

**2009**

**Organización Panamericana de la Salud**

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

## **Servicios de Salud Estrella**

Una experiencia para la  
integración de consideraciones  
de género en la gestión de  
servicios públicos de salud de  
primer nivel de complejidad

## SERVICIOS DE SALUD ESTRELLA



**Una experiencia para la integración de consideraciones de género en la gestión de servicios públicos de salud de primer nivel de complejidad**



Bolivia



Catalogado por el Centro de Información y Documentación OPS/OMS Bolivia

BO HM281 O68s	Bolivia. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Mejoremos prácticas en género, etnia y salud. Servicios de salud estrella: una experiencia para la integración de consideraciones de género en la gestión de servicios públicas de salud de primer nivel de complejidad. - - La Paz: OPS/OMS, 2009 24 p.  I. SERVICIOS DE SALUD II. CAPACITACION EN SERVICIO III. PROGRAMAS DE CAPACITACION IV. GENERO V. BOLIVIA 1. t.
---------------------	---

Las opiniones que se expresan en publicación, no necesariamente representan la posición de la Organización Panamericana de la Salud.

Elaboración, sistematización y edición:  
Lic. Francy Venegas, Dra. Dora Caballero

Depósito legal: 4-2-2472-09

Diagramación e Impresión: Grupo Design  
gdesign@megalink.com

La Paz, Bolivia 2009

## **Organización Panamericana de la Salud**

**Dra. Mirta Roses Periago**

Directora

**Dra. Marijke Velzeboer Salcedo**

Coordinadora Oficina Género, Etnicidad y Salud

**Esmeralda Luz Burbano Jaramillo**

Consultora Oficina Género, Etnicidad y Salud

**Patricia García Cosavalente**

Oficial Técnico Oficina Género, Etnicidad y Salud

## **SEDES-La Paz**

**Dr. David Laura Calliconde**

Director

**Dra. Alejandra Hidalgo**

Jefa de gabinete

**Dr. Marcelo Javier Santa Cruz**

Jefe de Redes y Servicios

**Lic. Francy Venegas**

Responsable de Salud mental, violencia y género

## **Organización Panamericana de la Salud en Bolivia**

**Dr. Christian Darrás**

Representante

**Dra. Dora Caballero**

PN- ENT y comportamientos humanos



## CONTENIDO

<b>Presentación</b> .....	<b>v</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. ¿POR QUÉ LO HICIMOS?</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ¿QUÉ BUSCAMOS?</b> .....	<b>4</b>
<b>3. ¿CÓMO LO HICIMOS?</b> .....	<b>5</b>
<b>4. ¿CON QUIÉN LO HICIMOS?</b> .....	<b>10</b>
<b>5. ¿QUÉ LOGRAMOS?</b> .....	<b>11</b>
<b>6. ¿CÓMO LO SOSTENEMOS?</b> .....	<b>12</b>
<b>7. ¿QUÉ APRENDIMOS?</b> .....	<b>12</b>
<b>8. Bibliografía</b> .....	<b>14</b>



## PRESENTACIÓN

**E**n el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, la Oficinas de Género, Etnicidad y Salud, y la Oficina de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud organizaron el segundo concurso “Buenas Prácticas que Incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género/Etnicidad en Salud”. El concurso tenía como objetivo identificar las experiencias que mejor abordaran las necesidades y oportunidades diferenciales de hombres y mujeres en salud, con énfasis en poblaciones de origen étnico/racial; y especialmente las experiencias que trataran de transformar las actitudes individuales e institucionales para mejorar la salud.

De un total de 44 concursantes, provenientes de 19 países de la región, la experiencia **“Atención primaria de salud con enfoque de género –Servicio de Salud Estrella–”**, fue una de las dos mejores prácticas seleccionadas.

Esta experiencia fue presentada por el Servicio Departamental de Salud La Paz - Ministerio de Salud y Deportes, y la Representación de OPS/OMS en Bolivia. Esta iniciativa benefició a mujeres migrante de origen aymara, en condiciones de pobreza, en sectores urbanos.

La experiencia surge ante las bajas coberturas y baja participación de las mujeres en la atención y prevención de su propia salud. Esta situación se asocia a temas de discriminación, maltrato y la falta de respuesta a las necesidades de las mujeres.

El diagnóstico cualitativo realizado en los servicios del primer y segundo nivel, permitió identificar problemas en los procesos de atención de salud, desde la perspectiva de las usuarias y el personal de salud. Después con la participación de las/los usuaria/os y proveedores se elaboró una propuesta de acción, que incluía los siguientes componentes: conducción estratégica, organización, capital humano, satisfacción de usuarias/os y programa comunitario de “mujer a mujer”.

La experiencia ha demostrado sostenibilidad en el tiempo (más de cinco años) basado en el fortalecimiento del liderazgo de las mujeres en la comunidad, así como el desarrollado de habilidades del personal de salud para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de mujeres y hombres con sensibilidad intercultural.

De esta manera, **“Atención primaria de salud con enfoque de género –Servicio de Salud Estrella–”** demostró ser una experiencia transformativa de las relaciones de género.

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

## ➤ RESUMEN ➤

**L**a situación de salud de mujeres en Bolivia - La Paz, muestra desigualdades críticas, entre otras, el cáncer, especialmente el que les afecta (cérvico-uterino), la mortalidad materna, problemas en el tema de salud sexual y reproductiva, el impacto negativo del VIH/SIDA, la violencia doméstica e intrafamiliar, el nivel educativo bajo, la escasa participación política, las limitadas oportunidades para el trabajo; entre otras.

En los servicios de salud se constatan bajas coberturas y baja participación de las mujeres en la atención y prevención de su propia salud asociado a temas de discriminación, mal trato y a una organización del servicio que no responde a las necesidades de las mujeres –por ejemplo en horarios–. Esta situación motivó trabajar en servicios públicos de salud de primer nivel de complejidad, con el propósito de integrar consideraciones de género en el marco de atención primaria. Constituye un aporte en la búsqueda de mejora de la calidad y el acceso a servicios de salud, identificando y respondiendo a barreras dentro del mismo servicio (que generan bajas coberturas) y a barreras en la población (mujeres con limitaciones en la toma de decisiones sobre su salud).

