

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina Enfermería Nutrición Tecnología
Médica
Unidad de Post-Grado



**PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD SOBRE LAS ACTIVIDADES
DESARROLLADAS POR MÉDICOS RESIDENTES EN SALUD FAMILIAR
COMUNITARIA E INTERCULTURAL (SAFCI), COCHABAMBA 2012**

Proyecto de Intervención

**Para Optar el Título de Especialista en
Interculturalidad y Salud**

POSTULANTE: Dr. Cándido Muruchi Vidal
Tutor: Dr. Carlos Tamayo Caballero

COCHABAMBA - BOLIVIA

2013

AGRADECIMIENTO

“A mis hermanos indígenas y campesinos Quechuas de Cochabamba, a los Dirigentes de las Organizaciones Sociales, Como la Federación Departamental de Mujeres Indígena, Originaria Campesinas de Cochabamba “Bartolina Sisa” a La Federación Sindical Única de Trabajadores Campesinos, a las 6 Federaciones del Trópico Cochabambino, a los Autoridades Municipales de las Provincias de nuestro Departamento, por ser las personas que me brindaron su apoyo incondicional durante mis jornadas en la implementación de la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI- en el Departamento de Cochabamba en circunstancias históricas muy adversas.

A la madre tierra Pachamama por damos vida, salud y sobre todo fuerzas para seguir el camino de la sabiduría de nuestros ancestros y el aprendizaje y gracias a ello poder alcanzar nuestras metas del vivir Y CONVIVIR BIEN. A mi tutor Dr. Carlos Tamayo, a mi maestro, Dr. José Mario Illescas P. de quienes aprendí, los nuevos paradigmas y el nuevo enfoque integral de la salud, para recuperar la sabiduría de nuestros abuelos y abuelas, y complementar con la Medicina académica occidental, en el nuevo modelo sanitario en nuestro país con enfoque Intra-interculturalidad, para ampliar la Salud y la vida de toda la población, con equidad A todos ellos, mis agradecimientos eternos”

ÍNDICE

I. Introducción	1
2. Antecedentes.	2
3. Análisis Del Problema A Intervenir Limitantes y Obstáculos	3
3.1. Primera percepción de los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria intercultural R.M. 2007 sobre preferencias, comportamientos de los involucrados en R.M. SAFCI.	5
3.2. Percepcion de comunarios referente a las acitvidades de la residencia en salud familiar comunitario intercultural-r.m. Safci en 3 comunidades del municipio de arque.	8
3.3. Resultados y expresiones de los y las comunarios en el taller de evaluación a la Residencia Medica SAFCI.	22
3.4. Sistematización de las intervenciones durante el taller de evaluación comunitaria	28
3.5. Resultados de Análisis dé Contenidos de las monografías dé los Médicos Residentes SAFCI.....	30
3.6.- Sistematización del Análisis De Contenidos De Informes De Los Médicos Residentes En Salud Familiar Comunitaria Intercultural-Safci En La Etapa De Incersion	31
3.7. Trabajo De Grupos.....	32
3.8.- Percepción de una voluntaria Médico Especialista en Medicina Familiar Comunitaria de Barcelona España, que acompañó durante 2 meses, a una Médico Residente en SAFCI, en la comunidad dé (coya, y sus alrededores, en el Municipio de Villa Tunari, de la Provincia Chapare:	34
4. DISEÑO Y SELECCIÓN DE TECNICAS E INSTRUMENTOS	38
4.1.- Diseño Metodológico	38
4.2.- Métodos, Técnicas E Instrumentos para La Recolección de Datos	38
5. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PÚBLICA	38
6. JUSTIFICACION.....	39
6.1. - Factibilidad	39
7. MARCO JURÍDICO	40
8. MARCO TEÓRICO.....	41
9 . ANALISIS DE ACTORES.	43
9. 1. Cuadro de Involucrados.....	43

9.2. Beneficiarios Directos:	44
9.3. Informe de Actividades y Producción de Servicios por La Residencia Medica Safci Regional Cochabamba- 2012	44
9.4. Beneficiarios Indirectos:	45
9.5. Oponentes	45
9.6. Afectados	46
9.7. Aliados	46
10. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN	46
10.1 Geografía	47
11. ECONOMÍA	49
11.1. Agricultura:	49
11.2. Vías de comunicación	49
12. GRUPOS ÉTNICOS:	49
13. GASTRONOMÍA:	50
15. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA	53
16. RESIDENCIA MEDICA SAFCI EN EL CONTEXTO DEPARTAMENTAL 2012	55
17. PERFIL DEL MEDICO RESIDENTE SAFCI	55
18. CRITERIOS PARA LA ELECCION DE MUNICIPIO Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	56
19. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COCHABAMBA	57
20. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	58
20.1. Proporción de los E.S. (Todos los sectores)	58
20.2 Distribución de E.S. por área rural y urbano. Cochabamba 2012	58
20.3. Distribución geográfica de los E.S. Públicos	59
21. Recursos Humanos EN LA RED PÚBLICA DE SALUD COCHABAMBA	60
22. PROBLEMAS SOCIALES EN COCHABAMBA	61
22.1. Problemas de morbilidad materno-infantil:	61
23. INDICE DE SALUD MUNICIPAL (COCHABAMBA)	62
24. METODO ZOOP	64
25.-OBJETIVOS	65
25.1 Objetivo General Objetivo/fin	65

25.2. Objetivo Específico	65
26. RESULTADOS ESPERADOS	65
27. ACTIVIDADES	65
28. INDICADORES PARA LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	66
29. FUENTES DE VERIFICACION	67
29.1. Para el Objetivo general	67
29.2. Para el Objetivo Específico	67
30.-SUPUESTOS	68
30.1 Para el Objetivo Específico	68
30.2. Para los Resultados.....	68
30.3. Para las Actividades	68
31.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD	69
32. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	69
32.1. Para Los Resultados	69
32.2. Para Las actividades.....	69
32.3. Factibilidad Social.....	70
32.4. Factibilidad Intercultural.....	70
32.5. Factibilidad Económica (presupuesto público).....	70
33. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	70
34. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	70
35. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	70
36. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y PROMOCION DE LA POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL- SAFCI	70
36.1. Tipo Estatal	70
37. ANÁLISIS SOCIO CULTURAL DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. -.....	71
38.-Planteamiento de los Objetivos	71
38.1. Objetivo general:	71
38.2. Objetivos Específicos:	71
39.- Formulación de Actividades.....	72
39.1. Formulación de Tareas.	72
40. Planteamiento de los Objetivos	74
40.1. Objetivo general:	74
40.2. Objetivos Específicos:	74

41. Formulación de Actividades.....	74
41.1. Formulación de Tareas.	74
42. COTIZACION DE PRODUCCION DIFUSION Y DE ESPACIOS RADIALES PARA PROMCIONAR LA POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL - SAFCI - EN EL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA JUNIO.....	75
43. CRONOGRAMA DE TAREAS PARA LA ACTIVIDAD DEL SEMINARIO TALLER SOBRE POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL SAFCI Cochabamba-2014.....	76
44. PRODUCCION Y DIFUSION DE SPOTS TELEVISIVOS (incluye emisión de banner fijo) PARA LA PROMOCION DE LA POLITICA SAFCI EN EL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA 2013-2014.....	77
45. EL COSTO TOTAL DEL PROYECTO DE PROMOCION DE L SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL SAFCI es de OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE Bs. 88.575 POR AÑO. READONDEANDO LLEGA A NOVENTA MIL BOLIVIANOS 90.000.....	77
46. BIBLIOGRAFÍA	78
47. ANEXOS	79

I. Introducción

El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud y Deportes, en consonancia con los cambios históricos que se vienen dando en el país ha formulado su Política de Salud , elaborando el Nuevo Modelo de Salud Comunitaria eficaz, eficiente, y equitativo en coherencia con la nueva Política de Estado dando un lugar predominante a las organizaciones sociales dirigidas por las naciones indígena originaria y campesinos, cuya reivindicación CULTURAL trasciende, lo meramente económico, clasista y asalariado.

Con el objeto de implementar y ejecutar el Nuevo Modelo de Salud, el Ministerio, ha iniciado la RESIDENCIA MEDICA en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural-SAFCI¹- dirigido a la formación de Médicos y Médicas con identidad cultural y sentimiento de unidad consigo mismo, con su paciente, con la familia, con la comunidad, con el medio ambiente y la naturaleza. Cuyo objetivo se establece en el artículo 2 del Decreto Supremo N° 29601 del Modelo SAFCI con el siguiente texto

“(Objetivo del modelo) El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. (Plurinacional de Bolivia, 2012)

¹ La Residencia Medica en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural- SAFCI- ha sido aprobada por el Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación CNIDAI, en la reunión de octubre del 2006 y se pone en vigencia a partir de la gestión 2007. Y se norma por el Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008

A 5 años de su ejecución importante es visualizar los alcances de sus acciones a la luz de la percepción de la población usuaria, Para este cometido el proyecto de intervención estableció los siguientes objetivos; Contribuir a mejorar las condiciones de aplicación de la política SAFCI en el nivel comunitario, centrado en lograr establecer un programa de promoción de actividades de médicos residentes SAFCI a nivel de la comunidad. Para este fin esperamos los siguientes resultados; R1 Está articulada las acciones de los médicos residentes SAFCI con las acciones de los establecimientos de salud a nivel local. R2 Está elaborado un reglamento de operaciones de los médicos residentes SAFCI y R3 Esta actualizado el currículum de la formación de médicos residentes SAFCI.

Para la recolección de datos usamos, en la presente investigación no experimental cualitativa, descriptiva transversal, las siguientes técnicas e instrumentos: a) Análisis de contenidos, b) Grupos Focales, talleres de evaluación comunitaria, c) Taller, utilizando Método Zoop, d) Cuestionario, encuestas, e) entrevistas personales y f) Trabajo de grupos y plenarios

Los resultados de esta propuesta fueron aplicados en la gestión 2014 posibilitando su pleno desarrollo en el marco de la política pública con su debido financiamiento por parte del Ministerio de Salud y Deportes

2. Antecedentes.

La especialidad en Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI-surgió como respuesta ante la interpelación de las comunidades Indígena Originario Campesinas al Estado Boliviano, cuyos recursos humanos para la prestación de servicios de salud, tenían un total desconocimiento de la realidad socio económico y cultural de las comunidades donde desarrollaban sus actividades

Se presentaron muchas propuestas de la Especialidad en Salud Rural y Salud Comunitaria, las que fueron rechazadas por ser confundidas con la Especialidad de Medicina Familiar.

Después de muchos años las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinas han ido tomando fuerzas en lo social y político, hasta generar las condiciones históricas, con la asunción del Primer Presidente indígena, Evo Morales Aima, que permitieron la posibilidad de plasmar sus necesidades, postergadas durante siglos, por el caduco Estado Colonial y Evangelizador.

El Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con el Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación -CNIDAI, organizaron encuentros, seminarios en las instancias académicas correspondientes, y consultas con Organizaciones Sociales en cuyas conclusiones recomendaron la creación de la Especialidad en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

El Comité Nacional de Investigación Docente Asistencial Integrado, CNIDAI, colaboró desde el nivel central de manera efectiva, no ocurriendo lo mismo con el Comité Regional de Integración Docente Asistencial (CRIDA) de Cochabamba, donde uno de los integrantes como el Colegio Médico opuso una tenaz resistencia a la Residencia Médica SAFCI, mientras que otros de sus miembros la Carrera de Medicina de la Universidad Mayor de su Facultad de Ciencias de la Salud colaboro con un relativo interés viendo a la Residencia Médica SAFCI con competidora de sus intereses y enfoques sin dar importancia alguna a su fundamentación como SAFCI desde la Constitución Política del Estado Plurinacional y desde el D.S. N° 29601-

3. Análisis Del Problema A Intervenir Limitantes y Obstáculos

- ✚ Choque de enfoques entre el viejo modelo asistencialista, reparativo y socorrista arraigados en el sistema de salud y los nuevos paradigmas de la Residencia Médica SAFCI.
- ✚ Insuficiente información y promoción de la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, R.M. SAFCI, hacia la población de parte

del Ministerio de Salud y Deportes y el propio Servicio Departamental de Salud -SEDES.

- ✚ No existió coherencia entre la Política de Estado en vigencia, y la Política de Salud en el SEDES.
- ✚ Confusión en las autoridades, dirigentes y en la población de base, en relación a los roles de la RESIDENCIA MEDICA SAFCI y los equipos móviles SAFCI de reciente creación., y el personal de salud del SEDES.
- ✚ Insuficiente apoyo tanto del Ministerio de Salud y Deportes, como del SEDES de Cochabamba, así como de la propia Coordinación Nacional de la R.M. SAFCI. Recursos Humanos, insuficientes como ser la falta de una secretaria, insuficiente apoyo logístico, hasta el momento no contamos con Internet ni teléfono, para encarar el trabajo en todo el Departamento. Prácticamente hemos tenido que realizar personalmente desde su inicio, el papel de Coordinador, Jefe de enseñanza, promotor, administrador, gestor , organizador, secretario, etc. etc....con dedicación exclusiva a la Residencia Médica SAFCI , que implica trabajar con los Municipios y todas sus instancias, con organizaciones sociales de las provincias y del campo, con los hospitales de II Nivel, con el Comité Regional de Integración Docente Asistencial y de Investigación- CRIDAI- con el Comité de Integración Docente Asistencia e Investigación- CNIDAI-, con la Coordinación Nacional de SAFCI y todos sus equipos: académico, social, logístico, administrativo; con las Organizaciones No Gubernamentales y Gubernamentales como el SEDES, Prefectura, Fondo Social Productivo, AMDECO, y el seguimiento o acompañamiento a los Médicos Residentes que se hallan dispersos en las comunidades alejadas del Departamento. Pesadez burocrática y centralismo
- ✚ Permanente cambio de autoridades, que fracturan la continuidad del trabajo.

