se les ha moldeado psicológicamente para que interioricen la idea de su propia inferioridad. La ignorancia de su misma historia de luchas y logros ha sido una de las principales formas de mantenerlas subordinadas.

La masculinidad asociada al poder, el control, el valor, el dominio de la razón, la posesión del conocimiento, el gobierno de lo público y la independencia individual, configuraron la identidad del varón.

Para poder llevar a cabo esas tareas debe delegar las otras funciones necesarias e imprescindibles para la supervivencia, por ser tediosas y cotidianas, a las mujeres, pero que, sin su implementación, impedirían el desarrollo del modelo androcéntrico que propugna como ley natural el sistema patriarcal. (Pág. 4)

Dando a entender la autora que el sistema patriarcal es el desencadenante de la violencia de género ya que en el sistema patriarcal la diferencia sexual se presenta como razón y fundamento de la discriminación, así también se puede extraer que los hombres quedan con la exclusividad de las funciones de gobierno y decisión y las mujeres de acatamiento y obediencia.

Por otro lado, Marina Castañeda (2009) menciona que:

Las explicaciones del machismo derivada de los estudios de género, la antropología, la etnografía, la sociología y la historia se basan en factores sociales, económicos y culturales para afirmar que el machismo no es innato, ni es dado por la biología, sino que es aprendido.

Existen diversas maneras de ser hombre y cada sociedad tiene su propio ideal masculino que no es necesariamente machista o no lo es del mismo modo según sus condiciones económicas y sociales.

En el enfoque constructivista el hombre no nace, se hace y el machismo es solo un tipo de masculinidad entre hombres, basado en una relación de poder económica, social y política que se transmite de generación en generación, no se trata pues de una característica natural del hombre.

Los hombres siguen justificando sus conductas machistas con base en un supuesto imperativo biológico porque “así somos los hombres” cuántos hombres hoy día no han apelado a una supuesta naturaleza masculina para justificar su agresividad, su necesidad de múltiples conquistas sexuales, sus celos, su incapacidad para comunicar sus emociones, a su vez muchas mujeres siguen explicándoles a sus hijas que es necesario soportar a los hombres y perdonar de sus excesos o sus deslices porque así son.

Una definición de hombre que los jóvenes de nuestra era en muchas sociedades comparten con sus padres, sus abuelos y sus bisabuelos es su necesidad de dominar a las mujeres para demostrar su masculinidad, es el sometimiento de la mujer sigue siendo prueba de virilidad en muchos países

Ahora los hombres urbanos, educados de ingresos medios o altos ya no le pega sistemáticamente a sus mujeres, ni las encierran, ni las obligan a tener relaciones sexuales contra su voluntad, ni prohíben a sus hijas de estudiar una carrera por ello mucha gente piensa que el machismo está desapareciendo y tienen razón.

La disminución de la coerción física no se fija necesariamente un cambio en ellos ni una aceptación de su igualdad con la mujer, refleja más bien un cambio en las mujeres que ya no se dejan someter tan fácilmente, también es cierto que la sociedad en su conjunto ya no aprueba con la misma naturalidad el machismo, en sus formas tradicionales y que hoy día muchos hombres lejos de jactarse de ser machistas más bien lo niegan. (Pág.18-19)

Ambas autoras mencionan que el machismo y el sistema patriarcal está asociada al poder, al control y a una subordinación de las mujeres sin embargo el machismo no significa necesariamente que el hombre golpee a la mujer, ni que la encierre en su casa se trata de una actitud hacia los demás, no solo hacia las mujeres, sino también hacia los demás hombres, los niños, puede manifestarse mediante gestos, miradas, pero más aún se trata de una relación desigual basado en creencias, actitudes y conductas que con el pasar de los años esta se encuentra en un proceso de cambio ya que las mujeres no permiten un sometimiento como en la antigüedad.

2.3. ENFOQUES DE LA SALUD

Según la OPS (2011):

La Salud en Todas las Políticas (STP) es un enfoque de salud pública que toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busca sinergias, y evita impactos negativos sobre la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

El enfoque de STP se centra en legitimidad, rendición de cuentas, transparencia, acceso a la información, participación, sostenibilidad y colaboración multisectorial. Las estructuras y organismos intergubernamentales son quienes apoyan la SeTP, siendo el sector salud el que desempeña un papel central en la promoción de la SeTPÁG. (Organización Panamericana de la Salud, s.f., Pág. 1)

El enfoque de entornos saludables es un enfoque de promoción de la salud pública es decir que implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un sistema completo mediante planes de acción a nivel de los países.

Por otro lado, el enfoque de salud según la Revista Cubana de Salud Publica hace referencia que la salud ha pasado por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las articulaciones entre la sociedad y el estado las cuales definen en cada coyuntura las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud La Revista Cubana de Salud Pública (2015) señala:

La configuración de la trama socio histórica de la salud y en especial de los sistemas de salud, ha derivado en la definición ampliamente aceptada de que los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales. El movimiento que más aportó a la concepción social de la salud desde sus inicios a finales del siglo XVIII hasta la actualidad es el denominado Medicina Social, o también conocido como Ciencias Sociales aplicadas a la Salud o Ciencias Sociales de la Salud. Las ideas y conceptos de este pensamiento se basan en: a) vincular el proceso salud-enfermedad y los servicios de salud con los aspectos sociales, políticos y culturales y b) el papel activo del Estado en la solución de los problemas de salud. (Pág. 97).

2.3.1. Salud

Se entiende por salud la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, diversos autores han conceptualizado lo que a Salud se refiere, aunque la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a duda es la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1984) que es la siguiente:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad... la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de

salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. (pag.1).

Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países del mundo entero, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos. La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. Cada época corresponde a cierta estructura diferente de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. Siendo que la noción de lo que se entiende por salud es un producto, construcción y cambio social constante.

Cuando se habla de salud Laín (1978) indica que:

El concepto salud encierra principalmente dos criterios en cuanto a su identificación como "estado sano", esto es, el estado o la manera en que cada uno se encuentra, se experimenta o percibe y define el "estar sano", que es mucho más amplio que el no estar meramente enfermo. Los criterios que igualan la salud como "estado sano" son básicamente dos: el criterio objetivo (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y el criterio subjetivo (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano). (Pág. 187).

Ambos criterios dan las pautas para hablar del significado de estar sano ya que la salud puede ser entendida y definida de muchas maneras, tanto desde lo personal como desde lo social.

2.3.1.1. Indicadores de medición de la salud

Los indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población, estos representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud.

Por lo tanto, un indicador es una característica o variable que se puede medir. Se define como “una noción de la vigilancia en salud pública que detalla una medida de salud en una población determinada” (Lengerich, 1999, citado en Valenzuela & Teresa, 2005, Pág. 118).

Como indicadores de la medición de la situación de salud más importantes según Valenzuela & Teresa (2005) se encuentran los socioeconómicos, los que dan cuenta del estado de salud de la población y los determinantes:

Indicadores socioeconómicos: son el reflejo de la situación social y económica de la población. Como ejemplos de ellos tenemos: tasa de pobreza, tasa de alfabetismo, crecimiento promedio anual del Producto Interno Bruto (PIB), razón entre el ingreso del 20% superior y el ingreso del 20% inferior, tasa de desempleo, proporción de nacimientos en adolescentes.

Indicadores demográficos: son el reflejo de las características demográficas de una población. Entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad y sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, porcentaje de la población urbana, la esperanza de vida al nacer.

Estado de Salud: Salud Objetiva: se refiere a aquellos datos que se pueden obtener de fuentes de datos de salud primarias o secundarias, tales como los certificados de defunción, o de los egresos hospitalarios, o de los formularios de enfermedades de notificación obligatoria, es decir, fuentes de datos establecidas. Entre ellos se encuentran los siguientes: Mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad materna, mortalidad por grupos de edad específica o por causas específicas.

- Morbilidad: incidencia de sarampión, de meningitis bacteriana, o bien prevalencia de tuberculosis, de cáncer.
- Discapacidad: número promedio de días perdidos por año en el escolar, en el trabajo, en otros roles sociales, tasa de licencia por enfermedad común por habitante.
- Determinantes de comportamiento: proporción de alcoholicos, proporción de fumadores, prevalencia de sedentarismo, proporción de obesos, porcentaje de uso de anticonceptivos. (Pág., 19-20).

Los indicadores de salud constituyen una excelente forma de medir, de monitorear el estado de salud de la población, siempre y cuando ellos se construyan a partir de datos verídicos, de fuentes de información válidas. Actualmente son de gran utilidad para evaluar la gestión de los servicios de salud, pues ellos dan cuenta del desempeño de los planes, programas y metas.

2.3.2. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es la:

...capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados e infecciones de

transmisión sexual como el VIH/sida, y a acceder a servicios de salud adecuados. La salud sexual y reproductiva es un concepto muy amplio que abarca desde la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual hasta los cuidados durante el embarazo y el parto, la prevención y el tratamiento del cáncer gineco-mamario y el tratamiento de la infertilidad entre otras cosas. (SEDES, 2007, Pág.13)

Aunque el concepto de salud reproductiva se refiere a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres ya que ellas “ponen el cuerpo” en el embarazo y el parto, y por lo tanto requieren una mayor atención particularmente para reducir los riesgos que sólo ellas enfrentan.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación de la familia de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (SEDES, 2007, Pág.13).

Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan estar informadas y empoderadas para auto protegerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben poder recibir atención de profesionales sanitarios expertos y deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano. Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

2.3.3. Cáncer de cuello uterino (CACU)

Según datos de la OPS (2019) El cáncer es una enfermedad en la cual las células en el cuerpo se multiplican sin control. Cuando este comienza en el cuello del útero, se llama cáncer de cuello uterino, o cáncer de cérvix. El cáncer se puede extender a otras partes del cuerpo posteriormente.

El cáncer cervical, carcinoma del cérvix o del cuello uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. Es el más frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 casos nuevos cada año. La edad media de aparición es a los 45 años.20-21.

Es una enfermedad progresiva que tiene básicamente dos etapas: un pre maligno y la otra infiltrante, también llamado cáncer invasor. (Di Saia PJ, 2002, Pag.2).

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, es el lugar en donde crece el bebé durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por un virus llamado virus del papiloma humano (VPH) este virus se contagia por contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH, pero algunas veces el virus conduce a un cáncer. Las mujeres que tienen mayor riesgo son las que fuman, las que han tenido muchos hijos, las que han utilizado pastillas anticonceptivas por mucho tiempo o las que tienen una infección por VIH (Toma de muestra de citología cervical, manual de procedimientos 2008, Pág.9).

Es posible que, en un principio, el cáncer de cuello uterino no cause síntomas, pero más adelante puede haber dolor en la pelvis o sangrado vaginal. Suele tomar varios años para que las células normales del cuello uterino se conviertan en células cancerosas (Toma de muestra de citología cervical, manual de procedimientos 2008, Pág.9).

2.3.3.1. Síntomas del cáncer de cuello uterino

Los síntomas del cáncer de cuello uterino no aparecen, en general, hasta que las células anormales invaden otros órganos. El cáncer de cuello uterino en la etapa inicial generalmente no causa síntomas.

Cuando el cáncer crece más, las mujeres pueden notar:

- Sangrado vaginal anormal
- Sangrado que ocurre entre los períodos menstruales regulares
- Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o del examen pélvico
- Períodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes
- Sangrado después de la menopausia

- Mayor secreción vaginal
- Dolor en la pelvis
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Flujo vaginal más abundante que lo habitual

El cáncer cuello uterino, las infecciones, u otros problemas pueden causar estos síntomas. La mujer que tenga alguno de estos síntomas es necesario decirlo al médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible. (Toma de muestra de citología cervical, manual de procedimientos 2008, Pág. 11).

2.3.3.2. Proceso del cáncer

El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman el cérvix y otros órganos del cuerpo. Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren; células nuevas las reemplazan, algunas veces, este proceso se descontrola. Nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. La acumulación de células que no son necesarias resulta en la formación de una masa de tejido que se llama tumor, los tumores en el cérvix pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

- Tumores benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales): no son dañinos, no invaden los tejidos de su alrededor.
- Tumores malignos (cáncer cervical): algunas veces pueden poner la vida en peligro, invadir los tejidos y órganos cercanos, pueden diseminarse a otras partes del cuerpo (Toma de muestra de citología cervical, 2008, Pág. 7).

2.3.3.3. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, como el cáncer.

Al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección por el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, es importante conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que para las mujeres que tienen estos factores resulta aún más importante hacerse las pruebas para

encontrar el cáncer de cuello uterino en sus comienzos (Sociedad Americana Contra El Cancer,2020, Pág. 2).

Hay situaciones de vida que ponen en riesgo:

- Malas condiciones higiénicas.
- Primer embarazo temprano
- Numero excesivos de partos
- Falta de controles regulares mediante el PAP test: en cáncer cervical es muy común entre aquellas mujeres que no se hacen el PAP regularmente.
- Historia sexual: las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer cervical.
- También las mujeres que tienen relaciones sexuales con un hombre que tiene o ha tenido muchas parejas sexuales. En ambos casos el riesgo de infectarse del Virus de Papiloma humano (VPH) es alto.
- Comienzo precoz de la vida sexual.
- Fumar: entre las mujeres infectadas por el VPH, fumar cigarrillos incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. (Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2020, Pág. 2-3-).

2.3.4. Virus del papiloma humano (VPH)

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022):

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de más de 200 virus relacionados y algunos de estos se transmiten por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Hay dos grupos de VPH de transmisión sexual: de riesgo bajo y de riesgo alto.

- Los VPH de riesgo bajo casi no causan enfermedades. Sin embargo, algunos tipos de VPH de bajo riesgo producen verrugas en el área de los genitales, el ano, la boca o la garganta.
- Los VPH de riesgo alto causan varios tipos de cáncer. Hay alrededor de 14 tipos de VPH de riesgo alto e incluyen los siguientes: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68. Dos de estos, el VPH16 y el VPH18, causan la mayoría de los cánceres relacionados con el VPH.

La infección por el VPH es frecuente: casi todas las personas que son sexualmente activas se infectan por el VPH a los pocos meses o años de iniciar la actividad sexual. Alrededor de la mitad de estas infecciones son por un tipo de VPH de riesgo alto.

El VPH causa infección tanto en los varones como en las mujeres. Tanto los varones como las mujeres se pueden infectar por el VPH y tener cánceres por VPH. La mayoría de las infecciones por el VPH no causan cáncer: el sistema inmunitario suele controlar las infecciones por el VPH para que estas no causen cáncer. (Pág. 3).

En muchos casos, el cáncer de cuello uterino se puede prevenir, las mejores maneras de hacer esto es evitar contraer el VPH y realizarse pruebas de Papanicolaou con regularidad.

2.3.4.1. Evitar el VPH

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2022):

La vacunación contra el VPH ofrece protección eficaz contra las nuevas infecciones por el virus. La vacunación es preventiva y no sirve para curar si la persona ya se infectó. La vacuna contra el VPH no se usa para tratar las infecciones por el VPH ni las enfermedades que causa este virus. La máxima protección de la vacuna contra el VPH se obtiene al vacunarse entre los 9 y 12 años de edad. Se calcula que la vacunación contra el VPH previene hasta el 90 % de los cánceres relacionados con el VPH.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan que los niños y niñas de 11 o 12 años reciban la vacuna. Pero cualquier persona que sea menor de 26 años debe recibir, incluso si ya ha tenido VPH.

Otras maneras de reducir su riesgo de contraer VPH incluyen:

- Limite la cantidad de compañeros sexuales.
- No tenga relaciones sexuales con alguien que ha tenido una gran cantidad de compañeros.
- Uso de condón cada vez que se tenga relaciones sexuales. (Pág. 5).

2.3.5. Papanicolaou (PAP)

Según el UNFPA (2007):

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer de cuello uterino, sirve para detectar la presencia de células irregulares o “anormales” en el cuello del útero.(Pág.115).

2.3.5.1. Objetivo de la prueba de Papanicolaou

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad 90 % prevenible, si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente. Esta prueba deben realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual una vez al año durante dos o tres años consecutivos, y si los

resultados son negativos se repetirá cada tres a cinco años en caso de no haber factores de riesgo y hasta los 65 años.

Si existen factores de riesgo para cáncer de cuello de útero (inicio a temprana edad de relaciones sexuales, infección por virus del papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, multiparidad, inmunodepresión o toma de anticonceptivos orales) el seguimiento tendrá que ser anual. (UNFPA, 2007).

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces (UNFPA,2007, Pág. 116).

2.3.5.2. Forma en que se realiza el examen

Según la Sociedad Americana Contra El Cáncer (2020):

La citología vaginal o prueba de Papanicolaou se realiza como parte de un examen ginecológico. La mujer a realizarse el examen o muestra debe recostarse sobre una mesa y colocará las piernas en estribos con el fin de ubicar la pelvis para el examen. El médico introducirá un instrumento (espéculo) en la vagina y la abrirá ligeramente para observar el interior de la cavidad vaginal.

El médico tomará una muestra de células del exterior y exactamente dentro de la abertura del cuello uterino (canal cuello uterino), raspando suavemente en su exterior con una espátula de madera o plástica e introduciendo luego un pequeño cepillo, que parece un limpiador de tuberías, dentro del canal.

Las células se colocan sobre un portaobjetos de vidrio o en un frasco que contiene un conservante y se envían luego al laboratorio para su análisis. (Pág. 3).

2.3.6. Personas que deben realizarse la prueba del Papanicolaou (PAP)

Según Stanford Medicine s.f., indica que:

Las mujeres deben buscar asesoramiento médico experto sobre cuándo deben comenzar a realizarse las pruebas de detección, con qué frecuencia deben realizarlas y cuándo pueden dejar de realizarse pruebas de detección cervical, en especial si tienen un riesgo mayor que el riesgo promedio de cáncer de cuello uterino por ciertos factores, como la infección por VIH.

Según el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (American College of Obstetrics, su sigla en inglés es ACOG, 2020) las pautas generales incluyen:

- Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino se deben iniciar a los 21 años de edad para las mujeres, incluyendo a los que no son sexualmente activas.
- El cáncer de cuello uterino no es común entre las mujeres menores de 21 años. Por esta razón el sistema inmunológico de las mujeres adolescentes lucha naturalmente contra el virus que provoca cambios en las células del cuello uterino. La ACOG encontró que la prueba de papanicolaou antes de los 21 años puede provocar procedimientos no necesarios de eliminar células sospechosas antes de que el cuerpo puede curarse a sí mismo. Estos procedimientos pueden aumentar el riesgo de bebés prematuros.
- La mayoría de las mujeres menores de 30 años ahora pueden someter a las pruebas de detección cada dos años en lugar de anualmente. Las mujeres mayores de 30 años pueden someter a la prueba cada tres años si han tenido tres resultados normales seguidos. Investigaciones muestran que este plan de pruebas puede prevenir el cáncer de cuello uterino igual que la prueba de detección anual.
- Es posible que las mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino necesiten pruebas de detección más seguidas de lo que pidan las directrices estándar nuevas. Esto incluye los que tienen un sistema inmunitario débil, o un diagnóstico previo de cáncer de cuello uterino. Pregúntele a su médico con qué frecuencia usted debe tener la prueba.
- Las mujeres de 65 a 70 años de edad que han tenido por lo menos tres pruebas de Papanicolaou normales y ninguna anormal en los últimos 10 años pueden decidir, previa consulta con su profesional de la salud, dejar de realizarse las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y cuello uterino) no necesitan someterse a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, a menos que la cirugía se haya realizado como tratamiento para la etapa previa al cáncer o para el cáncer de cuello uterino.
- Otros procedimientos afines que se pueden utilizar para diagnosticar afecciones del cuello uterino incluyen la colposcopia, la biopsia cervical y el procedimiento de escisión electro quirúrgico (Pág. 6).

2.3.6.1. Requisitos para el examen del Papanicolaou (PAP)

Según el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (American College of Obstetrics, ACOG, 2020) para realizarse el examen de Papanicolaou primeramente se debe comentar al médico si:

- Está tomando algún medicamento o píldoras anticonceptivas
- Ha tenido una citología vaginal anormal
- Podría estar embarazada

Dentro de las 24 horas previas al examen, se debe evitar:

- Las duchas vaginales
- Coitos (relaciones sexuales)
- Usar tampones

Se debe evitar programar la citología mientras tenga el período (esté menstruando), ya que la sangre y las células del útero pueden afectar la precisión del examen. Orine justo antes del procedimiento (Pág. 7).

2.3.6.2. Razones por las que se realiza el examen

Varias organizaciones elaboran recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino. Sin embargo la Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS) afirma:

Que la frecuencia y el tipo de exámenes de detección para el cáncer de cuello uterino dependen de su edad y sus antecedentes médicos.

Con la citología vaginal, se pueden detectar afecciones cancerosas o precancerosas del cuello uterino. La mayoría de los cánceres invasivos del cuello uterino se pueden detectar a tiempo si las mujeres se hacen citologías vaginales (pruebas de Papanicolaou) y exámenes de la pelvis.

Los exámenes de detección deben empezar dentro de los 3 años siguientes después de tener la primera relación sexual vaginal o hacia la edad de 21 años.

Después del primer examen:

- La mujer debe hacerse una citología vaginal cada año para prevenir cáncer de cuello uterino.
- Si usted o su compañero sexual tienen otras parejas nuevas, entonces debe hacerse una citología vaginal cada 2 años.
- Después de la edad de 65 a 70 años, la mayoría de las mujeres pueden dejar de hacerse citologías vaginales siempre y cuando hayan obtenido tres resultados negativos en los exámenes dentro de los últimos 10 años.
- Si usted tiene un nuevo compañero sexual después de los 65 años, debe empezar a hacerse la citología vaginal nuevamente.

Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y el cuello uterino) y que no hayan tenido ningún antecedente previo de displasia

cervical (células anormales), cáncer de cuello uterino o cualquier otro tipo de cáncer de la pelvis, posiblemente no necesiten hacerse citologías vaginales (Pág. 8).

2.4. ENFOQUE SANEBA

Partir de la satisfacción de sus necesidades básicas de aprendizaje permite a las personas contar con conocimientos, capacidades, valores y actitudes necesarias para resolver problemas de su vida cotidiana y mejorar su calidad de vida.

El propósito de esta guía metodológica para el trabajo en educación para la sexualidad u otras temáticas relacionadas al cotidiano vivir de las personas.

La guía para la implementación del Enfoque SANEBA (2001) explica que:

El enfoque de satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje (SANEBA) es una propuesta pedagógica que comparten criterios con la corriente constructivista y trabaja sobre necesidades detectadas por las personas involucradas en el proceso educativo. Para ello se parte de los problemas o temas que las personas se quieren conocer, los que se constituyen en necesidades básicas de aprendizaje.

Se considera los principios pedagógicos aquellos elementos que orientan el trabajo de la metodología SANEBA. Debe existir una voluntad de las personas que trabajan para escuchar y aprender las distintas intervenciones, guiar el desarrollo del aprendizaje sin descuidar la igualdad de oportunidades que tienen hombres y mujeres para participar, sean de distintas culturas, edades o tengan diferentes formas de pensar y vivir.

Cada persona tiene sus propias particularidades sociales a partir de los factores sociales y culturales que han influenciado en el transcurso de su vida es decir que comprende al mundo según ha ido aprendiendo en la vida.

Por ello es importante que las acciones educativas consideren a las personas en su integridad y respeten su historia personal como construcción particular de cada uno. Este principio da un nuevo valor al aprendizaje como elemento fundamental en el desarrollo de las personas ya que el aprendizaje se deberá iniciar con elementos de la vida cotidiana de las personas sin perder de vista al medio social y natural de cada una de ellas.

Este enfoque se basa en los conocimientos acumulados durante la vida de cada persona para que de su propia experiencia. Para desarrollar un dialogo de saberes de la intencionalidad educativa que estén marcado en el respeto y valoración a los y las demás y que va hacia su acción en los derechos humanos (Pág. 2).