La iniciativa se desarrolló desde el 2004 a 2006 a través acciones de intervención directa en el departamento de La Paz, concentrándose luego, en el municipio del mismo nombre y en el servicio de salud “Pampahasi bajo”. De la gestión 2007 a la fecha, la iniciativa se encuentra en proceso de institucionalización en el Servicio de Salud del Departamento de La Paz (SEDES-La Paz).

En términos generales, esta experiencia ha buscado contribuir a mejorar las condiciones de salud a través de procesos de potenciación de la gestión de servicios, especialmente orientada a la “calidad con enfoque de género” y al desarrollo de procesos de empoderamiento de las mujeres en la comunidad (principalmente migrante Aymara y en condiciones de pobreza) para su mayor “acceso” a la salud.

Los principales logros en el período, fueron el manejo de la planificación en servicios incorporando consideraciones de género, los ajustes en la organización del servicio para responder a las necesidades de las mujeres-usuarias (señalización, idioma, horarios, cortinas para dar privacidad, material informativo), trabajo en equipo y mejoras en el trato, vigilancia de la satisfacción de usuarios/as, aumento de coberturas y desarrollo de un programa de potenciación en la comunidad respecto a los derechos a la salud de las mujeres .

Las lecciones aprendidas de esta iniciativa están referidas especialmente al rescate de los procesos conjuntos de identificación de necesidades y planificación con el personal de salud y organizaciones de base. Asimismo, el revalorizar el rol del equipo de salud operativo y proponerlo como “agente de cambio” con capacidades para liderar desafíos, fue un coadyuvante esencial para impulsar un tema sensible, como la construcción social del género.

## 1. ¿POR QUÉ LO HICIMOS?

Respecto al número de hijos deseados y tenidos, se tienen diferencias sustanciales: mientras las mujeres, en promedio desean tener 2.5 hijos, efectivamente tienen 4.2.



La situación de la mujer ha pasado a ocupar un primer plano en los debates internacionales con mayor énfasis en los últimos diez años. Si bien desde la última mitad del siglo pasado se registraron importantes avances en los ámbitos de salud, educación y derechos, el progreso en otras tantas áreas ha sido lento y desigual. La disparidad de género es aún muy marcada en las regiones, en los países y en el interior de los países, en especial, en los más pobres como Bolivia.

Se dice con mucha justeza, que el haber nacido de sexo femenino afecta las oportunidades de vida en todas las sociedades, con diferentes características de una a otra. En este marco, la situación de salud de la población y particularmente de las mujeres bolivianas, tiene características propias que muestran desigualdades críticas, como en la presencia del cáncer cérvico-uterino, en la mortalidad materna, problemas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en el impacto del VIH/SIDA, en el problema de violencia doméstica e intrafamiliar, en la educación, en la participación política, en las oportunidades para el trabajo y en otras situaciones de desigualdad.

A continuación algunos datos nos mostrarán el panorama del cual estamos hablando:

### Aspectos demográficos

- Bolivia cuenta con 37 pueblos indígenas y originarios, quienes constituyen más de la mitad de la población nacional, es decir más de 4 millones de personas (monolingües nativas y bilingües) que residen en los 9 departamentos y en los

324 municipios (Federación de Asociaciones Municipales, 2008).

- La población boliviana, tiene predominio femenino (50.16% son mujeres)
- La población con necesidades básicas insatisfechas –vivienda, insumos energéticos, educación y salud– de acuerdo con el último Censo Nacional 2001 es de 39% para las áreas urbanas y de 90.8% para las áreas rurales.
- La población boliviana femenina radica fundamentalmente en las áreas urbanas. Así, 2.517.06 hombres y 2.648.124 mujeres viven en ciudades y; 1.606.744 hombres y 1.502.351 mujeres en el área rural (Censo nacional ,2001).
- Las mujeres en actual edad reproductiva –de 15 a 49 años– se han incrementado en un 85%, debido a la alta fecundidad en décadas pasadas (EDSA, 2003).
- La Tasa de fecundidad alcanza a 4.4 hijos por mujer (Censo nacional, 2001).

### Salud sexual y reproductiva

- Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), existen brechas entre el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, entre hombres y mujeres. De manera global se establece que un 89% de hombres y mujeres consultadas conocían algún método, en tanto que un 31.4% de mujeres y un 41.9% de hombres hacían uso de ellos.
- Respecto al número de hijos deseados y tenidos, se tienen diferencias sustanciales: mientras las mujeres, en promedio desean tener 2.5 hijos, efectivamente tienen 4.2.



Esta información desagregada por residencia establece que la diferencia es mayor en el área rural que en la urbana, en efecto, en el primer caso se desea tener 3.2 hijos y se tiene 6.4, en tanto que en el área urbana se tiene 2.2 y 3.3 respectivamente (ENDSA, 2003).

- Las mujeres representan el 26% de los adultos infectados con VIH/SIDA. Entre las y los jóvenes, las del sexo femenino representan el 35%. Desde 1998 el crecimiento se observa más aceleradamente entre las mujeres menores de 24 años, superando al crecimiento de infección de los varones en este grupo etáreo (Programa Nacional ITS, VIH SIDA – MSD, 2008).
- Durante la gestión 2000, según datos del CNPV/01, el 60.5% de los partos fueron atendidos por personal capacitado.
- La mortalidad materna, una de las más elevadas del Continente, se estimó en 229 x 100.000 n.v. para el 2003 y en 222 x 100.000 n.v. para el año 2008 (ENDSA, 2008 preliminar).
- Cada día mueren cerca de 5 mujeres por cáncer cérvico uterino, de acuerdo con el estudio realizado por INLASA (Instituto Nacional de Laboratorio en Salud). Sobre muestras ginecológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) se indica que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años, concluyendo que la incidencia del cáncer de cuello uterino cada vez es más frecuente en personas jóvenes.