- ✚ Sectarismo excluyente y falta de unidad ideológica, política, orgánica y de acción dentro el Ministerio de Salud y Deportes y dentro la propia Coordinación Nacional de la Residencia Medica SAFCI. (Ministerio de Salud y Deportes, 2007, pág. 19)

Al presente la SAFCI se desempeña en sistema de salud, centrado en el asistencialismo, biologizado, elitizado mercantilizado, inequitativo y sin participación social.

En este contexto la estrategia de familias y comunidades saludables, sólo es posible con la participación social y de las autoridades municipales.

Así mismo, en el mismo escenario, es necesaria y urgente la promoción, implementación y seguimiento de las Políticas Públicas de Salud, como es la Salud Familiar Comunitaria Intercultural- SAFCI- y la capacitación de Recursos Humanos.

Contexto de la Residencia Médica SAFCI AL AÑO 2007

AREA DE INFLUENCIA	T O T A L
Municipios	17
Comunidades	252
Habitantes	72.000
Médicos Residentes en SAFCI	36

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. El contexto denota a 36 médicos residentes en la SAFCI para 72.000 habitantes en 252 comunidades de 17 municipios

3.1. Primera percepción de los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria intercultural R.M. 2007 sobre preferencias, comportamientos de los involucrados en R.M. SAFCI.

De un universo total de 41 tarjetas

1.- El 27 % (n=11), se refieren a la falta de información, difusión, socialización y comunicación sobre las actividades de la Residencia Medica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural-R.M. SAFCI.

Sistematizando todas las ideas de todas estas tarjetas, colegimos lo siguiente:

La falta de información, comunicación, difusión, socialización y promoción de la Política Sanitaria SAFCI y de la Residencia Medica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural R.M. SAFCI por parte del Ministerio de Salud y Deportes, del Sistema de Salud Pública trae por consecuencia que la propia Coordinación Nacional de la Residencia Medica en SAFCI, a nivel nacional, departamental y provincial, así como los gerentes de Red, directores de hospitales y la propia comunidad no entiendan lo que es la Residencia Medica en SAFCI. Mas al contrario este desconocimiento de los gerentes impulsa a generar un “miedo infundado “en su personal de salud, y manipulan a la comunidad en contra los Médicos Residentes en SAFCI.

2.- El 20 % (n=8), señalan falta de coordinación y apoyo:

La falta de coordinación entre el Sistema de Salud y las Comunidades, o la débil superficial coordinación especuladora de parte de los gerentes de Red, tienen como consecuencia la ausencia en reuniones, de los Médicos Residentes en SAFCI, con los Gerentes de Red, y otras Instituciones de Salud, así mismo se evita que exista un trabajo equilibrado tanto en beneficio de la Residencia Medica SAFCI, como para el Sistema de Salud y en última instancia en beneficio de la Comunidad. Este desequilibrio en contra de los Médicos Residentes en SAFCI, ha llevado en casos extremos en ahuyentar a los mismos quienes se han visto obligados a buscar su reubicación por los constante sabotajes del que han sido víctimas, por parte del personal de salud del SEDES.

3.- El 12 % (n=5), hacen mención al asistencialismo.

El problema detectado, según los Médicos Residentes en SAFCI, de Cochabamba, es Estructural, a nivel del Ministerio de Salud y Deportes-M.S.D.; del Servicio Departamental de Salud-SEDES- de los Municipios y de las Comunidades que

están acostumbrados a ese asistencialismo, por tanto, las comunidades, cuestionan la ausencia del Médico Residente en SAFCI en su establecimiento de salud, a causa de sus visitas comunitarias y domiciliarias.

Los Médicos Residentes en SAFCI, piensan que su misión es cambiar esa mentalidad asistencialista.

4.- El 7 %(n=3), expresan como un problema detectado, la falta de permanencia del Médico Residente SAFCI. Las comunidades están agradecidas, conformes y felices en la mayoría de las cosas del Médico Residente en SAFCI, pero desearían mayor permanencia en sus establecimientos de salud, y en las comunidades de su área de influencia porque tienen un médico que les debe atender, y no permitirán que los Médicos Residentes salgan en sus días libres.

5.- El 7 %(n=3) afirman a la falta de presupuesto para salud, como problema 'A falta de presupuesto para Salud, el Ministerio de Salud y Deportes-M.S.D.- no invierte sus recursos para la promoción de este Modelo. Al inicio hubo aceptación satisfactoria de las comunidades al Médico Residente SAFCI, hoy por falta de sostenibilidad va disminuyendo la misma."

6.- El 5 %(n=2), mencionan la dependencia de la comunidad

Hay dependencia de la comunidad con la Organización No Gubernamental- O.N.G.- Donde hay una O.N.G. hay mayor afluencia de pacientes usuarias de la Depo Provera² generando control de la natalidad, paternalismo, recolonización y reevangelización.

7.- Finalmente, el 22 %(n=9), abordan temas técnicos, sociales y otras, como problemas detectados: Falta de servicios de Saneamiento Básico, Desnutrición, Enfermedades diarreicas, Infecciones Respiratorias, embarazos no deseados en

² Depo-Provera es una marca muy conocida de acetato de medroxiprogesterona, una inyección anticonceptiva que contiene la hormona progestina. Depo-Provera se administra como inyección cada tres meses. Depo-Provera normalmente suprime la ovulación para evitar que los ovarios liberen un óvulo. También aumenta la densidad de la mucosa cervical para evitar que el esperma llegue al óvulo. (Mayo Clinic, s.f.)

adolescentes; viviendas precarias; medios de transporte; alcoholismo, migración, contaminación de medio ambiente, cambio de autoridades en salud.

3.2. Percepcion de comunarios referente a las acitvidades de la residencia en salud familiar comunitario intercultural-r.m. Safci en 3 comunidades del municipio de arque. Cochabamba 2009

Nº	Preguntas	Comunidad de Pongo	Comunidad de Arque	Comunidad de Chullpa Chico
1	¿Sabe que es la R.M. SAFCI?	Si	Si	Si
2	¿Cuáles son sus actividades del M.R.SAFCI?	Atención donde No llegan otros médicos	Atención comunitaria Intercultural	Atención en comunidades lejanas y coordinan con sus dirigentes
3	¿Cuántos médicos SAFCI tiene su Municipio?	2	3	1
4	¿En qué comunidades están?	Colcha	Calcha. Huaycha Tujsuma	Calcha
5	¿Escuchaste hablar a los M.R. SAFCI sobre el Seguro Universal de Salud?	Poca información	No	Si
6	¿Estás de acuerdo con las actividades de la Residencia Medica en SAFCI?	Si. porque llegan a los más necesitados	60 % Si. muchas de sus actividades no están en el Sistema	Si. por que trabajan SIN discriminación
7	¿Colabora la comunidad al Médico Residente SAFCI?	Las comunidades están poco informadas	Si. con alimentos y cariño	Si
8	¿Su autoridad cumple con el convenio?	Si. con alimentación y vivienda	Si. con alimentación y transporte	Parece que sí. Con alimentación, vivienda. NO con transporte
9	¿Qué le parece las actividades del M.R. SAFCI?	Regular, No coordina con otros sectores de Salud	Regular, porque no esté en un 100%, en el servicia	Regular, porque no está comprometido profundamente
10	¿Hay diferencia entre las actividades del personal del centro de salud y las actividades del M.R. SAFCI?	Si.	Si.	Si.
11	¿En qué se diferencian?	Atiende a cualquier hora, es más social y compromiso con la comunidad	Es más comunitario mejor trato a la comunidad	Trata de mejorar a la comunidad. trabaja a cualquier horario, mejor trato sin discriminación
12	¿Hay curanderos y parteras?	Si	Si	Si
13	¿El Médico Residente SAFCI coordina y/o trabaja con él?	Poco	No sabe	Si
14	¿Hay quejas contra el Médico Residente SAFCI?	No	No	No

15	¿Qué más desearías que haga el Médico Residente SAFCI?	Socializarlas actividades de la Médicos Residentes en SAFCI a otros sectores sociales	Eventos de Salud	Mejorar la atención a las comunidades más alejadas
16	¿Usted cree que obstaculizan el trabajo del Médico Residente en SAFCI?	No	No	No
17	Quiénes obstaculizan?	Pueden ser, los políticos opositores		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Casi todos coinciden en que hay poca información de parte del propio Médico Residente en SAFCI sobre el Seguro Único de Salud y el Modelo SAFCI.

Todos están de acuerdo con las actividades de los Medios Residentes en SAFCI, una persona cuestiona que muchas actividades del M.R. SAFCI, No están contempladas en el Sistema de Salud.

Todos afirman que sus Municipios cumplen con los Convenios con la Residencia Medica en SAFCI especialmente en cuanto se refiere a la alimentación y la vivienda, y no con el transporte. Cabe aclarar lo siguiente: Si bien los criterios para el destino de los M.R. SAFCI, es que sean Municipios alejados y sin personal médico, también es cierto que estos Municipios son pobres en cuanto a recursos económicos, por lo que existe una contradicción en exigir el cumplimiento del convenio en muchos requerimientos.

Todos coinciden, a estas alturas de la primera evaluación, en señalar que las actividades de los Médicos Residentes en SAFCI, es Regular, por no coordinar con otros sectores de salud; y la no permanencia en un 100% en sus servicios de salud.

Así mismo, todos afirman que hay diferencia entre las actividades de los Médicos Residentes en SAFCI y las actividades del personal de Salud del Sistema. Los Médicos Residentes en SAFCI, atienden a cualquier hora, para ellos no hay 6 horas de trabajo continuo; y el trato al comunario es mejor y sin discriminación. Sin

embargo, aún no coordinan o trabajan con los curanderos y parteras de su área de influencia.

Nadie expresa queja alguna contra los Médicos Residentes en SAFCI. Todos desean, que los Médicos Residentes en SAFCI, socialicen sus actividades, promuevan eventos de salud, y que mejore la atención a otras comunidades más alejadas.

Tabla Nro. 1
Distribución Porcentual de la percepción de AUTORIDADES COMUNITARIAS del desempeño de Médicos Residentes SAFCI. Cochabamba 2012

Como se siente el	Indicador	Mal	Regular	Bien	Muy Bien	Total
RESIDENTE	Absoluto	0	5	11	4	20
	%	0%	25%	55%	20%	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. El residente no se siente en condiciones óptimas para lograr un óptimo desempeño, los extremos de excelente y mal no aparecen en los resultados, y en 55% los residentes se encuentran en una condición de Bien, seguido por Regular con 25%.

Tabla No. 2
Distribución Porcentual de la percepción de AUTORIDADES del desempeño de Médicos Residentes SAFCI, Cochabamba 2012

Labor diaria del residente	Indicador	Excelente	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
	Absoluto	3	9	8	0	20
	Relativo	15%	45%	40%	0%	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. Pese a los esfuerzos del trabajo de residentes, se asume que la labor diaria de los residentes es regular, (40%, n-8

Tabla No.3
Distribución porcentual de uso del idioma en que se comunica el Residente Médico SAFCI con su comunidad, Cochabamba 2012

Solo en castellano	Idioma Originario y castellano	En Idioma Originario	Sin Respuesta	TOTAL
3	12	1	4	20
15 %	60 %	5 %	20 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Casi 7 de cada 10 encuestados perciben que el idioma con el que se comunican los Médicos Residentes SAFCI es el nativo, lo cual facilita el intercambio fluido de mensajes, y la forma común de percibir la realidad.

Tabla No. 4
Valoración del trabajo de su labor diaria del Médico Residente SAFCI, Cochabamba 2012

Excelente	Bueno	Regular	Malo	Sin Respuesta	TOTAL
3	9	8	0	0	20
15 %	45 %	40 %			100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.- La mayoría de los encuestados afirma que el trabajo cotidiano del Médico Residente SAFCI es bueno.

Tabla No. 5
Valoración de si Participa el Médico Residente SAFCI, en las reuniones de la Comunidad, Cochabamba 2012

Siempre	De vez en cuando	No participa	No responde	TOTAL
8	4	2	6	20
40 %	20 %	10 %	30 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Moda. El 60 % de los consultados, afirma que, SI participa en las reuniones de la comunidad, es decir la mayoría de los Residentes desarrolla la interacción social.

Tabla No. 6

Valoración de cómo es la participación del Médico Residente SAFCI en la comunidad, Cochabamba 2012

Con ideas muy buenas	Con ideas buenas	Regularmente	Es Pasivo	No participa	Sin Respuesta	TOTAL
3	6	4	0	2	5	20
15 %	30 %	20 %	0	10 %	25 %	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: - La mayoría afirma que los médicos Residentes participan en la comunidad con ideas buenas y muy buenas. Uno década 10 encuestados afirma que No participa.

Tabla No. 7

Valoración de si Participa el Médico Residente SAFCI, en las comunidades, Cochabamba 2012

Muy Responsable	Responsable	Poco Responsable	Nada Responsable	No responde	TOTAL
8	7	0	1	4	20
40 %	35%	20 %	5 %	20 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. – La mayoría expresa que los Médicos Residentes SAFCI son Responsables y Muy Responsables.

