

**2008**

**Organización Panamericana de la Salud**

**mejores prácticas**  
*en género, etnia y salud*

## WARMI II

Construyendo Puentes entre  
la Comunidad y los Servicios  
de Salud con Enfoque  
de Género e Interculturalidad



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



60 años  
Organización Mundial de la Salud  
Nuestro salud. Nuestro futuro.



30 años  
ALMA-ATA





# WARM I II

Programa de Coordinación en Salud Integral PROCOSI

Construyendo Puentes entre la Comunidad y los Servicios de Salud  
con Enfoque de Género e Interculturalidad

Erika Silva de la Vega





Mejores prácticas en género, etnia y salud.  
Washington, D.C.: OPS © 2008

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Las opiniones que se expresan en esta publicación son de la autora y no necesariamente de la Organización Panamericana de la Salud.

Autora:	Erika Silva de la Vega
Edición:	Rigiana Portugal Escóbar
Diseño y Diagramación:	Román Orellana, Creativa Comunicación & Publicidad
Impresión:	Artes Gráficas Sagitario SRL.

La Paz, Bolivia 2008



Se publica también en inglés (2008) con el título:  
WARMII II Building Bridges between the Community and the Health Services with a Gender and Intercultural Approach

**Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

Mirta Roses Periago  
Directora

Marijke Velzeboer Salcedo  
Coordinadora Oficina Género, Etnicidad y Salud

Esmeralda Luz Burbano Jaramillo  
Consultora Oficina Género, Etnicidad y Salud

**Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)**

Wendy Sue McFarren  
Directora Ejecutiva

Ignacio Carreño Ayala  
Gerente de Programas

Cecilia Espinoza Hurtado  
Gerente de Administración y Finanzas

Amparo Ergueta Tejerina  
Gerente de Nuevas Iniciativas Económicas

Rigliana Portugal Escóbar  
Responsable de Comunicación

**Equipo de Trabajo del Proyecto (2004 - 2005)**

Erika Silva de la Vega  
Coordinadora del Proyecto, PROCOSI

Flor Angulo  
Asesora Técnica, Organización Manuela Ramos, Perú

Gary Shaye  
Director Ejecutivo Save the Children

Rosmery Mollo  
Ruth Callisaya  
Porfiria Mollinedo  
Facilitadoras Save the Children

José Murguía  
Director Ejecutivo Project Concern International

Mónica Almaraz  
Vilma Benavides  
Yolanda Medrano  
Glenda Vega  
Facilitadoras Project Concern Internacional



# CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	v
RESUMEN .....	vi
1. ¿POR QUÉ LO HICIMOS? ANTECEDENTES .....	1
2. ¿QUÉ BUSCAMOS? PLAN DE ACCIÓN PREVISTO .....	1
Objetivo del proyecto .....	2
Objetivo de desarrollo .....	2
Resultados esperados.....	2
3. ¿CÓMO LO HICIMOS? PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN .....	2
Pasos principales en el desarrollo del proyecto .....	3
Selección de las OCM .....	4
Autodiagnóstico.....	4
Proyecto Comunitario.....	4
Coordinación con autoridades comunitarias y municipales .....	6
Evaluación del Proyecto .....	6
4. ¿CON QUIÉN LO HICIMOS? PARTICIPANTES .....	7
Ejes centrales del proyecto.. .....	7
El empoderamiento de mujeres .....	7
Participación de varones.....	8
Participación comunitaria.....	8
Perspectiva de género .....	8
Interculturalidad .....	9
5. ¿QUÉ LOGRAMOS? RESULTADOS CONCRETOS DEL PROYECTO.....	9
Conocimientos, actitudes y prácticas .....	9
Relaciones de pareja .....	10
Uso y funcionamiento de los Servicios de Salud .....	11
Empoderamiento social .....	12
Impacto en la salud.....	12
6. ¿CÓMO LO SOSTENEMOS? .....	13
7. ¿QUÉ APRENDIMOS? EXPERIENCIAS O LECCIONES APRENDIDAS.....	13
¿Qué factores han contribuido para lograr una experiencia transformativa? ...	14
¿Qué problemas encontramos?.....	15
Nuestras recomendaciones .....	15
8. DOCUMENTACIÓN, BIBLIOGRAFÍA.....	16



## PRESENTACIÓN

**E**n el marco de la celebración del 8 de marzo del 2008, Día Internacional de la Mujer, la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud organizó el concurso “Buenas Prácticas que Incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud”. El concurso tuvo por finalidad reconocer dos buenas prácticas que se impulsaron en la Región de las Américas.

Para garantizar la cobertura regional, la convocatoria se realizó a través de diferentes medios virtuales de comunicación, y se postularon 44 experiencias de 18 países. En este concurso una de las dos mejores prácticas seleccionadas fue:

*“Construyendo puentes entre la comunidad y los servicios de salud con enfoque de género e interculturalidad”, Programa de Coordinación en Salud Integral –PROCOSI.*

Con su énfasis en el empoderamiento de las mujeres, la participación comunitaria, y la perspectiva cultural y de género, esta buena práctica ha contribuido a reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil en Calamarca y Morochata, dos municipios rurales bolivianos predominantemente indígenas. Las promotoras comunitarias, con la activa participación de las mujeres locales, lograron que éstas aprendieran más acerca de su salud reproductiva y sus derechos humanos y, por consiguiente, que exigieran y consiguieran acceso a una mejor atención de salud. Las mujeres consiguieron que participaran los hombres, las autoridades municipales y los proveedores de salud, generando de esa forma mayor apoyo y atención a sus derechos y demandas.

Para la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud, es un orgullo presentar esta publicación que permitirá extraer lecciones que puedan ser replicadas y adaptadas a otros contextos.

Dra. Marijke Velzeboer Salcedo  
Coordinadora Oficina de Género, Etnicidad y Salud

## RESUMEN

**B**olivia, tiene aproximadamente 9 millones de habitantes, de los cuales más del 37% vive en áreas rurales, siendo esta población mayoritariamente indígena. Las mujeres indígenas tienen las tasas más altas de mortalidad materna. La mortalidad materna está relacionada con demoras que sufren las mujeres en la búsqueda y obtención de servicios de salud, por desconocer señales de complicaciones mortales, por posponer la decisión de buscar atención, por tardar en llegar al Servicio de Salud o por recibir atención deficiente en estos. Estas demoras son más evidentes en poblaciones rurales e indígenas por factores como la baja escolaridad, la incapacidad de decidir sobre la propia salud y la existencia de Servicios de Salud culturalmente distantes.