### **Situación de salud**

- Tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por 100.000 hbts.: 358,2 para hombres y 382,6 para mujeres (Indicadores Básicos Ministerio de Salud y Deportes, 2003).

- Tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedades neoplásicas para ciudades capitales x 100.000 hbts.: 57,4 para hombres y 89,7 para mujeres (Indicadores Básicos Ministerio de Salud y Deportes, 2003).
- Razón por sexo de población de 15 a 65 años de edad que fuma regularmente: 48,4% para mujeres y 68% para hombres (Indicadores de género MSD, OPS/OMS, Sociedad de Salud Pública, 2005).
- Razón de prevalencia de obesidad por sexo: 36% para mujeres y 22% para hombres (Indicadores de género MSD, OPS/OMS, Sociedad de Salud Pública, 2005).
- Razón por sexo de población que enfermó y/o tuvo accidente: 17,9% para mujeres y 14,9% para hombres (Indicadores de género MSD, OPS/OMS, Sociedad de Salud Pública, 2005).

### **Educación**

- La tasa de analfabetismo a nivel nacional es mayor en mujeres que en hombres. En efecto esta alcanza a un 18.87% de mujeres y un 6.76% de hombres (Censo Nacional, 2001).
- Si bien la matrícula femenina ha aumentado, la deserción del sistema educativo afecta más a mujeres que a hombres. De cada 100 mujeres en edad escolar, 27 no tienen acceso a la educación (CEPAL, 2002).
- Las altas tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años se asocian con el bajo nivel educativo de las mujeres- madres, sobre todo en las áreas rurales donde la mitad de ellas son analfabetas. Un niño/a cuya madre no tiene instrucción, tiene triple riesgo de morir que un niño/a con madre con nivel secundario (ENDSA, 2003).

En la mayoría de las víctimas que denuncian violencia sexual son del sexo femenino (88%). La mayoría de los delitos sexuales son cometidos por personas allegadas a la víctima, siendo frecuentemente cometidos en su propio domicilio.



### **Participación política**

- La participación de las mujeres como concejales municipales se ha incrementado en 1999, respecto a 1995, año en que de un 8.55% se ha alcanzado un 17.85%; sin embargo no se llega al 30% esperado (Ley de Cuotas).
- La relación de alcaldes y alcaldesas, según listas de autoridades municipales, es de 13% mujeres y 87% hombres. El número de mujeres que aparece como suplente llega a 69,52%. De un total de 252 concejales, el 9,12% llegó a ser alcaldesa (Viceministerio de Participación Popular, 2001).
- En el Congreso Nacional se cuenta con una mayor presencia femenina en el Cámara de Diputados, con un 18.5% de titulares, mientras que en la Cámara de Senadores, la presencia femenina alcanza apenas a un 14.8% (Trabajadoras Diputadas, Ministras e Indígenas, 2007).

### **Empleo**

- El desempleo afecta más a las mujeres. De la tasa global de 4.79, 5.86 corresponde a mujeres y 3.94 a hombres (Dossier UDAPE, 2002).
- El porcentaje de mujeres jefas de hogar se ha incrementado, estimándose que llega a un 38%, lo que señala que son más las mujeres que buscan generar ingresos para el sustento familiar (Organización Internacional del Trabajo, 2006).
- Los ingresos promedio hora de jefas y jefes de hogar refleja diferencias sustanciales en desmedro de las mujeres.
- Según el Banco Mundial, en 1999 se registra que las mujeres tienen mayor probabilidad de ser pobres. En

efecto, en las ciudades principales se tiene un 47% de mujeres frente a un 45% de hombres, en el área rural un 83%, frente a un 81%, respectivamente.

### **Violencia contra la mujer**

- La investigación sobre prevalencia de la violencia doméstica en tres municipios del país realizada en 1998 señala que de cada 10 mujeres casadas o en unión, entre 5 y 6 reconocen ser víctimas de violencia en su hogar, con predominio de agresión física.
- De las denuncias recibidas en la Brigada de Protección a la Familia (Policía Nacional), por violencia en el hogar, el 86% de las víctimas son mujeres.
- En casos de Violencia sexual en niñas/os y adolescentes, los agresores hombres actúan en el 74% sin los efectos del alcohol ni drogas. La mayoría de las víctimas que denuncian son del sexo femenino (88%). La mayoría de los delitos sexuales son cometidos por personas allegadas a la víctima, siendo frecuentemente cometidos en su propio domicilio (ENDSA, 2003, Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2004-2008, Plan Nacional de Prevención y Atención a Violencia, 2004-2007).

Este panorama general ha motivado la necesidad de promover especial atención a la salud de las mujeres partiendo principalmente del reconocimiento de que ellas y los hombres ocupan posiciones diferentes frente a la utilización y a la provisión de diferentes recursos como la atención de la salud.

En el departamento de La Paz –uno de los nueve de país y sede de gobierno–,

En este sentido, la experiencia, se constituye en un aporte en la búsqueda de calidad y mejor acceso en los servicios de salud, al identificar y responder efectivamente a barreras existentes, tanto en los servicios como en la propia población. En este caso, la población con mayores necesidades: las mujeres.



la situación no es mejor que a nivel nacional. Así por ejemplo, la población es económicamente deprimida, tiene dependencia mayoritaria del comercio informal, bajos niveles educativos; y posee tradiciones culturales arraigadas producto del legado de los pueblos indígenas aymaras que habitaron esta parte del país y de las migraciones internas producidas.