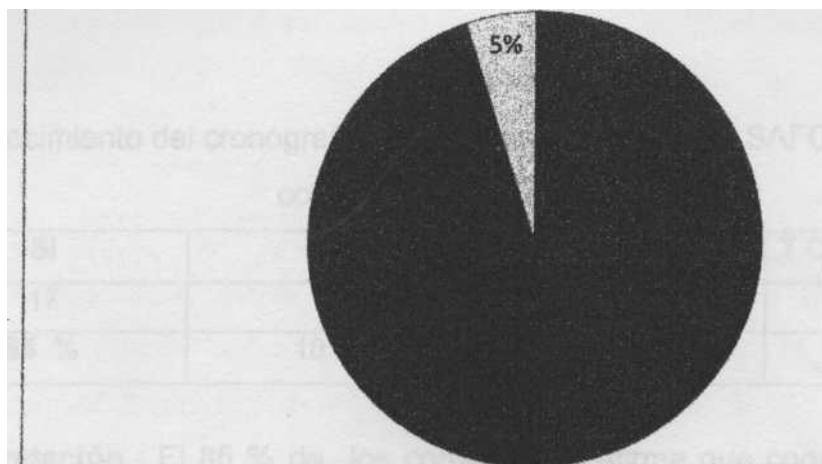
Calificación al Médico Residente SAFCI, por su trabajo que realiza en la comunidad, Cochabamba 2012

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1			1	1	2	3	5	2	5	20%
5 %			5%	5%	10 %	15 %	25%	10 %	25 %	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. Moda: La mayoría de los encuestados, da una calificación de 8 a 10 puntos sobre 10. **Mediana:** La mitad de los encuestados califica como máximo 2 puntos sobre 10.

Gráfica Nro. 1 Distribución del conocimiento del idioma que hablan en la comunidad, Cochabamba, 2012



Fuente: Elaboración propia

Interpretación. El 5% hablan el idioma quechua o lengua 1 de origen

Tabla No. 9
Distribución del idioma de la comunidad que habla el Médico Residente SAFCI en la comunidad, Cochabamba 2012

Si	No	No responde	TOTAL
19	0	1	20
95 %	0	5 %	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - El 95 % (n=19) de los consultados afirma que el Médico Residente SAFCI habla y entiende el idioma materno de la comunidad.

Tabla No. 10
Valoración del trabajo que realiza el Médico Residente SAFCI, Cochabamba
2012

Excelente	Bien	Regular	Mal	Sin Respuesta	TOTAL
2	13	5	0	0	20
10 %	65 %	25 %	0	0	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Según la tabla N° 4, el desempeño que realiza el Médico Residentes SAFCI, pese a su esfuerzo es percibido por la comunidad como Regular en un 40 %, a diferencia de la actual tabla, N° 10 donde el 25 % percibe como Regular en Trabajo de los Médicos Residentes SAFCI.

Tabla No. 11
Conocimiento del cronograma del Residente Médico en SAFCI por parte de
la comunidad, Cochabamba 2012.

Si	NO	Sin Respuesta	TOTAL
17	2	1	20
85 %	10 %	5 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - El 85 % de los consultados, afirma que conoce el cronograma del Médico Residente SAFCI, una diferencia sustancial con lo que ocurría al inicio de la Residencia, cuando muchos de los comunarios se quejaban, de que el Médico Residente SAFCI, no hacia conocer su cronograma de actividades.

Tabla No. 12

Modelo en que trabaja el Residente Medico SAFCI, según la percepción de la comunidad, Cochabamba 2012.

Modelo Comunitario	Modelo Asistencialista	Sin Respuesta	TOTAL
14	0	6	20
70 %	0	30 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - 7 de cada 10 encuestados afirma que el Médico Residente SAFCI trabaja en el Modelo de Salud Comunitaria. En aparente Contradicción con la tabla No. 19, donde el 90 % de los encuestados expresan que los R.M. en SAFCI NO explican el Modelo SAFCI. ¿Por falta de medios de movilización y estipendios? ¿Falta de incentivos y motivación?

Tabla No. 13

Percepción de la comunidad si los Médicos Residentes en SAFCI Tienen los medicamentos suficientes para la atención, Cochabamba 2012.

SI	NO	Sin Respuesta	TOTAL
7	12 '	1	20
35 %	60 %	5 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: - El 60 % de los encuestados afirma que el Médico Residente SAFCI no cuenta con medicamentos, es decir, la mayoría de los pacientes o usuarios del área de influencia del Médico Residente no recibe tratamiento asistencial.

Tabla No. 14

Visitas domiciliarias a las familias del Médico Residente SAFCI, según la percepción de la comunidad, Cochabamba 2012.

SI	NO	Sin Respuesta	TOTAL
17	2	1	20
85 %	10 %	5 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. – De un total de 20 familias encuestadas, 17 que denotan el 85% afirman que el Médico Residente SAFCI de su comunidad, realiza visitas casa por casa a las familias.

Tabla No. 15

Valoración del trato del Médico Residente SAFCI, que recibe la comunidad, Cochabamba 2012.

Muy Bueno	Regular	Maltrata	Sin respuesta	TOTAL
12	7	0	1	20
60 %	35 %		5 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De un total de 20 dirigentes, 12 que denotan el 60% dicen que el trato es Muy Bueno; el 35 % afirman que el trato es regular; el 5 % No responden, y Nadie se queja de maltrato.

Tabla No. 16

Qué proyectos para VIVIR BIEN, está realizando el Médico Residente SAFCI en la comunidad, según la percepción de los comunarios, frente a esta pregunta ABIERTA, se sistematizo las 20 respuestas, tomando en cuenta como unidad de análisis, las palabras y frases, en los siguientes 6 grupos:

Busca apoyo externo para equipamiento y medicamentos	No realiza ningún proyecto, ni se habla de ello	Realiza Proyecto de AGUA	Otras respuestas: Participa en reuniones; educa a los niños	Sin Respuestas	TOTAL
8	3	1	3	5	20
40 %	15 %	5 %	15 %	25 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Poco menos que la mitad, el 40% de los comunarios, afirman que el Médico Residente de su comunidad, busca apoyo externo para equipamiento y medicamentos, así mismo tal porcentaje del 40% afirmó que los proyectos están dirigidas al asistencialismo; además, un porcentaje mínimo (5%) afirmó que, si existe el proyecto de agua potable, mientras que el 15 % manifestaron que no existe ningún proyecto y que ni siquiera se habla de ello; Otras respuestas que no vienen al caso es el otro 15 %; la cuarta parte de los consultados no tienen respuestas.

Tabla No. 17

Sugerencias de los comunarios para mejorar la Residencia Médica SAFCI Se utiliza la misma metodología que en la pregunta anterior

Que les paguen sus estipendios, que doten de motos e ítems	Que nos ayuden a elaborar perfiles de proyectos	Que participen en nuestras reuniones, eventos, desfiles	Que hagan visitas comunitaria planificadas	Otras respuestas	Sin Respuestas	TOTAL
8	2	2	2	2	4	20
40 %	10 %	10 %	10 %	10%	20 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - La mayoría de los encuestados sugiere que se les pague sus estipendios y se les dote de una motocicleta a los Residentes Médicos SAFCI. Constituyéndose estas dos necesidades en principales **limitantes junto a otras, en la PROMOCION e implementación del MODELO SAFCI.**

Tabla No. 18

Actividades de los el Médico Residente SAFCI en las visitas familiares, Cochabamba, 2012.

No.	Unidad de Análisis: Palabra	Frecuencia	Porcentaje
1	Orienta, da charlas. Explicar, enseñar, recomienda, informa,	13	48 %
2	Control, hace vacunas	7	26 %
3	Diagnostica, visita a enfermos, hace consultas , cura, atiende	6	22 %
4	Sin Respuesta	1	4 %
	TOTAL	27.	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - Tomando en cuenta como unidad de análisis, la palabra y el universo, la

cantidad de palabras y No al número de encuestados, la sistematización de los mismos fueron clasificados en 3 rango: Promoción, Prevención y Atención; se puede deducir que el 48 % de los términos afirman que las actividades de los Médicos Residentes están dirigidas a la PROMOCION DE LA SALUD; el 26 % se dedican a las acciones PREVENTIVAS contra las ENFERMEDADES, como por ej. A través de las vacunaciones, y el 22 % de las palabras expresan que los Médicos Residentes en SAFCI, realizan atención y curación de pacientes en sus visitas a las familias. En otras palabras, se practica lo que se pregona teóricamente. El 4 %, no responde a las preguntas como se apreció en la Tabla No. 18.

Tabla No. 19

Percepción de los comunarios sobre la explicación del Modelo SAFCI a su comunidad y sus autoridades, Cochabamba 2012.

Si	No	Sin respuesta	TOTAL
18	2	0	20
10 %	90 %	0	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - El 90 % de los 20 encuestado expresan que los R.M. en SAFCI no explican el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Y, en este punto, nos preguntamos si será ¿Por falta de medios de movilización y estipendios?, o por ¿Falta de incentivos y motivación? (contradicción con la mayoría de las respuestas del tema de la Tabla No. 12).

Tabla No. 20

**Otras instituciones con las que trabaja el Residente Medico SAFCI,
Cochabamba 2012.**

Con educación	Con producción	Con vivienda	Con Servicios Básicos	Sin respuesta	Con todos	TOTAL
6	0	0	5	7	2	20
30 %	0	0	25 %	35 %	10 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El Residente Médico SAFCI practica el principio de Intersectorialidad del Modelo Sanitario Salud Familiar Comunitario Intercultural-SAFCI en un 65% al trabajar con instituciones con educación 30%; con servicios básicos 25%; y con educación, producción, vivienda y servicios básicos 10%

Tabla No. 21

Organización de la comunidad por el Médico Residente SAFCI para el control de enfermedades, Cochabamba 2012

SI	NO	No sé si se realizo	Sin Respuesta	TOTA L
13	4	1	2	
65 %	20 %	5 %	10 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - El 65 % de los encuestados, afirma que el Médico Residente en SAFCI, promociona la Participación Social, que no es precisamente sinónimo de Control Social.

Tabla No. 22

Acompañamiento al hospital de los Médicos Residentes en SAFCI a los pacientes graves, Cochabamba, 2012.

Siempre	De vez en cuando	A veces	Nunca	Sin Respuesta	TOTAL
8	3	2	1	6	20
40 %	15 %	10 %	5 %	30 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - El 65 %, afirma que hay acompañamiento (siempre, de vez en cuando, a veces) de parte de los Médicos Residentes en SAFCI a sus pacientes graves al hospital realizando su traslado en ambulancia. Así mismo, el 40 % afirma que el Médico Residente en SAFCI, siempre acompaña a sus pacientes graves.

Tabla No. 23

Trabajo coordinado del Médico Residente en SAFCI con el médico Tradicional de la comunidad, Cochabamba, 2012

Siempre	De vez en cuando	A veces	Nunca	Sin Respuesta	TOTAL
5	4	1	4	6	20
25 %	20 %	5 %	20 %	30 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La cuarta parte de los encuestados están seguros que siempre trabaja el Médico Residente en SAFCI con los Médicos Tradicionales; y un poco menos de la cuarta parte, el 20%, de los encuestados afirma que Nunca trabaja con los Médicos Tradicionales y la mayoría, 30 %, Nn responde, porque no conoce.

Tabla No. 24

Investigaciones conjuntas entre el Médico Residente SAFCI y el Médico Tradicional de la comunidad, Cochabamba, 2012

Si	No	No Sabe	Sin Respuesta	TOTAL
11	6	1	2	20
55 %	30 %	5 %	10 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. -Más de la mitad, el 55%, de los encuestados afirman que tanto los Médicos Residentes en SAFCI y los Médicos Tradicionales investigan conjuntamente, combinando e intra-combinando ambos saberes y sentires.

Tabla No. 25

Percepción de los comunarios sobre la implementación del Nuevo Modelo Sanitario SAFCI en su comunidad, Cochabamba, 2012

Si	No	Sin respuesta	TOTAL
10	9	1	20
50 %	45 %	5 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. - La mitad afirma que, Si se implementa el Nuevo Modelo Sanitario SAFCI, pero existe una contradicción con las respuestas a las preguntas de las tablas N°. 14 y N°. 21

3.3. Resultados y expresiones de los y las comunarios en el taller de evaluación a la Residencia Médica SAFCI³.

 **Un comunario:** ".....Cada 28 tienen reunión mensual....a veces

³ Realizada el día viernes 12 de diciembre en la ciudad de Cochabamba con participación de más de 200 personas entre dirigentes y comunarios de base, del área de influencia de los Médicos Residentes

se va a La Paz...entonces no atiende..."

Moderador: ".....tal vez es el factor tiempo.....tienen que ir de un lugar a otro...porque están estudiando....entonces podemos pedir más Residentes Médicos..."

✚ **Un comunario:** "según lo que nos informanveo que están trabajando bien nomás...asi como la anterior como el nuevo...la Dra. y el Dr. "

✚ **Un comunario:** "yo soy Gualberto Palacios...estos Dres. Nos favorecen...el otro nada el enfermero Pacífico se pierde a veces..."