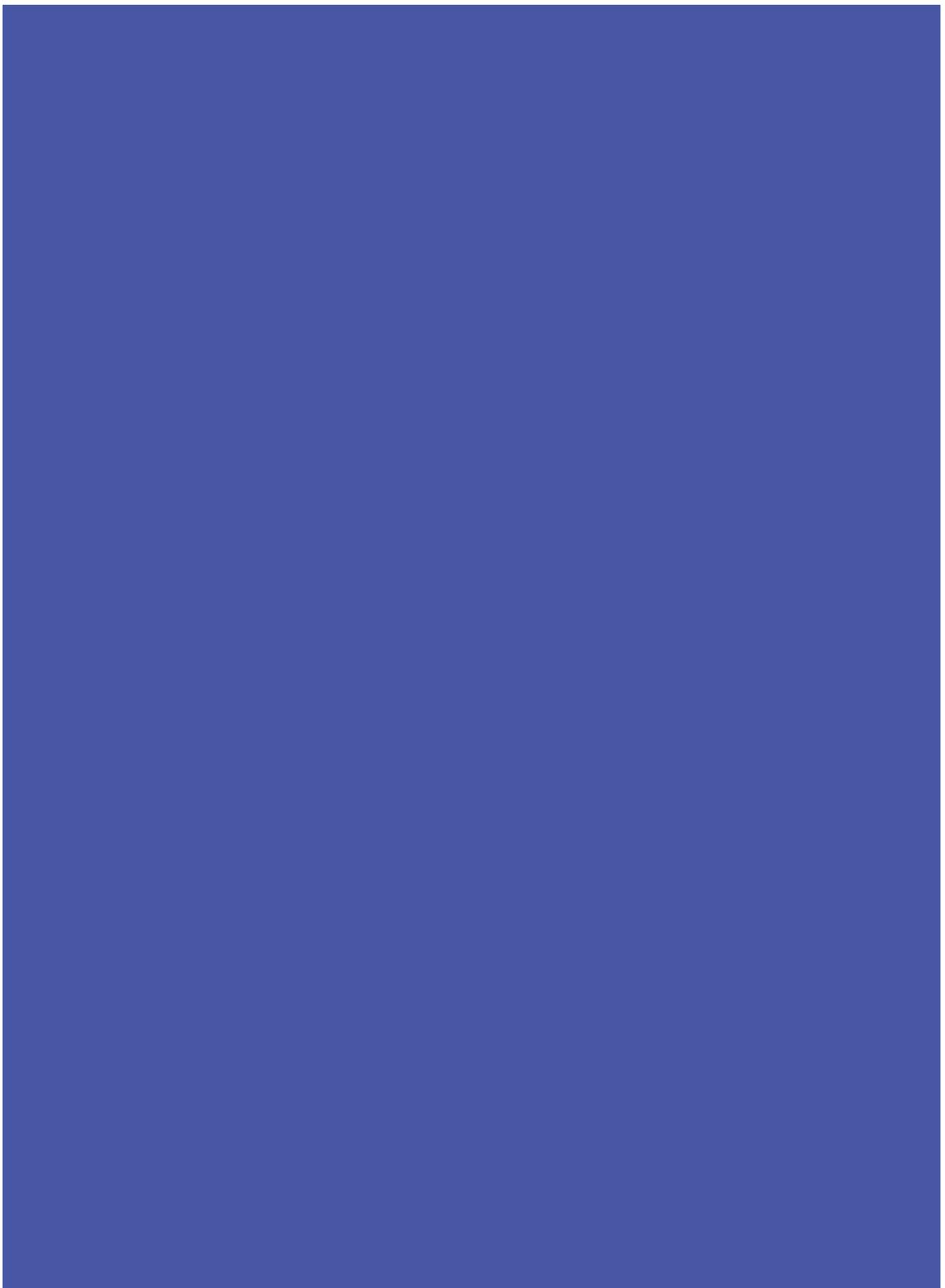
Para contribuir a reducir la mortalidad materna de dos municipios rurales, Save the Children y Project Concern International, ambas organizaciones miembros de la Red PROCOSI implementaron, con financiamiento de la Corporación Andina de Fomento, una estrategia principalmente educativa en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) llamada Warmi II y donde Organizaciones Comunitarias de Mujeres recibieron fondos para ejecutar sus proyectos.

Esta intervención demostró que a) La educación y el empoderamiento de las mujeres reducen las muertes maternas y mejoran la salud sexual y reproductiva b) Las demoras relacionadas con la mortalidad materna en poblaciones indígenas rurales, pueden reducirse trabajando con un enfoque de género e interculturalidad en acciones de bajos costos con Organizaciones Comunitarias de Mujeres y promotoras locales, ayudando a las mujeres a superar por sí mismas los obstáculos que les impiden recibir atención que les puede salvar la vida.



“hemos creído que nos morimos por comer maní tostado. Hemos escogido como problema del subproyecto la retención placentaria. No había sido por tostar maní”.





## 1. ¿POR QUÉ LO HICIMOS? - ANTECEDENTES



Bolivia, situada en el centro de América del Sur, tiene aproximadamente 9 millones de habitantes, de los cuales el 62% se identifica como indígena, perteneciente a uno de los 37 grupos étnicos del país. Los aimaras y quechuas son la mayoría de la población boliviana (1). Más del 37% de la población boliviana vive en áreas rurales y ésta población es mayoritariamente indígena. Las condiciones de vida en las áreas rurales con relación a la urbana han empeorado en los últimos años y son cada vez más inequitativas, las fuentes de ingreso son menores y el 90% de la población es pobre (2).

En cuanto a los indicadores de salud, las mujeres en el área rural tendrían al final de su vida fértil 5.5 hijos, casi el doble de las mujeres de área urbana (3), el acceso a Servicios de Salud es bajo y el parto en domicilio sigue siendo muy alto en la población más pobre, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna e infantil. En este contexto, las poblaciones indígenas, especialmente las mujeres, son ciertamente, las más excluidas del desarrollo del país y las que cuentan con los índices más altos de pobreza, analfabetismo o baja escolaridad.

Ante esta situación el Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI), se planteó la necesidad de contar con una estrategia para reducir la mortalidad materna en el área rural, reconociendo que no es suficiente tener Servicios de Salud de buena calidad; pues existen determinantes de la salud que afectan a la vida de las mujeres, las cuales se traducen en demoras en la búsqueda y obtención de Servicios de Salud. “Las mujeres sufren múltiples retrasos en la búsqueda y obtención de cuidados de salud, pierden la oportunidad de salvar sus vidas por desconocer signos de complicaciones mortales (primer retraso), por posponer la decisión de buscar atención (segundo retraso), por tardar en llegar al Servicio de Salud (tercer retraso) o por recibir atención deficiente o con demasiada lentitud en los Servicios de Salud (cuarto retraso)” (4). Estas demoras se exacerban en poblaciones rurales e indígenas por factores como el analfabetismo o baja escolaridad de las mujeres, que ocasiona desconocimiento del periodo fértil y otros aspectos de su biología, por el desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y la incapacidad de decidir sobre su propia salud, debido a relaciones desiguales de poder en la pareja y en la comunidad, entre otras. Adicionalmente, los Servicios de Salud se encuentran cultural y físicamente distantes y no existe una red social que promueva la comunicación entre la comunidad y los Servicios de Salud.