Algunos datos nos muestran que por ejemplo la mortalidad infantil es de 52 x 1000 n.v., llegando a 67 en áreas rurales del departamento, la mortalidad materna alcanzó a 345 x 100.000 n.v. para el 2003, los cuatro controles prenatales indicados según normas no alcanzan al 50%. El Uso de métodos anticonceptivos en el departamento solo llega al 4,87%<sup>1</sup> y persiste la necesidad insatisfecha de anticoncepción en el 22,02%. Con relación al Cáncer<sup>2</sup>, la detección oportuna del CACU mediante la toma del Papanicolao apenas llega al 15,09%<sup>3</sup>, la toma de PAP's no coincide con la lectura de los mismos (solo el 50% de los mismos son leídos en los laboratorios de citopatología).

Este contexto fue el marco para trabajar en la experiencia piloto en servicios públicos de salud de primer nivel de complejidad con el propósito de integrar consideraciones de género desde la perspectiva de la atención primaria de salud. En este sentido, la experiencia, se constituye en un aporte en la búsqueda de calidad y mejor acceso en los servicios de salud, al identificar y responder efectivamente a barreras existentes, tanto en los servicios como en la propia población. En este caso, la población con mayores necesidades: las mujeres.

## 2. ¿QUÉ BUSCAMOS?

Las principales motivaciones que llevaron a desarrollar la experiencia "Servicios de Salud Estrella" fueron la situación de salud de las mujeres como problema central y las bajas coberturas en los servicios asociadas a la débil participación de las mujeres en temas de salud como problemas subyacentes.

El departamento de La Paz se identificó como el espacio territorial que concentraba un conjunto de atributos que podría facilitar la implementación y réplica de la iniciativa en otros ámbitos, tales como población indígena aymara y otras migrantes, condiciones de pobreza, presencia de servicios públicos de primer nivel de complejidad, entre otros.

Los objetivos estuvieron dirigidos a:

- **General**

Contribuir a mejorar la situación de salud de las mujeres mediante acciones para el aumento de coberturas de atención y para la promoción de la participación comunitaria en municipios del departamento de La Paz en el marco de la estrategia de atención primaria de salud y políticas nacionales en vigencia.

- **Específicos**

a. Desarrollar un diagnóstico cualitativo y cuantitativo con prestadores/as de servicios de primer nivel de complejidad en 5 municipios urbano-periféricos y rurales del departamento de La Paz.

<sup>1</sup> Datos SNIS Departamento La Paz 2008

<sup>2</sup> Informe por entrevista 2008 Programa Salud Sexual Reproductiva Depto. La Paz

<sup>3</sup> Informe por entrevista de INLASA 2008

- b. Desarrollar una aproximación cualitativa sobre las percepciones de las mujeres de la comunidad respecto a la salud.
- c. Realizar un ciclo de reuniones de análisis de resultados de los diagnósticos e identificación de propuestas con la comunidad y con prestadores/as de servicios desde la perspectiva de género.
- d. Elaborar y validar un modelo de actuación en servicios y en la comunidad que facilite líneas de calidad y acceso con enfoque de género.
- e. Implementar y evaluar el modelo de actuación con actores participantes en el proceso y otros actores claves invitados.

y los alrededores de la ciudad de La Paz, se generaron corrientes migratorias, principalmente en la mencionada ladera oriental. Allí se formaron cinturones periféricos de marginalidad y pobreza, desencadenando características sociales diversas que se manifiestan por la desocupación, bajos ingresos, falta de accesibilidad a los servicios básicos como energía eléctrica, agua, alcantarillado, etc. Las migraciones más importantes que asientan en esta ladera provienen de población indígena aymara de las provincias Murillo (Palca), Omasuyos e Ingavi del departamento de La Paz y en menor escala de otras provincias del interior del país.<sup>5</sup>

### 3. ¿CÓMO LO HICIMOS?

La experiencia se inició en 2004 en los municipios de El Alto (Centro de Salud 1o. de Mayo), La Paz (Centro de Salud Los Pinos, Centro de Salud Pasankery), Coroico (Hospital Coroico) y Achacachi (Hospital Achacachi) con el levantamiento de un diagnóstico cualitativo. Posteriormente se concentró en el municipio de La Paz, en el servicio “Pampahasi Bajo” (vocablo aymara que significa “planicie alta”). La zona de Pampahasi corresponde a la ladera oriental de la ciudad, es un barrio urbano periférico. La red de servicios públicos que allí se ubica (N°4) cuenta con una población de influencia de 123.733 hbts.<sup>4</sup>, y corresponde a los barrios de Cochapampa y San Simón.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES – La Paz), es la autoridad sanitaria que a nivel del departamento operativiza las políticas nacionales emanadas por el Ministerio de Salud y Deportes. Esta instancia ha impulsado algunas acciones en el tema de género desde el 2003, año en que se incorpora a la estructura orgánica un Responsable de Género y Violencia, y se asigna un limitado presupuesto mediante la aprobación de un plan operativo.

En este marco, en coordinación con la oficina de la OPS/OMS en el país, se establecieron acuerdos para apoyar la experiencia “Servicios de Salud Estrella”.

Los principales pasos dados en el desarrollo de la iniciativa fueron:

Por el acelerado y descontrolado proceso de urbanización; y por el déficit habitacional en la parte central



<sup>4</sup> Último Censo nacional realizado 2001.

<sup>5</sup> Datos Gerencia Red Este, proporcionados verbalmente.



### DIAGNÓSTICO, FUNDAMENTALMENTE “CUALITATIVO”

Con algunas técnicas de investigación cualitativa (entrevistas en profundidad, observación, grupos focales) se identificaron “percepciones sobre la situación”, tanto de prestadores/as de servicios como de mujeres en la comunidad aledaña a un servicio. Así por ejemplo, algunos hallazgos son los siguientes:

- **De los prestadores/as**

Concentraban su esfuerzo laboral casi exclusivamente en la **aplicación del SUMI** (Seguro Universal Materno-infantil, política de salud), dirigido a eliminar barreras económicas de las mujeres en la atención de su rol reproductivo exclusivamente. Adicionalmente, atendían por demanda, Cáncer Cérvico-Uterino y a veces, violencia doméstica.