✚ **Un comunario:** "éstos Dres. Nos orientan no?...claro nos orientan...que haya buena atención además que haya ambulancia"

✚ **Un comunario:** "...Verdaderamente el doctorcito trabaja orgánicamente coordina con su comunidad, pero si compañeros para que coordine no hay ambulancia...a veces hay pacientes, pero no hay ambulancias... hay que pedir transporte, eso hay que pedir al gobierno el Dr. Nos visita ...lo que le agradecemos.....nos viene sea de noche o no, pero él llega.... eso sería mi palabra... "

✚ **Un comunario:** Yo soy de Tacopaya de posta sanitaria Totora Pampa...quizás a nivel regional ya hay Dres. Del programa "Evo Cumple" hay dos ambulancias por municipio. Quizás falta chofer entonces pedimos chofer..."

✚ **Un comunario:** "...hay que cruzar ríos hay que andar lejos a veces en lluvia...Altamachi es grande necesitamos si es posible un Dr. Mas...la gente vive lejos...éste Dr. Está trabajando...antes había un enfermero que no trabajaba bien...eso sería como Alta machi Villa Vinto.."

✚ **Un comunario:**" nuestro Dr. Nos atiende bien...el enfermero no tenía ítem nosotros hemos pedido ítem..."

Moderador: "es verdad...el enfermero se hacía pasar de Dr... éstos ya son médicos generales ya son profesionales. Son entendido en muchas enfermedades así en

pediatría Nosotros tenemos yerbas podemos dar mates y ellos con sus medicamentos de ambas partes podemos sanar...”

✚ **Un comunario:** “...trabajan bien de noche ..También atienden bien....”

Coordinador: ¿que se llama tu Dr. ?

✚ **Un comunario:** “Ruth...Ruth Cadima bien es nuestra doctorita...”

✚ **Un comunario:** “...con los SAFCI se trabaja mejor...antes con los doctores auxiliares hubo discriminación a los que íbamos con vestimenta típica originaria y por lo que hablábamos en Quechua de acuerdo a nuestra cultura en castellano no podemos hablar. en nuestro Municipio ya tenemos SAFCI en Colcha hay coordinación...creo que se está portando bien según veo....en el campo hay medicinas como la agraria con eso está coordinando.

Moderador: “ Ellos no solo hablan de salud...sino también de parte de agropecuaria....de animales de agricultura....hay en eso apoyo..”

✚ **Un comunario:** Hemos analizado la pregunta 3: Cada Médico está trabajando en la comunidad en un 100 % en coordinación con las autoridades...de eso estamos muy contentos...nuestra Dra. Trabaja visitando casa por casa eso es cambio, es cambio total....los Médicos Residentes SAFCI, están haciendo sacrificio por lo que agradecemos a la institución SAFCI. es que está de parte de nosotros el Modelo Comunitario que haya más cooperación. No hay cooperación a ellos del Municipio...hay gran sacrificio de este modelo Comunitario muchos Dres. Antes solo trabajaban por dinero. Esta Dra.

La SAFCI es bendición de nuestro gobierno...es el cambio....podemos pedir más Médicos más profesionales”

“ Hemos preguntado a cada dirigente...están trabajando al 100 %...nosotros aprobamos el Modelo Comunitario...que haya más cooperación de las autoridades...no hay cooperación a ellos..”

✚ **Un comunario:** “...no todos somos iguales...si algunas Dras.no tienen ganas...entonces que se vayan a sus casas podemos pedir su cambio “... podemos pedir ítems, ahora los Dres.están ayudando a hacer casas, canales, eso está bien....los Dres.nos capacitan nos dan consejos sobre limpieza en nuestras casas...eso está bien...en el campo hay agricultura...ellos como profesionales de salud también ven la parte de la agropecuaria.. así también ven nuestra cultura nuestra tradición que hay que respetar...”

Moderador: “..Hay cultura...hay símbolos...eso también los médicos nos enseñan nos apoyan, nos recuerda nuestras culturas..”

¿Cómo quieren que trabaje los Médicos SAFCI?

“Pedimos hospitales de 2do nivel en cada Municipio...con todo su laboratorio tenemos Médicos profesionales.. .que tal si se fractura huesos ¿? ... se requiere análisis de sangre radiografías...hasta ir a Cochabamba donde la radiografía cuesta entre 200 y 300 Bs. en los particulares...hospitales de 2do. Nivel con su equipo completo, ambulancia, radio comunicación, laboratorio, radiografías. El gobierno de EVO es bien los anteriores gobiernos no eran así hoy nosotros tenemos que estar arriba como campesinos en el campo de la Salud y el Deporte..”

✚ **Un comunario:** “...en el campo cuando llueve hay que caminar 20 Km...en lugares alejados debe haber hospitales de 2do. Nivel, médicos especialistas por lo menos para salvar vidas... en la zona Andina pedimos ambulancia, motocicletas...no hay comunicación...agradecemos al Gobierno, a la Residencia SAFCI, en nombre de la zona Andina... (aplausos) Punata, Villa Gualberto Villarroel, Arani, Santibáñez, Vila Vila y Alalay

La mayoría de los Municipios hemos coincidido: el Modelo de trabajo es Comunitario con visitas a las casas “

Cosas Positivas: son las visitas domiciliarias a las comunidades van a reuniones, hacen control prenatal hasta atención médica en sus domicilios con partos...participan en reuniones en las Otb, con padres de familia, Comité de Vigilancia, sector Salud atención a mujeres embarazadas en pre natal y post parto...dan charlas en colegios escuelas enseñan de limpieza de planificación familiar. (¿?)

Orientan en Salud a los dirigentes a nivel de Distrito de San Benito nos abren los ojos a los dirigentes es así hay una sola enfermera auxiliar para 6000

habitantes, el ítem es del SEDES, con 6 horas de trabajo no más, de 8 a 2 de la tarde atiende y se va...entonces es prohibido enfermarse desde las 2 de la tarde...la Médico Residente SAFCI es de gran ayuda ha llegado en el momento oportuno...solo...1 semana se va al hospital de 2do. nivel... la auxiliar también se va...eso es el pequeño problema....por lo demás coordina con centro de área, con DILOS, con las autoridades..." .falta de apoyo del Municipio ni moto se compra, a duras penas se está construyendo infraestructura. Solo pequeñas observaciones en los primeros meses Eso sería como Municipio de San Benito, Paracaya.

Pregunta: ¿QUE RECLAMOS Y OBSERVACIONES HAY?

✚ **Un comunario.** No hay transporte van a pie 5 a 10 Kms. En zona andina, visitan domicilios a pie en pleno sol no hay moto ni bicicleta...atiende en viviendas precarias...falta Infraestructura falta de equipamiento. Falta de apoyo del Municipio.

En Santibáñez: "está bien normas hay coordinación con dirigentes, cualquier evento lo llevamos conjuntamente., nuestro Municipio tiene poca plata. No alcanza, para que anden.

¿De cómo nos puede ayudar el SAFCI?? podemos hacer un proyecto...por qué Santibáñez tiene poca plata ¿de cómo se puede ayudar?? Se puede ayudar o no ¿? Eso sería mi pregunta, nada más

Le llamare al representante del Municipio Gualberto Villarroel Villa Gualberto Villarroel (Qhuchumuela)

✚ **Una Mujer representante:** " a la pregunta 1: como trabaja nuestro Dr. ?? Trabaja en la comunidad eso es...

- Respecto a la pregunta 2: ¿que hace en tu Municipio el Dr?. En la subcentral de Vana Rumi visita las casas, va a la reunión de las Organizaciones Sociales de hombres y mujeres, visita a familias enfermas, a las escuelas va enseñar limpieza a los niños, lavado de manos, cepillado de dientes, en las escuelas ayuda nuestro Dr. Nos enseña nos apoya hacer trámites va a la alcaldía no nos deja ni nosotros no lo vamos a dejar ir a otro lugar.

- Respecto a la pregunta 3:ahora se está haciendo micro hospital .pedimos equipamiento, especialistas...tenemos que ir hasta Punata...” eso sería todo...gracias... (aplausos).

✚ **Un comunario:** “Ellos trabajan en coordinación con las organizaciones y ayudan.

Nuestros reclamos es el equipamiento para cada posta, pedimos a los Dres. SAFCI su ayuda, ya conocemos sus oficinas acudiremos a pedir ayuda una vez reunidos los dirigentes. Desde aquí agradecemos a los Médicos SAFCI que trabajan en nuestras comunidades, Gracias compañeros.”(aplausos)

✚ **Una representante del Municipio de Alalay:** Gracias ... nosotros como Municipio Alalay tenemos un médico residente SAFCI trabaja...no sabíamos cómo debían trabajar los Médicos SAFCI, por esa falta de información nos equivocamos, nos preguntábamos mucho; ahora que sabemos cómo deben trabajar los Médicos Residentes en SAFCI, debo decir que más o menos trabaja regular, no podemos decir que trabaja muy bien ni muy mal decimos solo la verdad...ahora que sabemos cómo debe trabajar va a la comunidad lo hemos dado una motocicleta comprando para que él también nos dé atención ...ahora sabemos cómo debe trabajar, entonces vamos a socializar en reuniones y vamos a trabajar junto a nuestro Dr.”

Moderador: Nosotros del grupo 2 somos: San Benito, Villa Gualberto Villarroel, Arani, Santibáñez, Vila Vila y Alalay casi todo coincidimos con algunas pequeñas observaciones, a éstos Médicos Residentes SAFCI le estamos muy agradecidos como grupo 2” (aplausos)

De VILLA TUNARI, POJO

Relator, Compañeros hemos expuesto lo siguiente:

En la pregunta Nº. 1: ¿En qué modelo están trabajando nuestros técnicos SAFCI ?

En el Modelo Comunitario, nuestros médicos trabajan en 3 Municipios

- Son sociables con la comunidad
- Participan en reuniones, hacen visitas familiares, hacen visitas en reuniones de las Centrales y sindicatos, van a visitar a domicilios de cada persona continuamente, para orientar sobre higiene, el manejo de higiene de las casas, preparación de los alimentos, las causas de enfermedades como el paludismo, diarrea y otros.

En la pregunta N° 2: ¿Qué cosas buenas o malas están haciendo?

- Lo bueno todos los médicos son respetuosos con la comunidad en nuestra zona.
- Dan a conocer sus salidas a las bases, a seminarios o encuentros con sus superiores, nos dan a conocer a los dirigentes de las centrales, con sellos de los mismos médicos donde han estado....
- Juntos trabajan de cerca con los profesores, con la educación. Eso es en el punto 2...

En la pregunta N° 3 ¿Cómo quiere que mejore el SAFCI?

- a) Para mejorar el Ministerio de Salud y Deportes asigne ítems en primer lugar.
- b) Equipamiento, pedimos primero transporte, moto para nuestros Médicos Residentes SAFCI o ambulancia del M.S.D.
- c) Seminarios en nuestras comunidades, ahorita solo estamos los comisionados, dar seminarios a nivel de distritos y a nivel de Municipios para que los compañeros, más de cerca se concienticen, seminarios con el Dr. Muruchi.
- d) Nuestros médicos asignados en comunidades han pedido que se queden en sus mismas comunidades con sus propios ítems.

Eso es todo del grupo 3...con todo respeto a ustedes un saludo fraterno a todos ustedes como Municipio de Villa Tunan. Muchas gracias (aplausos).

3.4. Sistematización de las intervenciones durante el taller de evaluación comunitaria

ASPECTOS POSITIVOS:

I.- “Los Médicos Residentes en SAFCI... COORDINAN con dirigentes, autoridades...trabajan ‘orgánicamente’ y dan a conocer sus cronogramas a la comunidad...”

II.- “...nos dan consejos, nos orientan sobre higiene, alimentación, salud...Nos abren los ojos a los dirigentes...”

III.- “...visitan a las comunidades, a los domicilios...a las escuelas...de día y..de noche ...a pie....”

IV.- Tocan temas no sólo de salud, sino también de agricultura, la producción...se incorporan al trabajo comunitario en limpieza de canales, construcción de escuelas, casas....eso está bien....”

V.- “...son respetuosos con la comunidad...con nuestra cultura no nos discriminan como otros doctores auxiliares...nos hablan en nuestro idioma...nos atienden bien esto es el Cambio....es un milagro...”

ASPECTOS NEGATIVOS (ajenos al Médico Residente en SAFCI)

- I. "...falta de transporte, moto, bicicleta más que todo ambulancia..."
- II. "Falta de apoyo a nuestros doctores SAFCI, de parte de las autoridades."
- III. "Falta de ítems para personal de salud, y chofer para ambulancia del Programa "EVO CUMPLE "...falta de hospitales de II o. nivel en municipio alejados por falta de información en esta clase de seminarios., .nos hemos equivocado al principio..."

BALANCE

EL saldo de ésta evaluación fue POSITIVO, por lo que los participantes de éste Taller APROBARON la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural- R.M. SAFCI y el Modelo Comunitario. Y, agradecieron en nombre de sus comunidades y Municipios a la RESIDENCIA MEDICA en Salud Familiar Comunitario e Intercultural - R.M. SAFCI- Cochabamba, y al Hermano Presidente Evo Morales, .y se comprometieron a apoyar a "sus" Doctores Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitario Intercultural-M.R. en SAFCI.

SOLICITUD: Más Seminario Talleres en sus Distrito y Municipios

CONCEPTOS SISTEMATIZADOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO	TOTALES
Coordinan bien con organizaciones sociales, autoridades, centros de salud y médicos tradicionales	5	18	18	5
Realizan sus labores, bien orgánicamente; día y noche cruzan ríos	5	18	36	5
Valores: No nos discriminan, nos hablan en nuestro idioma, nos recuerdan nuestras culturas y son respetuosos y sociables	6	21	57	6
Nos favorecen, nos orientan, nos abren los ojos, nos ayudan a tramitar	4	14	71	4
Nos atienden una semana, luego se pierden una semana. no hay información	3	12	83	3
Falta de apoyo de autoridades Municipales	5	18	101	5

Fuente: Elaboración propia

Interpretación.-El 71 %(n=20) de las intervenciones, valoran positivamente las actividades de los Médicos Residentes en SAFCI; una minoría de las intervenciones 11 %(n=3), cuestionan la ausencia del Médico Residente en su servicio, sin previa información a la comunidad; el 18% critican la falta de apoyo de la autoridades Municipales a los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria Irtercultural.