La guía para la implementación del Enfoque SANEBA (2001) señala que es importante trabajar desde un enfoque intercultural porque permite mirar las diferencias las

condiciones y las situaciones del contexto de esta manera es crítico y reflexivo es determinante en los procesos de socialización por ellos necesario contar con un enfoque que permite revisar, proponer, destruir, construir mejores y nuevas formas de relaciones humanas a través del diálogo de saberes. (Pág. 5-8).

2.5. BARRERAS CULTURALES

Según el texto de Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes (2008) señala que:

Las barreras que dificultan el otorgamiento y el acceso a la población a los servicios de salud se pueden clasificar en tres categorías: económicas, geográficas y culturales.

Con el propósito atenuar las barreras geográficas, la Secretaría de Salud ha implementado la construcción de clínicas y casas de salud cada vez más cercanas a la población, además de programas específicos con el propósito de llegar a las regiones más apartadas en una estrategia de ampliación de la cobertura, la extensión de los servicios con equipos itinerantes y auxiliares de salud y la propuesta de redes de servicios y micro-redes.

Para el caso de las barreras económicas, se instituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, a través del cual se impulsa el aseguramiento universal y de los segmentos de población más vulnerables, como los niños, las mujeres y la población indígena.

Las barreras “culturales”, están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso de estos últimos a los servicios.

En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas y están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre otros factores.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo muchas veces como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar por los usuarios, en especial con los indígenas y las mujeres.

Esto ha propiciado, la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural. En muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden:

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud paciente respetuosa y cercana.
- Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

Además, las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

- 1) Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (En el sistema).
Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la forma en que están organizados los servicios, los cuales no consideran en la mayoría de los casos, la participación de los usuarios en la evaluación de los mismos; la dirección, los marcos éticos, el ejercicio del poder, la definición de programas, planes, normas y diversos prejuicios, valores, y las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados y distanciados “culturalmente” por el desbalance de poder y la minusvaloración tradicional sobre la importancia y nivel de competencia de la participación de los usuarios
- 2) En el establecimiento o espacio Físico de la Unidad de salud.
Tienen que ver principalmente con posibilidad de incluir la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: El aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas, en su caso).
- 3) En la forma de desempeñarse de los prestadores de salud.
Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y la percepción de status que tiene el personal respecto a los usuarios, las formas de ejercicio del poder, la capacidad y las habilidades interpersonales o de comunicación, los códigos de valores, prejuicios, condiciones de trabajo; en algunos casos, las diferencias lingüísticas, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus habilidades y carencias.
- 4) En los usuarios.
Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad que tienen los usuarios; la conciencia de sus derechos, sus conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua que habla, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana. (Pág.5-7).

Un concepto de utilidad sobre el presente término es el que aporta la Secretaría de Salud de México (2002), la cual aclara que:

Están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana. (Pág.4).

Desde el enfoque social la conciencia de derechos, en la actualidad se lo ve como un privilegio más no como el acceso equitativo y universal. Para colmo son prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral que precarizan la socialización, así como la oportunidad a desarrollar recursos, así como herramientas personales y comunitarias.

Por último, un constructo a considerar es el de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020), el cual expresa que:

Tienen que ver con las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, aprenden, trabajan y envejecen o con los determinantes sociales de la salud que pueden contribuir a reducir el funcionamiento entre las personas con discapacidades. Desde la perspectiva social, son las, condiciones en que las personas, viven, aprenden, por lo que al presentarse dificultades implica un replanteamiento de recursos que en mucho de los casos tienden a vulnerar a los derechos humanos. De igual modo son, determinantes sociales de la salud que pueden contribuir a reducir el funcionamiento, por lo que se transgrede su capacidad de participación, así como la atención adecuada y profesional. (Pág.6.).

En base a los aportes teóricos anteriormente analizados, al abordar el concepto “Barreras Culturales” han de considerarse los siguientes aspectos constitutivos:

- Prejuicios y normas sociales
- Restricciones impuestas por la sociedad.
- Obstaculizan el desenvolvimiento.

2.6. PROCESOS SOCIOEDUCATIVOS

Los procesos socioeducativos son aquellos en los cuales se trabaja en la profundización del conocimiento de realidades cotidianas de las personas y permite la utilización de un modelo que conlleva a nuevos conocimientos Molina & Romero (2001) indican que

...la necesaria construcción de redes, alianzas de solidaridad en la que los participantes son actores constructores del conocimiento de su realidad, con base en problemas significativos a partir de los cuales se plantean las estrategias de acción viables para contribuir a transformar una sociedad que excluye gran parte de sus integrantes. (pág. 91).

Como se puede notar, esta dimensión procura la definición de estrategias para una acción transformadora, donde participan los diferentes sujetos, en acciones individuales y colectivas. Se parte de un concepto de realidad social en donde se puedan destacar las desigualdades sociales como característica relevante del que hacer del Trabajo Social.

Los procesos socioeducativos permiten la promoción de un protagonismo del individuo en diferentes ámbitos: locales, grupales, individuales, organizacionales e institucionales, en una sociedad donde prevalece la desigualdad y es necesaria la búsqueda de la comprensión y reconstrucción de la misma, con miras a la emancipación de las personas en los diferentes contextos. (Tamarit, 1997).

La dimensión socioeducativa permite pensar en la reconstrucción de una cultura de la esperanza y en la posibilidad de la acción organizada y la transformación individual y colectiva para la lucha por una mejor calidad de vida. Es ahí donde se unen esfuerzos locales, gubernamentales, organizacionales para trazar caminos dentro del contexto actual donde la creciente globalización de la economía. (Tamarit, 1997, Pág. 88).

La dimensión socioeducativa, facilita la posibilidad de tomar conciencia de las contradicciones sociales y asumir el reto de buscar alternativas que promuevan el empoderamiento y la capacidad de las personas para organizarse, movilizarse, interactuar, sensibilizarse, establecer compromisos, buscar su propia sabiduría emanada de sus historias de vida y su propia cultura. Permite la participación de los integrantes de una comunidad, ya no como objetos de estudio, sino como sujetos de transformación.

Se reconoce la importancia de la educación para el trabajo, la salud, la alimentación, la producción, el comercio, entre otros. Sin embargo, se reconoce también que en los sistemas educativos oficiales prevalece una paulatina exclusión de los sectores de menores recursos económicos, pues sólo unos pocos llegan a los niveles superiores. (Tamarit, 1997).

2.7. PROCESO METODOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL

La profesión de Trabajo Social a través de su historia, ha sido influenciada por el contexto económico, social y cultural en el que se ha desarrollado. Dentro del proceso histórico, diferentes autores (Trabajadores Sociales o no) y de diversas corrientes han realizado escritos dirigidos a clarificar, conceptualizar y orientar la profesión; desde su visión contribuyen con conocimientos, de importancia para el avance en la construcción profesional y disciplinar.

Trabajo Social es una profesión que se encuentra en constante construcción; el desarrollo teórico metodológico ha sido diverso, a partir de la adopción de teorías y conceptos de otras profesiones y disciplinas relacionadas con las ciencias sociales.

Abordar las Metodologías y Métodos de Trabajo Social supone situarse en el plano de las diferentes significaciones que, de acuerdo a puntos de vista y contextos, se han construido.

El proceso metodológico para Franco (2011) consiste en el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado a través de procedimientos específicos que incluyen las técnicas de recolección de datos, determinando el “como” se realizara el estudio, esta tarea se basa en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que estudiamos.

Según Ander Egg (1982)

La metodología es el conjunto de operaciones o actividades que, dentro de un proceso pre establecido, se realizan de manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad social. Hace referencia a los supuestos epistemológicos. Como todas las técnicas sociales, la metodología y práctica del trabajo social están configuradas por la integración y fusión de 4 componentes: el estudio de la realidad, la programación de actividades, la acción social y la evaluación de lo realizado. Es esencial en cada una de estas fases, la participación de la misma población, en tanto sea posible en cada circunstancia. existen cuatro métodos comportados en las metodologías de trabajo social y sus correspondientes técnicas en cuanto a los fines propuestos en los diferentes

momentos o fases del proceso global de la praxis del trabajo social: métodos y técnicas de investigación, métodos y técnicas de programación o planificación, métodos y técnicas de ejecución, métodos y técnicas de evaluación (Pág.15).

MOTIVACIÓN

Es más, un proceso adaptativo que un producto. Como proceso se tiene que inferir a través de ciertas conductas. Y es, a la vez, un proceso adaptativo porque es el resultado de un estado interno del organismo, que le impulsa y le dirige hacia una acción en un sentido determinado. (Sanz Aparicio, 2009).

PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Es la capacidad de establecer metas y prioridades a la hora de realizar una tarea o definir un proyecto identificando las diferentes acciones, sus plazos de ejecución y los recursos necesarios. (Bermudez, 2021).

EJECUCIÓN

Según Gabriel Mancuzo (2018) la ejecución de un proyecto es la etapa más importante del ciclo de gestión, ya que las actividades desarrolladas (y su rigurosidad) van a definir si los objetivos podrán ser alcanzados o no.

Asimismo, la ejecución está vinculada con el seguimiento. No se puede concluir que un método funciona si no se monitorea su rendimiento, por eso la supervisión durante la ejecución del proyecto es clave para garantizar la calidad del producto final.

EVALUACION

Proceso de operación continua, sistemática, flexible y funcional que, al integrarse al proceso de intervención profesional, señala en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales interviene y se logran los objetivos y las metas; describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y técnicas utilizadas y las causas principales de logros y fracasos (Tobón, 1986).

CAPÍTULO III

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

3.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO

La experiencia sistematizada en relación al proyecto “Construyendo una vida sin barrera, para prevenir el cáncer de cuello uterino”, una experiencia desarrollada con mujeres y parejas durante la gestión 2017 en la Red Salud Boliviano Holandés, se desarrolló en el Distrito 1 de la ciudad de El Alto, es importante establecer las siguientes características.

3.1.1. Características del municipio de la ciudad de El Alto

Según datos de la Dirección General de Análisis Productivo DAPRO (2020)

La superficie de la ciudad de El Alto es uniforme y homogénea, y se encuentra rodeada por los cerros Illimani (6.402 m.s.n.m.) e Illampu (6.421 m.s.n.m.) que le otorga una belleza impresionante y atractiva, además de estar vinculada a través de vías de comunicación terrestre y aérea con el resto de las ciudades de Bolivia y el mundo. (Pag.1).

La ciudad de El Alto presenta un proceso de transformación territorial muy importante a partir del año 1985, al igual que sucede en otras ciudades de Bolivia. Este proceso, da cuenta del cambio de una estructura netamente rural a la conversión en una ciudad metropolitana en no más de una década, caracterizado por un desarrollo de crecimiento poblacional, una actividad empresarial y comercial.

La mayoría de los barrios fueron creados por la emigración interna que hubo a finales de los años 60 y principios de los años 70 esto hizo que las familias del campo migraran a la ciudad buscando un mejor porvenir y así fueron asentando en los alrededores de la ciudad de El Alto, en los últimos años, se ha experimentado un crecimiento demográfico desmesurado, por la migración tanto del área rural como de otras ciudades del país y del exterior.

La creación de El Alto como ciudad tiene como antecedente diversas organizaciones vecinales. El 26 de marzo de 1945 se formaron las primeras juntas de vecinos en la actual zona Sur de El Alto. Se establecieron los barrios Villa Bolívar y la Ceja, meses más tarde se fundó la junta de vecinos de Villa Dolores, cuyo primer presidente es Hilarión Camacho.

El Alto tuvo su punto más alto en la toma de decisiones para nuestro país cuando esta ciudad se levantó por la defensa de los recursos hidrocarbúricos (gas y petróleo)

en la llamada Guerra del Gas, bajo el lema “El gas no se vende, ni por Chile ni por Perú” y “Si, a la Industrialización”, El Alto se sublevó contra las políticas de un gobierno ajeno a los intereses nacionales que no ha atendido las demandas básicas de pobreza, exclusión, empleo, vivienda, mejoras salariales, atención a la educación, salud construcción, de más carreteras y mejor distribución de las tierras, la falta de oportunidades laborales, donde la precariedad de inestabilidad, los bajos salarios e ingresos, la inseguridad laboral, han hecho insostenible la situación de vida de la mayoría de las familias.

Las movilizaciones sociales de los alteños que ofrendaron sus vidas, los heridos e inválidos, son muestra de un pueblo valeroso que defiende los intereses de Bolivia y le permiten ser la vanguardia social en defensa de los recursos naturales del país. Octubre del 2003, Guerra del gas. (Quispe, s.f., sección Reseña historia de la ciudad de El Alto pág. 3).

3.1.2. Situación geográfica de la ciudad de El Alto

Según datos de la Dirección General de Análisis Productivo – DAPRO, (2022)

El municipio de El Alto, se encuentra ubicado en el departamento de La Paz, es la cuarta sección de la Provincia Murillo, en un entorno geográfico situado sobre una meseta caracterizada por una superficie plana y ligeramente ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz y la Cordillera Oriental.

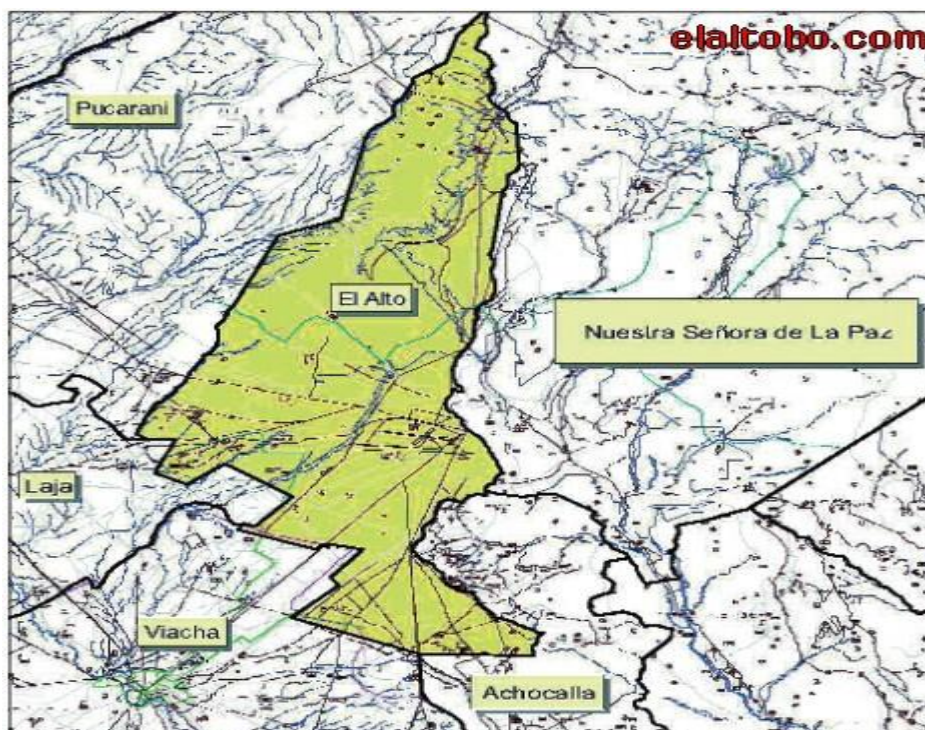
El municipio de El Alto limita al noreste y este con el municipio de La Paz, al sureste con el municipio de Achocalla, al suroeste con el municipio de Viacha, al oeste con el municipio de Laja y al noreste con el municipio de Pucarani. La extensión aproximada del municipio es de 384.7 km².

El crecimiento demográfico de la población Alteña, es uno de los factores significativos en la expansión urbana en la última década. En consecuencia, la mancha urbana de la ciudad de El Alto, se estructura con un trazado radial, combinado con el trazado reticular. Con relación al proceso de distritación, se desarrolló cambios en su delimitación jurisdiccional entre los años 1997 consolidándose hasta el año 2013.

En la actualidad el municipio de El Alto cuenta con 14 Distritos Municipales de los cuales diez son reconocidos como urbanos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12 y 14) y cuatro como rurales (9, 10, 11 y 13).

La proximidad de las comunidades al área urbana está acelerando los cambios de uso de suelo rural a urbano, permitiendo los asentamientos humanos ilegales que incentiva a un mercado de tierra sin poseer el saneamiento legal concluido, repercutiendo en una inseguridad jurídica en el tema de derecho propietario. En el área rural del Municipio, se distribuyen 11 comunidades dentro de los distritos 7, 9, 11 y 13 (Pág. 2).

Mapa N°1
Mapa de la Ciudad Del Alto



Fuente: Gobierno Autónomo Municipal de El Alto (2017)

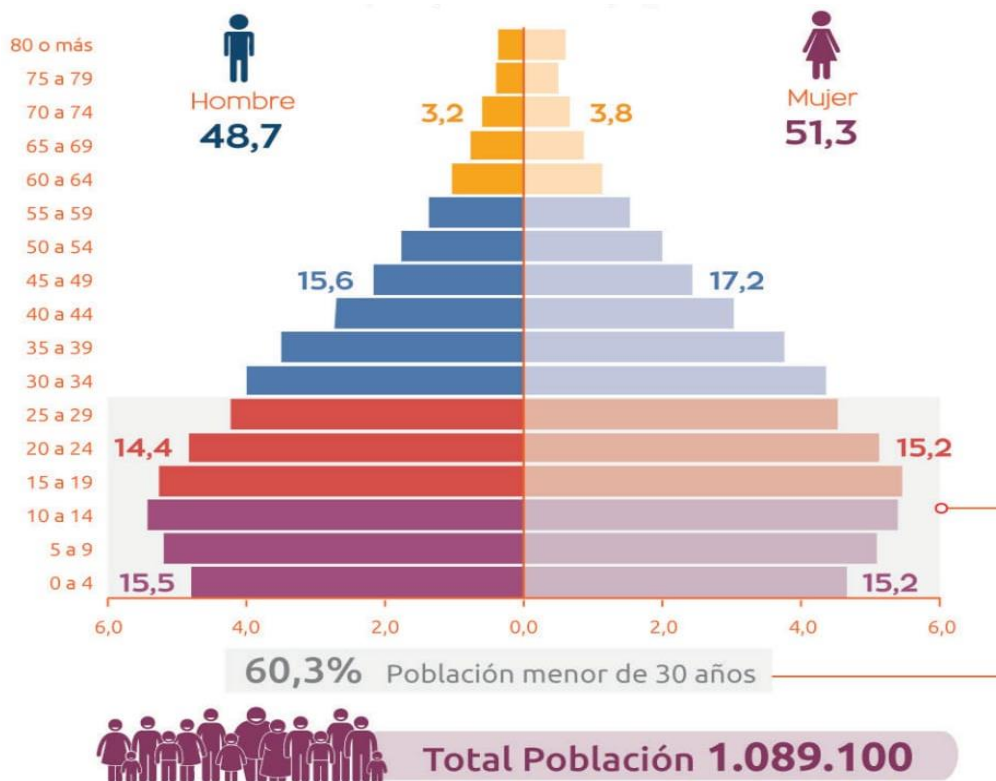
3.1.3. Población del municipio de El Alto

Según los datos recuperados del I.N.E. (2021) la ciudad de El Alto se constituye en el municipio más poblado del departamento y es la segunda ciudad más poblada de Bolivia, después de Santa Cruz de la Sierra, como resultado de las altas tasas de crecimiento demográfico, al constituirse durante los años 1976 y 1986 en un lugar de asentamiento de inmigrantes de otras localidades, principalmente del altiplano norte del país, en especial de personas del área rural, provenientes mayoritariamente de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí, así como de Cochabamba y Chuquisaca (Pág. 2).

Alrededor del 60,3% de sus habitantes son menores de 30 años, lo que refleja una presencia mayoritaria de población joven. Según proyecciones, esta ciudad cuenta con aproximadamente 1.089.100 habitantes, las mujeres representan el 51,3% y los varones 48,7%. Es así que El Alto es una de las ciudades más importantes del país.

Gráfico N° 1

Poblacion proyectada por sexo, según grupo quinquenal de edad, 2021 (En porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-El Alto 2021

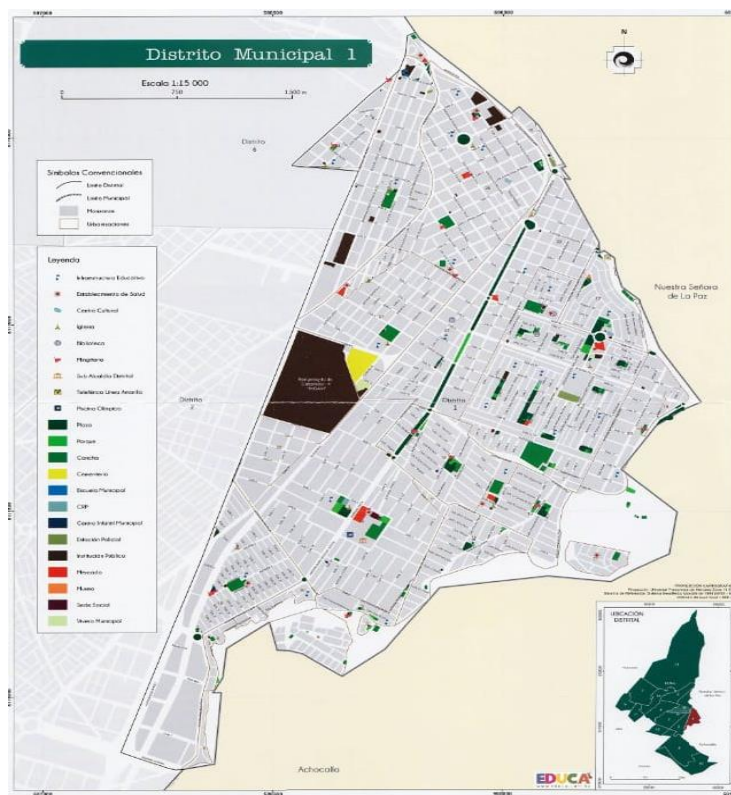
- La mayoría de la población es femenina. De cada 1000 habitantes de El Alto, 513 son mujeres y 487 son hombres.
- Los menores de edad de 0 a 14 años de la población alteña, representa el 30,7%. Es decir, de cada 100 habitantes, 30 son de este grupo etario.
- Los jóvenes de 15 a 29 años de edad representan el 29,6%. Es decir que de cada 100 habitantes 29 son de este grupo etario.
- Los adultos que se encuentran en el grupo etario de 30 a 59 años son la mayoría siendo que son representado por el 32,8%. Es decir que de cada 100 habitantes 32 son adultos.
- La menor parte de la población son los adultos de 60 años para adelante, representan el 7 %. De cada 100 habitantes del municipio, 7 son personas mayores de 60 años.

3.1.4. Características generales del distrito I de la ciudad de El Alto

El proyecto se ejecutó en la ciudad de El Alto, Distrito 1 este es uno de los 14 distritos que conforman el municipio de El Alto, el cual se encuentra ubicado en la provincia Murillo del Departamento de La Paz. El distrito es considerado urbano y limita al norte con el municipio de La Paz, al sur con el municipio de Achocalla, al oeste con el distrito 6 y el distrito 2 y finalmente al este con el municipio de La Paz.

Mapa N° 2

Distrito municipal 1 de La Ciudad de El Alto



Fuente: Gobierno Autónomo Municipal de El Alto –EDUCA

Según datos recabados del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto, la extensión territorial del distrito 1 posee una superficie de 10,23 km² y una densidad de población de 8601 habitantes por km², siendo el distrito más densamente poblado de todo el municipio. Así también comprende 7 zonas mismas que cuentan con establecimientos de salud de primer nivel pertenecientes a la Red de Salud Boliviano Holandés, los cuales son los centros de salud Materno Infantil, Villa Dolores, Santiago I y 12 de octubre

La zona Villa Dolores donde se desarrolló progresivamente las actividades del proyecto data de los años 1936, en el cual se produce los primeros asentamientos de personas ajenas al área del sector de la Ceja de la Ciudad de El Alto, con el pasar de los años, el crecimiento poblacional y organizativo de los pobladores de la zona Villa Dolores del distrito 1 de la ciudad de El Alto se ha ido incrementado poco a poco, también los servicios de agua potable, energía eléctrica, transporte, teléfono.