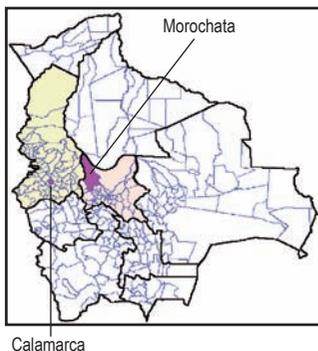
Si se identifican más claramente esas demoras y se realizan intervenciones específicas sobre ellas, es posible entonces contribuir a mejorar la salud reproductiva de las mujeres y de esa forma a la reducción de la mortalidad maternal.

## 2. ¿QUÉ BUSCAMOS? - PLAN DE ACCIÓN PREVISTO

El proyecto se implementó en Calamarca y Morochata; dos municipios rurales con altas tasas de mortalidad materna e infantil de los departamentos de La Paz y Cochabamba respectivamente, con población mayoritariamente aimara en Calamarca y quechua en Morochata.

### DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

- Mortalidad Materna:  
- Urbana = 262 x 100 000 nv  
- Rural = 563 x 100 000 nv
- Mortalidad Infantil:  
- Rural: 67 x mil nv  
- Urbana: 44 x mil nv
- Alta fecundidad:  
- 5,5: rural  
- 3,1: urbana
- Parto en domicilio:  
- Quintil más pobre: 70,5 %  
- Quintil más rico: 1,4%
- Fuente: UDAPE



## OBJETIVO DEL PROYECTO

Contribuir a reducir la mortalidad materna en las comunidades rurales de intervención del proyecto, mejorando la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres de los municipios de Calamarca y Morochata en Bolivia.

## OBJETIVO DE DESARROLLO

Construir vínculos entre la comunidad y los Servicios de Salud, con enfoque de género, participación comunitaria e interculturalidad.

## RESULTADOS ESPERADOS

- Mujeres fortalecidas en sus capacidades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y cuidar su salud.
- Mujeres que conocen su biología normal y del embarazo (anatomía y fisiología) y son capaces de identificar cambios, alteraciones y riesgos en su salud.
- Mujeres y hombres que acuden oportunamente al Servicio de Salud para atender problemas relacionados con su salud reproductiva y la salud de sus niños.
- Servicios de Salud que adecuan su atención a las necesidades de las mujeres, de acuerdo a su contexto cultural, y responden oportunamente a sus demandas.
- Relaciones de género más equitativas entre las mujeres y sus parejas.

## 3. ¿CÓMO LO HICIMOS? - PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Save the Children, organización miembro de la Red PROCOSI, desarrolló hace aproximadamente 15 años, una estrategia educativa para el área rural, llamada “Warmi”, palabra quechua que significa Mujer, la cual estaba orientada a solucionar problemas a nivel de la comunidad. Posteriormente, la organización Manuela Ramos del Perú (5) en su proyecto ReproSalud, adaptó, sistematizó y mejoró la estrategia “Warmi” para transferir recursos a las Organizaciones Comunitarias de Mujeres (OCM) y solucionar problemas de Salud Sexual y Reproductiva en áreas rurales y peri urbanas del Perú.

En base a la experiencia y metodología modificada por la organización Manuela Ramos, en PROCOSI se añadieron fases y se hicieron modificaciones para que la metodología pueda apoyar a disminuir las demoras relacionadas con la mortalidad materna en municipios de Bolivia. Esta metodología presentada a continuación, la denominamos Warmi II (6).

El proyecto “Construyendo Puentes entre la Comunidad y los Servicios de Salud con Enfoque de Género e Interculturalidad” fue ejecutado por dos organizaciones miembros de la Red PROCOSI, Save the Children y Project Concern International durante los años 2004 y 2005, con la cooperación técnica y financiera de la Corporación Andina de Fomento (CAF).

## PASOS PRINCIPALES EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO

### Selección de Municipios



Los criterios de selección del municipio rural son: situación de pobreza, alta fecundidad, alto índice de analfabetismo femenino, alta mortalidad materna e infantil, y contar con población mayoritariamente indígena.

### Diagnóstico Situacional



Se realiza en cada comunidad del municipio, donde se obtiene información sobre las Organizaciones Comunitarias de Mujeres (OCM) de cada comunidad, las autoridades formales y no formales de la comunidad, la existencia de los Servicios de Salud, su funcionamiento, la distancia en que se encuentran, el personal, los medios y vías de comunicación y transporte, el estado de las carreteras, fiestas comunales y patronales, calendario agrícola, días de feria, etc. Se considera toda información sobre aspectos que puedan favorecer u obstaculizar el desarrollo del proyecto.

### Selección de OCM



En coordinación con autoridades locales, se lleva adelante un concurso donde las OCM dramatizan un problema de SSyR de las mujeres de su comunidad. Los criterios de selección de la OCM son: antigüedad, cohesión de grupo, número de socias.

### Línea de Base



Se realiza una encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas de Salud Sexual y Reproductiva a hombres y mujeres en edad fértil de todo el municipio. Se aplican grupos focales a mujeres y hombres de la comunidad y entrevistas a profundidad a las autoridades e informantes claves. Asimismo, se obtiene información de los Registros Civiles y Servicios de Salud.

### Autodiagnóstico



Implica la aplicación de la técnica de investigación cualitativa y participativa, que permite escuchar y conocer la percepción que tienen las mujeres sobre su vida y su Salud Sexual y Reproductiva, sus conocimientos, valores y costumbres. En el autodiagnóstico se promueve que las mujeres identifiquen los problemas de SSyR más importantes en su comunidad y seleccionen el más relevante para definir las intervenciones que ellas realizarán.

### Proyectos comunitarios en SSyR



Determinado el problema de SSyR se motiva a las mujeres para que elijan entre las causas señaladas. De esta forma se elabora el subproyecto básicamente educativo e informativo. La OCM recibe los recursos para el subproyecto, el cual es ejecutado por ellas, quienes además ejecutan el seguimiento y la supervisión.

### Negociación con los Servicios de Salud



Las actividades con el Servicio de Salud están dirigidas a mejorar la calidad desde la perspectiva de las mujeres. Ellas destinan recursos para la compra de insumos que permitan una estadía más cómoda y adecuada a sus necesidades, procurando desde la negociación mejorar los horarios de atención, el trato recibido, etc.

### Participación de varones



Una vez finalizada la capacitación a mujeres, la OCM determina la necesidad de trabajar también con varones. Se da inicio entonces a la capacitación en Supervivencia Infantil y en SSyR para varones.

### Evaluación comunitaria



Este paso es conducido y presentado por la OCM ante las autoridades y la comunidad. En esta etapa se evalúan las metas alcanzadas, el incremento en conocimientos, actividades realizadas, coordinación y logros con los Servicios de Salud, número de promotoras, número de beneficiarias, manejo de recursos y ejecución, etc.

### Evaluación similar a Línea de base



La evaluación cuantitativa se lleva adelante a través de una encuesta a hombres y mujeres en la comunidad, usando los mismos indicadores de la Línea de Base. La evaluación cualitativa se aplica con entrevistas a promotoras, mujeres, personal de salud, autoridades locales, etc., obteniendo información de Servicios de Salud y Registros Civiles.