La mayoría, 21% (n=6), expresan su satisfacción por la conducta socio cultural del Médico Residente en SAFCI que no discrimina, hablan el idioma materno de la comunidad, y son respetuosos en los social y cultural, con la población beneficiaria.

3.5. Resultados de Análisis de Contenidos de las monografías de los Médicos Residentes SAFCI

- ✚ Los comunarios a donde llegue estaban acostumbrados al paternalismo de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). al asistencialismo del sistema de salud, que conlleva a la automedicación, más que todo en los colonos; y, así también ya dejan las yerbas medicinales; “con los Yuracares del lugar....al inicio de nuestras actividades fue muy difícil para ganamos la confianza....”

- ✚ “ La inserción a la comunidad fue por medio de los promotores y auxiliares de salud nuestras visitas a domicilios fue para ganamos la confianza ”

- ✚ “...algunas visitas domiciliarias fue difícil por situaciones de costumbre primero nos ganamos la confianza de las madres hay perdida de cultura en los “colonos” y también en los indígenas.... ”

- ✚ “ Al inicio de nuestras actividades, hubo desinterés y desconfianza hacia nosotros, no discutían sus problemas a fondo por nuestra presencia

- ✚ Al alcalde de Koari, no le interesa el SAFCI, ...lo que le interesa es tener un médico permanente, en su establecimiento de salud, porque la enfermera del lugar solo trabaja 6 horas....”
- ✚ “ El mecanismo de relacionamiento como residente médico SAFCI con los dirigentes de la comunidades de mi área de influencia es a través de las reuniones comunitarias que se llevan mensualmente, donde en un principio no fui bien recibido ya que los comunarios no querían que yo esté como personal de salud, por ser **mujer** por el mal trato que tuvieron de parte de la auxiliar anterior, pero me fui ganado la confianza de los dirigentes, Luego de las mujeres y de los niños y así fui recibida satisfactoriamente y me permitieron participaren sus reuniones ”

3.6.- Sistematización del Análisis De Contenidos De Informes De Los Médicos Residentes En Salud Familiar Comunitaria Intercultural-Safci En La Etapa De Incersion

CAUSAS	EFFECTOS		
Organizaciones No Gubernamentales.	Paternalismo, asistencialismo, automedicación	En los usuarios y beneficiarios	
Medicina Asistencialista	Perdida de cultura en colonos e indígenas		
Contactos con Madres	Confianza en los M.R. en SAFCI		Afirmación de Médico Residente Varón

Asistencia a reuniones comunitarias	Confianza y mecanismo de relacionamiento		
Condición de mujer de la Medica Residente en SAFCI	Machismo y exclusión de los colonos		Afirmación de una Médico Residente
Contacto con Dirigentes	Confianza		Afirmación de una Residente Mujer

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Las ONGS originaron paternalismo, asistencialismo y automedicación en los comunarios; la medicina asistencialista produjo aculturación y pérdida de la identidad cultural en las originarias/originarios; surge la confianza de los dirigentes y madres con los RM SAFCI; la RM SAFCI ha detectado la presencia del machismo y de la exclusión; así mismo ha surgido la confianza hacia los RM SAFCI.

3.7. Trabajo De Grupos

GRUPO No. 1

CENTRO DE SALUD: Yuraj Molino

Municipio de Pocona

Nombre de la R.M. SAFCI:

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS

- Comunidades, muy dispersas.
- Ríos caudalosos.
- Caminos Mal atendidos.

CAUSAS DEL PROBLEMA

- No se puede llegar a pie.

- Cuando llueve No se puede cruzar a pie.
- No se puede ir a bicicleta.

GRUPO No. 2

Comunidad de Tujsuma

Municipio de Arque

Recién ingreso el 30 de octubre del 2009

PROPUESTA

- El M.R. SAFCI tiene que mejorar la coordinación con las comunidades.

GRUPO No. 3

Comunidad de. Waycha Municipio de:

El R.M. SAFCI trabaja bien

PROBLEMA

- Falta de pago de viáticos al R.M. SAFCI.
- Abandono de trabajo por falta de pago de viáticos.

PROPUESTA

- Cumplimiento

GRUPO No. 4

PROBLEMA

- El M.R. SAFCI se sale a sus seminarios sin previo aviso a la comunidad (no coordina).
- No hay cronograma de actividades ni de salidas del Médico Residente en SAFCI para las autoridades.

PROPUESTA

- Que haga conocer sus cronogramas el M.R. SAFCI hacia la comunidad y a las autoridades.

**SISTEMATIZACION DE LOS RESULTADO DEL TRABAJO DE GRUPOS EN EL
TALLER E LA CASA CAMPESTRE COCHABAMBA
AÑO 2008**

PROBLEMAS DETECTADOS

- Comunidades dispersas
- Ríos caudalosos.
- Caminos en mal estado.
- Los Médicos Residentes no dan a conocer sus salidas y su cronograma de actividades.
- Los Médicos Residentes NO coordinan con la comunidad.
- Que el Médico Residente dé a conocer sus salidas a la comunidad.
- Falta de pago oportuno de Estipendios a los Médicos Residentes
- Abandono de trabajo.

PROPUESTAS PLANTEADAS

- Que el Médico Residente coordine con la comunidad y sus dirigentes.
- Qué las autoridades correspondientes, den cumplimiento al pago oportuno de estipendios a los Médicos Residentes en SAFCI.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Los problemas detectados tienen solución de realizarse las propuestas planteadas

3.8.- Percepción de una voluntaria Médico Especialista en Medicina Familiar Comunitaria de Barcelona España, que acompañó durante 2 meses, a una Médico Residente en SAFCI, en la comunidad de (coya, y sus alrededores, en el Municipio de Villa Tunari, de la Provincia Chapare:

Limitaciones graves:

- Medio de transporte que obstaculizan actividades del Médico Residente en SAFCI.
- Referencia de pacientes de gran urgencia, obstaculizadas.

- Bajos conocimientos de los comunarios sobre temas de Salud y falsas creencias sobre enfermedades.
- Factores ambientales: agua No potabilizada, viviendas precarias.
- Limitaciones económicas de los comunarios.

Ventajas:

- Estructura Comunal (sindicatos y subcentrales), que permiten tener un espacio, para tratar temas de salud y recoger sus necesidades.
- Gran afluencia de mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, para el seguimiento, atraídos por el Bono Juana Azurduy de Padilla, y el Seguro Universal Materno Infantil-SUMI.

Sugerencias:

- Crear Redes con centros de Diagnósticos, para análisis y pruebas de imagen, un microscopio, esterilizador para disminuir los riesgos de infección por el clima (4).
- La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI - en cumplimiento a la Constitución política del Estado Plurinacional tiene como objetivo principal garantizar el ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD y gratuito en el punto de atención, reconociendo que este es un Derecho Humano, político, social, económico, cultural y ambiental dé todos los bolivianos todas las bolivianas, donde los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre las determinantes a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa, en el marco de la reciprocidad y complementariedad con todas las medicinas de las Naciones y Pueblos indígena, Originario Campesinos.

Fortalezas

- La Salud Familiar comunitaria Intercultural-SAFCI-, cuenta con un enfoque FAMILIAR, porque se constituye en un nexo entre los servicios de Salud, con las persona y las familias de la comunidad o barrio, a partir de visitas familiares, en las que se desarrollan procesos de PROMOCION de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. Se responsabiliza de un determinado número de familias.
- La SAFCI, cuenta con un enfoque COMUNITARIO pues reconoce y fortalece las formas organizativas de la población (Ayllus, Tenías, Markas, Capitanías, Cabildos Indígenas , Sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras comunitarias de Origen T.C.O.s; Entidades Territoriales Autónomas-E.T.A.s que le permiten interactuar con los servicios de Salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, seguimiento y control de las acciones de salud y el abordaje de las determinantes como son Educación, Tierra, Territorio, agua, producción, vivienda, y otros.
- La SAFCI, cuenta con un enfoque INTRA e INTERCULTURAL, por que busca una relación simétrica entre la medicina académica y la medicina de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinas, a partir de acciones de PROMOCION de la Salud, y la PREVENCION de enfermedades, control, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de manera Integral e Intercultural, donde ambas medicinas se complementan recíprocamente.

Oportunidades

- Como todo momento histórico y sus respectivos Gobiernos tuvieron, su propia Política Sectorial de Salud, en coherencia con el sistema imperante.
- La Actual Constitución Política del Estado Plurinacional y el Gobierno, también tienen su Política Sectorial de Salud, que es la Salud Familiar

Comunitaria Intercultural-SAFCI-en consonancia con la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional.

- Esta Política Sectorial de Salud está centrada en la SALUD y no en la enfermedad, por tanto, más en PROMOCION que en el ASISTENCIALISMO para VIVIR BIEN y tener una BOLIVIA SANA Y PRODUCTIVA. De manera que este proyecto de intervención, tiene el Objetivo de contribuir a la difusión y PROMOCION de la Política Sanitaria SAFCI, y las actividades de los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria Intercultural -SAFCI- desde la percepción de las Comunidades involucradas en las actividades de los Médicos Residente SAFCI: Comunidad de autoridades Municipales; comunidad de personal de salud del Servicio Departamental de Salud, y la comunidades propiamente dichas, donde desarrollan sus actividades los Médicos Residentes en SAFCI.
- **Árbol de Problemas (Identificación).** Considerando la técnica del **árbol de problemas** se identificó como situación negativa o **problema** central al desconocimiento de la RM SAFCI y de su modelo de salud, la cual se intenta solucionar analizando relaciones de tipo causa-efecto en la práctica social con la participación de los actores sociales: comunarios, médicos SAFCI, autoridades y con la práctica de los principios del modelo SAFCI.

4. DISEÑO Y SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.1.- Diseño Metodológico

La presente investigación es de carácter no experimental, es cualitativa, descriptiva, transversal y contiene análisis de contenidos existentes en los informes, y monografías de los Médicos Residentes en SAFCI, actas y solicitudes de los comunarios; talleres y encuestas, cuestionarios, entrevistas individuales y grupales.

4.2.- Métodos, Técnicas E Instrumentos para La Recolección de Datos

- Análisis de contenidos.
- Grupos Focales, talleres de evaluación comunitaria.
- Taller, utilizando Método Zoop.
- Cuestionario, encuestas.
- Entrevistas personales.
- Trabajo de grupos y plenarias.

5. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La residencia médica se constituye como una estrategia para implementar la política que permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el sistema único, intercultural y comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria promoviendo la salud, en el Art. 4 del D.S. N° 29601 en tanto que:

“Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como .un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la

problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales” población. (Plurinacional de Bolivia, 2012)

6. JUSTIFICACION

Este trabajo se desarrolla, en base a la necesidad de informar y promocionar las actividades y el Nuevo Modelo Sanitario SAFCI, desconocido por las comunidades mencionadas líneas arriba, de los Municipios que cuentan con Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitario Intercultural-R.M. en SAFCI.

Pretende ser útil, en la medida en que se devuelva la información a la comunidad, para que conozcan sus derechos, deberes y obligaciones, en el ámbito de la Salud Pública, individual, familiar, comunitaria relacionado con su entorno Ambiental.

6.1. - Factibilidad

- Recursos Humanos: Los propios Residentes Médicos en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se constituyen en promotores de sus actividades y de la política sectorial SAFCI; Todas las Instituciones Públicas de Salud, deben, incorporar en los términos de referencia como requisito para la contratación del personal, el conocimiento de la Política de Salud SAFCI, en cumplimiento de la Ley y la Constitución política del Estado Plurinacional.
- RREE
- MATERIAL

- LOGISTICOS

7. MARCO JURÍDICO

Considerando que el inciso a) del artículo 7 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad, que la Ley No 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario; que, el Decreto Supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 establece entre los objetivos del pilar Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; que el Decreto Supremo No 29246 de 22 de agosto de 2007, de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario establece la política, objetivos y principios para la erradicación de la pobreza y extrema pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación; coadyuvando a la restitución y fortalecimiento de los derechos y capacidades (económicas, físicas, humanas, naturales y sociales) de la población, principalmente de los indígenas, originarios y campesinos; fortalecer el modelo comunitario urbano y rural que se sustenta en los valores de la comunidad, el control social directo y la transparencia, las formas organizativas propias de las poblaciones locales y la identidad cultural y territorial el señor Evo Morales Ayma, Presidente Constitucional de la República promulga, en la ciudad de La Paz, el Decreto Supremo N° 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia: “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”, el 11 de Junio del año 2008. El referido marco jurídico hizo posible que se origine y se pueda implementar el Modelo de Salud, SAFCI, como derecho del pueblo boliviano en su conjunto: Comunidades Indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales.

El Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, permitió el desarrollo de sus acciones en el marco de la

justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras)

8. MARCO TEÓRICO

El modelo SAFCI teóricamente se nutre de la historia, orígenes, desarrollo y horizonte a futuro de la recuperación de la identidad cultural de los pueblos indígenas, campesinos y originarios que ingresan a ser sujetos históricos con la Revolución Democrática Cultural que se inicia el 2006 estableciendo su presencia intracultural en el escenario intercultural del fundado Estado Plurinacional de Bolivia con el cual los excluidos recuperan sus opciones de vida en el marco de la Nueva CPE y de las leyes fundamentales en unidad con la Tierra como madre y padre así como en unidad con toda la Realidad Unificada que en runa simi y en jaqui aru se denomina la Pacha donde:

“La unidad se plantea la exigencia de cambiar la condición humano autoconstruyendo el ser humano integral en unidad con la naturaleza, el cosmos y la totalidad y simultáneamente autodestruyendo a ser cuasi humano que ha involucionado en la no unidad” (Mazorco, 2007, pág. 160)

De otro lado José Mario Illescas Pompilia respecto a la salud y a la enfermedad afirma que:

“TODO ES EQUILIBRIO, AÚN LA ENFERMEDAD Lo mismo, si nosotros nos enfermamos de una pulmonía, si soy un médico occidental podría decir: mi paciente está desequilibrado, porque la enfermedad es un estado de desequilibrio. Pero si me recuerdo que no soy occidental, soy originario, digo: no señora, usted no está en desequilibrio, sino

está en otra modalidad de equilibrio. Para un médico originario, la enfermedad sería una modalidad de equilibrio, porque el hombre enfermo al estar en la pacha, está reproduciendo el equilibrio de la pacha en su modalidad. Se enferma porque quiere enfermarse, y no porque la pacha le enferma. Al enfermarse porque come mucho, entra a pasar a una modalidad de equilibrio en que se enferma, lo que el médico occidental llama desequilibrio. Pero en la realidad de la pacha, no hay desequilibrio. Todo es equilibrio, aún la enfermedad, aún la muerte.” (Pompilia, 1994, pág. 11).

Las ideas y proposiciones expuestas constituyen el marco teórico del presente trabajo.

9 . ANALISIS DE ACTORES.

9. 1. Cuadro de Involucrados

SUJETOS DE CAMBIO				
Grupos	Intereses	Problemas Percibidas	Recursos y mandatos	Intereses En el proyecto
Población usuaria de servicio de salud	Mejorar su calidad de vida Disminuir las enfermedades prevalentes y endémicas Recibir capacitación y educación en temas sanitarios y ambientales	Desconocimiento de prácticas y condiciones frente al cuidado de su salud. Desconocimiento sobre enfermedades prevalentes y endémicas. ND ESTA INVOLUCRADA en las acciones de las residentes médicos SAFCI No interactúa con el médico especialista SAFCI	No tienen material didáctico. Cuenta con recursos de la propia naturaleza	Mejorar la calidad de vida el territorio municipal.
Autoridades de la universidad	Titular a los egresados Mejorar la Imagen Institucional Participar en reformas curriculares	No comprenden el enfoque académico Inconsistencia entre lo curativo asistencial y la promoción de la salud Choque de tipo ideológico cultural	Infraestructura Institucionalidad Recurso Humanos Mejorar las condiciones de vida	Innovar el currículo Replicar el modelo SAFCI
Autoridades	Se cumpla la Política Conocer más	Inconsistencia de actividades entre los mandatos SAFCI-SEDES Hora de trabajo	Cumplir la ley	Que se implemente el modelo SAFCI
Personal de salud	Mejorar la salud de la población. Disminuir el número de casos producidos por enfermedades prevalentes y/o endémicas. Intereses personales.	Inexistencia de materiales específicos de educación sanitaria y ambiental. Condiciones de infraestructura sanitaria inadecuadas Falta de mantenimiento de las infraestructuras sanitarias.	Plan de desarrollo sectorial.	Mejora de medidas sanitarias. Implementación de políticas de salud para la mejora de la calidad de vida. Implementación de medios que mejoren el nivel de educación sanitaria medio ambiente y salud.
Autoridades comunitarias	Mejorar la calidad de vida de la población Mejorar la productividad	Falta de cobertura del servicio de salud hacia la población. Falta de conocimientos de la población referidos a los anteriores temas. Falta de priorización de la comunidad y la incorporación de estas temáticas en la planificación municipal.	Participar efectivamente en el control social	Mejorar la atención del servicio de salud hacia su población. Mejorar el grado de conocimientos de su población con respecto a estos temas. Mejorar los servicios sanitarios y cuidado del agua en la población

Fuente: Elaboración propia

Interpretación. Los sujetos involucrados son los actores o sujetos de cambio

9.2. Beneficiarios Directos:

Personas, familias y comunidades donde desarrollan sus trabajos los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitario Intercultural-M.R. en SAFCI.

TABLA Nº 26

DISTRIBUCION DE POSTULANTES Y EGRESADOS DE LA RESIDENCIA MEDICA SAFCI POR GESTION EN EL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA 2012

DEPARATAMENTO	R.M. Ingreso 2010	R.M. Ingreso 2011	R.M. Ingreso 2012	Egresados 2010	Egresados 2011	Egresados 2012	TOTAL
Cochabamba	15	14	8	17	4	11	69

Fuente: Residencia Medica SAFCI Cochabamba

Interpretación: En los años 2010,2011 y 2012 ingresaron 37 postulantes; en los mismos años egresaron 32 RM SAFCI.

9.3. Informe de Actividades y Producción de Servicios por La Residencia Medica Safci Regional Cochabamba- 2012

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS	CANTIDAD
1	Total de personas atendidas por Medico SAFCI	18183
2	Atención Medica en domicilio y comunidad	9148
3	Total visitas Médicas realizadas a domicilio o a familias	3960
	Carpetas Familiares registrados o actualizadas	3083
5	Identificación de familias con riesgo social mediano (nuevos)	1328
6	Identificación de familias con riesgo social alto (nuevos)	50
7	Atención reportadas por etno-médicos	170
8	Atención de partos en domicilio	73
9	Atención de partos Interculturales n servicio	30
10	Referencia y acompañamiento a II y III nivel	200

11	Referencia del servicio de salud a etno-médicos	180
12	Referencia de etno-médicos a servicios de salud	135
13	Visitas del médico SAFCI a comunidades	380
14	Asistencia a reuniones de organizaciones sociales	355
15	Actividades intersectoriales	33
16	Actividades Interculturales	28
17	Eventos Educativos a estudiantes	175
18	No. De estudiantes capacitados o beneficiados	4205
19	Eventos de capacitación a comunidades	70
20	No. De personas capacitadas	1320
21	Acciones de salud preventivas en comunidades	63
22	No. De personas protegidas con prevención	5615
23	No. De Agentes Locales de Salud constituidas en la gestión que se informa	240
24	No. De Comités Locales de Salud constituidas en la gestión que se informa	35
25	Actas de reuniones de Comités Locales de Salud	65

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El desempeño del RM SAFCI fue óptimo en un escenario complejo por sus problemas estructurales y coyunturales

9.4. Beneficiarios Indirectos:

Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba Servicio Departamental de Salud de Cochabamba Gobernación del Departamento de Cochabamba.

9.5. Oponentes

Subsistema de Salud Privado Colegió de Médicos

Partidos Políticos de Oposición al Gobierno Sindicato de trabajadores de salud

9.6. Afectados

Médicos Asistencialistas. Importadoras de medicamentos Consultoras en Salud

Constructores de Establecimientos de Salud

Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) con paradigmas cerradamente occidentalizados, paternalista y asistencialista

9.7. Aliados

Gobernación

Municipios

Cooperación Externa: UNICEF, OPS, OMS

Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)- que comulgan con los nuevos paradigmas de salud del presente proceso de cambio Organizaciones Sociales Iglesias.

10. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

Departamento de Cochabamba

Creación: El Departamento fue creado por Decreto Supremo el 23 de enero de 1826, promulgado por el Mariscal Antonio José de Sucre.

Población: El departamento de Cochabamba, cuenta con 1.455.711 habitantes (INE, censo 2001).

Superficie: La superficie total del departamento es de 55.631 km².

Capital: La ciudad de Cochabamba es capital del departamento, fundada el 15 de agosto de 1574 y nuevamente el 1o de enero de 1574 con el nombre de Villa de Oropeza. Cuenta con una población de 517.026 habitantes. Está a una altura de 2584 m.s.n.m. y su fiesta es el 14 de septiembre en conmemoración de su Grito Libertario en 1810.

División política: Este departamento cuenta con 16 provincias, 160 cantones y 45 municipios.

Creación: El Departamento fue creado por Decreto Supremo el 23 de enero de 1826, promulgado por el Mariscal Antonio José de Sucre.

Población: El departamento de Cochabamba, cuenta con 1.455.711 habitantes (INE, censo 2001).

Superficie: la superficie total del departamento es de 55.631 km².

Capital: La ciudad de Cochabamba es capital del departamento, fundada el 15 de agosto de 1574 y nuevamente el 1o de enero de 1574 con el nombre de Villa de Oropeza. Cuenta con una población de 517.026 habitantes. Está a una altura de 2584 m s.n.m. y su fiesta es el 14 de septiembre en conmemoración de su grito libertario en 1810.

División política: Este departamento cuenta con 16 provincias, 160 cantones y 45 municipios.

10.1 Geografía

El departamento de Cochabamba es esencialmente montañoso ya que está surcado por el ramal oriental de la cordillera de los Andes. Cuenta además con varios valles ubicados a diferentes alturas sobre el nivel del mar, siendo los más importantes los de Cochabamba, Sacaba, el Valle Alto y el de Cliza. Otra zona geográfica de mucha importancia es la del Chapare, considerada una de las regiones con mayor precipitación pluvial del mundo, con índices que superan los 5.000 mm/año, lo que favorece la presencia de bosques impenetrables.

Límites: al norte, el Beni; al sud, Potosí y Chuquisaca; al esté, Santa cruz; y al oeste, La Paz y Oruro. Su capital se encuentra a 17° 23' de latitud sur y 66° 09' de longitud oeste del meridiano Greenwich.

Orografía: La cordillera Real u Oriental penetra por el oeste del departamento con el nombre de tres cruces. A partir del nudo de Maso Cruz toma el nombre de cordillera de Cochabamba (Tunan o de la Herradura). El territorio de Cochabamba, con excepción de la parte norte de las provincias Carrasco y Chapare, está íntegramente afectado por serranías entre las que se destacan las siguientes: Maso Cruz, Yanakaka, Mosetenes. La principal es el Tunari (5.020 mts.).

Hidrografía: La totalidad de los ríos pertenece a la cuenca del Amazonas. El más importante es el Mamoré, que nace en las quebradas de Sacaba con el nombre de río Rocha, que luego de juntarse con el Arque, se conoce como Caine. Es límite con los departamentos de Potosí y Sucre. Haciendo una gran curva penetra en el departamento de Santa Cruz con el nombre de río Grande o Guapay, para luego llegar al triángulo limítrofe de los departamentos de Cochabamba, Beni y Santa Cruz. Aquí convergen dos afluentes: los ríos Mamorecillo y Chapare. El río toma el nombre de Mamoré al ingresar al territorio del Beni.

Clima: El clima del departamento de Cochabamba varía con la altitud; frío en las regiones de nieves eternas de la cordillera; templado en los valles del flanco sur de la cordillera; frío a templado en la región de la ceja de monte del flanco norte de la cordillera; templado a cálido en las nieves eternas de la cordillera; templado en los valles del flanco sur de la cordillera; frío a templado en la región de la ceja de monte del flanco norte de la cordillera; templado a cálido en los Yungas del norte; cálido al norte, cálido al sudeste. La zona sudeste, la de menor precipitación pluvial del departamento, es cálida y seca, y se caracteriza por una vegetación de cactus y

plantas xerofíticas. Hay un promedio de menos 10 grados en las regiones altas hasta más de 24 grados en las zonas cálidas como el Chapare.

11. ECONOMÍA

11.1. Agricultura: En la zona fría se producen papas, quinua, oca, cebada; en los valles centrales, variedades de maíz, trigo, papas, frutas legumbres y hortalizas. El sureste produce, maíz, trigo, cítricos, maní, etc.

Hacia el norte los productos se diversifican ya que se obtienen tanto los productos de alta montaña como los de Yungas y de Amazonia. Ganadería: Es importante la cría de ganado lechero, gracias a que los valles centrales son aptos para el cultivo de plantas forrajeras. El departamento cuenta con una población ganadera compuesta por bovinos, ovinos, caprinos, equinos y camélidos. Minería: Posee yacimientos de estaño, plomo, antimonio, wolfram, oro, lignitos, asbesto, lápiz azul baritina, aluminio, calizas, etc. Pesca: En los lagos cordilleranos existe la variedad de trucha arcoiris. Al sur, en el río Caine se encuentran sábalos y bagres al norte, en los ríos Ichilo, Chapare e Isidoro, se pescan dorado, surubí, blanquillo, pacú, etc.

11.2. Vías de comunicación: Por ser el centro del país, la ciudad de Cochabamba es nudo principal de las carreteras bolivianas. Se comunica con Oruro - La Paz por carretera asfaltada; con Sucre, cuyos 125 primeros Km. corren sobre el mismo camino asfaltado a Santa Cruz, desde allí el camino es de tierra, transitable todo el año. Hacia Santa Cruz el camino es totalmente asfaltado y comunica a la vez con la región del trópico cochabambino (Chapare). Une la ciudad con Villa Tunari - Puerto Villarroel, Yapacaní - Santa Cruz, accediendo al Ichilo, que es río navegable, y hacia el noroeste comunica con puerto Patiño (sobre el río Isidoro).