Con relación a la **información y vigilancia epidemiológica**, si bien se reconocían las 10 primeras causas de morbilidad no manejaban información desagregada por sexo y no analizaban la situación de determinados grupos poblacionales, como las mujeres.



**Participación comunitaria.** Si bien en el modelo de gestión en vigencia está establecida la “gestión compartida con la comunidad”, frecuentemente las reuniones con las organizaciones de base se realizaban sin la presencia o sin la participación efectiva de las mujeres para la toma de decisiones.

**Organización de los servicios.** Los horarios de atención en los servicios, frecuentemente eran incompletos. No existían mecanismos compartidos con la comunidad y con las mujeres, para fijar horarios de atención según las necesidades percibidas. No se disponía de ningún procedimiento que permitiera a la usuaria/o solicitar un/a proveedor/a específico. Se realizaban algunos intentos para la atención de pacientes en su idioma nativo, sin embargo esto no era sistemático y más bien se observaba dependiente de la voluntad personal de el/la funcionario/a de salud. Los servicios tenían carencias de recursos informativos (señalización y orientación) para el desplazamiento de las/los usuarias/os dentro del mismo. El establecimiento de salud no realizaba una acción periódica de difusión de los servicios ofrecidos,

Este comportamiento “subordinado”, también estaría impidiendo no sólo acciones de prevención sino que estaría colocando barreras a las acciones de atención de salud (Ej.: atención del parto institucional, atención de diabetes, atención de tuberculosis, etc.).



los horarios y otra información útil para la comunidad. Las labores en la comunidad (charlas, detección, visitas) se realizaban eventualmente y no de manera sistemática.

#### • **Percepciones de las mujeres desde la comunidad**

En términos generales, las mujeres reconocen su carencia total o parcial de educación, se reconocen como personas que deben hacer varias y diversas actividades ligadas a su rol reproductivo y productivo en la sociedad:

“Las mujeres somos muchas cosas: madres, amas de casa, trabajadoras fuera del hogar; los hombres sólo trabajadores” (comunidad aledaña al Centro de Salud Los Pinos, La Paz).

“Las mujeres tenemos que cuidar la casa, cocinar para todos, atender los animalitos, trabajar el campo, mandar a la escuela a las “wawas”\*; todo tenemos que hacer, cumplir nuestras obligaciones, harto hay que hacer, sin tiempo andamos” (comunidad aledaña al Hospital Coroico).

Las mujeres en este lado, somos como cualquier mujer, que tiene sus cosas que hacer, atender al marido, a las “wawas”\*; la chacra también hay que hacer, tejemos también” (comunidad aledaña al Hospital Achacachi).

Los problemas de salud de la mujer habitualmente quedan relegados a un segundo plano, al momento de cumplir con los roles productivos y reproductivos establecidos socialmente. Este comportamiento podría condicionar las bajas coberturas por Ej.: en detección

del cáncer cérvico-uterino, ya que éstas no serían asumidas de manera decidida por las mujeres. Las decisiones de la mujer sobre su situación de salud – ir o no al servicio de salud – se encuentran supeditadas o condicionadas a las decisiones del esposo o pareja, o de otro miembro de la familia. Este comportamiento “subordinado”, también estaría impidiendo no sólo acciones de prevención sino que estaría colocando barreras a las acciones de atención de salud (Ej.: atención del parto institucional, atención de diabetes, atención de tuberculosis, etc.):

“Aunque estemos de cuatro patas de dolor, si hay trabajos que hacer en la casa, no podemos irnos a la cama” (comunidad aledaña al Centro de salud Zona 16 de Julio, El Alto).

“En el campo están mal vistas las mujeres que toman cosas para no tener hijos, tenemos nomás que tener los hijos” (comunidad aledaña al Hospital Achacachi).

“Si nuestra hermana o la hermana del marido se enferma, tenemos que viajar al campo a atender para ayudar; más todavía si es la suegra” (comunidad aledaña al Centro de salud Zona 1° de Mayo, El Alto).

“Como le han atendido a él – el esposo –, así quiere el parto en la casa nomás. A veces me da permiso,...” (comunidad aledaña al Hospital Achacachi).

Cuando las mujeres usan los servicios de salud, perciben problemas con el trato del personal (discriminatorio cultural por idioma originario y vestimenta, por nivel socio-económico; y maltrato verbal); y en general coinciden en indicar que éstos no resultan adaptados a sus necesidades:

El servicio de salud no realiza los procesos de prestación de servicios de acuerdo con las necesidades de la población en general y de las mujeres en particular (debilidades en horarios adecuados, señalización, uso de idioma nativo, privacidad, elección de profesional, información, consejería, maltrato, etc).



“Nos hacen tardar mucho en la consulta, toda la mañana se pierde” (comunidad aledaña al Centro de salud Zona Pasankeri La Paz). “No consideran que tenemos que cocinar, ver los animales, todo, se pierde mucho tiempo” (comunidad aledaña al Hospital Achacachi).

“Cuando les hablo en aymara, no entiendo, dime en castellano dicen las enfermeras, quien puede creer si ellas son igual a nosotras” (comunidad aledaña al Centro de salud Zona 16 de Julio).

“Habrás creído que iba a ser fácil tener una wawa (bebé), ¿no?; tienes que aguantar, se sufre pero se aprende, me dijo la enfermera, mientras yo lloraba de dolor” (comunidad aledaña al Centro de Salud Los Pinos, La Paz).

“A la enfermera no le gusta que vayamos con nuestra ropa que usamos; ya no voy por eso. Me ha reñido de mis “centros” (enaguas); tanta ropa inútil, me dijo” (comunidad aledaña al Centro de salud Zona 16 de Julio, El Alto).

“Tan cochina (sucia) me ha dicho una enfermera, debes lavarte y asearte siquiera una vez a la semana. No tengo dónde bañarme, he dejado mis controles. A mi hijo nomás ahora le llevo” (comunidad aledaña al Hospital Achacachi).