Fotografía: Proyecto WARM III

## SELECCIÓN DE LAS OCM

Para lograr impacto en la población, el proyecto se propuso beneficiar directamente a más del 60% de todas las mujeres en edad fértil de cada municipio. El municipio se dividió artificialmente en sectores alrededor de un establecimiento de salud. Por cada sector se seleccionó a una Organización Comunitaria de Mujeres (OCM) que trabajó con 400 a 600 mujeres en edad fértil de su comunidad y de las comunidades aledañas. Las Organizaciones Comunitarias fueron invitadas, por las autoridades municipales, a presentarse a un concurso a realizarse en cada sector de salud, donde las OCM teatralizaron un problema de Salud Sexual y Reproductiva existente en sus comunidades. En coordinación con las autoridades locales y personal de salud se escogió a la organización que demostró mayor cohesión de grupo, mayor número de socias y antigüedad. Se seleccionaron tantas OCM como fue necesario para cubrir todas las comunidades del municipio y un mínimo de 60% de mujeres. En Calamarca se seleccionaron 5 OCM y en Morochata 7.

## AUTODIAGNÓSTICO

Las mujeres de cada OCM seleccionada, realizaron un autodiagnóstico de los problemas de salud reproductiva más relevantes para las mujeres de su comunidad, priorizaron un problema y reflexionaron sobre el mismo, analizando lo que conocían y desconocían del funcionamiento de su cuerpo y del problema seleccionado. Finalmente decidieron cómo querían abordar el mismo.



Fotografía: Proyecto WARM II

Esta actividad se realiza con la ayuda del dibujo de un árbol que, al igual que la salud de las personas, puede estar sano o enfermo. Se analiza con las participantes que el árbol tiene un cuerpo que es el tronco y tiene raíces que le dan la vida y lo alimentan. Si las raíces no están sanas los frutos serán enfermos y débiles. Así como el árbol, nuestros problemas de Salud Sexual y Reproductiva también tienen raíces y frutos, es decir causas y consecuencias respectivamente para la salud y la vida de las mujeres.

En las raíces las mujeres identificaron todas las causas que ellas creían saber e identificaron el problema, paralelamente en los frutos precisaron los efectos que les estaba causando ese problema.

El autodiagnóstico permitió recoger información sobre las diferentes prácticas y creencias de las mujeres y acercar a los proveedores de Servicios de Salud a la perspectiva de las mujeres.

## PROYECTO COMUNITARIO

Realizado el autodiagnóstico, cada OCM elaboró un proyecto comunitario para abordar las causas identificadas en las cuales las mujeres podrían incidir.

El proyecto es principalmente **educativo**, debido a que las causas identificadas, generalmente se expresaban en aseveraciones como: “no sabemos cómo cuidarnos”, “no sabemos por qué...” no conocemos...”, etc.



Fotografía: Proyecto WARM III

Por cada 25 a 30 mujeres existentes en cada comunidad, la OCM en coordinación con la comunidad, selecciona democráticamente a una mujer, la cual debe saber leer y escribir y hablar español y la lengua nativa y que será entrenada como promotora por el equipo del proyecto en técnicas educativas y en contenidos de cada módulo. La promotora a su vez, después de cada módulo capacita a otras 25 mujeres de su comunidad.

El Proyecto no exige términos técnico/científicos, promueve el uso de la terminología de la comunidad; formulando objetivos como el siguiente: “queremos que las mujeres aprendan un tema específico”; y planteando metas como “número de mujeres de las OCB”, “número de mujeres de la comunidad”.



Asimismo, el proyecto tiene un componente de **fortalecimiento de las organizaciones** para un mejor manejo del proyecto, considerando actividades como: capacitaciones en manejo contable, en monitoreo y evaluación, adquisición de insumos como máquinas de escribir, calculadoras, mesas, escritorio, papelería, entre otros.

El tercer componente del proyecto comprende actividades para la **mejora de la calidad del Servicio de Salud**, desde la perspectiva de las mujeres, con actividades de negociación con personal de salud y la adquisición de insumos que la OCM dona al Servicio de Salud para que la permanencia de las mujeres sea más cómoda.

En la elaboración del proyecto la OCM identifica metas como las siguientes: a cuántas mujeres se proponen beneficiar, con qué comunidades trabajará, cuántas promotoras requerirá, cuáles serán las actividades de supervisión y seguimiento que realizarán, qué actividades o recursos requerirán para apoyar a que el Servicio de Salud sea más acogedor y que responda a sus necesidades, etc. Finalmente se plantean un presupuesto para la ejecución del mismo.

Los proyectos tienen un costo promedio de \$US 5000 de los cuales no más del 10% puede ir a fortalecimiento de la OCM y otros 10% al Servicio de Salud. La organización de mujeres recibe entonces los recursos para su proyecto, lo ejecuta y hace seguimiento al mismo. La OCM elige una Coordinadora del proyecto y una Tesorera. A partir de ese momento la OCM cuenta con el Núcleo Responsable del proyecto compuesto por:

- Presidenta de la OCM
- Coordinadora del proyecto comunitario
- Tesorera

Estas personas son capacitadas en manejo contable y en instrumentos de seguimiento para la administración y conducción del proyecto.

En las sesiones educativas (27 en total) se recupera el saber tradicional y se integra al conocimiento biomédico. El conocimiento integral es entonces transmitido a las mujeres en su propio idioma por la promotora comunitaria. Cada módulo educativo se inicia con una reflexión sobre los aspectos de género que influyen en el tema de salud reproductiva abordado. La capacitación consiste en los siguientes 7 módulos:

- 1) fisiología normal y género,
- 2) embarazo, parto y postparto,
- 3) infecciones de transmisión sexual,
- 4) anticoncepción,
- 5) autoestima y negociación,
- 6) como vivir sin violencia y
- 7) cuidados esenciales al niño menor de 5 años.



Los resultados se presentan a la comunidad con apoyo de las facilitadoras. La OCB prepara los resultados obtenidos para dar a conocer los mismos en una reunión a través de gráficos a colores y dibujos. La presentación es de carácter comparativo entre los datos iniciales que dieron origen al proyecto y los resultados obtenidos. Se utilizan expresiones como: “estamos mejor en 2 veces, 3 veces, hemos doblado o triplicado nuestro conocimiento”.

### Actividades ilustrativas de los Proyectos Comunitarios

- ✓ Fortalecimiento de la Organización Comunitaria de Base.
- ✓ Capacitación al Núcleo Responsable, en temas de gestión y organización, gestión administrativa y manejo del proyecto comunitario.
- ✓ Equipamiento básico para la Organización Comunitaria de Base.
- ✓ Taller de selección de promotoras comunitarias, donde se imparte el Módulo Básico y el Módulo del tema priorizado.
- ✓ Talleres de réplica por las promotoras a las socias de la comunidad.
- ✓ Taller de capacitación a las promotoras en cada módulo de SSyR.
- ✓ Talleres de réplica, donde cada promotora al finalizar el módulo reitera las sesiones educativas a las mujeres de su comunidad.
- ✓ Capacitación al Núcleo Responsable en seguimiento, técnico-financiero.
- ✓ Seguimiento y supervisión por el Núcleo Responsable.
- ✓ Reuniones de información a las autoridades locales, municipales y personal de salud, sobre el avance del proyecto.
- ✓ Reuniones de negociación con los Servicios de Salud.
- ✓ Insumos y equipamiento para el Servicio de Salud
- ✓ Evaluación comunitaria.
- ✓ Propuesta de contraparte de la Organización Comunitaria de Base.