En la actualidad la zona cuenta con las unidades educativas fiscales: Tarapacá, Eva Perón 6 de junio y Juan Capriles, unidades educativas particulares, universidades privadas, instituciones diversas, entidades bancarias, centro de salud Villa Dolores, Hospitales privados, mercados, asociaciones, etc.

En cuanto a la zona Santiago I donde se llevó a cabo también la ejecución del proyecto la característica de la población está centrada en sus demandas de integración e incorporación a la vida urbana en el caso de los aymaras, fundamentalmente en el acceso a los servicios básicos, así también dentro de la zona Santiago I habitan residentes urbanos de la ciudad de La Paz.

La zona Santiago Primero cuenta con dos áreas de influencia que son la zona Tejada Triangular y Tejada Rectangular, cuenta con tres avenidas principales que son la Av. Satélite, Av. Arica y la Av. Cívica; cuanta con 60 manzanos.

Finalmente, la zona 12 de octubre es considerada una de las más antiguas y pujantes de la ciudad de El Alto, toda vez que aglutina a gran parte del comercio y está constituida como parte del casco central de la ciudad de El Alto.

3.2. CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA

El cáncer de cuello uterino es una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres del mundo. La tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino disminuyó significativamente con el aumento en el uso de la prueba de Papanicolaou (esta prueba puede encontrar cambios en el cuello uterino antes de que se origine un cáncer. También puede encontrar el cáncer cervical a tiempo, cuando es pequeño y es más fácil de curar). En años recientes, la prueba del VPH ha sido aprobada como otra prueba de detección del cáncer de cuello uterino debido a que casi todos los casos son por causa del VPH (Virus del papiloma humano).

El cáncer de cuello uterino es diagnosticado frecuentemente en mujeres entre las edades de 35 y 44 años. La edad promedio al momento del diagnóstico es 50 años. Rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años. Muchas mujeres de edad avanzada no saben que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. Más del 20% de los casos de cáncer de cuello uterino se detecta en mujeres que tienen más de 65 años. Sin embargo, estos cánceres rara vez ocurren en mujeres que se han estado haciendo pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años.

La Organización Mundial de Salud (OMS) estableció como meta para la prevención del cáncer cuello uterino la detección precoz, para lo cual se requiere al menos una cobertura de papanicolaou (PAP) del 80%, haciendo hincapié en grupos etarios de riesgo.

De acuerdo a los estudios del Programa Salud Sexual y Reproductiva del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Bolivia mueren 638 mujeres al año por cáncer de cuello uterino llegando a ser el 16,7% de 25 a 64 años de edad, eso quiere decir que aproximadamente fallecen por este cáncer casi dos mujeres por día, por tal motivo se instaura la prueba el Papanicolaou como medida de prevención, esta prueba llega a ser parte de las prestaciones de la Ley 1223, anteriormente 475, para detectar de forma oportuna el cáncer cuello uterino (CACU) y las lesiones pre cancerosas y tratar con mayor eficacia y menos invasivas en etapas iniciales evitándose la muerte por esta causa.

El PAP en Bolivia es una prueba citológica gratuita para todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, las cuales deberían de realizarse el examen una vez al año con el propósito de identificar infecciones que posterior pueden desencadenar en cáncer de cuello uterino, cabe señalar que la prueba de Papanicolaou es una medida que puede salvar la vida de miles de mujeres. Sin embargo, el alto grado de desconocimiento del Papanicolaou en mujeres en edad fértil, el no tener información adecuada sobre la importancia de la prueba, las percepciones incorrectas y las barreras culturales hacen que los índices de toma de PAP disminuyan tanto a nivel nacional y local.

Así también se identifica a mujeres que a lo largo de su vida no se realizaron la prueba de PAP, las cuales lamentablemente no toman conciencia de la importancia del PAP para su práctica anual, sin embargo las prestaciones de los centros de salud en cuento al examen no

tiene ningún costo y aun así hay factores, actitudes, prácticas y creencias culturales que influyen en la no realización del mismo, por lo que pueden estar afectando la decisión de la mujer para realizarse la prueba de PAP, los cuales fueron importantes investigar para implementar acciones que resulten efectivas para motivar a las mujeres a realizarse el examen y así reconocer la importancia del mismo.

Se identifican las bajas coberturas en la toma de muestra del Papanicolaou (PAP) en los distintos centros de salud de primer nivel de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la ciudad de El Alto, a pesar del esfuerzo realizado por el personal de salud y ser un requisito para la inscripción en el programa de Bono Juana Azurduy, dando que cada centro solo llegó a cubrir un porcentaje menor del 10% en pruebas realizadas de la cobertura total durante la gestión 2017, desde el mes de enero hasta el mes de junio tendría que haberse cubierto un mínimo de 40%.

Cuadro N°1

Bajas Coberturas de Realización del PAP

CENTROS DE SALUD	POBLACIÓN OBJETIVO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL	%
Centro de salud Materno Infantil Villa Dolores	4496	63	43	41	69	55	65	336	7,4
Centro de salud Santiago I	2895	19	56	17	58	30	71	251	9
Centro de salud 12 de Octubre	2545	35	27	15	19	33	15	144	6
Centro de salud Villa Exaltación	4098	33	34	44	41	47	35	234	6

Fuente: Elaboración propia en base a informe diagnóstico del proyecto

Así también se identificó de acuerdo con las carpetas de registros de PAP de pruebas realizadas en los centros de salud priorizados para el estudio que desde el mes de enero al mes de junio existe un porcentaje que no fue a recoger sus resultados, se reportaron que un 73% no recogió sus resultados en el centro de salud Villa Dolores, 40% no recogieron sus resultados en el centro de salud 12 de Octubre, 35% y un 14 % no recogió sus resultados en el centro de salud Santiago I, demostrando que hay un descuido por parte de las mujeres o falta de interés.

3.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El contexto institucional donde se desarrolló la sistematización de la experiencia, se realizó en la Red de Salud Boliviano Holandés, en el cual se trabajó con 3 centros de salud: Villa Dolores, 12 de Octubre y Santiago I.

3.3.1. Antecedentes de la institución

La Red de Salud Boliviano Holandés dependiente de la gobernación de la ciudad de La Paz, SEDES La Paz y SERES El Alto, es la encargada de los centros de salud públicos de primer nivel del distrito N° 1 de la ciudad de El Alto, los mismos que alcanzan a un total de 7 centros de salud: centro de salud Villa Dolores, 12 de Octubre, Santiago Primero, Santa Rosa, Rosas Pampa, Villa Exaltación y Alpacoma Bajo, los cuales cumplen con las normativas vigentes dadas por los entes rectores tanto a nivel nacional y departamental, así mismo cuenta con la referencia de los pacientes al Hospital Municipal Boliviano Holandés, centro de salud de segundo nivel de atención.

Debido a que la Red de Salud Boliviano Holandés de acuerdo a su ubicación geográfica, cuenta con bastante población migrante de las diferentes comunidades aledañas a la ciudad de El Alto, los cuales acuden a los centros de salud en procura de una atención oportuna, eficaz y con calidad a los pacientes.

3.3.2. Visión Institucional

Busca la mejora de la atención en la salud del distrito N° 1 de la ciudad de El Alto, con calidad, calidez bajo los principios y normas dadas por entes rectores en salud, para lo cual se busca estratégicamente alianzas permanentes con entidades que se hallan en nuestra área de influencia.

3.3.3. Misión Institucional

La Red de Salud Boliviano Holandés brinda servicios en área técnica administrativa, planificación, seguimiento, monitoreo de información, elevada a las instancias superiores de acuerdo a las leyes vigentes de nuestro país y su aplicación en las políticas de salud, en base a principios de igualdad, equidad, eficacia, eficiencia, transparencia junto a su equipo de gestión y el personal que componen los siete centros de salud dentro del distrito n° 1 de la ciudad de El Alto.

3.3.4. Objetivo Estratégico

Busca constantemente las alianzas estratégicas con la población, ONG, instituciones privadas, municipales esto en procura de alcanzar las metas planteadas en el POA y los diferentes planes que se realizan a comienzos de cada gestión en las distintas áreas como: administración, PAI, programa de tuberculosis, zoonosis, mejora de manejo de información SDIS, trabajo social y demás manejo de información.

3.3.5. Estructura de los establecimientos de salud

Las estructuras de los establecimientos de salud según su nivel de atención son clasificadas y se diferencian en 2 niveles:

- Primer nivel las cuales son de seguridad social a corto plazo, ONG, privados en estas se encuentra las cajas de salud, privados, ONG, iglesias y por otro lado los públicos en estas se encuentran los integrales, ambulatorios como los centros de salud.
- Segundos niveles se encuentran los de seguridad social a corto plazo, ONG, privados dentro de estas se encuentran el Hospital Villa Dolores, Hospital República Islámica de Irán y por otro lado los públicos en las cuales se encuentran el Hospital Municipal Boliviano Holandés.

Cuadro N° 2
Estructura y población de establecimientos de salud

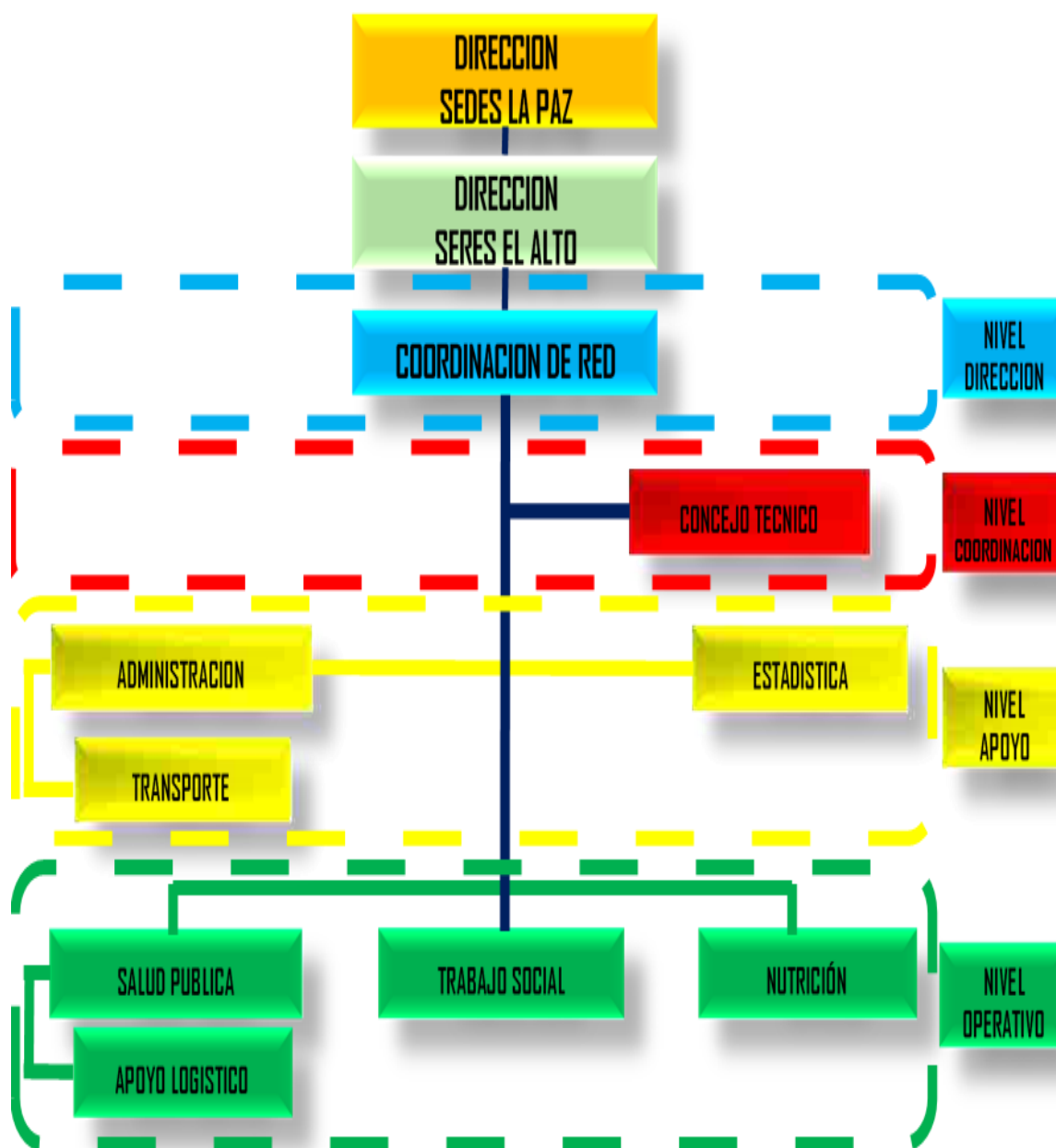
NIVELES DE ATENCIÓN							
PRIMER NIVEL			SEGUNDO NIVEL				
SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO, ONGs, PRIVADOS		PÚBLICOS		SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO, ONGs, PRIVADOS		PÚBLICOS	
CAJAS DE SALUD		INTEGRALES		PRIVADOS			
CAJA PETROLERA EL ALTO	8.077	CSI MADRE DE DIOS VILLA DOLORES	28.764	HOSPITAL VILLA DOLORES	0.0	HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO HOLANDÉS	157.266
CNS POL. EL ALTO	15.701	CSI ROSAS PAMPA	24.005	CENTRAL DE EMERGENCIAS AGRAMONT	0.0		
CNS Y ESPECIALIDADES	0.0	AMBULATORIOS		ONGs			
POLI CONSULTORIO BANCA PRIVADA	4.460	CSA SANTA ROSA	19.279	HOSPITAL REPUBLICA ISLÁMICA DE IRÁN	0.0		
CAJA CORDES	2.203	CSA VILLA EXALTACIÓN	19.091				
PRIVADOS		CSA 12 DE OCTUBRE	12.875				
CS BUEN SAMARITANO	3.618	CSA SANTIAGO PRIMERO	16.603				
ONGs		CSA ALPACOMA BAJO	3.088				
CS PRO MUJER TEJADA	0.0						
CS CEREFÉ	0						
IGLESIA							
CS ADOLFO KOLPING	0.0						
						TOTAL POBLACIÓN	
						157.266	
						FUENTE SDIS COORDINACIÓN RED DE SALUD BOLIVIANO HOLANDÉS	

Fuente: SDIS Coordinación Red de Salud Boliviano Holandés

3.3.6. Estructura organizacional

Esta estructura organizacional inicia en primera instancia con la dirección SEDES La Paz, seguido a este se encuentra la organización SERES El Alto dando este la coordinación de RED, la cual es un nivel de dirección, así también se encuentra el concejo técnico el cual responde al nivel de coordinación, seguido a esto se encuentra la administración, estadística, transporte que corresponde al nivel de apoyo, finalmente se encuentra las áreas de salud pública, trabajo social, nutrición, apoyo logístico que pertenecen al nivel operativo.

Cuadro N° 3
Estructura Organizacional



Fuente: SDIS Coordinación Red de Salud Boliviano Holandés

3.3.7. Área de trabajo social

Cuadro N° 4
Área de Trabajo Social

OBJETIVO DE GESTION	OBJETIVO	ACTIVIDAD META
Promover la organización de la estructura social	Conformación de las Calosas en los establecimiento de Salud ,para la conformación de la COSOMUSA	Participación activa de la estructura Social y vigilantes comunitarios para la
Atención y Seguimiento de caso de alta vulnerabilidad	Realizar atención de pacientes que sufren violencia intra familiar, Adolescentes de alto riesgo evaluación u Contención emocional y realizar el seguimiento del caso	Reunión de Coordinación con las DNNA y SLIN Y SJPLUS, Distrito 1
Coordinación con la Resp de Promoción para organizar actividades con la estructura Social y diferentes programas de Salud	Coadyuvar al fortalecimiento de los mecanismos de medidas de prevención y atención, en salud a todos los usuarios que acuden a los establecimientos de Salud	Taller de Socialización a los a los usuarios con diferentes temas de acuerdo a un Diagnostico sobre sus necesidades latentes que requieren
Reuniones de coordinación intra institucional y extra Institucional	Realizar trabajo en forma conjunta para realizar promoción de diferentes programas dirigidos a la estructura Social y los usuarios que acuden a los establecimientos de Salu	Participación activa y realizar trabajo integral en coordinación
Promover la organización de la estructura social	Conformación de las Calosas en los establecimiento de Salud ,para la conformación de la COSOMUSA	Participación activa de la estructura Social y vigilantes comunitario

Fuente: SDIS Coordinación Red de Salud Boliviano Holandés

3.3.8. Programas de salud de la Red de Salud Boliviano Holandés

Los programas implementados dentro de la Red de Salud Boliviano Holandés son los siguientes:

- Mi salud
- Programa Bono Juana Azurduy
- Subsidio universal por la vida
- Programa Multisectorial Desnutrición Cero
- Mi sonrisa

El proyecto se desarrolló con el apoyo del programa Bono Juana Azurduy siendo esta que tiene como objetivo el coadyuvar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desde el embarazo hasta los dos años de edad del niño y niña. Así también el Bono Juana Azurduy (BJA) creado en abril de 2009, es un incentivo económico que reciben las madres bolivianas, el objetivo es contribuir a la disminución de la mortalidad materna infantil y de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años de todo el país, El beneficio alcanza a mujeres gestantes que no cuentan con seguro alguno de salud. Este incentivo garantiza una maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad accediendo a controles integrales de salud. (Plan estratégico institucional 2016-2020, pág. 44).

Las mujeres que son partes del programa Bono Juana Azurduy, fueron parte del proyecto desarrollado ya que para estar inscritas en el programa primeramente deben realizarse primeramente la prueba del PAPÁG. Es de este modo que se pudo acceder a esta población femenina para poder desarrollar las diferentes actividades del proyecto.

3.4. MARCO LEGAL

El accionar de la Red de Salud Boliviano Holandés, está enfocado en mejorar la calidad de vida de las personas y de esta manera poder acceder a los derechos de salud, es importante tomar en cuenta, un marco normativo sobre el derecho a la salud, para el mismo se hace referencia a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, como una normativa mayor.

3.4.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

En el marco de la constitución Política del estado Plurinacional de Bolivia, las políticas de salud, hacen referencia a mejorar la calidad de vida y a la seguridad social de los ciudadanos, para el cual se establecen los siguientes lineamientos.

Artículo 35.

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.- Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38.

- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39.- El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

- I. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Estos parágrafos hacen referencia a un modelo de servicio de salud, el cual está enfocado en mejorar la calidad de vida de las personas, garantizando y promoviendo los servicios de salud tomando en cuenta las necesidades de las mismas. (Constitución política de estado, 2009, Art. 35-39).

3.4.2. Reglamento a la Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS N° 1984, 30 de abril de 2014

Los artículos más importantes del reglamento N° 475 son los siguientes:

Artículo 1.- (Objeto) El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

Artículo 2.- (Definiciones) Para efectos de aplicación del presente Decreto Supremo, se establecen las siguientes definiciones:

Emergencia: Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención ya que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida del paciente;

Urgencia: Es una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida del paciente y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable ya sea para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores;

Red funcional de servicios de salud: Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud;

Capacidad resolutive: Son las habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en sus diferentes niveles de atención según su complejidad para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología a su alcance, contribuyendo de esta manera a la solución de estos problemas;

Trato preferente: Son las acciones integradoras que procuran eliminar las desventajas de grupos vulnerables, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía;

Carnet de discapacidad: Es el documento legal que acredita a la persona con discapacidad definiendo el tipo, grado y porcentaje de discapacidad para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos;

Centros de Rehabilitación: Son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencias, obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional;

Entes Gestores: Son entidades descentralizadas que otorgan prestaciones de salud en el seguro social obligatorio de corto plazo con patrimonio propio, autonomía de gestión administrativa - financiera, legal y técnica;

Establecimientos de salud Privados: Son aquellos prestadores de servicios de salud del subsector privado, con o sin fines de lucro.

Artículo 3.- (Responsabilidades) Se establecen las siguientes responsabilidades:

Ministerio de Salud. - Es responsable de ejercer la rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la Ley N° 475

Artículo 5.- (Registro de beneficiarias y beneficiarios) Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

Artículo 6.- (Acceso a los servicios de salud integrales e interculturales) El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 7.- (Prestaciones de salud)

- I. El Ministerio de Salud, deberá reglamentar y actualizar, al menos cada dos (2) años, las prestaciones de salud de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6 de la Ley N° 475.
- II. Las prestaciones de salud que sean otorgadas a los beneficiarios, deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.

3.4.3. Ley modificatoria a la ley n° 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia

Artículo 1. (Objeto). La presente ley tiene por objeto modificar la ley n° 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley n° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la seguridad social de corto plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un sistema único de salud, universal y gratuito.

Artículo 2. (Modificaciones).

- I. Se modifica el numeral 2 del Artículo 1 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto: “Establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada.”
- II. Se modifica el Artículo 2 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

Se modifica el Artículo 4 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

Artículo 4. (Ámbito de aplicación). La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las Entidades Territoriales Autónomas y las entidades del Subsector Público de Salud.”

Se modifica el nombre del Capítulo II y el Artículo 5 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo I del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

“CAPÍTULO II BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRODUCTOS, PRESTACIONES Y ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD”

Artículo 5. (Beneficiarios). Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:

- a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.
- c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:
 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;

2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;
3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;
5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

Los servicios de salud ofertados por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, se otorgarán de manera coordinada y complementaria.”

VI. Se modifica el Artículo 6 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

Artículo 6. (Atención en salud). La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud.”

VII. Se modifica el Artículo 7 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo II del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

Artículo 7. (Acceso de la población a la atención en salud). El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías:

- a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito;
- b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención;
- c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención;
- d) El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención
- e) Los servicios públicos de salud se encuentran obligados a brindar atención preferente en la prestación de servicios y en los trámites administrativos a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa, a: mujeres,

niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros de Pueblos Indígena Originario Campesinos, comunidades interculturales y afro bolivianas;

f) El Ministerio de Salud regulará el sistema de referencia y contra referencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los establecimientos de salud más adecuados para cada caso.

II. Se exceptúa de lo establecido en el Parágrafo precedente, los casos de emergencia que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.

II. El Ministerio de Salud reglamentará todos los procesos para el acceso de la población a la atención universal y gratuita.”

3.4.4. Bolivia: Ley N° 1223, 5 de septiembre de 2019 LEY DE CÁNCER

Los artículos más importantes dentro de esta ley son las siguientes:

Artículo 1.- (Objeto) El objeto de la presente Ley es garantizar el acceso universal e integral de las personas con cáncer, mediante la prestación de servicios de vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos, incluyendo acciones intersectoriales y transdisciplinarias, de manera progresiva y paulatina, de acuerdo al perfil epidemiológico y al financiamiento existente en el marco del Sistema Único de Salud y los principios establecidos en la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, "Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito".

Artículo 2.- (Ámbito de aplicación) La presente Ley es aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

Artículo 3.- (Finalidad) La presente Ley tiene como finalidad reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer.

Artículo 4.- (Definiciones) A los efectos de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones:

- **Atención.** - Acto que se brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de equipos de trabajo multidisciplinarios, con un enfoque biopsicosocial, mediante un proceso continuo.

- **Cuidados Paliativos.** - Aplicación de acciones que mejoran la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.
- **Detección Temprana.** - Conjunto de actividades, procedimientos, diagnóstico e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna el cáncer en etapa inicial, localizado en el órgano de origen y antes de su extensión e invasión a otros tejidos y órganos.
- **Prevención.** - Conjunto organizado de actividades encaminadas a la reducción de factores de riesgo, así como detener su avance y atenuar consecuencias a manera de reducir la morbilidad y mortalidad de pacientes con cáncer.
- **Promoción.** - Proceso que permite a la población incrementar el control sobre su salud para mejorarla, a través de mecanismos como la movilización social, en el cual el equipo de salud se debe involucrar con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes, para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general.
- **Transdisciplinariedad.** - Estrategia que abarca varias disciplinas en forma transversal, para el logro de un fin.
- **Rehabilitación.** - Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de una enfermedad.