### CICLO DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS CON DIFERENTES ACTORES

A partir del diagnóstico realizado, se programaron reuniones de análisis de resultados y se estructuró un panorama

que muestra elementos que dificultan los procesos de atención de salud, especialmente en el espacio local y que se constituyen en barreras entre la comunidad y las personas que tienen necesidades de salud; y el servicio de salud.

Se identificaron barreras relacionadas con dos aspectos:

**a) Calidad.** El servicio de salud no realiza los procesos de prestación de servicios de acuerdo con las necesidades de la población en general y de las mujeres en particular, así por ejemplo existen debilidades en horarios adecuados, señalización, uso de idioma nativo, privacidad, elección de profesional, información y consejería. Asimismo, el personal no analiza información desagregada por sexo, existe débil o nula promoción y planificación con participación de grupos organizados de la comunidad y representantes de grupos de mujeres. El maltrato, trato displicente y hasta discriminatorio, constituyen aspectos que contradicen cualquier pretensión de estar prestando servicios de calidad.

**b) Accesibilidad.** Las personas, especialmente las mujeres no acuden a los servicios, debido a pautas de comportamiento aprendidos socialmente que generan debilidad en la toma de decisiones respecto al cuidado la propia salud (construcción del género). Así la autovaloración baja (las mujeres evitan hablar, no buscan información, no participan activamente como producto de su rol subordinado en la sociedad. Muchas mujeres sienten vergüenza por desvestirse y someterse a exámenes, algunas van al servicio sólo por sus hijos, consideran que

pierden mucho tiempo cuando van por ellas. Habitualmente relegan su salud a un segundo plano.

### CONSTRUCCIÓN MULTIDISCIPLINARIA CON LA COMUNIDAD DEL MODELO DE ACTUACIÓN EN SERVICIOS CON ENFOQUE DE GÉNERO (“SERVICIOS DE SALUD ESTRELLA”)

Luego del análisis de resultados del diagnóstico, se elaboró de manera participativa un plan de intervenciones con diferentes profesionales (socióloga, psicóloga, enfermeras y auxiliares de enfermería, médicos/as generales, médicos/as salubristas, trabajadoras sociales), la comunidad organizada, grupos de mujeres y autoridades sanitarias departamentales y nacionales. Esto fue llamado el Modelo de actuación en salud.

Este Modelo de actuación, con enfoque de género se denominó “Servicio de Salud Estrella” en alusión a un servicio que cubra expectativas de excelencia en su desempeño con la comunidad. El propósito del mismo está referido a:

*Contribuir a mejorar las condiciones de salud a través del mejoramiento de procesos de gestión en servicios de salud del nivel de complejidad, en el marco de la estrategia de atención primaria, mediante la integración de la perspectiva de equidad de género, en el municipio de La Paz, en el área de Pampahasi Bajo.*

Sus componentes son:

En el ámbito de la **Calidad** de los servicios

- Conducción estratégica. Destinado a potenciar habilidades en el recurso

humano en salud a fin de establecer procesos de planificación que reconozcan necesidades diferentes de grupos “diferentes” de la población (mujeres y hombres) y faciliten intervenciones adecuadas en aspectos técnicos, de trato y de ambiente.

- Bateria mínima de organización. Orientada a estimular procesos de organización en el servicio que respondan a las características de la población femenina (privacidad, horarios, idioma, etc.).
- Habilidades sociales del capital humano. Se trata de establecer consensos internos en el equipo de salud que permitan desarrollar espacios para la actualización y fortalecimiento del conocimiento que contribuyan al abordaje interno y externo del manejo de conflictos, derechos y del trato.
- Vigilancia de la Satisfacción de la usuaria/o. Pretende contar con un mecanismo que permita monitorear o “vigilar” la satisfacción de las usuarias/os del servicio, e integrar resultados en procesos establecidos de manejo de información.

En el ámbito de la **accesibilidad a la salud**

- De mujer a mujer a mujer. Este componente busca derribar barreras que dificultan el uso de los servicios de salud por parte de las mujeres, derivados de comportamientos o roles que reflejan inequidades de género existentes y características culturales propias de la comunidad.

### ALIANZAS CON OTROS ACTORES E IMPLEMENTACIÓN

Para la implementación del Modelo de actuación con enfoque de género, se seleccionó el área de Pampahasi Bajo y



el servicio de salud de primer nivel de complejidad que desarrolla sus acciones en la mencionada zona. En este momento fueron importantes las alianzas que se establecieron con el Gobierno Municipal y el Ministerio de Salud y Deportes. Uno por sus atribuciones relacionadas con el mantenimiento y equipamiento de servicios de salud y el segundo, por su carácter de rector en la salud del país.

### EVALUACIÓN CON ACTORES PARTICIPANTES

Se realizó una evaluación de procesos y resultados. Para ello, se utilizó metodología cualicuantitativa cuyos resultados fueron presentados tanto a autoridades nacionales, como departamentales.

En términos generales los resultados de la experiencia tienen las siguientes características:

*Promueve cambio:* se generan cambios en el equipo de salud identificados cualitativamente (motivación) y por el aumento de las coberturas de atención.

Tiene un enfoque innovador: Se trabaja con el equipo de salud a nivel local para motivar y promover

el liderazgo en el desarrollo de su propio trabajo y en su interacción con grupos de la comunidad.

*Posee un efecto multiplicador:* La experiencia permitió desarrollar instrumentos validados, que hicieron posible extenderla a otros servicios y comunidades.

*Es relevante:* Permite incorporar las consideraciones de género (un determinante en salud) en procesos de gestión de servicios en el marco de la atención primaria de salud.

*Integra un enfoque holístico:* La experiencia tiene como núcleo el análisis de género para incidir en procesos de planificación del SEDES La Paz, en el fortalecimiento de la participación de la comunidad con énfasis en mujeres y en la reorientación de los servicios de primer nivel de complejidad para mejorar la calidad y el acceso a la salud.