Una vez concluido el proceso educativo con mujeres se inicia el proceso educativo con varones, con módulos similares a excepción del módulo de autoestima y negociación que sólo se imparte a mujeres. Al finalizar, los promotores varones capacitaron a otros de la comunidad.

## COORDINACIÓN CON AUTORIDADES COMUNITARIAS Y MUNICIPALES

Durante el desarrollo del proyecto el Núcleo Responsable realiza reuniones periódicas con las autoridades para mantener un flujo de información permanente, buscar apoyo y coordinar actividades.

## EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Al concluir todas las actividades se realiza la evaluación del proyecto comunitario en un proceso participativo que dura 2 días y que se desarrolla conjuntamente con el Núcleo Responsable, las mujeres beneficiarias, el personal de salud y las autoridades comunitarias.

Las mujeres evalúan con una guía metodológica:

- el grado de cumplimiento y logros de cada actividad propuesta,
- el nivel de conocimientos alcanzados,
- el funcionamiento del Núcleo Responsable,
- la percepción de autoridades comunitarias y personal de salud,
- los conocimientos y habilidades de las promotoras.

## 4. ¿CON QUIÉN LO HICIMOS? - PARTICIPANTES

En este emprendimiento intervinieron varios actores, cuyas capacidades provocaron una sinergia que vitalizó al proyecto en todo su desenvolvimiento:

- La Corporación Andina de Fomento (CAF), con su brazo de desarrollo comunitario, se constituyó en socio estratégico de PROCOSI, facilitando el financiamiento y la flexibilidad para que las OCM administren los proyectos comunitarios y el proyecto se adecuó a las necesidades surgidas de cada comunidad.
- Los Proyectos PROSIN y Socios para el Desarrollo posibilitaron parte de la asistencia técnica de la organización Manuela Ramos del Perú y la adecuación de los materiales educativos a la realidad boliviana.
- La organización Manuela Ramos del Perú, transfirió la metodología y capacitó al personal de la Dirección Ejecutiva de PROCOSI y de las organizaciones implementadoras.
- Las organizaciones miembros de la Red PROCOSI: Save The Children y Project Concern International fueron las entidades ejecutoras del proyecto en Calamarca y Morochata respectivamente. Asimismo, el liderazgo y entusiasmo de su Director Ejecutivo fue vital para el éxito del proyecto.
- Las 12 Organizaciones Comunitarias de Mujeres de los municipios de Calamarca y Morochata, que implementaron y administraron los proyectos comunitarios
- Las autoridades de las Alcaldías Municipales de Morochata y Calamarca apoyaron a convocar a las OCM y al desarrollo del proyecto.
- La Coordinadora del Proyecto en la Dirección Ejecutiva de PROCOSI que logró sinergias con todas organizaciones mencionadas para el éxito del proyecto, así como la aprobación del Ministerio de Salud y Deportes y los Servicios Departamentales de Salud.
- El personal técnico de PROCOSI de Supervivencia Infantil, apoyó en la transferencia del módulo de supervivencia infantil y el personal de comunicación facilitó material complementario e ilustraciones adecuadas referidas a Bolivia.
- El Ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales de Salud de Cochabamba y La Paz y los Servicios de Salud apoyaron en la implementación.

### EJES CENTRALES DEL PROYECTO

#### EL EMPODERAMIENTO DE MUJERES

El eje de empoderamiento de mujeres fue trabajado para apoyar a que ellas se constituyan en “sujetos” de su propia vida y desarrollen una comprensión de sus circunstancias y su entorno social.

En el proyecto se impulsó a que las mujeres tomen conciencia de las dinámicas del poder que operan en sus vidas y desarrollen habilidades y capacidades necesarias para lograr un control razonable sobre ellas, ejercitando habilidades comunicativas tanto para capacitar a otros miembros de sus comunidades, como para explicar y negociar sus demandas. Asimismo, las OCM se empoderaron a través de la elaboración, ejecución y administración de los subproyectos.



Fotografía: Proyecto WARMII

## PARTICIPACIÓN DE VARONES

A la conclusión de los módulos de Salud Sexual y Reproductiva para las mujeres, los varones fueron incorporados en los procesos educativos a solicitud de las mujeres, primeramente en cuidados esenciales del niño recién nacido y del niño menor de 5 años.

Posteriormente, ellos fueron capacitados en todos los módulos de Salud Sexual y Reproductiva. Los presupuestos y las actividades de capacitación fueron incorporados en los proyectos comunitarios de las Organizaciones Comunitarias de Mujeres. Promotores varones fueron capacitados y a la vez ellos capacitaron a otros en la comunidad. Cada sesión educativa se iniciaba con reflexiones sobre las ventajas que tiene establecer relaciones de equidad, para que tanto varones como mujeres lleven una vida sana y placentera.

## PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En el proyecto se crearon las condiciones, para que las mujeres de las zonas rurales, defiendan y ejerzan sus derechos ciudadanos, tengan la capacidad de decidir cuáles son las propuestas de solución más adecuadas a sus problemas de salud reproductiva.

La participación real de las mujeres implica, que ellas estén presentes en todos los procesos de la intervención: desde la identificación y el análisis de los problemas, pasando por el diseño y puesta en práctica de las soluciones y la evaluación de las mismas. Por consiguiente, las mujeres no son consideradas receptoras pasivas de bienes y servicios, sino agentes activas de cambio.

## PERSPECTIVA DE GÉNERO

En el proyecto la perspectiva de género está presente en:

- El autodiagnóstico, para que las mujeres conozcan y analicen cómo se dan las relaciones entre hombres y mujeres en sus comunidades. Reflexionen sobre los procesos de socialización y las causas y consecuencias sobre las relaciones entre varones y mujeres a nivel de la salud reproductiva.
- La elaboración de los materiales educativos y en todas las actividades de capacitación donde se incorpora el enfoque de género, analizando la realidad y las formas de discriminación, así como la reflexión sobre los derechos que tienen todas las personas, en especial las mujeres.
- Los subproyectos comunitarios donde se afianza la autoestima de las mujeres, para que se demuestren a sí mismas y ante la comunidad en general que son capaces de conducir proyectos, asumir responsabilidades en la prevención de problemas de salud reproductiva y en defensa de sus derechos en los diferentes espacios de su vida: personal, familiar y comunal.
- La incorporación de los varones a reflexionar sobre las ventajas que tiene establecer relaciones de equidad, para que tanto varones como mujeres lleven una vida sana y placentera.