Capítulo II Competencias y atribuciones

Artículo 6.- (Ministerio de Salud) El Ministerio de Salud como ente rector del Estado Plurinacional de Bolivia, es el encargado de:

- a) Establecer, regular y vigilar la aplicabilidad de la presente Ley, a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
- b) Desarrollar las políticas de salud en vigilancia epidemiológica, promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos

integrales ante el cáncer, enmarcadas en el Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer.

- c) Impulsar y gestionar la inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención, detección temprana y atención en la red de servicios de salud existente.
- d) Impulsar la formación de Recursos Humanos en prevención, atención y cuidados paliativos.
- e) Promover la investigación clínica, tecnológica y de salud pública en cáncer.
- f) Gestionar alianzas estratégicas internas y externas.
- g) Elaborar documentos técnicos normativos para regular cada uno de los componentes del control integral del cáncer.

Artículo 7.- (Gobierno Autónomo Departamental) El Gobierno Autónomo Departamental, en el marco de sus competencias, promoverá la implementación de políticas de salud a través de:

- a) Promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos integrales del cáncer, en coordinación con el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, Programa Nacional de Salud Mental y Discapacidad y Rehabilitación, y el Gobierno Autónomo Municipal.
- b) Incorporación de presupuesto para acciones específicas con recursos reflejados en los Planes Territoriales de Desarrollo Integral, Planes Plurianuales y Plan Operativo Anual en la implementación de Políticas de Lucha Contra el Cáncer, de acuerdo a competencias en el marco de la normativa nacional vigente.
- c) En cada Servicio Departamental de Salud se deberá contar con un área específica y responsable del Programa Departamental de Lucha Contra el Cáncer, encargado de realizar el seguimiento, implementación y cumplimiento de la normativa vigente.
- d) Inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención y detección temprana en la red de servicios de salud existente.
- e) Formación de recursos humanos en prevención, atención y cuidados paliativos,

Artículo 8.- (Gobierno Autónomo Municipal) El Gobierno Autónomo Municipal, en el marco de sus competencias, promoverá la implementación de políticas de salud a través de:

- a) Promoción, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos integrales del cáncer, en coordinación con el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, Programa Nacional de Salud Mental y Discapacidad y Rehabilitación, y el responsable departamental de lucha contra el cáncer.
- b) Incorporación de presupuesto para acciones específicas con recursos reflejados en los Planes Territoriales de Desarrollo Integral, Planes Plurianuales y Plan Operativo Anual, en la implementación de Políticas de Lucha Contra el Cáncer, de acuerdo a competencias en el marco de la normativa vigente, con énfasis en acciones de promoción, prevención y detección temprana de cáncer.
- c) En cada Dirección Municipal de Salud se deberá contar con un área específica y responsable del programa municipal de lucha contra el cáncer, encargado de realizar el seguimiento, implementación y cumplimiento de la normativa nacional vigente.
- d) Inclusión progresiva de servicios de promoción, prevención y detección precoz en la red de servicios de salud existente.
- e) Formación de recursos humanos en prevención y atención.
- f) Gestión de alianzas estratégicas internas y externas.

Artículo 9.- (Comisión Nacional del Cáncer) Se crea la Comisión Nacional del Cáncer, que tendrá como finalidad la elaboración de propuestas y la implementación de políticas dirigidas a la educación, prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos de acuerdo a las necesidades de la población. Esta Comisión estará liderada por el Ministerio de Salud y conformada por un representante de cada instancia relacionada al cáncer, de acuerdo a reglamentación.

3.5. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (SAFCI)

El modelo SAFCI es considerado como una de las Políticas de salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención en salud dentro del Sistema Sanitario, el modelo de atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, es un conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna.

La política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, Madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud (SAFCI: Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables 2013, pag.1).

3.5.1. Objetivo de la SAFCI

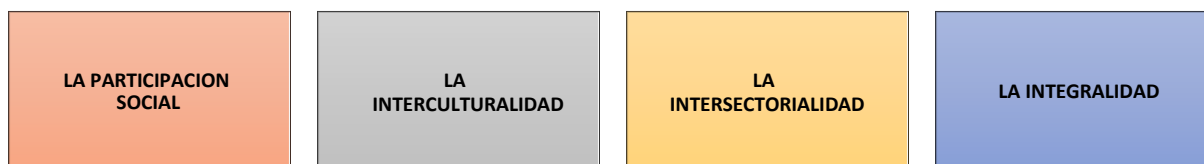
Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud.

- Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud.
- Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos.
- Mejorar las condiciones de vida.

3.5.2. Principios de la política SAFCI

Cuadro N° 5

Principios de la política SAFCI



Fuente: (SAFCI: Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables 2013).

Participación social como la capacidad de los actores sociales para tomar decisiones de manera efectiva en la planificación, ejecución-administración y seguimiento-evaluación control de las acciones de salud, a partir de su involucramiento autónomo y organizado en el proceso de Gestión en Salud.

Intersectorialidad: Como la intervención coordinada entre diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, organización social y otras), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas que realicen estas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas, de tal manera que se optimicen recursos.

Interculturalidad como el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (biomédica, indígena originaria campesina y otras), a partir del dialogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibradamente en la solución de los problemas de salud en busca de la calidad en la atención.

Integralidad como la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual.

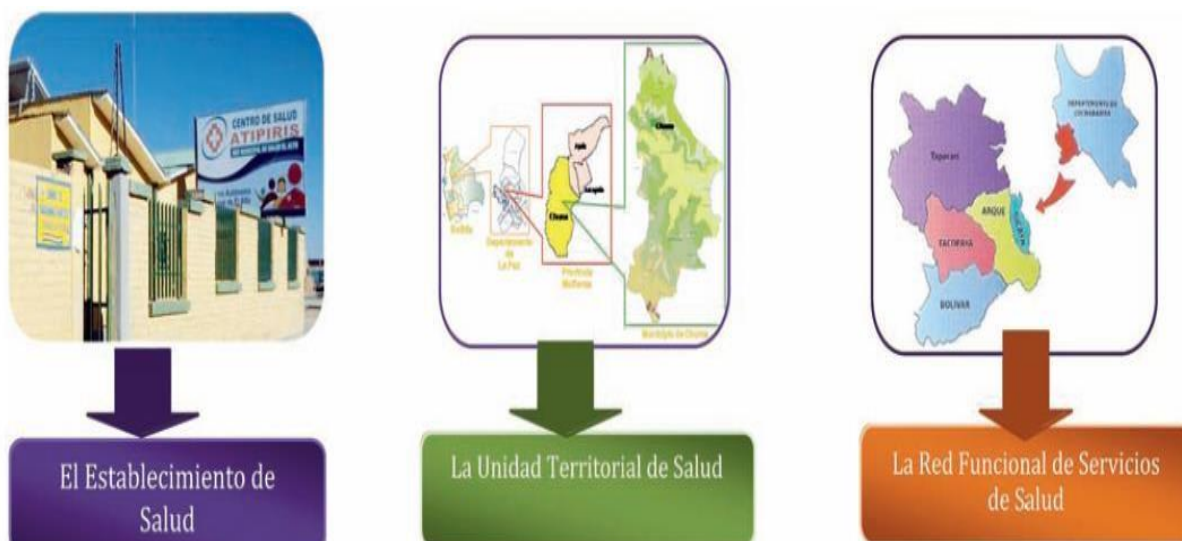
3.5.3. Estrategia de la política SAFCI

La promoción de la salud, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien.

Cuáles son los mecanismos de la promoción de la salud:

- La educación en salud.
- La movilización social.
- La reorientación de los servicios de salud.
- Y las alianzas estratégicas

Cuadro N° 6
Componentes de la política SAFCI`



Fuente: (SAFCI: Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables 2013).

Atención integral intercultural en salud

La atención integral intercultural en salud, que es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutiva de enfoque de red, horizontalmente con respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas en el marco de la complementariedad, reciprocidad con la medicina tradicional y se aplica mediante:

La aplicación de la estrategia y componentes de la SAFCI, está liderada por la Dirección General de Promoción de Salud, sus unidades, programas y proyectos (SAFCI: Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables 2013, Pág.8).

CAPÍTULO IV

RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1. ACTORES PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA

En la experiencia desarrollada se pudo identificar dos tipos de población: participantes directos y participantes indirectos, cuyas características serán explicadas a continuación.

4.1.1. Beneficiarios directos

Los beneficiarios directos o actores sociales involucrados en la presente sistematización fueron mujeres en edad fértil que son parte del programa Bono Juana Azurduy y sus parejas.

4.1.2. Beneficiarios indirectos

Las familias de las mujeres y sus parejas que son parte del proyecto.

4.1.3. Actores Institucionales

Corresponde al personal de la Red Boliviano Holandés, quienes a partir del cumplimiento de sus funciones logran realizar todas las funciones requeridas para el desarrollo de todos los servicios de salud dentro de la Red.

Cuadro N° 7

Actores Institucionales

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	EDAD	ESTADO CIVIL	PROCE- DENCIA	FUNCIONES ASIGNADAS	HORARIO DE TRABAJO
Dr. Ever Laura	Coordinador de la red de salud boliviano holandés	40	Casado	Urbano	-Gestión con instituciones alternas a la R.B.H	8:30 a 2:30
Lic. Cristian Yépez	Responsable de recursos humanos de la R.B.H	38	Casado	Urbano	Administración directa del+ los recursos humanos de la R.B.H	8:30 a 2:30
Lic. Lorenza Condori Layme	Responsable del área de salud pública de la R.B.H.	44	Casada	Urbano	Administración del programa del PAI	8:30 a 2:30

Lic. Fernando Ponce Condori	Responsable de estadística de la R.B.H	45	Casado	Urbano	Administración de estadísticas de la R.B.H	8:30 a 2:30
Lic. Rosario Chávez	Responsable del área de nutrición R.B.H	51	Casado	Urbano	Administración general del área de nutrición de la R.B.H	8:30 a 2:30
Lic. Gladys Portanda Vigabriel	Responsable del área de trabajo social R.B.H	58	Casada	Urbano	-Monitoreo de actividades de coordinación inter-gerencial -Gestión - trabajo con la comunidad	8:30 a 2:30
Dr. Luis Mencias surco	Director del centro de salud M.I. Villa dolores	70	Casado	Urbano	-Coordinación con la R.B.H -Control del personal -Atención medica -Informes mensuales	8:00 a 2:00
Dr. Freddy Tarqui Valeriano	Director del Centro De Salud Santiago I	41	Casado	Urbano	-Control del personal -Atención medica -Informes mensuales de los distintos programas	8:00 a 2:00
Dra. Sonia Isabel Macuaga Acosta	Director del Centro de Salud 12 De Octubre	49	Casada	Urbano	-Control del personal -Atención medica -Informes mensuales	8:00 a 2:00
Dr. Ernesto Orellana Rivas	Director del Centro de Salud Villa Exaltación	40	Soltero	Urbano	-Control del personal -Atención medica -Informes mensuales	8:00 a 2:00

Fuente: Elaboración propia en base a informes de la experiencia sistematizada

4.2. RECONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DESARROLLADO

La experiencia desarrollada con las mujeres y parejas en los centros de salud de la Red Boliviano Holandés se desarrolló por medio de tres momentos metodológicos

4.2.1. Fase inicial- Construcción del diagnóstico

Esta experiencia se inició con la realización de un diagnóstico temático en la Red de Salud Boliviano Holandés, el cual permitió plasmar los problemas identificados y priorizados en relación con la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou como una medida preventiva del cáncer cuello uterino, siendo esta una experiencia desarrollada por estudiantes de la práctica pre profesional IV de la carrera de Trabajo Social.

La problemática abordada en esta experiencia, permitió identificar que la prueba de Papanicolaou en Bolivia es una prestación gratuita para todas las mujeres que ya iniciaron su vida sexual, las cuales deberían realizarse este examen una vez al año, con el propósito de identificar infecciones que podrían causar el cáncer cuello uterino, destacando que el Papanicolaou es una medida preventiva que puede salvar vidas.

Así también se identifica a mujeres que a lo largo de su vida no se realizaron la prueba de PAP, las cuales lamentablemente no toman conciencia de la importancia de esta prueba anual, sin embargo existen factores, actitudes, prácticas y creencias culturales que influyen en la no realización del mismo, por lo que pueden estar afectando la decisión de la mujer para realizarse la prueba de PAP, mismos que fueron objeto de investigación con el fin de implementar acciones que resulten efectivas para motivar a las mujeres a realizarse el examen y así reconocer la importancia del mismo.

La motivación para realizar un diagnóstico radica en identificar las actitudes, creencias y prácticas condicionantes que conllevan a las bajas coberturas de la toma de muestra del Papanicolaou (PAP) en los distintos centros de salud de primer nivel de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la ciudad de El Alto, a pesar del esfuerzo realizado por el personal de salud y ser un requisito para la inscripción en el programa de Bono Juana Azurduy, no se ha logrado el impacto necesario, ya que las metas propuestas no cubrían el 100%, identificando en las reuniones mensuales del CAI (Comité de Análisis de la Información) que con base a la población objetivo de cada centro de salud solo se llegó a

cubrir un porcentaje menor al 10% en pruebas realizadas de la cobertura total, desde el mes de enero hasta el mes de junio del 2017 y tendría que haberse cubierto un mínimo de 40%.

En tal sentido se realizó el diagnóstico temático cuyos objetivos fueron planteados de la siguiente manera:

Objetivo General	Objetivos específicos
<p>Identificar las actitudes, prácticas y creencias culturales que poseen las mujeres en edad fértil que acuden a los Centros de Salud Santiago I, Villa Dolores, 12 de octubre y acerca de la realización de la prueba de Papanicolaou para la prevención del cáncer de cuello uterino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las características sociodemográficas y culturales de la población femenina en edad fértil que acuden a los centros de salud Santiago I, Villa Dolores, 12 de octubre y Villa Exaltación. ➤ Indagar los factores que impulsan a las mujeres en edad fértil que asisten a los centros de salud priorizados, a la no realización de la prueba de Papanicolaou. ➤ Conocer las percepciones de las mujeres en edad fértil sobre la realización del Papanicolaou (PAP).

Del mismo modo se trabajó con un proceso metodológico, para realizar el diagnóstico temático de manera oportuna, el cual se dividió en ocho momentos los cuales guiaron a este proceso de investigación diagnóstica, siendo las siguientes que son detalladas en el cuadro.

Cuadro N° 8
PROCESO METODOLÓGICO

MOMENTOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
Revisión documental	Recuperar información teórica-empírica para poder construir el diagnóstico acerca de la temática.	Revisión de archivos de los centros de salud priorizados. Revisión de informes del CAI. Revisión de libros documentos, folletos relacionados al tema de estudio. Lectura comprensiva de los contenidos recuperados.	Datos estadísticos como línea de base sobre el tema de estudio. Elaboración de tablas con los datos obtenidos del informe del CAI. Estructuración del planteamiento del problema. Marco teórico elaborado.
Selección de técnicas elaboración de instrumentos	Precisar las técnicas e instrumentos pertinentes que sirvieron para recabar información precisa del tema de estudio.	Inventario de técnicas e instrumentos tentativos para la recolección de información. Selección de las técnicas e instrumentos a ser implementadas para la recolección de información. Estructuración de los instrumentos adecuados para su aplicación que coadyuven al levantamiento de información. Prueba piloto de los instrumentos. Diseño final de los instrumentos.	Instrumentos idóneos adecuados al tema de estudio y a la población identificada. Guías de recolección de información de los informes del CAI.
Recolección de información	Obtener la información necesaria y pertinente respecto al tema de estudio para conocer a profundidad la problemática de estudio.	Obtención de muestra de la población femenina con la que se trabajara. Aplicación de las encuestas estructuradas a la población femenina seleccionada. Desarrollo de entrevistas.	✓ 40 encuestas en el Centro de Salud Materno Infantil Villa Dolores. ✓ 40 encuestas en el Centro de salud Villa Exaltación. ✓ 35 encuestas en el Centro Salud 12 de octubre. ✓ 35 encuestas en el Centro de Salud

			Santiago I. ✓ 5 entrevistas abiertas realizadas en cada Centro de Salud.
Procesamiento de datos	Ordenar la información obtenida de los instrumentos aplicados y contenido abordado de manera sistemática para finalmente analizarlos y estructurar el diagnóstico temático.	Verificación de la información obtenida mediante las encuestas y contenido de las entrevistas. Procesamiento de la información. Cruce de datos. Elaboración de tablas estadísticas. Elaboración de gráficas. Interpretación de resultados. Análisis y sistematización de los resultados.	Graficas elaboradas. Cuadros estadísticos. Matriz de información cualitativa.
Identificación del problema	Identificación de problemas inherentes al tema de estudio identificado para la posterior aplicación de la matriz de selección de criterios.	Construcción de un listado de problemas. Clasificación de los problemas según dimensión (social, cultural, institucional).	Problema seleccionado.
Priorización del problema	Establecer el problema de mayor, magnitud inherente al tema que posee mayor magnitud viabilidad, factibilidad, importancia y pertinencia identificada en los centros de salud en estudio al cual será abordado a través de una acción planificada.	Establecer los criterios de priorización de los problemas identificado. Construcción de la matriz de priorización. Establecimiento de valores de cada problema identificado. Elección de problemas con mayor valor.	Problema priorizado.

Explicación del problema	Analizar el problema priorizado a través de sus causas estructurales y coyunturales como los efectos, manifestaciones y consecuencias.	Elaboración del árbol de problemas. Explicar las causas estructurales y coyunturales que generan el problema. Identificar las manifestaciones del problema. Analizar las consecuencias del problema. Establecer la relación entre las causas y consecuencias.	Problema priorizado, explicado y analizado en sus diferentes dimensiones.
Determinación de líneas de acción	Establecer las líneas de acción estratégica para abordar el problema priorizado, las misma que permitirá la construcción del proyecto operativo de acción.	Establecer la identificación de las funciones de trabajo social. Definición de las competencias de cada una de las funciones. Análisis de la viabilidad de las acciones estratégicas a seguir	Líneas de acción definidas en torno al perfil del trabajador social.

Fuente: Elaboración propia en base a informes de la experiencia sistematizada

Dentro del proceso metodológico desarrollado se realizaron, 150 encuestas a los centros de salud priorizados los cuales dieron como resultado los siguientes datos y percepciones relevantes.

4.2.2. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el Papanicolaou de las mujeres en edad fértil según encuestas.

4.2.2.1. Conocimiento de las mujeres en edad fértil acerca del Papanicolaou

El conocimiento que las mujeres encuestadas tienen sobre el tema del PAP fue de un 55% respondieron que, si saben que es el PAP, respondiendo que es un examen – prueba que sirve para detectar precozmente al cáncer de cuello de útero, permite detectar lesiones en forma temprana, es decir, lesiones que pueden ser curadas definitivamente antes de que se conviertan en cáncer invasivo. Las mujeres encuestadas si saben que es PAP, pero vale recalcar que aun sabiendo esa información no se realizaban este examen – prueba. También existía una confusión en cuanto a lo que es el PAP, ya que un 44% tiene la percepción de que el PAP es una revisión médica sin saber realmente en que consiste esta prueba.

4.2.2.2. Conocimientos sobre la función del Papanicolaou

De la población encuestada el 85% manifestó tener conocimiento el para qué sirve el PAP, donde el 41% indicó que sirve principalmente para prevenir el cáncer de cuello uterino, el 33% indicó que sirve para saber si tiene alguna enfermedad, es decir que las mujeres encuestadas tiene una percepción favorable sobre la función del PAP, siendo que sirve específicamente para detectar lesiones en una parte muy pequeña del aparato genital femenino el cuello del útero, que si no se detectan a tiempo y no se tratan, pueden desarrollar cáncer sin embargo existe la confusión al indicar que el PAP tiene la función de determinar alguna infección o una enfermedad, finalmente se presentó un 3% que no responde a la pregunta.

4.2.2.3. Razones por las cuales no se realizarían nuevamente la prueba del PAPÁG.

Según las encuestas realizadas en los centros de salud priorizados pertenecientes a la red de salud Boliviano Holandés, en cuanto a los datos porcentuales dio a conocer que un 64% de las mujeres en edad fértil encuestadas si se realizarían la prueba del PAP nuevamente, ya que el Papanicolaou es una manera de prevenir el cáncer de cuello uterino, y si no se realiza esta prueba oportunamente se corre el riesgo de contraer infecciones y enfermedades de

transmisión sexual y/o cáncer cuello uterino, por lo otro lado el 11% de las encuestadas no se realizarían la prueba del PAP nuevamente, esta acción podría causar consecuencias negativas en el futuro ya que podrían contraer infecciones, enfermedades de transmisión sexual o CACU siendo estas las razones por las que el Papanicolaou debe realizarse anualmente por salud y como parte de la atención médica de rutina, el tratamiento de estas células anormales puede ayudar a prevenir que los casos de CACU se desarrollen, por ultimo esta el 25% del total de mujeres encuestadas que no respondieron a la pregunta que fue formulada en el instrumento.

En cuanto a la respuesta negativa que se obtuvieron en el instrumento aplicado según los datos proporcionados de la encuesta, las mujeres que no volverían a realizar nuevamente la prueba del PAP es un total de 57% de mujeres no lo harían, porque les apena mostrar sus partes íntimas a los médicos y enfermeras, la vergüenza, la incomodidad que les causa el examen es otra de las barreras percibidas de las mujeres, para acudir a realizarse el PAP, el 19% de las mujeres no se realizarían la prueba del PAP es por miedo a que les duela su parte íntima mientras le practiquen la prueba o las lastimen, siendo así que es algunas mujeres tuvieron esta inquietud.

Por otro lado el 12% de las mujeres encuestadas no se realizarían esta prueba nuevamente por que según su percepción les parece algo inútil, pues según ellas el cáncer no tiene cura, es necesario tomar en cuenta esta percepción errónea que tiene algunas mujeres, finalmente como último dato porcentual el 12% de estas mujeres por facto de tiempo no se realizarían esta prueba nuevamente, la falta de tiempo es un aspecto considerado por algunas mujeres, cabe señalar que la falta de tiempo se asocia a las actividades laborales que las mujeres tienen y por la espera que deben realizar en los consultorios.

4.2.2.4. Apoyo de la pareja en la realización de la prueba del Papanicolaou

Se puede observar en las encuestas realizadas el 72 % de las mujeres indicaron que su pareja está de acuerdo con que se realice la prueba del Papanicolaou, demostrando que influye con la decisión de la mujer de realizarse la prueba del PAP, por otro lado el 11% indicaron que su pareja no estaría de acuerdo con que se realice la prueba y un 17 % no respondió, estos porcentajes hacen énfasis que aún existe una cultura machista como Marina Castañeda (2009) menciona que el hombre comparte la necesidad de dominar a las mujeres para demostrar su masculinidad, es el sometimiento de la mujer sigue siendo prueba de virilidad en muchos

países siendo este un factor para la renuncia a realizarse la prueba del PAP lo cual expone a la mujer a un riesgo elevado de padecer CACU.

4.2.2.5. Información cualitativa según entrevistas

En las entrevistas realizadas en esta experiencia, se tuvo como respuesta algunas expresiones como ser:

¿Para qué sirve el Papanicolaou?

“Saber cómo estamos en nuestros ovarios”.

“Para detectar enfermedades”.

“Para detectar si hay algún problema de cáncer”.

“Es para que no haya enfermedades y para cuidarnos nosotros mismos”.