## 4. ¿CON QUIÉN LO HICIMOS?

Considerando al Modelo de actuación en Servicios de Salud con Enfoque de Género desde una visión de sistema, intervinieron en su construcción y desarrollo los siguientes actores relevantes:

Actores y sus atributos	QUIÉNES
Suministrador	SEDES (Servicio Departamental de Salud) y DILOS (Directorio Local de Salud).
Actores operativos	Equipos de salud de servicios de nivel I de complejidad. Médicos (Generales y Especialistas), Lic. Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Técnicos de Salud, personal Administrativos y Manuales. Las contribuciones más importantes a la experiencia de los equipos de salud estuvieron relacionadas con mostrar la experiencia cotidiana de sus servicios y luego al interés de cambiar la situación actual (bajas coberturas).
Actores organizadores	Gerentes de Redes de servicios de salud.
Clientes	Mujeres usuarias y aquellas potencialmente usuarias, y sus familias. Se contó con la participación de grupos organizados de mujeres. Las contribuciones de las presidentas y secretarías de salud, fueron mostrar su experiencia cotidiana frente a los servicios de salud, su experiencia sobre sus roles en la familia y comunidad; y analizar y sugerir componentes claves para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios.
Intervinientes	MSD a través del Programa Nacional de Género y Violencias.



## 5. ¿QUÉ LOGRAMOS?

Luego de la aplicación de la iniciativa “Servicios de Salud Estrella” en el Centro de Salud Materno Infantil de Pampahasi Bajo, se realizó una evaluación de medio término sobre procesos y resultados. Los hallazgos fueron:

*Componente conducción estratégica.* Se desarrolló un proceso de capacitación de Planificación con enfoque de género, centrado en el análisis de indicadores de salud de la mujer.

*Componente Organización.* A través de talleres y reuniones se identificaron elementos básicos de organización, para responder mejor a las expectativas de las mujeres-usuarias:

Se colocaron ánforas para introducir a través de volantes una evaluación de la atención por parte de las usuarias/os.

Los volantes tienen dibujos de caras (“sonriente”, “seria” y “enojada”). La usuaria/o, al salir de la consulta debe marcar alguna de estas caras.

### Evaluación Servicios de Salud Estrella 2006 La Paz – Bolivia

Variable seleccionada	Antes de la iniciativa 2005	Durante la iniciativa 2006
<b>Señalización</b>	Escasa, sin tomar en cuenta opiniones de la población	Se ha modificado, hay mayor señalización con carteles. Sin embargo, no se alcanzó el 100% previsto por falta de cumplimiento de la Alcaldía (no asignó pinturas)
<b>Uso idioma nativo</b>	Alguna vez	Se ha asignado personal con funciones específicas para casos de pacientes monolingües.
<b>Horarios consensuados</b>	El centro tiene funciones de atención de 24 hs.	Se asignan horarios especiales en atenciones pediátricas y ginecológicas.
<b>Batas para usuarias y cortinas</b>	No se observó la necesidad	Se identificó la necesidad de cambiar colores para responder a las características culturales.
<b>Material informativo</b>	Se disponía de algún material, pero específico para Programas de Salud.	Se gestionó y se dispuso de material para la promoción de servicios del Centro de salud.

Fuente: elaboración propia con base en informes de evaluación 2006.

*Componente Capital Humano.* Luego de analizar con el equipo de salud, las relaciones internas y el trato hacia las y los usuarios de servicios, se identificó la necesidad de contar con un “Agente de Cambio”, el cual fue elegido por consensos propios. El mismo tiene funciones de coordinar espacios de capacitación sobre relaciones humanas dentro del equipo

*Componente Vigilancia de la satisfacción.* Se colocaron ánforas para introducir – a través de volantes – una evaluación de la atención por parte de las usuarias/os. Los volantes tienen dibujos de caras (“sonriente” – estoy contenta con la atención - “seria” –creo que se debería

mejorar algo– y “enojada” – creo que debe mejorar bastante la atención). La usuaria/o, al salir de la consulta debe marcar alguna de estas caras.

*Programa comunitario de “mujer a mujer”.* Se trabajó con grupos de mujeres de la comunidad. Se elaboró una Guía Comunitaria para personal de salud, validada con grupos organizados, sus contenidos se dirigen a fortalecer su trabajo con la comunidad en los temas de derechos, género y violencia, autoestima, liderazgo y comunicación, y masculinidades.

*Resultados en la atención de salud.* Se produjeron ciertas mejoras en las coberturas de atención, así por ejemplo:



## Coberturas Centro de Salud Pampahasi Bajo 2006 La Paz - Bolivia

Algunos Indicadores seleccionados	Número de atenciones en el primer semestre 2005	Cobertura con relación a sus metas 2005	Número de atenciones en el primer semestre 2006	Cobertura con relación a sus metas 2006
Primer control prenatal	144	66%	209	68%
4to. Control prenatal	146	50%	169	97%
Parto por personal calificado en la institución	94	86%	96	95%
Usuaría p/ PF	113	88%	142	98%
PAP	242	71%	296	97%

Fuente: datos SNIS – Departamental.

### 6. ¿CÓMO LO SOSTENEMOS?

La experiencia permitió generar cambios en el equipo de salud con relación a la mayor motivación y sensibilidad sobre el trabajo entorno a la equidad. Este hecho promovió el desarrollo de mecanismos para incorporar la experiencia en los planes de trabajo del SEDES desde el año 2004 hasta el momento. En la programación del Plan Operativo Anual de Actividades (POA) en salud se asignaron fondos económicos del Estado para la extensión de la iniciativa en el municipio de La Paz y en el municipio de El Alto.

El SEDES- La Paz asignó, en la estructura orgánica, un responsable departamental para el desarrollo de la iniciativa (Responsable de Salud Mental, Violencia y Género), hecho que a su vez, responde a políticas nacionales en materia de equidad y derechos en poblaciones vulnerables.