*"He aprendido sobre mi cuerpo, ya sé que si me enfermo debo ir al centro de salud" "he aprendido sobre mi cuerpo como había sido dentro y como funciona" "he aprendido para caminar sana y feliz" "yo no sabía que tenía tantas cosas en mi cuerpo ni para qué servían, saber de todo me va a ayudar en mi vida".*

## INTERCULTURALIDAD

El proyecto trabajó promoviendo el mutuo respeto y el reconocimiento a la dignidad de los interlocutores, reflejó este enfoque en la valorización de la identidad cultural de las mujeres, de sus saberes y prácticas, dudas e interrogantes. En las sesiones educativas se integraban el saber occidental con el saber de las mujeres y este conocimiento integrado fue transmitido tanto a mujeres como a hombres.

El trabajo con las mujeres y hombres se desarrolló en su propio idioma, aimara o quechua, con promotoras y promotores comunitarios.

## 5. ¿QUÉ LOGRAMOS? - RESULTADOS CONCRETOS DEL PROYECTO

El incremento y la calidad en los conocimientos, actitudes y prácticas se observó en dos ámbitos:

- 1) En los grupos de mujeres capacitadas, fue medido a través de pruebas al inicio y al final de la capacitación de cada módulo (pruebas de entrada y salida).
- 2) A nivel de toda la población de mujeres en edad fértil del municipio, fue medido a través de una encuesta inicial y otra final a la conclusión del proyecto. Adicionalmente, se obtuvo información cualitativa mediante grupos focales y entrevistas a profundidad.

*“...antes no sabíamos que teníamos derechos, pero ahora sabemos que sí los tenemos ya que nadie nos puede maltratar, ni siquiera nuestros maridos...”*

*“antes mi marido me hacía dormir desnuda en el patio si yo no quería tener relaciones sexuales, ahora con este proyecto he aprendido que yo había tenido derechos sexuales y no me dejó, hasta hemos tenido que llegar a la policía. La gente dice esas mujeres son muy boconas porque ya no nos dejamos maltratar”.*

Tabla No. 1 Relación meta propuesta por municipio y logro alcanzado

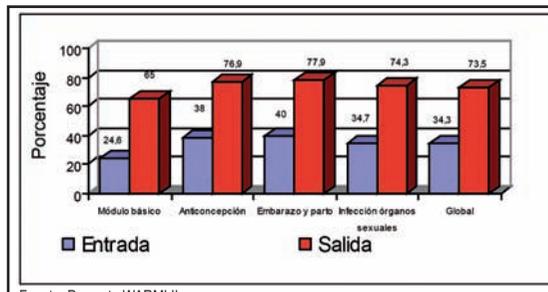
MUNICIPIO	META PROPUESTA	LOGRADA
Calamarca	1200MEF capacitadas	1701
	6000 beneficiarios indirectos	8000
	800 varones capacitados	800
Morochata	1800 MEF capacitadas	1972
	8000 beneficiarios indirectos	9510
	800 varones	800

Fuente: Proyecto WARMI II

## CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

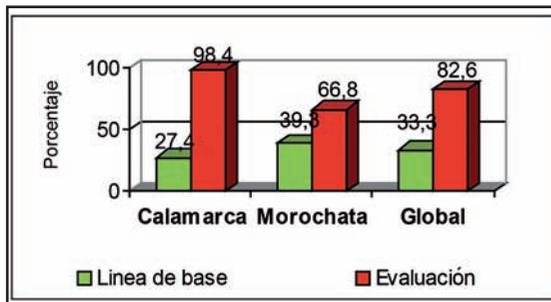
En general se observa una mejoría significativa de los conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres y mujeres en relación a su salud, al funcionamiento de su cuerpo y del ciclo reproductivo. El incremento de los conocimientos en todas las temáticas impartidas, en ambos municipios fue en promedio superior al 95%.

Gráfico No. 1 Resultados globales en la calificación de pruebas de entrada y salida de cada módulo en mujeres en edad fértil



Fuente: Proyecto WARMII

Gráfico No. 2 Mujeres que saben cómo funcionan los métodos anticonceptivos



Fuente: Proyecto WARMII

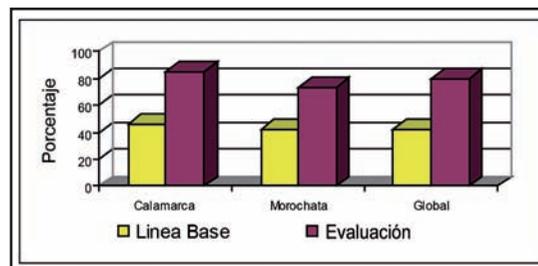
En el centro de Salud de Chullpa K'asa (Morochata), el personal de salud indica que "se ha incrementado la demanda de detección de cáncer cervico-uterino mediante Papanicolau (PAP). Antes de que se inicien los talleres de capacitación en las comunidades, la mujeres no se hacían el PAP, pero ahora sí es mucho más frecuente esta demanda".

## RELACIONES DE PAREJA

Existen cambios positivos en las relaciones familiares y en especial con su pareja, para tomar decisiones importantes y disminuir la violencia habitual contra las mujeres.

Las mujeres ahora pueden decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo tenerlos, decidir sobre su cuerpo y sobre su salud, sobre su derecho a tener relaciones sexuales cuando ellas lo deseen, expresar sus sentimientos y pensamientos en público, su derecho a vivir sin violencia, su derecho a la salud, a recibir controles prenatales y cuidados en el embarazo, su derecho a la vida, entre otros.

Gráfico No. 3 Porcentaje de mujeres que deciden con su pareja cuándo tener relaciones sexuales



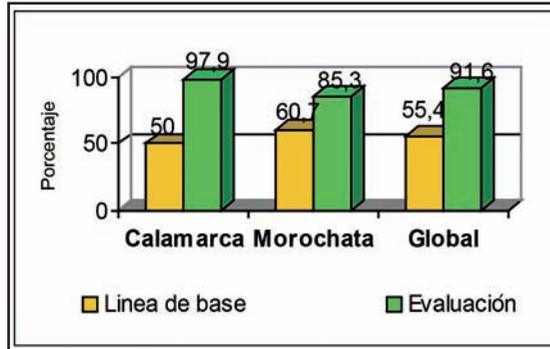
Fuente: Proyecto WARMII

En consecuencia es evidente un cambio en las relaciones de poder y en las actitudes de hombres y mujeres con respecto a la satisfacción de sus necesidades, incluidas las de salud, que han llevado a mejorar las condiciones de vida de estas comunidades. Esto se ha logrado en un marco de respeto a sus costumbres y patrones culturales, lo que favorece la sostenibilidad de estos cambios.

## USO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

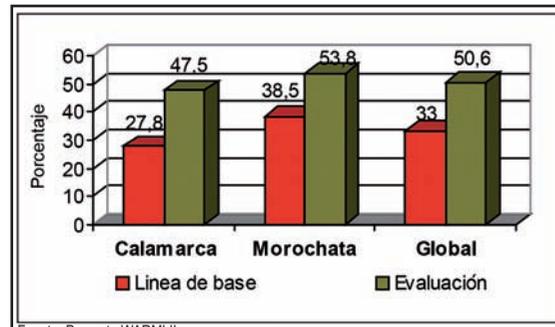
Otro efecto importante del proyecto se produjo sobre el uso de los Servicios de Salud por la población y la influencia de la comunidad en las condiciones de funcionamiento de esos servicios (horarios, trato del personal, calidad de la atención, etc.).