Indicaron también que sirve principalmente para prevenir el cáncer de cuello uterino, para detectar infecciones de transmisión sexual. La percepción que tienen las entrevistadas con respecto al Papanicolaou es un tanto errónea por tal motivo no tienen una idea exacta de para qué sirve el PAP, el cual es un examen cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello uterino, las cuales posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer, sin embargo tampoco estuvieron alejadas del objetivo del Papanicolaou, las respuestas vertidas se enfocan solo en la enfermedad y relacionan la prueba para saber si ya están enfermas y no en término de prevención.

Otras entrevistadas, ante la consulta dieron las siguientes respuestas:

¿Para usted que es el Papanicolaou?

“Bueno... mmm para mí el Papanicolaou es como una revisión que el médico hace a las mujeres para saber si tienen alguna infección por tener relaciones sexuales”.

“Buenos días señorita, la verdad no sé muy bien que es el Papanicolaou, ya que antes nunca nadie me habló de eso, pero la otra vez en una feria si me dijeron que era más o menos que te revisen de tus partes íntimas para saber si tenemos cáncer o no, y me regalaron un folletito”.

“Buenos días señorita para mí el Papanicolaou es un examen que se realizan las mujeres para detectar alguna infección de transmisión sexual, y también para saber si eres propensa a tener cáncer”.

“Buen día, el Papanicolaou mmm... para mi es cuando te revisan un doctor y te dicen si tienes alguna infección en la vagina”.

En las entrevistas realizadas se constató que las mujeres creen que el examen de Papanicolaou sirve para detectar infecciones de transmisión sexual, siendo estas que se propagan predominantemente por contacto sexual como la clamidia, herpes, gonorrea, VIH-SIDA, sífilis, entre otras enfermedades. Así también se identificó que las mujeres no conocen lo que es el examen del Papanicolaou siendo este un procedimiento que se utiliza para recoger células del cuello uterino para que sean observadas bajo el microscopio. Se busca detectar cambios celulares anormales.

En las entrevistas realizadas en esta experiencia, a la pregunta

¿Quién les informo sobre el PAP? manifiestan:

“Mis amigas también saben contarme, saben decirme que hay que hacerse el Papanicolaou cuando ya tienes relaciones sexuales y no solo por eso sino también porque puedes agarrar infección de los baños públicos”.

“Me informaron las enfermeras y la doctora de Mi Salud, en mi familia nunca me han informado para que es, pero si mi mamá se realizaba la prueba de Papanicolaou, pero no me decía hija tienes que hacerte la prueba o para que sirve”.

“Escuche en los medios de comunicación, en la televisión donde decían que era muy importante porque había aumentado los casos de cáncer de cuello uterino, que era muy importante hacernos cada año una revisión, en ese momento”.

“Después vine al centro de salud a preguntar y justo estaba informando sobre el PAP, era una charla donde decían que era gratuito”.

“No es ahora nomas que me hecho el PAP, cada año me hago porque tengo un motivo, me hice la ligadura de trompa, de eso más que todo me hago el PAP”.

De acuerdo con las entrevistas realizadas a mujeres en edad fértil que asisten a los centros de salud se identificó que solo una de las entrevistadas indicó que fue informada por el personal de salud, exponiendo que no existe la promoción de los servicios de salud en este caso de la prueba de PAP

Se identificó en todas las entrevistas que no existe motivación por parte de la familia para realizarse la prueba de Papanicolaou, también se puede argumentar que las ausencias de diálogos sobre temas de sexualidad dentro de la familia son aún tema tabú, las cuales no son abordadas.

Con la información se trata de generar el primer vínculo con la persona, en el caso de Papanicolaou por medio de la información que se dé acerca del mismo se pretende generar en

la mujer el autocuidado de su salud y que acuden a los centros de salud, no obstante, se observa que el personal de salud no hace la promoción y prevención del cáncer cuello uterino lo cual influye en las bajas coberturas de la toma de muestra del Papanicolaou.

En las entrevistas realizadas en esta experiencia, ante la consulta manifiestan:

¿A qué crees se debe que las mujeres no se realicen la prueba de PAP?

“Tal vez puede ser porque algunos pueden tener enfermedades y tiene miedo de saber o y prefieren no hacer tratamiento, también porque no tiene dinero o por que no conocen, no saben”.

“Yo creo que es el descuido de cada una por no preocuparse, quizás no estén bien informadas”.

“Otra causa sería yo creo los celos de la pareja, por eso es necesario a veces que te revise una doctora y no solo para el Papanicolaou sino también para cualquier revisión íntima como los pechos”.

“Yo pienso que la sociedad en sí, nuestra sociedad es muy cerrada, hasta yo era así, anteriormente a mis 28 años he despertado, era muy vergonzosa yo pienso que es por eso, yo tenía vergüenza”.

Las barreras identificadas en las entrevistas denotan el nivel de importancia que da a su salud, es decir, que las respuestas indican que, al no ser motivadas por terceros para realizarse la prueba de Papanicolaou, es donde tiene que resaltar su motivación personal pues eso solo les corresponde a ellas. Así también se identifica que la vida de una mujer es influenciada desde el inicio de su vida, muchas veces se le hace con rol no precisamente como cuidadora de sí misma sino de los demás. Otros de los aspectos identificados es la desconfianza que existe en la pareja, en síntesis, cada uno tiene que ser responsable de su salud.

En las entrevistas realizadas en esta experiencia, ante la consulta manifiestan:

¿Su pareja está de acuerdo con que te realices la prueba de Papanicolaou?

“Mi esposo sabe que me hago el PAP, pero tampoco le digo cuando me voy hacer, yo sola decido porque yo sé de mi vida, a veces le informo y a veces no le informo, este año le he dicho, pero no sé si ha podido entender”.

“Si le comenté, en un principio la verdad me dio vergüenza, pero le dije y el me entendió y me acompañó incluso porque me dijo que estas son cosas de pareja, entonces fuimos e incluso mis resultados recogimos juntos”.

“Huy no pues señorita, si yo le digo que me van a mirar un doctor mis partes no va querer, va pensar que voy por otra cosa al centro de salud”.

“Si, si hablamos, le explique cómo era todo el procedimiento incluso cuando me hice la prueba me dieron una receta también para él, como le digo para que él tome tabletas y hagamos el tratamiento juntos”.

“No sabe señorita, mejor es no avisar a veces puede ocasionar que se enoje, ya que no ve el doctor te revisa, de eso se puede enojar. Por eso es que no le dije nada para que también yo no tenga problemas”.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a mujeres en edad fértil, se identificó que la pareja al ser el principal vínculo afectivo influye en la decisión de la mujer en realizarse la prueba de Papanicolaou, sin embargo, también se identificó que dentro de la familia existe inadecuada comunicación entre la pareja lo que conlleva a generar problemas familiares que afectan a todos los miembros de la familia

Se constató dos categorías de mayor relevancia como ser miedo y celos en la pareja, que implicaría conflictos conyugales por las creencias culturales de que nadie más aparte de la pareja debe observar a la mujer. Así también se identificó que existe desconfianza por sus parejas las cuales no están de acuerdo en que se realicen la prueba de PAP, la desconfianza está asociado a los celos y la inseguridad que dificultan las relaciones de pareja, las cuales derivan desconfianza cuando el médico es varón o lo asocian la prueba con sospechas de infidelidad.

Por otra parte, es relevante destacar las barreras culturales que existen en relación al machismo donde el hombre se cree con el poder de decidir sobre el cuerpo de las mujeres, donde los jóvenes de nuestra era, en muchas sociedades comparten con sus padres, sus abuelos y sus bisabuelos su necesidad de dominar a las mujeres para demostrar su masculinidad, siendo este el sometimiento de la mujer, como una prueba de virilidad.

4.2.3. Identificación del problema de acuerdo a las encuestas y entrevistas realizadas

Al realizar un diagnóstico inicial acerca del alto grado de desconocimiento del Papanicolaou en mujeres en edad fértil, el no tener información adecuada sobre la importancia de la prueba, las percepciones incorrectas y las barreras culturales hacen que los índices de toma de PAP disminuyan tanto a nivel nacional y local.

Así también se identificó a mujeres que a lo largo de su vida no se realizaron la prueba de PAP, las cuales lamentablemente no toman conciencia de la importancia del PAP para su práctica anual, sin embargo las prestaciones de los centros de salud en cuento al examen no tiene ningún costo y aun así hay factores, actitudes, prácticas y creencias culturales que

influyen en la no realización del mismo, por lo que pueden estar afectando la decisión de la mujer para realizarse la prueba de Papanicolaou.

Luego de haber realizado el diagnóstico temático, a través de las entrevistas y encuestas realizadas a mujeres en edad fértil próximas a los distintos centros de salud priorizados para el estudio se pudo advertir los siguientes problemas:

- Escasa información acerca de la prueba del Papanicolaou y el cáncer de cuello uterino.
- Desconfianza en la pareja por creencias culturales y pensamientos machistas.
- Incomodidad por ser atendida con un doctor.
- Falta de sensibilización acerca de la temática abordada no solo a las mujeres sino también a sus parejas.
- Creencias y mitos por parte de las mujeres y sus parejas cerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou.
- Falta de promoción por parte del personal de salud de los diversos centros, acerca de los derechos sexuales y reproductivos dirigida a la población femenina en edad reproductiva.
- Descuido por parte de las mujeres en el recojo de sus resultados del Papanicolaou.

4.2.4. Clasificación de problemas del diagnóstico temático

Los factores que inciden en la baja cobertura de toma de muestras de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil que viven en zonas aledañas a los centros de salud, según la información que se obtuvo gracias a los instrumentos desarrollados y aplicados como ser: encuesta y entrevista, se pudo identificar varias causas que originan la baja cobertura en este servicio en los distintos centros de salud de la Red Boliviano Holandés.

Cuadro N° 9
Clasificación de problemas del diagnóstico temático

PROBLEMA	FUENTE
Escasa información acerca de la toma de muestra del Papanicolaou y el cáncer cuello uterino.	Encuesta y entrevista
Desconfianza en la pareja por creencias culturales.	Encuesta
Incomodidad por ser atendida por un doctor.	Encuesta
Falta de sensibilización acerca de la temática abordada no solo a las mujeres sino también a sus parejas.	Encuesta y entrevista
Creencias y mitos por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou.	Entrevista
Falta de promoción por parte del personal de salud de los diversos Centros, acerca de los derechos sexuales y reproductivos dirigida a la población femenina en edad reproductiva.	Encuesta y entrevista
Descuido por parte de las mujeres en el recojo de sus resultados del Papanicolaou.	Archivos de los Centros de Salud.

Fuente: Elaboración, Práctica IV. 2017

Se puede mencionar que todos los problemas presentados parten de la falta de información y conocimiento dirigida a la población femenina en edad fértil, ya sean asistentes o no a los distintos centros de salud de la Red Boliviano Holandés del Distrito 1 de la ciudad de El Alto.

4.2.5. Priorización de problemas

El criterio para clasificar, el problema fue a partir del nivel de incidencia que se puede tener en el mismo. Vale decir que existen problemas que podrían ser controlables, y otros que conllevarían a un sin fin de condiciones y suposiciones para controlarlos que por lo general son de tipo macro.

El siguiente cuadro muestra el problema y su clasificación a partir de sus características, tomando en cuenta la forma de calificar cada problema:

+++ = Posible de atacar

++ =Medianamente posible de ataca

+ =Poco vulnerable

Cuadro N° 10
Matriz de priorización de problemas

PROBLEMÁTICA	MAGNITUD	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	VIABILIDAD	PERTINENCIA	FACTIBILIDAD	TOTAL
Escasa información acerca de la toma de muestra del Papanicolaou y el cáncer de cuello uterino.	+	++	++	+++	+++	+++	14
Incomodidad por ser atendida con un doctor	++	++	+	++	+	++	10
Falta de sensibilización a las mujeres y sus parejas acerca de la importancia de la toma de muestra del Papanicolaou.	+++	++	++	+	+	++	11
Percepciones erróneas por parte de las mujeres en edad fértil sobre la prueba del Papanicolaou.	++	++	+++	+	+++	+	12
Barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou.	+++	+++	+++	+	+++	+++	16
Falta de promoción de la toma de muestra del Papanicolaou y el cáncer de cuello uterino por parte del personal de salud.	++	+++	++	+++	+++	+++	16
Descuido por parte de las mujeres en el recojo de sus resultados del Papanicolaou.	++	++	+++	++	+	++	12

Fuente: Elaboración, Práctica IV. 2017

4.2.6. Explicación Del Problema

El problema identificado en el diagnóstico temático de la experiencia son “Las barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou como principal problema identificado, que conllevan el ausentismo de la realización de la prueba del PAP como medida preventiva del cáncer de cuello uterino, estas barreras culturales son interpuestas por las parejas de estas mujeres, que en algunas ocasiones son motivo suficiente para que no se realicen la prueba del PAPÁG.

4.2.6.1. Barreras culturales

El problema identificado en el diagnóstico con mayor puntuación en la matriz de priorización según los parámetros de viabilidad, factibilidad, importancia, pertinencia, vulnerabilidad y magnitud es las barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del PAP conllevan al ausentismo de la misma como medida de prevención del CACU.

Según el texto de Servicios y Unidades de Salud, culturalmente competentes (2008) señala las barreras culturales que dificultan el otorgamiento y el acceso a la población a los servicios de salud, estas barreras culturales están determina por las diferencias entre la cultura del “proveedor” y la de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso de estos últimos a los servicios.

Realizando un análisis se describe cómo las barreras culturales afectan el acceso a los servicios de salud, debido a diferencias entre proveedores y usuarios. Estas barreras incluyen género, etnia, clase social, edad y orientación sexual. Se señala que el trato recibido a menudo carece de sensibilidad y respeto, especialmente para indígenas y mujeres, generando resistencia al uso de los servicios y, en casos extremos, confrontación cultural y violación de derechos humanos. Desde la perspectiva de los proveedores, las percepciones de los usuarios sobre su salud dificultan la comunicación y el tratamiento, lo que se percibe como un obstáculo para la prestación de servicios de calidad.

Las barreras culturales que existen en el ámbito de la salud, son barreras poco abordadas y han sido poco atendidas. Esto sugiere que hay una falta de enfoque en la comprensión y superación de estas diferencias culturales en la prestación de servicios de

salud. Por otro lado, están las quejas y frustraciones que existen de los usuarios debido al trato recibido por parte del personal de salud. Se describe que este trato muchas veces carece de sensibilidad, respeto y puede ser discriminatorio, especialmente hacia indígenas y mujeres.

Esto puede generar malestar y tensiones al buscar servicios médicos. Ya que la falta de sensibilidad y respeto ha llevado a una resistencia al uso de los servicios de salud, especialmente en casos extremos donde se llega a la confrontación y el choque cultural. En ocasiones, esto puede resultar en violaciones de los derechos humanos de los pacientes.

Tomando en cuenta desde la perspectiva del prestador de servicios, las diferencias culturales de los usuarios se ven como obstáculos que entorpecen el servicio. Esto incluye dificultades en la comunicación, retrasos en el tratamiento, confrontaciones y riesgos para la salud del usuario. La cultura es vista como negativa y generadora de problemas que afectan la calidad de la atención médica. Estas barreras culturales afectan diversos aspectos de la atención médica, como la capacidad de establecer un diagnóstico certero, explicar adecuadamente las indicaciones médicas, generar confianza en las medidas preventivas y terapéuticas, establecer empatía en la relación médico-paciente, y lograr un impacto efectivo de las acciones educativas en salud.

Por otra parte estas barreras culturales son interpuestas por las parejas de las mujeres que en algunas ocasiones son motivo suficiente para que no se realicen la prueba, ya que esto condiciona a la masculinidad y a la imagen social de las parejas de las mujeres ya que al realizarse las prueba deben mostrar sus partes íntimas es ahí donde inicia la percepción errónea que tiene los hombres sobre su rol de masculinidad creyendo que la mujer es de su propiedad, así como menciona Gil la masculinidad asociada al poder, el control, el valor, el dominio de la razón, la posesión del conocimiento, la independencia individual, configuraron la identidad del varón (2008). Dando así una percepción totalmente errónea y poniendo a la mujer en un papel asignado a la familia como el ser solamente ama de casa.

En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas y están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre otros factores.

Es esencial contar con un perfil de empatía que sea capaz de entender que diferentes personas tienen diferentes valores, creencias y actitudes. Siendo así es que, la empatía permite

percibir los sentimientos y actitudes del resto de personas y de este modo ir más allá de las barreras culturales

Una determinante importante de las barreras culturales impuestas por parte de las mujeres y sus parejas, es la percepción desacertada acerca del rol de género otorgadas a hombres y mujeres en la sociedad basado en el sistema de valores y costumbres, que asigna el tipo de actividades propias para unos y otros. Los roles y estereotipos de género vigentes en una sociedad representan la construcción social y cultural sobre la identidad otorgada a hombres y mujeres y, por tanto, representan bien la base de la desigualdad existente entre hombres y mujeres.

Tomando en cuenta que el enfoque de género permite:

...desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es precisamente contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres, conocer las causas que las producen y encontrar mecanismos para superar las brechas existentes (Lagarde, 1996, Pág.7).

Así también Lagarde (1996) agrega que el enfoque de género visualiza que en la medida en el que el género es una construcción social y cultural que se produce históricamente, es susceptible de ser transformada.

Según lo mencionado por la autora el enfoque de género permite distinguir la situación de los hombres y mujeres, en las relaciones de desigualdad de género, cómo la división de roles de género, donde las mujeres cumplen un rol reproductivo realizando actividades como el cuidado del hogar, de los hijos, labores de casa, trabajo que no es gratificado y a los hombres se les asigna con el trabajo productivo donde se llega a generar ingresos económicos para el bienestar y el sustento de la familia.

Las percepciones desacertadas sobre la toma de muestra del Papanicolaou llevan a la susceptibilidad y rechazo de la prueba de PAP que conlleva también al riesgo tardío de la detección de infecciones de transmisión sexual y posterior a una tardía detección del cáncer de cuello uterino.

4.2.6.2. Falta de promoción

Según Galeana (1996) La promoción es un conjunto de acciones y programas destinados a ser realizados con la participación de los grupos populares con el fin de producir transformaciones en los niveles de vida de estos, incorporando no solo los aspectos de su desarrollo material sino también los de su desarrollo social y cultural y muy particularmente sus procesos educativos (Pág.18). bajo este referente teórico cabe mencionar que entre las causas coyunturales se identificó que existe una falta de sensibilización a las mujeres como a sus parejas en temas de salud sexual reproductiva, falta de orientación por parte del personal sobre la prueba de Papanicolaou y la prevención del cáncer de cuello uterino, que conlleva al desconocimiento de la importancia de realizarse la prueba de Papanicolaou y al descuido de la salud en mujeres en edad fértil.

Tomando en cuenta que la promoción es fundamental para las mujeres y la sociedad en su desarrollo social y cultural ya que de este modo se generaría una información adecuada sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou y el cuidado de la salud.

4.2.7. Líneas De Acción Estratégicas

Las líneas de acción estratégica son las que contemplaron el proyecto educativo - participativo para promocionar el examen de Papanicolaou, incentivar al no abandono de recojo de los resultados por parte de las mujeres y de esa manera incrementar la cobertura en este servicio dentro de la Red de Salud Boliviano Holandés.

a) Línea de acción educativa

Esta línea de acción aglutina actividades educativas orientadas a las mujeres en edad fértil asistentes y no asistentes de los distintos centros de salud de la Red Boliviano Holandés, acerca de la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou. Esta población obtendrá una información correcta, adecuada para poder reproducirla en su entorno social, compartiendo la información y conociendo así la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou.

b) Línea de acción Promoción y acerca de la importancia de la prueba del Papanicolaou

Esta línea de acción estuvo referida y enfocada a la promoción y difusión acerca de la importancia de la toma de muestra del Papanicolaou, propuso también elaborar diversos materiales de difusión con contenidos claros acerca de los derechos sexuales reproductivos, el cáncer de cuello uterino, Papanicolaou, etc., en la cual se diseñaron trípticos, dípticos, afiches y otros con información clara y precisa del tema abordado.

c) Línea de acción de gestión

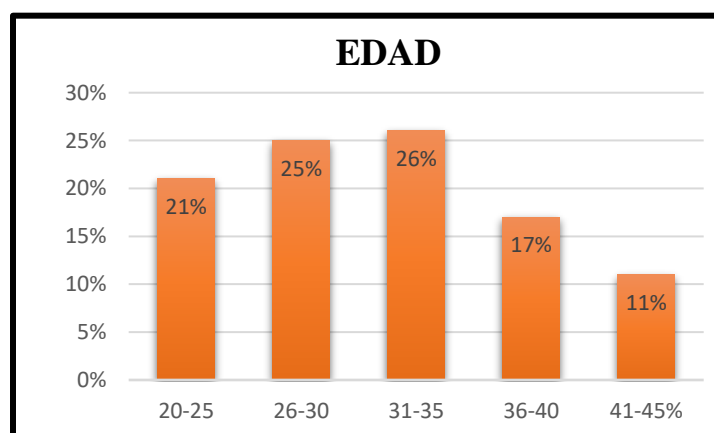
Esta línea de acción estuvo orientada a contactar con otras instituciones, sean de tipo pública o privada, que trabajen en el área de la salud con temáticas relacionadas a la salud sexual reproductiva, y a la realización de la toma de muestra del Papanicolaou, con las cuales se puedan realizar acciones conjuntas con el objetivo de proporcionar información adecuada a la población del Distrito 1 de la Ciudad de El Alto, y se pueda difundir información clara y precisa que coadyuven al incremento de las tomas de muestra, a través de un plan conjunto donde se beneficie tanto a la población femenina en edad fértil, como los centros de salud de la Red Boliviano Holandés.

4.3. Datos sociodemográficos de las mujeres participantes del proyecto

Gráfico N°2

Edad de los participantes

EDAD	Ni	Hi %
20-25	22	21%
26-30	26	25%
31-35	27	26%
36-40	18	17%
41-45	13	11%
Total	106	100%



Fuente: Elaboración propia basado en el Informe Proyecto “Construyendo una Vida sin Barreras 2017”

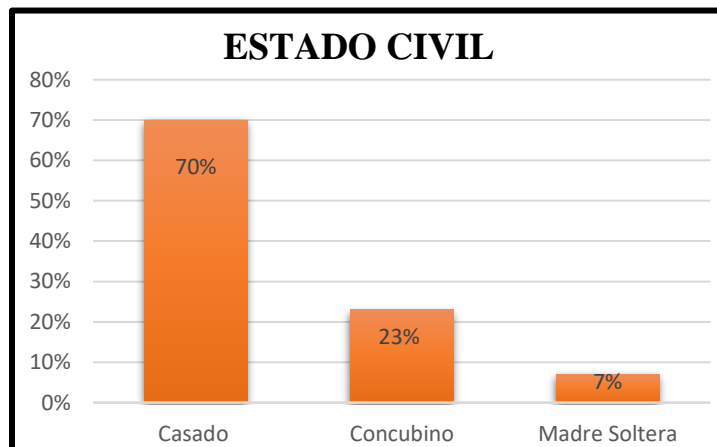
Descripción

En cuanto a las características socio demográficos de las mujeres en edad fértil, se observa que el 26% está comprendido entre 26-30 años de edad siendo esta la edad con mayor número de participantes los cuales son adultos jóvenes, el 25 % de los participantes se encuentran entre los 26 -30 años de edad siendo jóvenes, el 21% corresponde a las edades de 20-25 años de edad, así también el 17% corresponde a 36-40 años de edad, finalmente el 11% corresponde a la edad de 41-45 años de edad, una gran porcentaje de estas mujeres son parte del programa Bono Juana Azurduy, por esta razón es que se hicieron parte de las actividades del proyecto. Según estos datos del proyecto socioeducativo es relevante considerar que las participantes son parte de una población joven lo que conlleva a la importancia de la realización del Papanicolaou para la prevención temprana del CACU.