12. GRUPOS ÉTNICOS: El departamento de Cochabamba fue poblado por las comunidades de Cotas, Chuis, Sauces, Mojocollos, Collas y Quechuas. En las

selvas del norte se desarrollaron los Yuracarés. Actualmente, los grupos originarios conservan sus tradiciones y costumbres. Se dedican a la elaboración de artesanía fabricada con material de la región y permanecen en contacto con visitantes que van a conocer hermosos paisajes y descubrir la variedad de flora y fauna. Actualmente en las zonas cálidas habitan poblaciones de Moxeño, Yuqui y Yuracaré - Yura.

13. GASTRONOMÍA:

- ✚ **Pamp'aku:** Plato en base a carne de pollo, res, cordero, cerdo, papa, camote, yuca y plátano. Todos estos ingredientes son colocados en un recipiente herméticamente cerrado y enterrado en una fosa, la que es recubierta con piedras y ladrillos, previamente calentados mediante fuego de leña o carbón, al grado de reventar la piedra. Se cubre con hojas frescas de hierba u hojas de plátano, y luego es tapado completamente con barro. El punto de cocción se produce cuando el recipiente se resquebraja y sale humo de la hierba fresca quemada. Se sirve acompañado con ensalada de verduras frescas.

- ✚ **Pichón:** Plato hecho con carne de pichón (cría de paloma), hervida y dorada a la brasa. Se acompaña con arroz y papa cocida.

- ✚ **Sillpancho:** Plato seco con carne de res apañada, frita al sartén, acompañada de huevo frito y ensalada cruda de cebolla, tomate y locoto (llajua). Se sirve con arroz y papa frita.

- ✚ **Jaka Lawa:** Plato en base a choclo (maíz fresco) molido, acompañado con trozos de carne y cuero de chancho. Se sirve con quesillo (queso fresco) en un plato hondo.

- ✚ **Chajchu:** Plato hecho en base a chuño, carne frita, ají, salsa de chorrellana, queso, huevo y cebolla.

 **Habas Pecktu:** Plato hecho con habas mezcladas.

14. HISTORIA: Antes de la llegada de los conquistadores españoles, el valle de Cochabamba (de los términos quechuas, cocha, laguna, y pampa, llanura), fue habitado por culturas primitivas que posteriormente cayeron bajo el dominio de los Collas. Luego, los Hijos del Sol extendieron su dorado imperio hasta éstas riquísimas tierras, que formaron parte de la región del Collasuyo.

Cuenta la historia, que la Ciudad de Cochabamba -capital del departamento del mismo nombre- fue fundada dos veces. La primera fundación ocurrió el 15 de agosto de 1571 y estuvo a cargo del capitán Gerónimo de Osorio. Casi tres años después, el 1ro de enero de 1574, Sebastián Barba de Padilla, "refundó" la tierra de los valles, por mandato expreso del virrey Francisco de Toledo, quien era llamado el "gran organizador del Perú".

Durante la colonia, la región de Cochabamba estuvo bajo la jurisdicción de la Real Audiencia de Charcas, perteneciente al Virreinato de Lima hasta 1776, año en que pasó a formar parte del Virreinato de Buenos Aires, incluida en la vasta provincia de Santa Cruz de la Sierra. La Cédula Real del 5 de Agosto de 1783, al trasladar la capital de la intendencia de Santa Cruz a Cochabamba, creó la Intendencia de Cochabamba, asignándole una enorme circunscripción territorial que abarca los partidos de Cliza, Mizque, Valle Grande, Santa Cruz, Sacaba, Arque, Tapacarí, Ayopaya y la región de Moxos. Su Plaza de Armas 14 de Septiembre, el Palacio Portales construido por el rey de estaño Simón Patiño y antiguas iglesias de San Francisco, Santo Domingo, Compañía de Jesús y Santa Teresa, son los principales atractivos junto al teatro Achá que ocupa hoy la antigua edificación de la Iglesia de San Agustín.

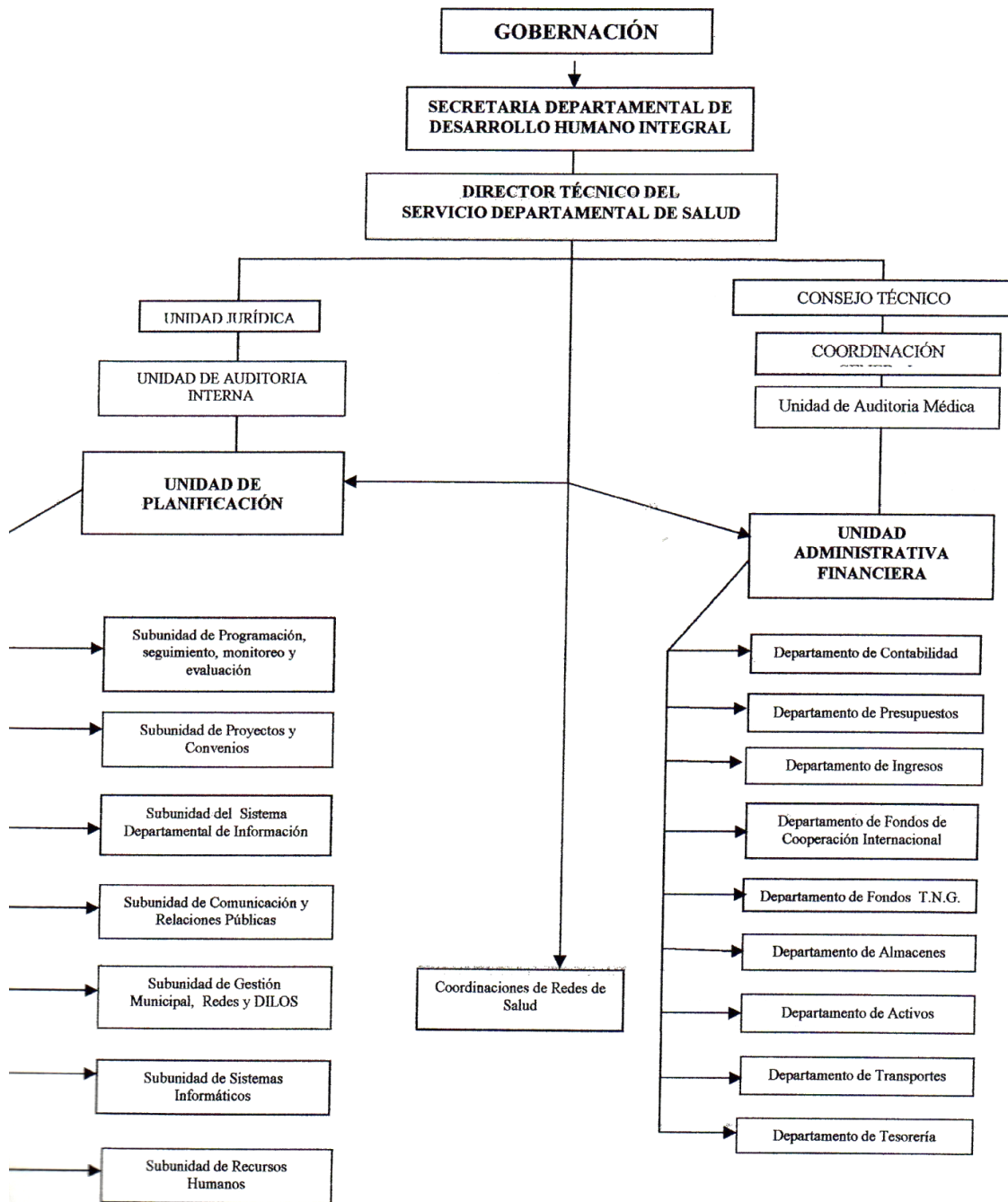
Desde la capital cochabambina se puede llegar a otros centros de atracción turística como el Chapare, una región bañada por ríos y floresta exótica de incomparable belleza.

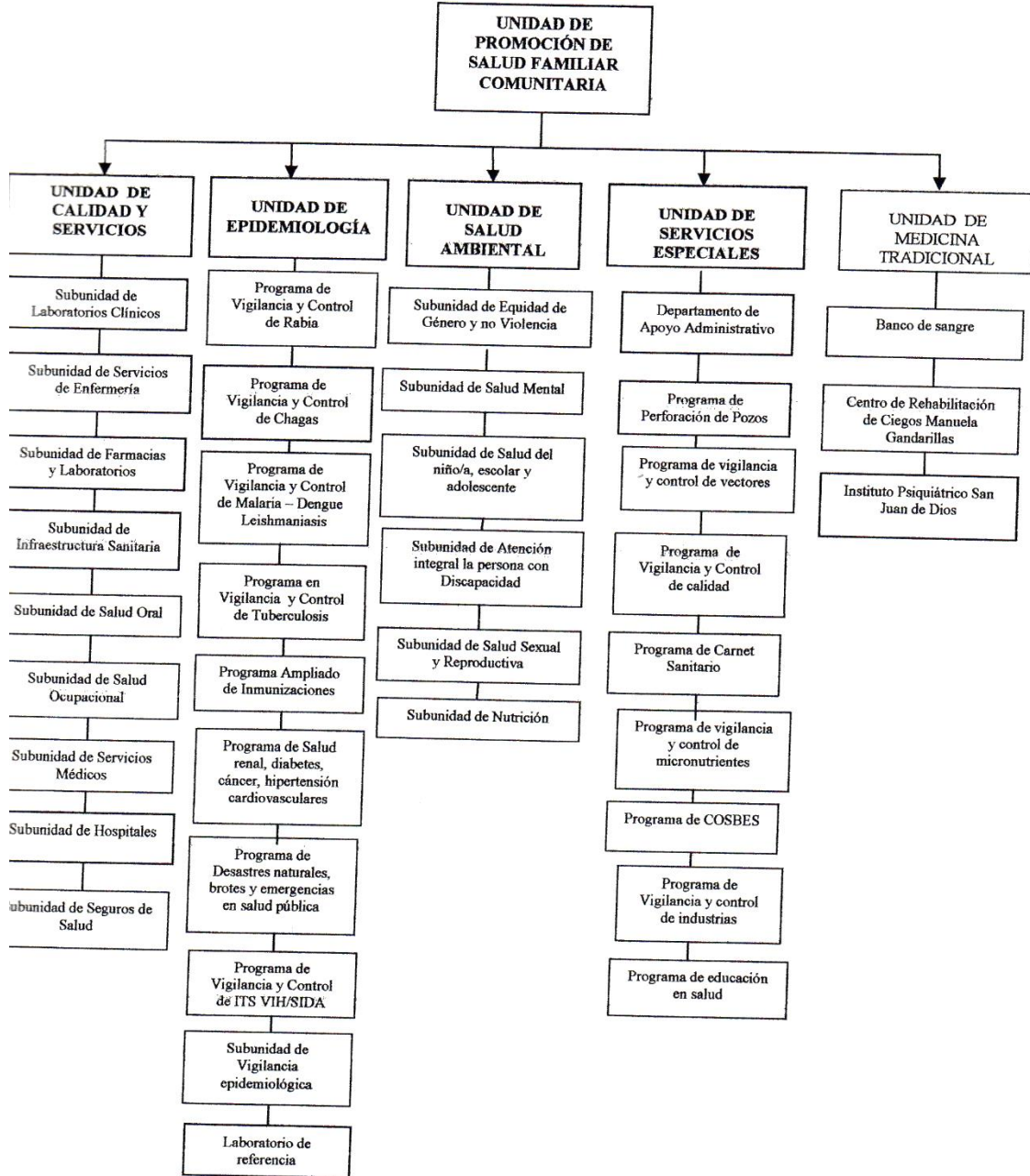
Quillacollo, pequeño centro industrial y Urkupiña, centro de romerías religiosas, pasando por Sacaba, Punata, Cliza, Tarata, Villa Rivera o Tiraque entre otras. En la Ciudad de Cochabamba y sus alrededores hay innumerables atractivos: joyas arquitectónicas, bellezas naturales y espléndidos vestigios del pasado, confluyen en la capital de los valles de Bolivia, dándole un cariz particular que la vuelve entrañable.

El departamento, como unidad geográfica, política y administrativa, nació con la República el 6 de Agosto de 1825 y el decreto supremo del Mariscal Sucre del 9 de Febrero de 1825.

Desde que se fundó, Cochabamba fue la segunda ciudad de Bolivia, pero el desarrollo abrumador de Santa Cruz cambió esa posición en los últimos años.

15. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA





Fuente:

http://www.gobernaciondecochabamba.bo/article/es_BO/Gobernaci%C3%B3n/Organigrama/1001/?F1082883274683U5DU4B=

La Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI depende orgánicamente y legalmente del CNIDAI y operativamente del Ministerio de Salud y Deportes y la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

16. RESIDENCIA MEDICA SAFCI EN EL CONTEXTO DEPARTAMENTAL 2012

Departamento	R 2007	R 2008	R 2009	R 2010	R 2011	Egresados	TOTAL
	17	4	11	15	15		
TOTAL AÑO							

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Al año 2011 desde el año 2007 en el contexto de aplicación se tenía 62 RM SAFCI.

17. PERFIL DEL MEDICO RESIDENTE SAFCI

- ✚ **Criterio Técnico.-** Como en todas las especialidades, la Residencia Médica SAFCI, exige a los postulantes a esta “especialidad”, todos los requisitos establecidos en el Sistema de Educación de posgrado, tanto para hombres como para mujeres.