Gráfico No. 4 Mujeres que buscan ayuda adecuada ante el conocimiento de al menos dos signos de peligro en el embarazo



Fuente: Proyecto WARMI II

Gráfico No. 5 Mujeres que reportaron tener al menos cuatro controles prenatales durante su embarazo



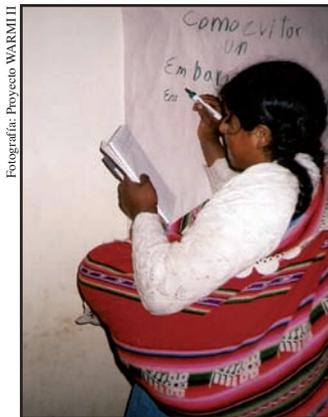
Fuente: Proyecto WARMI II

Las mujeres identificaron los factores relativos a la falta de calidad y calidez de los Servicios de Salud desde la perspectiva de ellas. Con ayuda del proyecto, las mujeres apoyaron a lograr cambios en esos establecimientos.

Por ejemplo, mejoraron los ambientes con pisos de madera, cortinas y biombos. Asimismo, los dormitorios fueron adecuados a sus necesidades con la compra de camas, colchones, frazadas, sábanas, toallas y cortinas. También decidieron dotar de cocinas que les permitieran preparar o calentar sus alimentos, así como estufas para mantener las salas de maternidad con una temperatura adecuada, etc.

Las donaciones a los servicios tuvieron dos efectos; el primero, lograr un sentido de pertenencia, en relación al establecimiento de salud, y en segundo lugar promover una mayor concurrencia a estos centros.





Fotografía: Proyecto WARMI III

## EMPODERAMIENTO SOCIAL

El empoderamiento social y el desarrollo de capacidades para elaborar y ejecutar proyectos productivos y sociales (confección y comercialización de artesanías, programas educativos en la comunidad, promoción de mujeres en cargos públicos, etc.), es otro resultado relevante del proyecto.

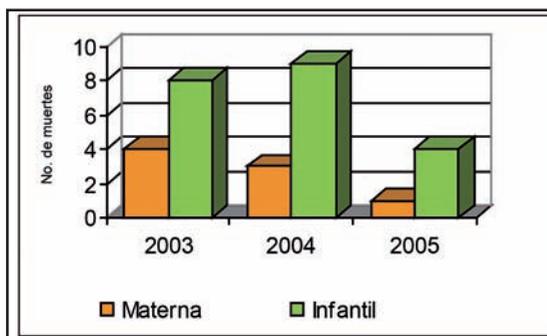
Al haber desarrollado las mujeres capacidades para ejercer sus derechos reproductivos, también empezaron a ejercer sus derechos ciudadanos y participar en el desarrollo de su comunidad. Ahora las mujeres participan de manera efectiva en actividades comunitarias, dan su opinión, son escuchadas y respetadas y han empezado a ejercer cargos directivos dentro de los sindicatos y en las alcaldías.

La comprensión de los pasos necesarios para elaborar un subproyecto y la experiencia en la ejecución de los mismos, las ha apoyado a desarrollar su capacidad de análisis y priorización de problemas. Esto se refleja en la formulación de nuevos proyectos dirigidos al desarrollo social y económico de su comunidad, los cuales están siendo gestionados por ellas y presentados a diferentes entidades financiadoras. Asimismo, han gestionado la incorporación de algunas demandas en el Plan Operativo Anual Municipal y el trámite de Resoluciones y Ordenanzas Municipales.

## IMPACTO EN LA SALUD

Los resultados y el impacto, en términos de salud se observan en la disminución de las muertes maternas e infantiles en las comunidades del proyecto, respecto al periodo anterior al inicio del proyecto. La mortalidad materna disminuyó en un 75% y la mortalidad infantil en 50%.

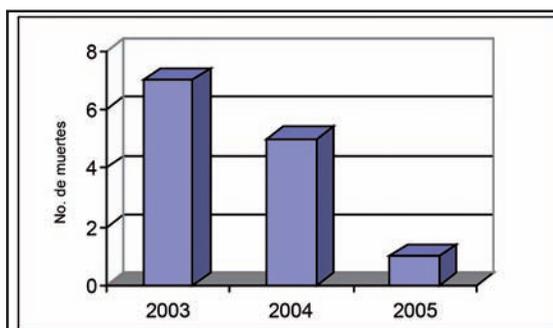
Gráfico No. 6 Muertes maternas e infantiles



Calamarca

Fuente: SNIS

Gráfico No. 7 Mortalidad materna\*



Morochata

Fuente: SNIS

\*No se registraron muertes infantiles

## 6. ¿CÓMO LO SOSTENEMOS?

Para garantizar que los resultados alcanzados se mantengan y se de sostenibilidad a los logros, el proyecto contempló en su diseño e implementación los siguientes pasos:

- *Trabajo con OCM* ya existentes en la comunidad, las cuales aprendieron a elaborar y ejecutar proyectos para resolver problemas de la comunidad. Al fortalecerse técnica y administrativamente éstas organizaciones, las mismas se convierten en actores del desarrollo local y garantizan la sostenibilidad. Por otra parte, la OCM como unidad organizacional viabiliza las demandas de las mujeres hacia las alcaldías y servicios de salud y facilita la participación de la mujer en otros espacios como el político y sindical, reforzando la autoestima y respeto de las mujeres.
- *Réplica de procesos educativos con promotoras de la comunidad y en el idioma local.* La selección de promotoras por la comunidad ha otorgado legitimidad, generando que su labor se mantenga incluso una vez concluido el proyecto.
- *Transferencia de conocimientos a las adolescentes.* En el postproyecto se ha encontrado a niñas entre 9 a 13 años con conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva que fueron transmitidos por sus madres, demostrando que las mujeres no quieren que sus problemas se repitan en sus hijas y por el contrario que el nuevo conocimiento se mantenga en las generaciones futuras.
- *Motivación al aprendizaje y la alfabetización.* Las mujeres expresaron que se sintieron motivadas hacia el aprendizaje de la lectura y escritura, y las que ya sabían se motivaron a retomar la lectura. Algunas mujeres analfabetas a la conclusión del proyecto se encontraban en programas de alfabetización.
- *Incorporación de varones.* Inicialmente los varones opusieron resistencia a que las mujeres administren recursos económicos, cuestionaron los cambios observados en sus parejas y expresaron curiosidad por las actividades desarrolladas. Al final, fruto del diálogo sostenido por ellas, esas actitudes se transformaron en colaboración a las mujeres, en apoyo a la organización de las reuniones, en la preparación de refrigerios y en el cuidado de los hijos menores, pero sobre todo en el reconocimiento de la importancia y necesidad del aprendizaje del que estaban participando las mujeres y la solicitud de ser incorporados en sesiones educativas.