Gráfico N° 3

Estado civil de los participantes

Estado civil	Ni	hi%
Casada	74	70%
Concubina	25	23%
Madre soltera	7	7%
TOTAL	106	100%



Fuente: Elaboración propia basado en el Informe Proyecto “Construyendo una Vida sin Barreras”

Descripción

Según el gráfico presentado el 70 % de las participantes mantiene un estado civil de casadas la cual presenta una estabilidad conyugal, el 23% están en una relación de concubinatos con sus parejas, y un mínimo porcentaje corresponde a las madres solteras con un 7% realizando un análisis el estado civil de la población del matrimonio si bien es representado con una figura legal, no siempre presenta dentro de las familias seguridad y

solidez, al ser una población joven que participó en el proyecto socioeducativo influye las características sociales, económicas y culturales.

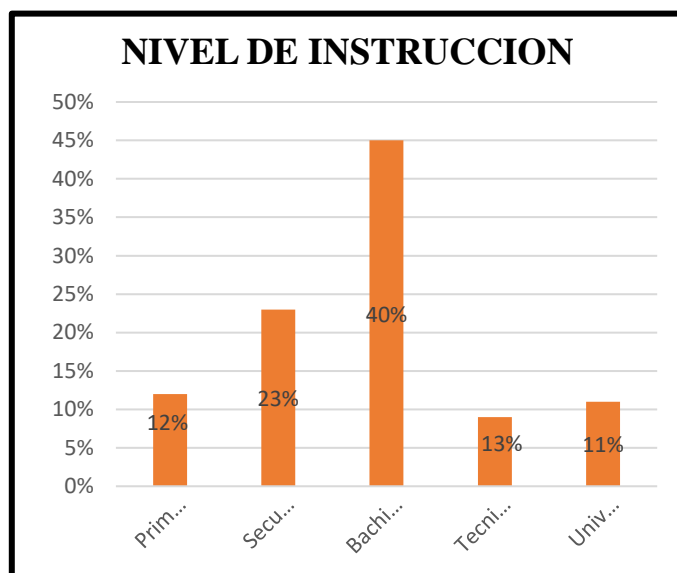
El concubinato por otro lado ha sido objeto de cuestionamientos sociales por las creencias culturales que presenta la población, sin embargo, ha sido aceptado por su inevitable vigencia y crecimiento en la realidad.

El cuadro también presenta que el 93% de las mujeres tienen pareja, lo que implicaría que tienen una vida sexual activa, factor principal que amerita el control anual del Papanicolaou.

Gráfico N°4

Nivel de instrucción de los participantes

Nivel de Instrucción	Ni	Hi%
Primaria	13	12%
Secundaria	24	23%
Bachiller	47	40%
Técnico	10	13%
Universitario	12	11%
TOTAL	106	100%



Fuente: Elaboración propia basado en el Informe Proyecto “Construyendo una Vida sin Barreras”.

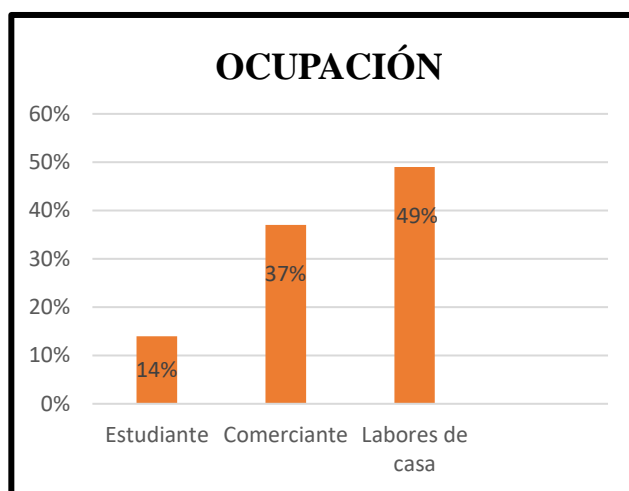
Descripción

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres en edad fértil se constató que el porcentaje más alto corresponde al nivel de estudio del bachillerato con un 40%, otra cantidad de mujeres con un porcentaje importante del 23% son las que llevaron a cabo sus estudios hasta el nivel secundario, en porcentaje menores se observa las categorías de nivel de instrucción primaria, técnico y secundaria.

Por lo tanto, se ve que la mayoría de los participantes del proyecto son bachilleres y tienen estudio hasta el nivel secundario, no tienen claro lo que es la muestra del Papanicolaou, ya que no recibieron la información oportuna y adecuada sobre la importancia de esta prueba de citología, es por esa razón que tampoco se practicaban la prueba ya que no conocían acerca del tema.

Gráfico N° 5
Ocupación de los participantes

Ocupación	Ni	Hi%
Estudiante	15	14%
Comerciante	39	37%
Labores de casa	52	49%
TOTAL	106	100%



Fuente: Elaboración propia basado en el Informe Proyecto “Construyendo una Vida sin Barreras”

Descripción

Asimismo en cuanto a la ocupación de las mujeres en edad fértil muestra que una mayoría de la población femenina que participó del proyecto con un porcentaje del 49% su ocupación es de labores de casa, las mujeres que tienen como ocupación principal el trabajo en el hogar con las labores domésticas tales como: el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, la supervisión de trabajos y de tareas en el ámbito del hogar.

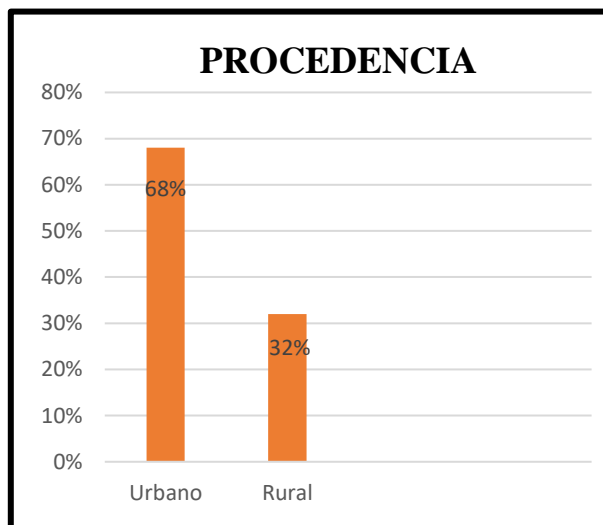
Así también se muestra los datos con un 37% al comercio siendo esta una ocupación presente en las mujeres, tanto comercio formal que requiere de reglas más claras y más justas para desarrollar la actividad, que cuentan con un local comercial, una marca y una razón social

o nombre, como también el comercio informal siendo estas ambulantes, finalmente tenemos con un porcentaje del 14% a las estudiantes que pertenecen a universidades o institutos técnicos.

Gráfico N° 6

Procedencia de los participantes

Procedencia	Ni	hi%
Urbana	72	68%
Rural	34	32%
TOTAL	106	100%



Fuente: Elaboración propia basado en el Informe Proyecto “Construyendo una Vida sin Barreras”

Descripción:

Los datos del gráfico muestran que la población que participó en las actividades del proyecto nació en el área urbana llegando a un 68% en relación a los que indicaron proceder del área rural ya que esta muestra un porcentaje del 32%. Sin embargo, la ciudad de El Alto se caracteriza por presentar una población en gran medida migrantes del área rural, lo que no descarta que si bien la población indico haber nacido en la ciudad de El Alto sus padres son procedentes de las diferentes provincias del departamento de La Paz, quienes debido a las raíces aimaras de las que proceden asumen cierta resistencia cultural a los controles médicos o la medicina occidental.

4.4. FASES DEL PROCESO METODOLÓGICO IMPLEMENTADOS EN EL PROYECTO

En base al diagnóstico temático realizado se procedió a la intervención y ejecución del proyecto socioeducativo- participativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” en el cual se realizó diferentes actividades y técnicas educativas, con

los participantes directos del proyecto que fueron mujeres en edad fértil, las cuales son parte del programa Bono Juana Azurduy y sus parejas.

Cuadro N° 11
Participación de la población en la ejecución del proyecto

ACTIVIDADES	MUJERES	HOMBRES
Participación en la feria de salud en la zona Villa Dolores	18	12
Participación en la Feria de salud en la zona Santiago I	12	5
Participación en la feria de salud en la zona 12 de Octubre	41	19
	MUJERES	PAREJAS
Video debate centro de salud Villa Dolores	34	5
Grupo Focal centro de salud 12 de Octubre	15	3
Taller de capacitación sobre violencia y la ley 348 centro de salud Santiago I	40	5
Foro debate “Por ti y tu familia previene el cáncer de cuello uterino con educación y responsabilidad realizándote el Papanicolaou”.	33	7
Visitas domiciliarias	6	5
TOTAL	128	25

Fuente: Elaboración, Practica IV. 2017

El proyecto socioeducativo trabajo bajo los Lineamientos del objetivo general, objetivos específicos y metas propuestas las cuales se detalla a continuación.

Cuadro N° 12
Objetivos del proyecto

OBJETIVO GENERAL	
Impulsar a la realización de la prueba del Papanicolaou como medida de prevención del cáncer cuello uterino descartando todo tipo de prejuicios que reflejan las mujeres en edad fértil y sus parejas para coadyuvar en el aumento de la cobertura de la toma de muestra de Papanicolaou en los centros de salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre pertenecientes a la Red de Salud Boliviano Holandés.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS
Promover procesos educativos con participación activa de mujeres en edad fértil y de sus parejas, para sensibilizar sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou como medida de prevención del cáncer de cuello uterino.	Contribuir a aumentar la cobertura de atención en el servicio de PAP en un 50% en los Centros de Salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre pertenecientes a la Red de Salud Boliviano Holandés en el lapso de 3 meses.
Sensibilizar no solo a la mujer sino también a su pareja acerca de la importancia de la realización del examen de Papanicolaou y de los riesgos que conlleva la no realización de la misma no realizarse no solo para la madre sino también para toda la familia.	Retroalimentar a 35 parejas pertenecientes a los Centros de Salud priorizados para el estudio acerca de la prueba de Papanicolaou para anular percepciones o creencias erróneas que tengan sobre el PAPÁG.
Motivar a una actitud reflexiva en las mujeres en edad fértil y a sus parejas para la prevención del cáncer cuello uterino y así puedan poner en primer lugar el cuidado de la salud.	Capacitar en la importancia de la prueba de PAP a las mujeres en edad fértil y a sus parejas de los Centros de Salud priorizados con la ejecución del 100% de las actividades programadas contempladas en el proyecto.
	Que el 50% de las mujeres en edad fértil participantes en las actividades contempladas en el proyecto, reflexionen sobre el cuidado de su salud.
	Que el 60% de los hombres participantes en las actividades del proyecto reflexionen sobre la importancia de establecer las relaciones de equidad para que lleven una vida sana dentro de la familia.

Fuente: Elaboración, Practica IV. 2017

4.4.1. Fase de motivación para el proyecto

Primeramente, se trabajó con la motivación siendo una fase muy importante ya que es el punto donde se logra la interacción entre los beneficiarios y la situación que motivará al individuo. En esta fase se propuso fomentar la participación de las mujeres en edad fértil y sus parejas de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la Ciudad de El Alto, a ser parte activa de las actividades a desarrollarse con el proyecto.

Cuadro N° 13

Actividades planificadas para la motivación del proyecto

ACCIONES PLANIFICADAS	ACCIONES EJECUTADAS	RESULTADOS
Elaboración y distribución de afiches con información general del proyecto.	- Charlas informativas sobre el proyecto en los Centros de Salud. - Distribución de afiches informativos.	Actitud interesada de las mujeres en edad fértil sobre las actividades a realizarse.
Reunión con autoridades de las juntas de vecinos de las zonas Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre.	- Informar sobre datos estadísticos del cáncer de cuello uterino en la ciudad de El Alto. - Realización de invitaciones para las autoridades para la participación de las actividades del proyecto. - Coordinación para difundir la información dada.	Interés de partes de las autoridades locales de salud y compromiso en difundir la información para una buena participación de la población.

Fuente: Elaboración, Práctica IV. 2017

Por tanto, en esta fase de la motivación fue importante realizar las actividades establecidas para generar el interés y contar con la ayuda de las autoridades locales de salud, para la motivación en la participación de las actividades que se desarrollaron, no solo de mujeres en edad fértil sino de sus parejas ya que este tema es importante para la pareja y no solo para la mujer, debemos tomar en cuenta también que la participación de las mujeres fue motivada a través del programa Bono Juana Azurduy.

4.4.2. Fase de planificación para el desarrollo del proyecto

En esta fase se estableció un plan de acción a partir de objetivos y metas las cuales deberán ser alcanzadas por el proyecto. Se realizó el cronograma de actividades que proporciono una base para supervisar y controlar el desarrollo de todas y cada una de las actividades que componen el proyecto, también coadyuvo a determinar la mejor manera de asignar los recursos para que se pueda alcanzar las metas del proyecto.

Cuadro N° 14

Actividades planificadas para el desarrollo del proyecto

ACCIONES PLANIFICADAS	ACCIONES EJECUTADAS	RESULTADOS
Realizar un cronograma de actividades a desarrollarse durante el proyecto.	Realización del cronograma de actividades.	Se obtuvo el cronograma de todas las actividades que se realizaron durante en el proyecto.
Elaboración de matrices para cada actividad a desarrollarse.	Elaboración de guías pedagógicas de las actividades a desarrollarse.	Se elaboró guías pedagógicas de cada actividad.
Clasificación de material didáctico con contenido referido al tema que se abordara para cada actividad.	Clasificación del contenido de los materiales.	Como resultado se obtuvo las guías pedagógicas de cada actividad.

Fuente: Elaboración, Práctica IV. 2017

Se logró realizar las guías pedagógicas de las actividades que desarrollaron, con este instrumento, se pudo llevar a cabo todas las actividades de manera ordenada con los contenidos establecidos para cada actividad.

4.4.3. Fase de ejecución del proyecto socioeducativo

En la ejecución del Proyecto “Construyendo una vida sin barreras” se llevó a cabo 6 actividades que se desarrollaron en los centros de salud de las zonas Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre.

- **Actividad Nª 1- feria de salud**

“Papanicolaou y consecuencias familiares, sociales del cáncer cuello uterino y salud sexual y reproductiva

Siendo que la participación en una feria de salud es pertinente ya que es un evento donde se puede contar con una participación masiva de personas que acuden para poder informarse sobre diferentes temas expuestos, como parte del proyecto “Construyendo una vida sin barreras” se optó por participar en la feria organizada por el centro de salud Villa Dolores, 12 de Octubre y Santiago Primero, como área de trabajo social y cumplir la función de promoción del servicio del PAP y brindar información sobre las consecuencias sociales que conlleva el cáncer de cuello uterino.

En la Zona Villa Dolores hubo una participación de 30 personas de los cuales fueron (18 mujeres y 10 varones), en Santiago I se obtuvo una participación de 17 personas (12 mujeres y 5 varones), sin embargo en la Zona 12 de Octubre hubo una gran afluencia de participantes (41 mujeres y 19 varones) ya que la feria se realizó en la plaza Alexander lado del Colegio 12 de Octubre y se contó con el apoyo de la junta de vecinos quienes incentivaron a la población a ser partícipe de la feria con la rifa de algunos canastones y entrega de materiales por toda la feria por tal motivo, esto fue una ventaja para el área de Trabajo Social, como resultado positivo fue la aceptación e interés a la convocatoria por parte de la población.

- **Actividad Nª 2-Visitas domiciliarias**

“Construyendo una vida sin barreras”

Esta actividad fue realizada para brindar información sobre la importancia de la prueba del PAP y los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de género para incidir en el cuidado de la salud en pareja, Las visitas domiciliarias se llevaron a cabo en los domicilios de los participantes quienes se realizaron la prueba del PAP en el centro de Salud 12 de Octubre en el mes de Junio y no recogieron su resultado, la visita finalizó con testimonios de la pareja.

Como resultado de la visita se obtuvo los siguientes testimonios, “ *primeramente agradecerle sobre esta orientación y es importante el Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino y no sabía bien sobre esta prueba, no pensé que sería tan complicado si no recojo mi resultado y las consecuencias que tendría esto, como dijo usted debo cuidar mi salud y así también estaré cuidando a mi familia, me sacaré tiempo para poder ir a recoger mi resultado la siguiente semana* ”, y su esposo indicó lo siguiente, “ *tomando en cuenta que una pareja en esta coyuntura tiene los mismos derechos por consiguiente la mujer debe acudir al Centro de Salud para que pueda hacerse realizar el Papanicolaou y prevenir el cáncer uterino, entonces es muy importante porque según informaciones se sabe que las mujeres mueren en mayor porcentaje por esta situación del cáncer y para prevenir esto los esposos deben tomar conciencia de que cada año deben llevar a sus esposas o indicar que deben acudir, es muy importante esta situación como también la pareja hoy en día debe tomar en cuenta una equidad de género como la crianza de los niños, los quehaceres en el hogar deben ser compartidos*” (construyendo una vida sin barreras, practica (S.N., comunicación personal, 2017)

Otra visita domiciliaria significativa fue con una pareja del centro de salud 12 de Octubre que se realizó la prueba del PAP en el mes de mayo sin embargo no recogió sus resultados la visita finalizó con los testimonios de la pareja que logró despertar el interés del esposo.

“antes mi papá era quien trabajaba y mi mamá siempre nos cuidaba y no salía, recuerdo ver a mi papá ser muy controlador y ahora ya no se ven esas cosas pero siguen existiendo esos casos donde la mujer no puede hacer cosas sin avisar a su esposo pero yo no quiero ser así aunque viví en un ambiente difícil antes yo quiero que mi esposa haga cosas que le hagan sentir bien, tal vez no nos vemos mucho tiempo en la semana por mi trabajo pero yo quiero apoyarla cuando se pueda y también por mis hijos, pienso que ellos se deben sentir mal tal vez porque no estoy en casa por yo trabajo por ellos y mi esposa también trabaja, con el tiempo espero poder trabajar en la ciudad para pasar más tiempo con mi familia, tal vez mi carácter así reservado da una impresión diferente pero yo me preocupo por mi esposa ” (S.N., comunicación personal, 2017).

Del mismo modo la siguiente visita domiciliaria fue con una pareja del centro de salud Villa Dolores los cuales indicaron la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou.

“señorita me voy a venir a hacer la prueba del PAP como es gratis en el centro, ahí nomás me lo voy hacer, para prevenir enfermedades” su esposo manifestó *“yo siempre la apoyare a mi esposa para que se cuide su salud eso es lo más importante porque sin salud no hay nada, pero ella a veces por miedo no quiere ir al doctos, pero yo puedo acompañarle para que se haga esa prueba, por ahí puede tener algo, a mis hijos quien me los puede cuidar”* (S.N., comunicación personal, 2017).

La visita domiciliaria fue realizada con una pareja del centro de salud Santiago Primero en el cual se puede evidenciar al finalizar la visita que se logró generar un grado de interés en la pareja

Como resultado de la visita se obtuvo los siguientes testimonios *“cuidar de la salud es responsabilidad de uno mismo, ahora sí ya comprendo la importancia de prevenir el cáncer, yo tengo mi hija y nadie la va a cuidar como yo, por eso tengo que cuidar mi salud, le diré a mi hermana también porque ella nunca se realizó la prueba y tampoco sabíamos que era importante, siempre se pensar que ir al médico es solo para enterarte cosas malas”* del mismo modo su esposo dijo *“que es muy importante el Papanicolaou porque te ayuda a prevenir el cáncer, todos tenemos los mismos derechos y para vivir bien como familia tenemos que apoyarnos y tener comunicación”* (S.N., comunicación personal, 2017).

Las visitas domiciliarias son “Aquella visita que realiza el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.” (Ander-Egg 1995). Siendo así que la visita domiciliaria es una técnica que tiene como objeto conocer la realidad socioeconómica, cultura, ambiental y estimular la participación activa de la familia dentro su entorno.

- **Actividad N° 3-Video debate**

“Consecuencias del cáncer de cuello uterino dentro de la familia y el entorno social”

La actividad de video debate estuvo dirigido a las consecuencias del cáncer de cuello uterino con dentro la familia y el entorno social, el cual tuvo como objetivo sensibilizar con respecto a la importancia de la prueba del PAP como medida de prevención del cáncer de cuello uterino y las consecuencias que conlleva tanto médicas, familiares y sociales. La población con la que se trabajó fueron mujeres en edad fértil inscritas al Bono Juana Azurduy y sus parejas quienes acuden al centro de salud Villa Dolores.

El video debate es una técnica que posibilita abordar diversos temas haciendo críticas y/o análisis de las situaciones que se desarrollan mediante la proyección de un video siendo de gran utilidad para realizar análisis de la realidad social, en este caso analizar la situación del cáncer de cuello uterino en la ciudad de El Alto donde los índices están subiendo por muerte a causa de este cáncer. Esta técnica ha coadyuvado a la auto-reflexión de los participantes

después de haber vistos casos reales presentados en el video, ya que esta enfermedad no solo conlleva consecuencias biológicas sino tiene una repercusión en la dinámica familiar y provoca reacciones múltiples en una mujer con cáncer de cuello uterino tales como angustia, miedo, preocupación y dolor.

A pesar de que actualmente el cáncer no debe ser sinónimo de muerte, y de que en muchos casos se convierte en una enfermedad crónica que se puede curar, esto supone una carga emocional de gran impacto en las pacientes y sus familias desde el momento en el que se tiene la sospecha. Indican que falta esa comunicación en pareja.

Como resultado de esta actividad se logró una participación de 34 mujeres en edad fértil y 3 parejas. Al finalizar la actividad hubo participación de mujeres que dieron a conocer su manera de pensar sobre el tema indicando la importancia que tiene la realización de la prueba del PAP para sus vidas así también la intervención de los esposos que explicaron por qué las mujeres deben realizarse esta prueba e indicando estar más interesados de este tema y así poder ser un apoyo para sus esposas.

- **Actividad N° 4- Taller de capacitación sobre violencia y la ley 348**

- **“Aprendamos a decir no a la Violencia”**

Este taller de capacitación sobre la violencia y la ley 348 estuvo denominado como “Aprendamos a decir NO a la violencia” el cual tuvo como objetivo generar la reflexión y el análisis en las mujeres en edad fértil y sus parejas sobre las consecuencias que conlleva la violencia en el entorno familiar, con la población que asiste al centro de Salud Santiago I, que fueron mujeres en edad fértil inscritas en el programa Bono Juana Azurduy. Siendo partícipes 40 mujeres en edad fértil.

La violencia contra la mujer surge en una sociedad fundada en el patriarcado donde se puede señalar que cada acto que realiza un sujeto enmarcado en un contexto social que funciona como un recurso de solución de conflictos. La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres, en la mayoría de los casos imposibilitando a la mujer el acceso a un servicio de salud poniendo en riesgo su vida

Al haber desarrollado esta actividad donde también se puso en conocimiento sobre la Ley 348 que “*garantiza a las mujeres una vida libre de violencia, tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores*”(2013, Art. 2) tanto mujeres como hombres que acudieron en compañía de sus parejas, se logró que tanto mujeres y hombres tengan la capacidad de diferenciar los tipos de violencia que se diferencian en la Ley 348, y como deben actuar ante un acto de violencia a los derechos sexuales y reproductivos

- **Actividad N° 5-Grupo focal**

“Derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque de género”

El tema que se desarrolló en esta técnica fue Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con enfoque de género el objetivo que se planteó para esta actividad fue generar un espacio de diálogo respetando las opiniones, saberes, vivencias y emociones para que exista un aprendizaje mutuo sobre derechos sexuales y reproductivos con igualdad de género y el fortalecimiento para la capacidad para actuar y tomar decisiones en pareja.

Siendo la población participante la que asiste al Centro de Salud 12 de octubre, 15 mujeres en edad fértil en el programa Bono Juana Azurduy y sus parejas

El centro de salud 12 de octubre es pequeño y tiene poca afluencia de personas lo que dio poca participación, 18 fueron las personas incluidas y 3 parejas, sin embargo, esta actividad se desarrolló de manera positiva ya que se formó 2 grupos focales con cuales trabajaron y tuvo un resultado positivo por la participación de todos.