Adicionalmente, el SEDES-Santa Cruz, se encuentra promoviendo la incorporación de la experiencia en cuatro redes urbanas periféricas de la ciudad-capital y por otra parte, la iniciativa se desarrolla en dos redes de servicios de salud en distritos mineros del departamento de Potosí impulsada por la COMIBOL (Corporación Minera de Bolivia).



### 7. ¿QUÉ APRENDIMOS?

La experiencia generó un conjunto de hechos o lecciones que consideramos deben tomarse en cuenta para la aplicación de la iniciativa en otros contextos. Estos hechos estuvieron relacionados con:

- Un diagnóstico de la situación actual es habitualmente una condición imprescindible para iniciar cualquier proyecto en el campo de la salud pública. Sin embargo, estos diagnósticos frecuentemente no involucran un componente cualitativo sobre qué piensa, qué siente, qué percibe la gente (el personal de salud, las mujeres de la comunidad, las usuarias de servicios, los hombres jefes de familia, etc.). Consideramos que este aspecto metodológico es de gran importancia para proponer respuestas adecuadas y motivar la participación de los actores intervinientes.
- Los principales obstáculos en el desarrollo de la iniciativa se concentraron en la limitación de recursos económicos, en problemas de oposición política partidaria entre algunos actores institucionales; y en el arraigo de pautas culturales que

toleran desigualdades de género en ciertos tomadores de decisión.

- La réplica del modelo de acción para incorporar consideraciones de género en otros contextos, debería basarse en la capacitación y sensibilización de recursos humanos en salud en

temas de calidad y acceso con la transversal “género” incluida. En la comunidad, el acercamiento con mujeres y hombres líderes, facilitará todo esfuerzo de potenciación para la igualdad de género.



....” para el segundo taller, nos enseñaron a realizar un manual, en un lenguaje claro, entendible y muy práctico...eso llamó mi interés...fue una buena experiencia porque desconocía la forma de hacerlo y no era tan complicado como pensaba....”  
Entrevista trabajadora social, noviembre 2006

“...para la segunda reunión estaba todo el personal y todos quedamos contentos, el proyecto era algo que se podía hacer como un cogobierno entre la comunidad y el centro de salud, se preguntó a las mujeres como querían su centro y fue interesante la solicitud de colores dentro de los ambientes, la señalización, el trato de entrada, dónde se sentiría mas cómoda... ellas manifestaban cierta promática, cierta desventaja en comparación con el hombre...por ejemplo sobre la planificación familiar, no tenían tiempo para su salud ....”  
Enttrevista a médica pediatra, octubre 2006.

...“tuve la oprtunidad de aplicar los contenidos del taller (Planificación con enfoque de Género) con mi familia, desde mi madre, mi esposa, mi hija, mi hermana y las mujeres que atiendo en el centro. Las mujeres estan muy sometidas al marido y sufren de maltrato por la dependencia económica, se deben realizar como personas, es importante su desempeño en la familia, pero eso no puede ser utilizado com excusa para truncar sus deseos de superación”...Entrevista a médico ginecólogo, octubre 2006

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gómez Gómez, Elsa; De los Rios, Rebecca; Plaut, Renato; Torres, Cristina. **Género, mujer y salud en las Américas.** - - Washington:OPS/OMS,1993.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **El género y la Reforma del sector salud.** - - Washington:OPS/OMS, 2000 (Publicación Ocasional No. 3. Género, equidad, salud)
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 4. Género, equidad, salud)
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **La medición del estado de la salud: género carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 5. Género, equidad, salud)
- 5.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 6. Género, equidad, salud)
- 6.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 7. Género, equidad, salud)
- 7.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 9. Género, equidad, salud)
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Equidad de género y salud ambiental.** - - Washington:OPS/OMS, 2000. (Publicación Ocasional No. 10. Género, equidad, salud)
- 9.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas.** - - Washington:OPS/OMS, 2001. (Publicación Ocasional No. 14. Género, equidad, salud)
- 10.- Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés. **Enfoque de género y salud.** - - La Paz: OPS/OMS, 1999.
- 11.- Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. **Censo de vivienda y población.** - - La Paz: INE, 2002.
- 12.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Sociedad Boliviana Médica de Salud Pública. **Guía de indicadores para monitoreo de la equidad de género en acciones de salud.** - - La Paz: OPS/OMS, 2005.

- 13.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Coordinadora de la Mujer. **Salud y equidad de género: plan nacional 2004-2007.** - - La Paz:OPS/OMS, 2003.
- 14.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Género y Salud. **Prevención y atención de violencias: plan nacional 2004-2007.** - - La Paz:OPS/OMS, 2004.
- 15.- Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia. **Compendio normativo de creación de municipios.** - - La Paz:FAM-OPS/OMS, 2008.
- 16.- Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta nacional de demografía y salud 2003.** - - La Paz: INE, 2003.
- 17.- Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. **Censo nacional de población y Vivienda 2001.** - - La Paz:INE, 2001.
- 18.- Comisión Económica para América Latina y El Caribe. **Capacitación para el personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Programa Interagencial OPS-CEPAL-OIT.** - - Quito: CEPAL, 2001.
- 19.- Bolivia. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Viceministerio de Participación Popular de Bolivia. **Políticas de población y Desarrollo municipal.** - - La Paz:MDSP, 2001.
- 20.- Bolivia. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. **Dossier de Estadísticas Sociales y económicas 2002.** - - La Paz:UDAPE, 2002.

#### **Notas a pie de página**

<sup>1</sup> Bolivia. Sistema Nacional de información en Salud La Paz. **Datos de Informe verbal.** - - La Paz: SNIS, 2008.

<sup>2</sup> Bolivia. Programa de Salud Sexual Reproductiva Departamental La Paz. **Informe verbal.** - - La Paz: s.e., 2008.

<sup>3</sup> Bolivia. Instituto Nacional de Laboratorio de Salud. **Informe verbal.** - - La Paz: INLASA, 2008.

<sup>4</sup> Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. **Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.** - - La Paz: INE, 2001.

<sup>1</sup> Gerencia Red Este. **Informe verbal.** - - La Paz: s.e., s.f.