*Muchas mujeres han expresado que antes nunca hablaban de nada, se sentaban en las reuniones comunitarias a un lado, "... como bultos, ahora ya hablamos y opinamos. Antes nunca hablaba de nada ahora ya nadie me calla, soy menos tímida he aprendido mucho". "Mi esposo me humillaba tanto me decía vos sonsa que vas a saber, calladita tienes que estar en un rincón, que cosa puedes opinar, ahora he visto que yo aprendo todo no soy sonsa como mi marido me decía....".*

## 7. ¿QUÉ APRENDIMOS? - EXPERIENCIAS O LECCIONES APRENDIDAS

La educación y el empoderamiento de las mujeres, reduce las muertes maternas y mejora la Salud Sexual y Reproductiva. Las demoras relacionadas con la mortalidad materna pueden reducirse con acciones a nivel local con pocos recursos, ayudando a las mujeres a superar por si mismas los obstáculos que les impiden recibir atención que les puede salvar la vida, principalmente:

- mejorando el conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo,
- elevando el conocimiento en la comunidad sobre complicaciones que indican que la mujer está en peligro,
- educando a las mujeres, a sus compañeros y familias sobre el momento apropiado para buscar ayuda cuando surjan complicaciones, identificando dónde deben buscar ayuda,
- elevando la condición de las mujeres, para que se sientan capaces de tomar decisiones críticas sobre su salud,
- mejorando los lazos entre proveedores de Servicios de Salud y comunidades,
- mejorando la relación entre los Servicios de Salud y la comunidad, basándose en la forma en que ésta define la atención de calidad,
- alentando a las comunidades a que tengan planes de transporte para casos de emergencia,
- asegurando que las mujeres reciban atención de calidad en los establecimientos de salud.

*“El proyecto fue iniciado pensando en trabajar sólo con las mujeres en edad fértil, pero la realidad indica que es necesario también trabajar con niños, niñas y varones de manera que el nivel de conocimientos y experiencia compartida entre los diferentes grupos de población sean lo suficientemente sinérgicos para romper el círculo vicioso que reproduce los problemas a través de las generaciones”.*

Rómulo Rodríguez. Dirección de Desarrollo Cultural y Comunitario. CAF. Caracas, Venezuela. Comunicación personal

## **¿QUÉ FACTORES HAN CONTRIBUIDO PARA LOGRAR UNA EXPERIENCIA TRANSFORMATIVA?**

Entre los factores más importantes, podemos destacar:

- *Un marco conceptual claro.* El proyecto fue enfocado para abordar las 4 demoras que sufren las mujeres en la búsqueda y obtención de Servicios de Salud y que ponen en riesgo sus vidas. Ha sido fundamental para el éxito del proyecto entender estos retrasos en la vida de las mujeres indígenas del área rural y adaptar una metodología educativa y participativa para solucionar estos problemas.
- El *autodiagnóstico participativo*, permite momentos de reflexión que llevan a cabo las mujeres sobre sus problemas de Salud Sexual y Reproductiva y su vida. Este proceso permite a las mujeres comprender que no están solas, que otras también sufren y experimentan los mismos problemas y que la manera de resolverlos es mucho más fácil si se actúa en grupo. Por otra parte, el autodiagnóstico permite un acercamiento intercultural entre las facilitadoras y las mujeres intercambiando conocimientos y respetando el conocimiento de la “otra.”
- *Réplica de procesos educativos con promotoras de la comunidad y en el idioma local.* Las mujeres promotoras fueron escogidas por la propia comunidad y compartían las mismas condiciones de vida, cultura e idioma. Esto permitió un aprendizaje más horizontal, adecuado a la realidad local, de mayor sostenibilidad, además de lograr una mayor aceptación.
- *Administración de fondos y ejecución del proyecto por la OCM.* Uno de los aspectos más importantes para el éxito del proyecto fue la transferencia de fondos a la OCM para que administraran y ejecutaran su proyecto. Este paso permitió elevar la autoestima

de las mujeres ejecutoras, empoderar a las mujeres, a sus organizaciones y fortalecer a las instancias locales. Asimismo, les permitió ganar espacios previamente reservados para varones y ser vistas con mayor respeto en la comunidad.

- *Mejorar la calidad de los Servicios de Salud desde la perspectiva de las mujeres.* Este es otro aspecto innovador, ya que generalmente se mejora la calidad de los Servicios de Salud desde la perspectiva del proveedor y desde el concepto biomédico. El proyecto ha permitido un diálogo intercultural entre la comunidad y los Servicios de Salud, apoyando a las mujeres a expresar sus percepciones y necesidades y posibilitando que el servicio de salud escuche y adecue su atención a sus demandas.
- *Material didáctico* diseñado para la comprensión de mujeres con ninguna o poca instrucción, permitiendo alcanzar a las más excluidas.

## ¿QUÉ PROBLEMAS ENCONTRAMOS?

En el inicio del proyecto existieron reacciones negativas de los varones y autoridades locales masculinas, especialmente en relación al manejo de recursos por las mujeres y a las sesiones educativas. Se ha comprobado que la socialización adecuada del proyecto entre las diferentes organizaciones y población en general es importante para lograr apoyo. Esta actividad no sólo debe realizarse al inicio del proyecto, sino mantenerse durante la ejecución del mismo.

## NUESTRAS RECOMENDACIONES

Debido al convencimiento de la efectividad del modelo aplicado y la relevancia de los resultados así como la necesidad de aplicarlo en otros contextos, ya sea similares o diferentes al boliviano, se considera que es posible implementar un proyecto como éste, tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La metodología ha sido desarrollada para poblaciones rurales e indígenas con un nivel bajo de escolaridad.
- Los niveles directivos de las organizaciones ejecutoras y financiadoras deben asumir la importancia del empoderamiento de las mujeres para el desarrollo de la comunidad.
- Las ONG u organizaciones ejecutoras deben considerar dar recursos a las OCM para que ellas administren y ejecuten sus proyectos.
- Seguir los pasos de la metodología, porque cada acción se apoya en la anterior y la metodología está validada y probada.
- Es importante adecuar el material educativo al lenguaje y contexto en el cual se va a utilizar.
- Las promotoras deben ser de la misma comunidad y elegidas por ésta.
- Deben existir previamente organizaciones comunitarias de mujeres en las áreas de intervención.

## 8. DOCUMENTACIÓN, BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto Nacional de Estadística. Censo de Vivienda y Población. La Paz; 2001.
- (2) Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE. Organización Panamericana de la Salud OPS. Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia. La Paz; 2004.
- (3) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía en Salud. La Paz; 2003. ENDSA.
- (4) Ramsom E, Yinger N. V. Maternidad sin riesgos; cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Referente Bureau. Washington; 2002.
- (5) Estrategia del Proyecto ReproSalud. Movimiento Manuela Ramos. Lima; 2003.
- (6) Programa de Coordinación en Salud Integral PROCOSI. Construyendo Puentes entre la Comunidad y los Servicios de Salud con un Enfoque de Género e Interculturalidad. La Paz; 2003.