Por tanto, el desarrollo del grupo focal tanto mujeres y hombres llegaron a reconocer que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a la salud, a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia, juntamente con su pareja.

Un aspecto importante y llamativo fue el resultado que se obtuvo de la participación de 15 mujeres en edad fértil entre ellas la presencia de la autoridad local de salud la Sra. Emma Rivera y 3 parejas, si bien en esta actividad fueron pocos se logró la participación de todas

estas personas construyendo un espacio bastante dinámico y activo ya que los esposos fueron quienes tomaron el papel de líderes en los dos grupos de trabajos y estos incentivaron a los integrantes de sus grupos a participar, desenvolviéndose de una manera positiva donde al momento de participar en la plenaria fueron los esposos quienes lo hicieron, vale decir que si bien hubo predisposición por parte de las mujeres también se mostraron tímidas e introvertidas al momento de exponer de forma oral, lo que demuestra que los varones generaron mayor participación.

- **Actividad N° 6-Foro debate**

“Por ti y tu familia previene el cáncer cuello uterino, con educación y responsabilidad haciéndote la prueba de Papanicolaou”

Esta actividad fue dirigida al tema Por ti y tu familia previene el cáncer de cuello uterino, con educación y responsabilidad haciéndote la prueba de Papanicolaou el cual planteó como objetivo rescatar los principales puntos de los temas desarrollados en las anteriores actividades, para poder sensibilizar y generar el compromiso en las mujeres en edad fértil y sus respectivas parejas en cuanto a cada tema desarrollado, siendo así que se trabajó con mujeres en edad fértil inscritas en el programa Bono Juana Azurduy de los centros de Salud.

- Santiago I, 12 de Octubre y Materno Infantil Villa Dolores.
- 40 mujeres en edad fértil y 7 parejas

Autoridades locales de salud de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1.

- Lic. Gladys Portanda Trabajo Social de RBH
- Lic. Jheny Quelca de la Fundación IPAS
- Dra. Sonia Macuaga Directora del Centro de Salud 12 de Octubre
- Lic. Delia Callisaya Trabajadora Social del Hospital Corea

La última actividad llevada a cabo con mujeres, donde se logró contar con la presencia de expertos en los temas de Violencia Sexual, PAP, Derechos Sexuales y Reproductivos y la Ruta de Tratamiento en caso de la presencia de lesiones, se logró retroalimentar los conocimientos de los participantes que siguieron constantemente en el desarrollo de las actividades así también como brindar la información pertinente a nuevas personas que se apersonaron a esta actividad donde se vieron más parejas que participaron de manera activa. Fue importante enlazar los temas de la violencia ya que el impedimento al acceso a un

servicio de salud en la mujer es un acto de violencia ya que atenta con su vida y siendo el PAP una medida de prevención del cáncer cuello uterino siendo importante que la mujer acceda a este servicio y el acompañamiento de la pareja mostrando que no hay barrera alguna que impida el bienestar de la mujer, la pareja y la familia, más al contrario, la pareja esté informada sobre cómo es la realización del PAP, que es lo que previene y que es lo que procede ante la presencia de alguna lesión.

4.4.3.1. Fase de evaluación-Resultados del proyecto

- **Resultados obtenidos en relación a la efectividad del proyecto**

En esta última fase se realizó la evaluación del proyecto socioeducativo participativo tomando en cuenta la dimensión de efectividad del proyecto iniciando con un análisis de los objetivos planteados.

De acuerdo al objetivo general:

Impulsar a la realización de la prueba del Papanicolaou como medida de prevención de cáncer cuello uterino descartando todo tipo de prejuicios que reflejan las mujeres en edad fértil y sus parejas para coadyuvar en el aumento de la cobertura de la toma de muestra de PAP en los centros de salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre pertenecientes a la RBH.

Los resultados fueron los siguientes:

- A nivel institucional aumento la cobertura en los centros de salud 12 de octubre de 144 pruebas realizadas en el primer semestre del año a 288 pruebas realizadas hasta el segundo semestre del año.
- El proyecto estuvo guiado por el enfoque SANEBa que permitió generar en las mujeres en edad fértil competencias, conocimiento y actitudes como ser interés, responsabilidad y compromiso, reflejadas en la demanda de la prueba de Papanicolaou que se dio en cada centro de salud contemplados en el proyecto, sin embargo, la falta de insumos para la realización de la prueba de PAP fue la mayor limitación que atravesó el proyecto.
- Se logró que las mujeres incentiven a sus parejas en la participación de las actividades, reflejado en el acompañamiento de la pareja a las actividades y en la realización de prueba de PAPÁG.

Las barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou es el problema que se enfrentó con la implementación del proyecto socio educativo participativo “Construyendo una vida sin barreras para prevenir el cáncer de cuello uterino”, este problema conllevó a las bajas coberturas del servicio de PAP en los centros de salud Santiago I, 12 de octubre y Villa Dolores.

Los beneficiarios del proyecto fueron mujeres en edad fértil y parejas que acudieron a los centros de salud ya mencionados, para la operacionalización y llegar al cumplimiento del objetivo del proyecto se utilizó la metodología participativa y la aplicación del enfoque SANEBA, que permitió profundizar los conocimientos, impartiendo aportes teóricos conceptuales con enfoque de género, a medida que se fue incrementando el grado de interés por parte de las y los participantes, se utilizaron técnicas participativas de diálogo, lluvia de ideas, plenarias, técnicas de evaluación con la finalidad de sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la prueba de PAPÁG.

En el proceso metodológico del enfoque SANEBA el sujeto es considerado como centro del proceso activo de construcción del conocimiento, que se realiza a través de la comunicación y el diálogo de saberes, en aras de la formación de personalidades plenas, protagonistas de sus propias vidas, preparadas para ejercer sus derechos ciudadanos, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo al primer objetivo específico los resultados logrados fueron los siguientes:

Promover procesos educativos con participación activa de mujeres en edad fértil y de sus parejas, para sensibilizar sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou como medida de prevención del cáncer de cuello uterino

- Se creó un espacio de participación para las mujeres en edad fértil y sus parejas visualizando temas del autocuidado de la salud.
- Se logró concretar las actividades que se planteó en el proyecto educativo participativo, con una participación considerable de mujeres lo cual sobrepasó la meta trazada de 35 mujeres en edad fértil y sus parejas por actividad, con relación a la participación de parejas en las actividades no se logró la meta de 35 parejas,

sin embargo, los hombres fueron los que más interés mostraban sobre los temas abordados.

- La participación de mujeres en edad fértil fue activa en cada una de las actividades contempladas en el proyecto llegando a un promedio de 40 mujeres en edad fértil y 5 parejas por actividad.

El objetivo se cumplió gracias a la implementación de la metodología aplicada con vistas de lograr una participación activa, dado que los procesos educativos tiene la finalidad de transmitir información conceptual teórica que permitió desechar las percepciones erróneas que se identificaron en el diagnóstico temático, él logró de la eficacia del proyecto y lograr el cumplimiento del objetivo del proyecto se impartió conocimientos básicos acordes sobre PAP, derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de género.

El trabajo realizado con grupos de mujeres en edad fértil y sus parejas llevo a que las estudiantes de trabajo social identifiquen mujeres con liderazgo y poder de decisión para poder incidir en ellas y lograr una comunicación e incentivo en las mujeres que presentan una personalidad introvertida y así motivarlas a que participen en las dinámicas y técnicas aplicadas.

Es importante destacar que, si bien el proyecto prioriza su atención en la mujer, se desarrolló procesos de inclusión del sexo masculino, promoviendo la equidad de género en una lógica de los derechos humanos, donde todos somos iguales ante la ley.

De acuerdo al segundo objetivo específico

Sensibilizar no solo a la mujer sino también a su pareja acerca de la importancia de la realización del examen de Papanicolaou y de los riesgos que conlleva no realizarse no solo para la madre sino también para toda la familia.

- La participación de las mujeres si bien fue una participación activa desde el inicio de las actividades contempladas en el proyecto, no fue de la misma forma por parte de la pareja, sin embargo se logró motivar su participación donde en la última etapa del proyecto ha sido más activa porque sus esposas han influido en que participen como un requisito para ser atendidos en lo que contempla el programa del Bono Juana Azurduy, lo cual fue una estrategia que se utilizó debido

a que la prueba de Papanicolaou como medida de prevención del cáncer de cuello uterino no solo es un tema que se debe abordar con mujeres si no es un tema de pareja.

- Como resultado positivo fue que hubo mayor participación de mujeres en edad fértil, sin embargo, no fue así por parte de sus parejas.
- En las visitas domiciliarias realizadas se pudo abordar los temas con más precisión, generando en la pareja una mejor comprensión, vale decir que hubo mayor interés y mayores opiniones sobre el tema por parte de las parejas que de las mujeres entrevistadas.

El tema de Papanicolaou no solamente es un tema que deben abordar las mujeres en edad fértil sino también sus parejas, vale decir que es un carácter prioritario dentro de la salud sexual y reproductiva; tanto hombres como mujeres dentro de la igualdad de género que implica la idea de que *“todos los seres humanos, hombres y mujeres, son libres para desarrollar sus capacidades personales y para tomar decisiones”* pueden lograr el ejercicio de sus derechos, sin embargo en la sociedad se asignan comportamientos establecidos tanto para hombres como para las mujeres, donde el efecto más directo es la división sexual del trabajo, fenómeno claramente observable que se expresa en la concentración de las mujeres en las tareas de reproducción en el ámbito familiar.

Es por ello que el proyecto socio educativo participativo buscó sensibilizar no solamente a la mujer en edad fértil, sino también hacer partícipe a la pareja en las actividades contempladas en el proyecto, vale decir, que la finalidad de este objetivo propuesto es intentar lograr un cambio de pensamiento en el varón y así puedan como pareja tomar la decisión de manera libre, responsable e informada sobre su sexualidad

Donde a la vez la pareja deseche esa construcción cultural de que la mujer es de su propiedad y donde el solamente puede tomar decisiones con respecto al cuerpo de la mujer y al control social y masculino de la sexualidad femenina, para lo cual se abordó los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos, la importancia de la comunicación asertiva dentro la relación de pareja, conocer los objetivos vitales de la pareja o conyugue, sus preocupaciones y sus esperanzas como la capacidad de sobrellevar posibles dificultades que se presente en la vida conyugal.

Fue muy necesario para el logro del objetivo identificar gracias a la metodología participativa, las experiencias de vida de las mujeres en edad fértil y sus parejas, lo cual fue fundamental a la hora de planificar el abordaje socioeducativo del proyecto y la promoción de la salud sexual y reproductiva y también lo es a la hora de promover el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos.

De acuerdo al tercer objetivo específico:

Motivar a una actitud reflexiva en las mujeres en edad fértil y a sus parejas para la prevención del cáncer cuello uterino y así puedan poner en primer lugar el cuidado de la salud.

Es indudable que gran parte de las actitudes y decisiones humanas tienen que ver con la gran influencia que ejerce el ambiente externo y en el que están inmersos una gran variedad de factores sociales, culturales, donde la decisión de cuidar la salud de uno mismo sigue esta influencia y lleva a las mujeres en edad fértil y sus parejas desarrollar percepciones erróneas que influyen en la no realización de la prueba de PAP y llegar a una tardía detección del cáncer de cuello uterino.

Para lo cual el proyecto logro una actitud de reflexión sobre la importancia de la prueba de PAP y también identificar los aspectos institucionales que obstaculizan a las mujeres al acceso del servicio de PAP en los centros de salud priorizados

➤ **Resultados obtenidos en relación a la eficiencia del proyecto**

Desde una perspectiva objetiva el proyecto socioeducativo participativo “Construyendo una vida sin barreras” no fue eficiente en la planificación del presupuesto debido a que los costos utilizados para el proyecto no fueron óptimos, vale decir que el monto requerido sobrepasó el presupuesto programado. Lo que llevó a un déficit en el ingreso económico de las estudiantes que ejecutaron el proyecto.

Cabe mencionar que, si bien no alcanzó y fue una limitante, se logró superar estos obstáculos para dar continuidad a la ejecución del proyecto.

La eficiencia del proyecto está referido a los recursos (humanos y materiales) disponibles que fueron utilizados en la ejecución del proyecto, el monto asignado fue de Bs. 1300 que no llegó a cubrir todos los gastos en cuanto a refrigerio, canastones, materiales de

escritorios, etc., sin embargo ante la necesidad de continuar con la ejecución del proyecto se aumentó el monto asignado mismo sirvió para cumplir el objetivo propuesto en el proyecto y sea alcanzado de forma eficaz, vale decir que todo lo utilizado en la realización de las técnicas grupales permitieron el éxito del proyecto.

4.5. Metodología implementada en el Proyecto

El desarrollo metodológico de proyecto fue realizado a través del enfoque SANEBA el cual se caracteriza por tomar en cuenta diversos momentos que se articulan entre sí, se partió de un estudio diagnóstico, planificación de situación de aprendizaje, ejecución y evaluación.

El proceso que siguió el enfoque SANEBA inicio desarrollándose con la Identificación de las Necesidades Humanas la cual surge del resultado del Diagnóstico Temático sobre las condicionantes que conllevan a las bajas coberturas de la toma de muestra del Papanicolaou, que de acuerdo a la priorización del problema que se abordó en el proyecto son las barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la toma de muestra del Papanicolaou.

Así también se realizó la identificación de desempeños, competencias, dominios y capacidades, el cual hizo referencia al perfil de desempeño que es el conjunto de competencias que debieron adquirir los participantes al finalizar el proyecto esta se elaboró en relación al problema y los temas abordados en la adquisición de competencias fueron:

- Un momento para hablar del PAP
- Consecuencias del cáncer de cuello uterino dentro del entorno familiar y social
- Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con enfoque de Género.
- Aprendamos a decir no a la Violencia
- Por ti y tu familia previene el cáncer de cuello uterino con educación y responsabilidad, haciéndote la prueba de Papanicolaou.
- La pareja un espacio de crecimiento personal y social cuando se vive de manera responsable sobre la base del amor y el respeto mutuo.

De la misma manera las competencias fueron:

- Conocen la importancia de la prueba de Papanicolaou
- Comprenden las consecuencias dentro del entorno familiar y social que conlleva una tardía detección del cáncer de cuello uterino

- Menciona sus derechos sexuales y reproductivos para asumir un comportamiento responsable con igualdad y tomar decisiones para una sexualidad responsable.
- Identifican los diferentes tipos de violencia.
- Generar el compromiso en las mujeres en edad fértil y sus parejas en el autocuidado de la salud.
- Las mujeres en edad fértil y sus parejas tiene una comunicación más fluida sobre el cuidado de la salud.

El proyecto tuvo un carácter participativo, dentro de los procesos educativos se considera a la población como productora de información ya que los participantes son portadores de conocimientos, intereses y motivaciones, es decir, poseen una historia y una experiencia propia.

El proyecto educativo participativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” estuvo orientado en base al enfoque educativo SANEBA, que tiene como finalidad la adquisición de competencias para la superación de una situación encaminada a transformar su realidad, así también el proyecto está focalizado en que las mujeres en edad fértil y sus parejas puedan adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para que tengan una autogestión en lo que refiere el cuidado de la salud.

Se vio conveniente y oportuno basarnos en el Enfoque SANEBA por que se pretendió generar en las mujeres una conducta concreta de autocuidado de la salud y con el aporte teórico desechar las percepciones erróneas tanto de las mujeres en edad fértil y sus parejas con relación a la prueba de Papanicolaou, vale decir que este enfoque parte de la analogía de que el aprendizaje humano es siempre una construcción interior relacionado con la situación que le ha tocado vivir a la persona y su aprendizaje teórico, así también hace énfasis en que nunca se parte de cero sino siempre de conocimiento previos.

Para llegar a los objetivos trazados en el proyecto era importante generar en las mujeres en edad fértil y sus parejas competencias, conocimientos y actitudes que lleven a incrementar las bajas coberturas en los centros de salud con respecto al servicio de Papanicolaou donde no solo basta tener un conocimiento, sino también es muy importante que la persona en base a ese conocimiento adquirido tome conciencia de su salud y se realice la prueba de Papanicolaou, vale decir que la intervención social fue para generar un cambio en

las percepciones erróneas que tienen las mujeres en edad fértil y sus parejas sobre la prueba de PAP, así también un cambio de actitud.

Es por ello que la implementación del enfoque SANEBA en el proyecto educativo – participativo, condujo a una acertada intervención social al problema identificado en el diagnóstico temático: “Barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la toma de muestra de la prueba del Papanicolaou”, que permitió realizar actividades donde no solo se les proporcionó conocimientos teóricos sino hubo una reflexión por parte de los participantes del proyecto, sobre la importancia de la toma de muestra del Papanicolaou en base a sus experiencias, a fin de que adquieran desempeños y competencias indispensables para vivir y desarrollarse como personas y como pareja.

El proyecto en base al enfoque SANEBA pretendió un cambio de conducta en las mujeres en edad fértil y sus parejas basado en la adquisición de competencias adecuadas al autocuidado de la salud, donde al satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje, dio como resultado la priorización de su salud y la de su pareja no solo con querer informarse más sobre el tema sino también acudieron a los centros de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou.

Ahora bien, el proyecto educativo participativo si bien estuvo enfocado en parejas, no se logró concretar la participación al 100% de las parejas como se planteó en las metas, esto puede deberse a un tema más enfocado en el funcionamiento familiar, es decir, que la pareja cumple con su rol de proveedor de recursos económicos por lo que tiene que trabajar todo el día para generar ingresos económico, este argumento se manifiesta porque se entrevistó algunas de las participantes, mismas que indicaron que la ausencia de su pareja es porque se encontraba trabajando.

Para lograr las competencias que establece el enfoque SANEBA se planificaron y desarrollaron actividades dirigidas especialmente a las parejas, donde en cada actividad se formuló competencias para los participantes y para verificar la adquisición de competencias se desarrolló dinámicas de evaluación para verificar si se cumplió con lo trazado.

Si bien este enfoque ayudó a alcanzar los objetivos y metas trazados en el proyecto, no fue del 100 % en su totalidad; es decir, el tiempo de ejecución del proyecto no fue suficiente para generar en las mujeres un cambio de actitud con respecto a la sexualidad como de sus

parejas, vale decir que no se puede lograr un cambio en pensamiento de la noche a la mañana, la sociedad construye a la mujer con roles de género establecidos donde por lo general se ve a la mujer con un rol de reproducción enfocado en lo privado y al hombre en el ámbito de lo público.

Las competencias que se pretendió lograr en las mujeres fue que: Conozcan la importancia de la prueba de Papanicolaou, que comprendan las consecuencias dentro del entorno familiar y social que conlleva una tardía detección del cáncer de cuello uterino, que menciona sus derechos sexuales y reproductivos por lo menos 3, que identifiquen los diferentes tipos de violencia y generar en la pareja una comunicación más fluida sobre los temas abordados.

Estas competencias trazadas y la adquisición de las mismas, se identificó al momento de que las mujeres en edad fértil y sus parejas realizaron las plenarias donde expresaron todo lo aprendido, cabe hacer notar que como medio de verificación de lo aprendido están los materiales que desarrollaron en cada evaluación de la actividad.

En las actividades que se desarrolló en el proyecto educativo participativo se utilizó diferentes técnicas grupales que se eligieron de acuerdo a la actividad y el tema abordado, las cuales fueron implementadas por las estudiantes de Trabajo Social, tanto técnicas como dinámicas para generar una mayor participación en las mujeres en edad fértil y sus parejas lo cual facilitó el desarrollo de un clima de confianza, despertó el interés por el trabajo en grupo, ayudó a compartir los conocimientos y las experiencias de cada uno.

Mediante la técnica de presentación se logró conocer mejor a los participantes, conocer información personal, donde los participantes se mostraron flexibles, pero con una actitud introvertida cuando se presentaron ante los demás participantes.

Así también mediante la técnica de análisis logró generar nuevos espacios de participación donde las mujeres en edad fértil y sus parejas expresaron sus conocimientos y también adquiriendo nuevos conocimientos teóricos. Las opiniones se expresaron con independencia lo cual generó una retroalimentación

Se logró rescatar las propuestas desde la perspectiva femenina sobre la salud sexual y reproductiva, problemáticas y demandas por las que atraviesan cada centro de salud y cada

zona, vale decir que los problemas y la propuesta identificada por las mujeres fueron plasmados y presentados ante las autoridades locales de salud y posteriormente en la sub mesa de salud del distrito 1 de la ciudad de El Alto.

Por otro lado, desde el perfil profesional de trabajo social se destaca la importancia del trabajo social en la garantía de los derechos humanos fundamentales al intervenir en problemas sociales. Se enfatiza que la política social y los proyectos sociales deben asegurar el acceso a los derechos humanos, ya sean individuales o colectivos. Además, se señala que, desde la sociedad civil, los proyectos están orientados hacia la exigibilidad de garantizar estos derechos, lo que asegura la sostenibilidad de las medidas implementadas y su impacto en las poblaciones con las que se trabaja. Esto abarca desde funciones asistenciales hasta acciones preventivas y promocionales, destacando la variedad de enfoques y estrategias utilizadas en el trabajo social para abordar diferentes necesidades y problemáticas sociales.

Dentro de las funciones y competencias en el trabajo social deben desarrollarse tanto durante la formación como en la práctica profesional, y no deben ser estáticas, sino que deben adaptarse a los cambios en la realidad social. Además, las funciones y competencias se basan en un sistema disciplinario que incluye conocimientos, procedimientos, herramientas y principios éticos ya definidos, siendo así que las funciones de trabajo social son 6 y dentro de este proyecto enfatizamos la educación social como función principal siendo así que la educación social dentro del ámbito no formal, es una herramienta empleada por el Trabajo Social para abordar problemáticas sociales relacionadas con la vulneración de derechos fundamentales.

Su objetivo es promover la construcción de nuevos conocimientos y empoderamiento para exigir derechos, así como para ejercer vigilancia y control social. Se enfatiza en que este proceso educativo involucra a personas, grupos, familias, comunidades y organizaciones, y se lleva a cabo mediante modalidades activo-participativas.

Estas modalidades permiten que los participantes, basándose en sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades, promuevan procesos educativos que influyan en su conciencia y práctica respecto a asuntos de interés social y colectivo.

El proyecto desarrollado fue realizado bajo esta concepción de la educación social el cual nos indica que el proyecto “Construyendo una vida sin barreras para prevenir el cáncer”

tuvo como impacto al accionar profesional la aceptación de las mujeres a la realización de la prueba de Papanicolaou, al seguimiento para el recojo de las pruebas ya realizadas, al cambio ideológico de la percepción que tenían anteriormente sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou, ya que con todas las acciones realizadas mediante las actividades desarrolladas se obtuvieron resultados alentadores al finalizar el proyecto.

4.6. IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROYECTO SOCIOEDUCATIVO

Según el plan de estudios de la carrera de trabajo social 2019-2023 establece al perfil profesional

Como profesionales de cambio, personalidad humanista, innovador crítico-propositivo y comprometido con el accionar social, dinámico, reflexivo, conocedor de la realidad, potencializador de las capacidades de los seres humanos, facilitador de procesos en los ámbitos urbano y rural, con el auxilio teórico y metódico de los diferentes campos del conocimiento involucrado con una disciplina y profesión, que básicamente tiene que ser poseedor y capaz de desarrollar, aplicar e innovar los siguientes conocimientos y propósitos en los siguientes campos de desempeño y otros emergentes.(Pag.118)

Los elementos de este perfil profesional son el objeto profesional, los objetivos de la profesión, las funciones del trabajo social y la transversal de ética, con los cuales se realizará un análisis con el perfil profesional y el proyecto implementado.

El objeto profesional

Ha constituido una preocupación desde hace décadas para el Trabajo Social, los diferentes colectivos de profesionales y la propia academia realizan esfuerzos por llegar a una concreción de los límites conceptuales que permitan desarrollar conocimientos y estrategias de intervención, así como el trabajo desde la inter y transdisciplinariedad. Se define al problema social como objeto de intervención y conocimiento (Plan de estudios, Trabajo Social 2019-2023 UMSA. Pág. 119).

Entendiendo al objeto de la profesión como al problema social en este caso el problema social que fue objeto de nuestra intervención es el cáncer de cuello uterino.

El objetivo profesional

Reflexionando sobre la identidad propuesta para el Trabajo Social, se propone un objetivo que permita observar las competencias y capacidades de la profesión.

Trabajo Social es una profesión que construye conocimientos y estrategias de intervención social, que permiten el diseño, gestión y evaluación de proyectos y políticas sociales, a través de enfoques críticos, éticos y políticos, dirigidos a encarar

el problema social y promueven la garantía de derechos, lo cual genera condiciones para el bienestar social.

Este objetivo se plasmó de la siguiente manera, realizando el levantamiento de investigación para realizar el diagnóstico temático el cual nos dio lugar a la identificación de problemas y priorización del problema, en este caso fue las “Barreras culturales por parte de las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la prueba del Papanicolaou” posteriormente se realizó acciones de prevención y de intervención del problema, mediante las actividades ejecutadas en el proyecto “Construyendo una vida sin barreras para prevenir el cáncer de cuello uterino” esto con el fin de sensibilizar a las mujeres en esta temática y para que ellas puedan acceder a la prueba del Papanicolaou o retornar a la institución para conocer los resultados de las pruebas del PAP, dando así como resultado el cuidado de su salud.

Funciones del Trabajo Social

De las 6 funciones de Trabajo Social solo 3 fueron desarrolladas en este proyecto las cuales fueron:

Investigación Social entendida como:

La investigación es la función que permite el conocer, pero el conocer posible de lo diverso, y el conocer posible de lo trascendente, por ello puede tener fines teóricos metodológicos, políticos y prácticos. La investigación social como un “requerimiento” de la disciplina social, por tanto, se hace necesario promover conocimientos para la explicación, interpretación, descripción de la realidad social, así también para su intervención, relacionarse con la complejidad social que define nuestro objeto de intervención y conocimiento. (Plan de estudios, Trabajo Social 2019-2023 UMSA. Pág. 122).

La investigación fue aplicada a través de la construcción del diagnóstico temático el cual se realizó a partir de entrevistas y encuestas que fueron aplicadas a las participantes.

Educación Social entendida como

El Trabajo Social desarrolla una educación en el ámbito no formal, por tanto, la educación que se realiza está destinada al tratamiento de problemáticas sociales por vulneración de derechos fundamentales, el propósito es promover la construcción de nuevos conocimientos y empoderamiento para la exigibilidad de derechos, vigilancia y control social, entre otros. Es el proceso de enseñar y aprender en el que participan personas, grupos, familias, comunidades, organizaciones y otros, bajo modalidades activo-participativas que, partiendo de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades, promueven procesos educativos que tienen incidencia

directa en la conciencia y en la práctica de las personas con relación a asuntos y fines de interés social y colectivo.

La educación social fue aplicada a través de la implementación del proyecto socioeducativo participativo este con la finalidad de sensibilizar a las mujeres la importancia de la realización de la prueba del Papanicolaou esto se realizó a través de diferentes actividades y técnicas, el cual estuvo guiado mediante una metodología y el enfoque SANEBA. Sin dejar atrás que en esta función se realizó material educativo para cada actividad desarrollada.

Gestión Social entendida como:

La gestión social no puede ser reducida a la administración como disciplina que organiza, administra estructuras institucionales y organizacionales. Es importante centrar nuestra atención en la gestión de la vida social, es decir a través de esta función el Trabajo Social, debiera promover inclusión social y procesos participativos ciudadanos, así como el control y la vigilancia social; en concreto diseñar procesos de gobernanza⁴³. Carmen Sánchez señala, ... no se concibe sólo como una función y proceso privativo del profesional, sino que emerge la necesidad de la transferencia técnica de la gestión social a los sujetos sociales. Supone la construcción de espacios para la interacción social y la concurrencia participativa de los diversos actores sociales. La gestión social, vista desde esta perspectiva requiere de una dimensión política al incidir en sistema de poder y de decisión e involucrar en diferentes niveles la participación en la gestión social del desarrollo.

Relacionado a la coordinación interinstitucional, diseño, organización, planificación, ejecución y evaluación del proyecto socioeducativo ya que este siguió todos los pasos de la ejecución de un proyecto iniciando desde la motivación, hasta concluir con una evaluación del proyecto.

Con las **transversal de ética** estos valores posibilitaron el desarrollo de este proyecto

		Ética
Igualdad		Compromiso
Justicia social	con	Interculturalidad
Derechos humanos		Inclusión social
		Trabajo en equipo

CAPÍTULO V

HALLAZGOS Y LECCIONES APRENDIDAS

5.1. HALLAZGOS

El presente capítulo establece los principales hallazgos y lecciones aprendidas sobre el proyecto socio educativo implementado acerca de la toma de muestra de la prueba del Papanicolaou es así que resalta lo siguiente:

- La sistematización de la experiencia “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino”, dirigido a mujeres en edad fértil y sus parejas, generó un gran interés por parte de los participantes que asistieron a las actividades del proyecto, mismas identificadas en el “Programa Bono Juana Azurduy” siendo estos actores quienes participaron de las distintas actividades desarrolladas en los centros de salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la ciudad de El Alto.
- El interés y la participación de las mujeres en la etapa de la elaboración del diagnóstico como en la etapa del desarrollo del proyecto hasta su conclusión fue un aspecto positivo, tomando en cuenta que la temática desarrollada es de vital importancia para este grupo de mujeres ya que la información brindada fue adecuada e importante para la concientización a la realización de la prueba del Papanicolaou
- Si bien las barreras culturales como ser los prejuicios de la pareja, el ejercicio de poder por parte de la pareja, el machismo, la falta de interés de las mujeres en edad fértil, la inexistencia de servicios de información sobre la prevención de CACU, es una problemática complicada de cambiar, sin embargo se logró generar cambios a través de sesiones educativas, talleres, ferias, foro debate y visitas domiciliarias, que permitieron el cambio en la mentalidad de la mujer y el hombre acerca de la igualdad de género, de la importancia que se le debe dar a la mujer, que si bien a la mujer se le asigna el rol de ama de casa, ellas también son sujetos de derecho y se debe dar la importancia necesaria y adecuada al cuidado de su salud y para este proceso la pareja es un apoyo fundamental cabe mencionar

que la participación de las mujeres y las parejas fue vital en el desarrollo de todo el proceso socioeducativo del proyecto.

- Los procesos desarrollados durante la ejecución del proyecto fueron pertinentes en relación a las características de los participantes, en tanto el proceso de sensibilización e información partió de los conocimientos empíricos de las mujeres y sus parejas que conllevan a una actitud reflexiva sobre las consecuencias sociales de una tardía detección del CACU, se complementó sus conocimientos a través del proceso socioeducativo participativo de manera positiva.
- Asimismo cabe mencionar que sí, se cumplió con el objetivo propuesto en el proyecto socioeducativo- participativo que era “El Impulsar a la realización de la prueba del Papanicolaou como medida de prevención del cáncer cuello uterino descartando todo tipo de prejuicios que reflejan las mujeres en edad fértil y sus parejas para coadyuvar en el aumento de la cobertura de la toma de muestra de Papanicolaou en los Centros de Salud Villa Dolores, Santiago I y 12 de Octubre pertenecientes a la Red de Salud Boliviano Holandés”
- De acuerdo al indicador de impacto la cobertura en los centros de salud en el servicio del PAP si se logró aumentar, a raíz de la implementación del proyecto, si bien no fue al 100% esto por problemas institucionales ya que una de las dificultades en cuanto a la realización de la prueba del PAP en los centro de salud Villa Dolores y Santiago I fue por falta de insumos para la realización de dicha prueba, esta situación obstaculizó de cierta manera el aumento de coberturas de este servicio
- La sistematización desarrollada del proceso socioeducativo del proyecto desarrollado indica que es realmente de gran importancia tratar este tipo de temáticas en los centros hospitalarios para el conocimiento de las mujeres en relación a importancia de la toma de muestras del Papanicolaou así para prevenir o tratar el cáncer cuello uterino
- Es rescatable las actitudes y decisiones de las mujeres que tienen que ver con la gran influencia que ejerce el ambiente externo y en el que están inmersos, una gran variedad de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y políticos,

entre otros. La decisión de cuidar la salud de uno mismo, no escapa a dicha influencia y a la interacción de la mujer con los múltiples factores del entorno social.

5.2. LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones aprendidas se refieren a los aspectos negativos, que sirven de lección para corregir o aspectos positivos que se pueden replicar de todo el proyecto socio educativo desarrollado.

- El proyecto socioeducativo desarrollado construyendo una vida sin barreras dirigido a mujeres dentro de los centros de salud materno infantil que fue orientado mayormente a comprender la importancia del Papanicolaou como forma preventiva del cáncer cuello uterino, ha demostrado ser de gran importancia si se pretende llegar a una población más amplia
- Otro factor importante que se debe tomar en cuenta es el tiempo de las estudiantes ya que fue un limitante para el buen desarrollo del proyecto siendo este insuficiente para realizar todas las actividades planificadas, como también el tiempo de las mujeres participantes ya que estas por motivos laborales no siempre estaban presentes.
- El proyecto socioeducativo Construyendo una vida sin barreras no fue eficiente en la planificación del presupuesto debido a que el costo utilizado para el proyecto no fue óptimo, vale decir que el monto requerido sobrepasó el presupuesto lo cual llevó a un déficit en el ingreso económico de las estudiantes que ejecutaron el proyecto, cabe mencionar que se logró superar estos obstáculos para dar continuidad a la ejecución del proyecto.
- Es importante continuar con proyectos dirigidos a mujeres con esta temática, porque permite obtener nuevos conocimientos sobre la importancia de PAP, así mismo se logra prevenir o atender oportunamente el cáncer cuello uterino.
- Un aspecto importante es implementar este tipo de proyectos socioeducativos en diferentes redes de salud y centros de salud, con el objetivo de que las mujeres

participen en las actividades desarrolladas y de esta manera obtengan mayor conocimiento sobre la importancia del cuidado de su salud.

- Dentro el desarrollo del proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barreras para prevenir el cáncer” se identificó el poco interés por parte de autoridades vecinales por lo cual se vio necesario insistir e incluso coordinar solo con autoridades locales de salud.

5.3. CONCLUSIONES

5.3.1. En relación a la problemática

El presente capítulo establece las conclusiones sobre la sistematización de la experiencia, en relación a la reconstrucción histórica del proyecto socioeducativo “CONSTRUYENDO UNA VIDA SIN BARRERAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO” una experiencia desarrollada con mujeres y parejas en la gestión 2017 en la Red de Salud Boliviano Holandés distrito 1 de la ciudad de El Alto es así que se resalta las siguientes conclusiones.

- El cáncer de cuello uterino era una de las causas más comunes de muerte por cáncer en las mujeres del mundo. La tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino disminuyó significativamente con el aumento del uso de la prueba del Papanicolaou (esta prueba identifica cambios en el cuello uterino antes de que se origine un cáncer, también puede hallar el cáncer cervical a tiempo cuando es pequeño y es más posible de curar).
- El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible, detectable y, generalmente, curable si se diagnostica en sus estadios iniciales, la disminución de su mortalidad a partir de la introducción de la prueba de Papanicolaou es buena muestra de ello.
- Una tasa nacional elevada de mortalidad por cáncer de cuello uterino es no sólo un fracaso de los sistemas de salud sino una tragedia económica, familiar y afectiva que refrenda las evidencias de una inequidad social.
- La prevención a través de la educación sexual y la importancia del PAP, dirigida a mujeres en edad fértil es la base para evitar futuras conductas de riesgo.

- Hoy en día, el cáncer de cuello de útero es una enfermedad prevenible y evitable gracias al conocimiento de su historia natural y al descubrimiento de su principal factor etiológico: El virus del papiloma humano. A pesar de ello, sigue siendo un reto para la salud pública, detectar y prevenir el VPH supone prevenir y evitar el CCU.
- El PAP en Bolivia es gratuita para todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, las cuales deberían realizarse la prueba una vez al año con el propósito de identificar infecciones que a la larga puedan desencadenar en cáncer de cuello uterino, sin embargo el grado de desconocimiento del Papanicolaou , el no tener la información adecuada sobre la importancia de la prueba, las percepciones incorrectas y las barreras culturales hace que los índices de la toma de muestra de PAP disminuyan a nivel nacional y local

5.3.2. En relación a la intervención de trabajo social

- La intervención profesional del Trabajador Social al interior de la red de salud Boliviano Holandés ha asumido características significativas durante el desarrollo del proyecto socioeducativo como también las estudiantes de la carrera de trabajo social que implementaron dicho proyecto a partir de la realización del diagnóstico temático.
- Las estudiantes implementaron dentro del proceso metodológico las fases de motivación, planificación, organización y evaluación las cuales fueron desarrollados según sus objetivos y acciones planificadas
- Las estudiantes de trabajo social elaboraron y aplicaron un proyecto de intervención socioeducativa, operando un conjunto de técnicas de educación social las cuales permitieron concluir con todo el proceso metodológico.
- A partir de una de las funciones de trabajo social que es la educación social, el cual indica que la educación que se realiza está destinada al tratamiento de problemáticas sociales por la vulneración de derechos fundamentales, con el propósito de promover la construcción de nuevos conocimientos a personas, grupos, familias, organizaciones y comunidades bajo una modalidad activo-

participativa que parten de sus propias necesidades, experiencias y realidades que promueven procesos educativos con relación a fines de interés social, se realizó el proyecto socioeducativo con el enfoque SANEBA siendo este un acierto en el procedimiento metodológico que desarrollaron las estudiantes de trabajo social.

- Las principales limitaciones en este proyecto fueron el tiempo con el que se dispuso para realizar tanto el diagnóstico temático como la ejecución del proyecto socioeducativo siendo el tiempo insuficiente para un mejor resultado, por otro lado, el no contar con los recursos necesarios fue de gran desventaja en el proyecto
- El área de trabajo social debe informar a las mujeres y participar en campañas educativas para fomentar hábitos de vida saludables que intervengan en los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix. Es una de las profesiones clave a la hora de sensibilizar a la población femenina sobre la importancia de realizarse las pruebas de Papanicolaou y la detección precoz del cáncer de cérvix.

5.3.3. En relación al cumplimiento de los objetivos de la sistematización

- Los objetivos de la experiencia estuvieron en función de describir el proceso vivido y analizarlo, rescatando la labor de las estudiantes de trabajador social, en ello se puede decir que la experiencia ha contado con un protagonismo preponderante en la intervención socioeducativa en las fases desarrolladas en el proceso metodológico del proyecto socioeducativo “Construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” en la red de salud Boliviano Holandés en la gestión 2017
- Es decir, los objetivos que se plantearon como ejes orientadores para recuperar el proceso de la experiencia vivida, dieron resultados para establecer la importancia de implementar proyectos con temáticas de salud, se logró describir a la población que fue participe en el diagnóstico temático como en el proyecto, se identificó que la mayoría de las usuarias del programa Juana Azurduy son menores de 35 años, además la mayoría de las usuarias se encuentra viviendo en concubinato con sus parejas, al respecto de la ocupación la más frecuente fue ser ama de casa, seguida en frecuencia por ser comerciantes , probablemente dada la edad de las usuarias, lo que pone de manifiesto y ciertamente, que el nivel de escolaridad más frecuente

alcanzado por las usuarias fue el de bachillerato, es decir la mayoría alcanzó la formación superior, así también su procedencia es del área urbana.

- Se logró identificar las fases del proceso metodológico del proyecto, como sus objetivos actividades y resultados de cada uno de ellos, las cuales inician con la motivación de las usuarias con el proceso de detección oportuna de cáncer de cuello uterino mediante la prueba del Papanicolaou, mediante charlas informativas, distribución de afiches informativos lo cual dieron como resultados el interés de las mujeres en edad fértil sobre las actividades a realizarse, la siguiente fase es la de planificación en la cual se establecieron objetivos y metas las cuales debieron ser alcanzadas por el proyecto, en esta fase se realizó un cronograma, guías pedagógicas de las actividades y clasificación de contenidos para el desarrollo del proyecto, la siguiente fase fue la de ejecución del proyecto socioeducativo “construyendo una vida sin barreras, para prevenir el cáncer de cuello uterino” las cuales se desarrollaron en los centros de salud de la red Boliviano Holandés, finalmente se realizó el análisis de los procesos y resultados.
- El proyecto socioeducativo está orientado en base al enfoque educativo SANEBA el cual tiene como finalidad la adquisición de competencias para la superación de una situación encaminada a transformar su realidad a partir de adquirir conocimientos habilidades y actitudes, tomando en cuenta que nunca se parte de cero sino siempre de conocimientos previos, es así que se trabaja bajo este enfoque para que las mujeres tengan una autogestión del cuidado de su salud y conozcan con mayor profundidad la importancia de la prueba de Papanicolaou como método preventivo del cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander Egg. (1982). *Metodología del Trabajo Social*. Buenos Aires: Atenea,
- Arias, F. (2012). *Proyecto de investigación: introducción a la metodológica científica*. Quinta edición Caracas: Espítome.
- Arpari, C. *Ciencia y medicina. Revista científica, grado de conocimiento sobre el PAP en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui*. Facultad de Medicina UMSA
- Castañeda, M. (2019). *El machismo invisible*. México.
https://www.google.com.bo/books/edition/El_machismo_invisible/8FyvDwAAQB-AJ?hl=es-419&gbpv=0
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *Las discapacidades y la salud*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
- Cfr. Organización Mundial de la Salud (1979), *Declaración de Constitución*. OMS, Ginebra, 1946.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948)
- DiSaia PJ. (2002). *Oncología Ginecología Clínica*. 6a ed. Madrid, España; Mosby
- E.A. Bolivia (s.f.) Reseña histórica de El Alto.
<https://www.eabolivia.com/historia-de-la-ciudad-de-el-alto>.
- Escuela Nacional de Sanidad. *Salud sexual y reproductiva* - Instituto de Salud Carlos III
- Franco, Y (2011) *Tesis de investigación. Marco metodológico*. Venezuela.
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/marcometodologico-defunción.html>
- Galeana de la O. S. (1996). *Modelos de promoción social en el Distrito Federal*, UNAM-ENTS, México.
- García, A. (2009). *Género y Desarrollo Humano, una Relación Imprescindible*. Acsur-Las Gento, S. (1994). *Participación en Gestión Educativa*. Santillana, S.A.
- Gil, M. (2019). *El origen del sistema patriarcal y la construcción de las relaciones de género*. Agora.
- Gobierno autónomo departamental de la paz-Sedes (2022). *Audiencia pública de rendición de cuentas gestión 2022*. Red de Salud Boliviano Holandés

<https://www.sedeslapaz.gob.bo/wp-content/uploads/2023/02/Rendicion-de-cuentas-gestion-2022-final.pdf>

- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. (2003). *Principio uno: Enfoque basado en los Derechos Humanos*. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach#:~:text=El%20enfoque%20basado%20en%20los,y%20proteger%20los%20derechos%20humanos>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). *Guía de Referencia Rápida. Prevención y Diagnóstico Oportuno de Cáncer de cuello uterino en el Primer Nivel de Atención*, IMSS.
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *EL virus de papiloma humano (VPH) y el cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vphycancer#:~:text=Los%20virus%20del%20papiloma%20humano,baajo%20casi%20no%20causan%20enfermedades..>
- Jara, O. (1994) *Para sistematizar experiencias, una propuesta teórica y práctica*, San José, C.R.: Centro de Estudios y Publicaciones, ALFORJA.
- La política SAFCI, *Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables* La Paz: 2013
- Lagarde. (1994). *Genero e Identidades, metodología de trabajo con mujeres*. Siglo XXI.
- Lengerich, EJ. (1999). *Indicadores para la vigilancia de enfermedades crónicas: consenso de CSTE, ASTCDPD y CDC*. Atlanta, GA.: Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales.
- López, A., Lizano, M., (2006) *Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina*, INCAN.
- Marchioni, M. (2001). *Comunidad, participación y desarrollo*. Popular
- Molina, Ma. Lorena y Romero, Ma. Cristina. (2001). *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José.
- OMS. (s.f.). *Salud y derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>

- OPS. (s.f.). *Funciones esenciales de salud pública*.
<https://www.paho.org/es/temas/funcionesesenciales-salud-publica>
- OPS. (s.f.). *Igualdad de género en salud*. <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino, Guía de prácticas esenciales*. 2.ed. Washington, DC: OPS.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf
- Plan Nacional de Prevención, *Control y seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino*. Bolivia 2009 – 2015
- Secretaría de salud de México. (2002). *Las barreras culturales en los servicios de salud su papel en el acceso de la población usuaria a los servicios*.
<https://cuidadoalternativo.files.wordpress.com/2016/06/barreras-culturales-en-los-sesa.pdf>
- Secretaria de salud mexicana (2008). *Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes* <https://www.gobFfile%2F29316%2FServiciosUnidades89978449>
Segovias.
- Tamarit, J. (1997). *Escuela crítica y formación docente. Niño y Dávila*. Primera Edición. Argentina.
- UNFPA 2010. *Guía sobre salud sexual y reproductiva: Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos*. SEDES
- UNFPA. (2001). *Guía para la implementación del enfoque SANEBA*. Ministerio de educación, culturas y deportes
- UNFPA. (s.f.). *Cáncer de cuello uterino*. Defensoría del pueblo. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Valenzuela, M. T., & Teresa, M. (2005). *Indicadores de Salud: características, uso y ejemplos*. Ciencia & Trabajo.
- Zarama MF, Amancio CA, Buitrón GR, Oropeza RG, Magana CG. (2003) *Factores de riesgo para el cáncer de cerviz*. Ginec Obstet Mex.

ANEXOS

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

Actores Sociales	
Actores Directos	Actores Indirectos
Mujeres	Estudiantes ejecutoras del proyecto
	Responsables de la Red Boliviano Holandés Trabajador social
	Docente encargada del Proyecto Lic. Molina
	Familiares de los beneficiarios del proyecto

Fuente: Elaboración, Propia. 2023

MATRIZ DE RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Momento	Tema específico	Fuente de respaldo	Actores	Técnica
Situación inicial	Barreras culturales que reflejan las mujeres y sus parejas acerca de la realización de la prueba del Papanicolaou El proyecto respondió a este problema	Fuente secundaria Archivos		Revisión documental
Proceso de intervención	Ejecución del proyecto "Construyendo una vida sin barreras" realizando 6 actividades donde participaron las mujeres y sus parejas activamente en cada una de ellas	Fuente primaria secundaria	Mujeres esposos	Entrevista en profundidad Revisión documental
Situación final	Resultados logrados de las actividades desarrolladas sobre la participación de las mujeres y sus esposos	Fuente secundaria		Revisión documental
Lecciones aprendidas y recomendaciones	Metodología aplicada	Fuente primaria secundaria	Mujeres y esposos	Entrevista en profundidad Revisión documental

Fuente: Elaboración, Propia de informes del proyecto

Centros de salud priorizados de la Red de Salud Boliviano Holandés

- Centro de Salud Madre de Dios Villa Dolores



Dirección: Zona Villa Dolores, calle N° 3 y Sempertegui.

Horario: 24 horas de atención, de lunes a domingo

Directora: Dr. Omar Campuzano Franco

- Centro de Salud 12 de Octubre

Dirección: Zona 12 de Octubre, Av. Tiahuanaco, a cuadra y media de la Av. 6 de marzo.

Horario: 08:00 a 20:00, de lunes a viernes

Directora: Dra. Sonia Isabel Macagua A costa



- Centro de Salud Santiago Primero



Dirección: Zona Santiago Primero, Av. Satélite, frente a la U.E. Brasil.

Horario: 08:00 a 20:00, de lunes a viernes

Directora: Dra. Roxana Chambi Mamani- Dr. German Pally