- ✚ **Criterio Socio económico.-** Es deseable que el postulante a esta Residencia, tenga el sentimiento de los sectores socio económicamentemarginado y desposeído, por que esto garantiza la convicción de servicio social a la comunidad: “Los hombre y mujeres piensan según viven, y no viven según piensan”. Este requisito fortalecería a contribuir a la erradicación de la exclusión social en el sistema de salud pública.

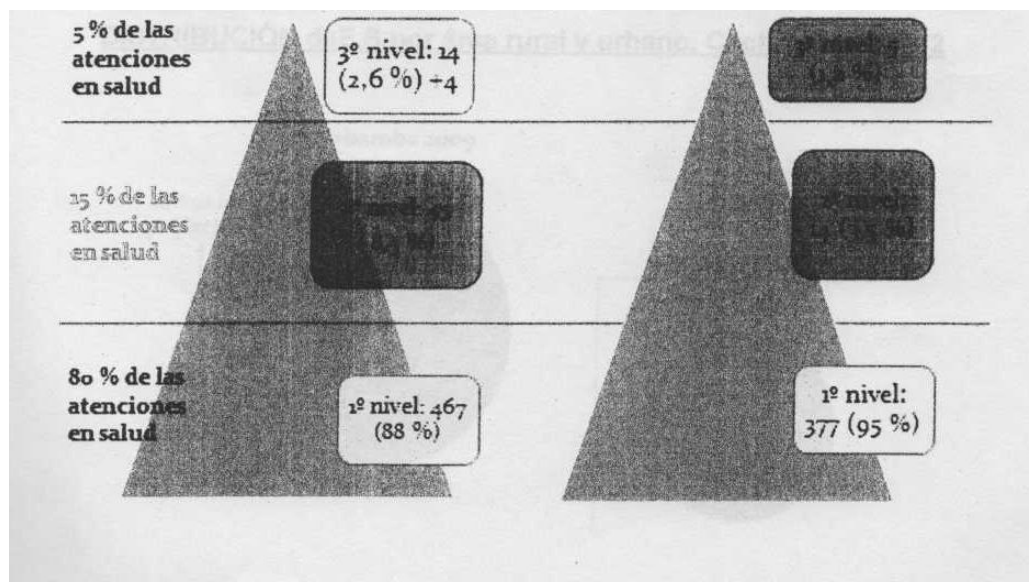
- ✚ **Criterio Cultural.-** No sólo en cumplimiento de la Constitución Política del Estado Plurinacional, sino también para romper las barreras del Choque Cultural, que nos permitan llegar a las mayorías, no solo a través de la comunicación idiomática, también a través de enfoques y adaptación cultural, por lo que el requisito fundamental debe ser, por lo menos, la comprensión del idioma madre de la región a que se postula el Medico Residente en SAFCI.

De igual manera que el anterior requisito, este criterio tendría que contribuir a la eliminación de la exclusión cultural en el Sistema de Salud Pública.

18. CRITERIOS PARA LA ELECCION DE MUNICIPIO Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- ✚ Municipios con calificación de índice de Desarrollo Humano-IDH- 4 a 5, priorizados para actuar sobre las determinantes de Salud.
- ✚ Que pertenezcan a una Red de Salud Rural.
- ✚ La Red debe contar con establecimientos de primer y segundo nivel.
- ✚ Que no cuenten con personal médico en el establecimiento.
- ✚ Que cuente con establecimientos de salud con capacidad de docencia para desarrollar procesos de enseñanza aprendizaje.

19. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COCÁBAMBA

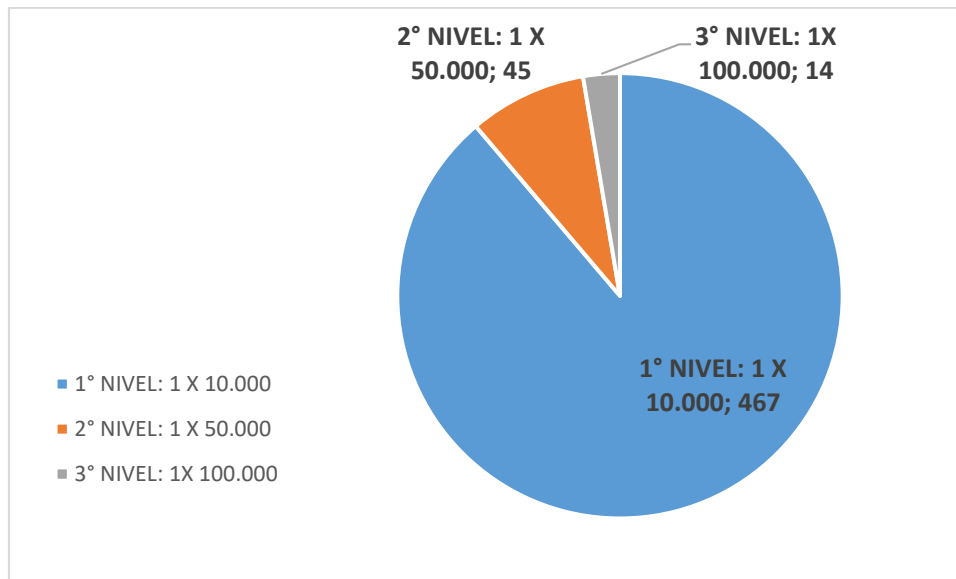


Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 80 % de la estructura de salud pública está conformada por establecimientos de salud de Primer Nivel, el 15 % por hospitales de Segundo Nivel y el 5% por hospitales de tercer nivel.

20. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

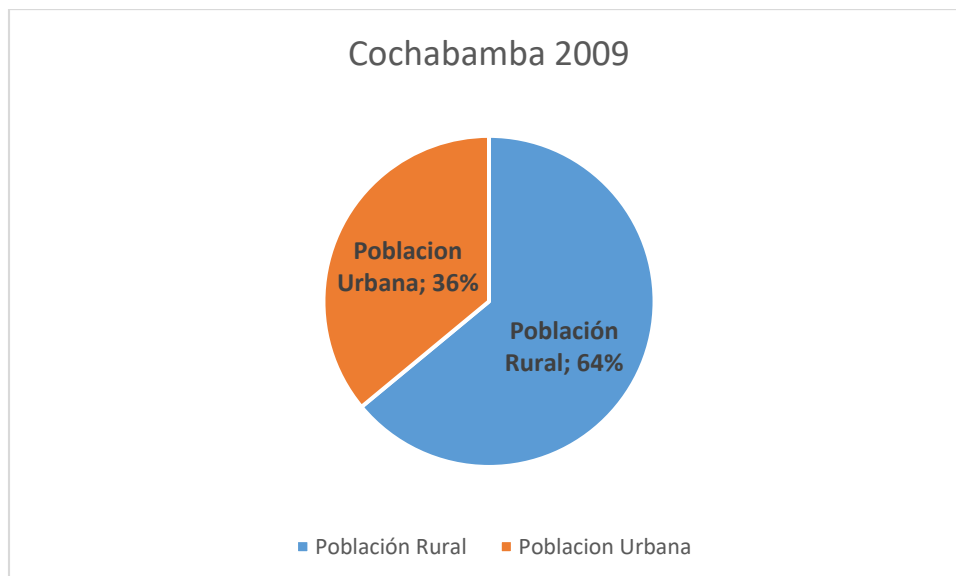
20.1. Proporción de los E.S. (Todos los sectores)



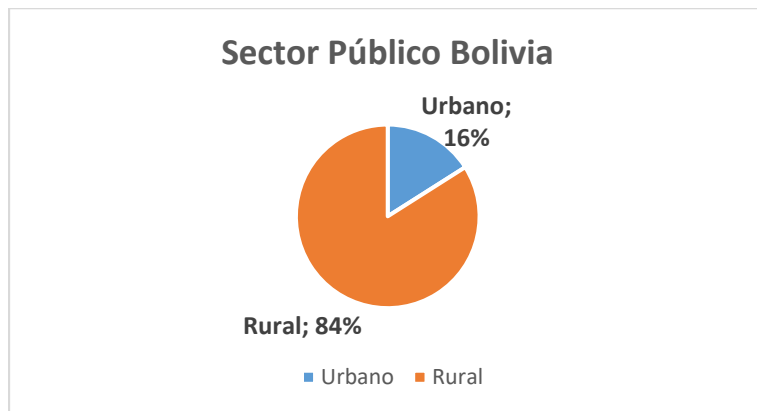
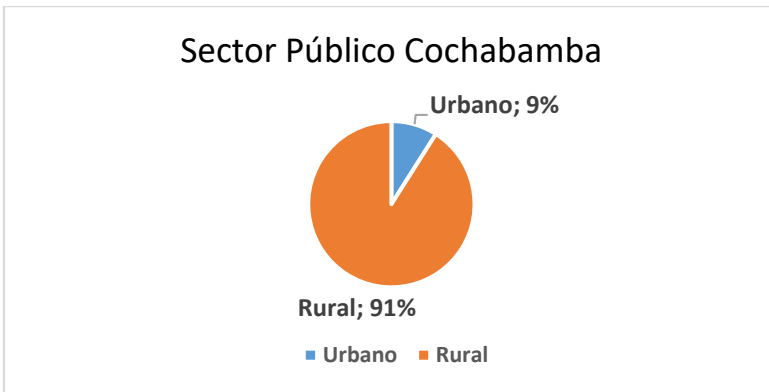
Fuente: Anuario estadístico en salud 2009 MSyD

Interpretación:

20.2 Distribución de E.S. por área rural y urbano. Cochabamba 2012

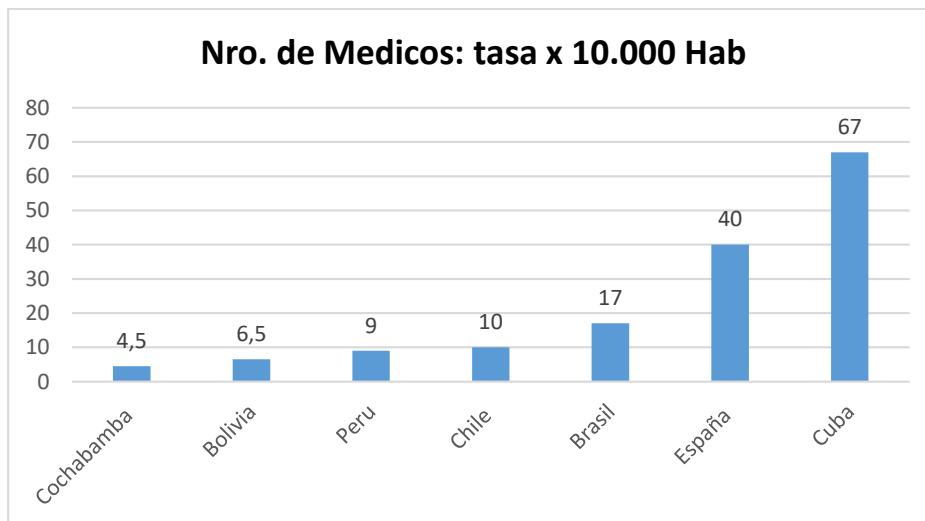


20.3. Distribución geográfica de los E.S. Públicos



21. Recursos Humanos EN LA RED PÚBLICA DE SALUD COCHABAMBA

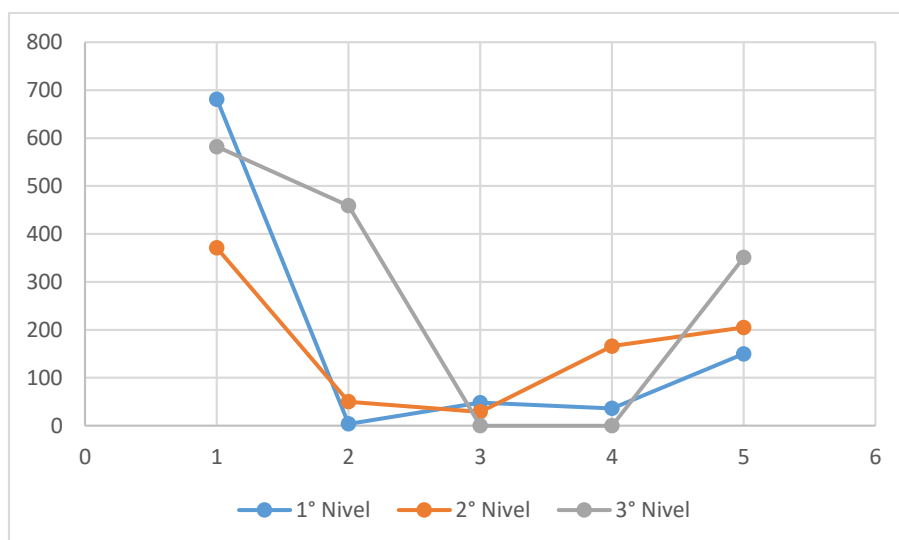
822 médicos lo que equivale a 4.5×10.000 hab. (6,5 nivel nacional) 382 enfermeras licenciadas lo que equivale a 2×10.000 hab. (2,5 nivel nacional).



Fuente: Anuario Estadístico 2009 Bolivia, Informe OMS

Interpretación: Al año 2009 en el departamento el número total de médicos era de 822

Distribución por nivel y por sector, 2009



	Sector Público	Cajas	ONGS	Iglesia	Privado
1° Nivel	681	4	48	36	150
2° Nivel	371	50	29	166	205
3° Nivel	582	459	0	0	351

22. PROBLEMAS SOCIALES EN COCHABAMBA

- ✚ Persiste alta tasa de analfabetismo en mujeres adultas (20%).
- ✚ Embarazos en jóvenes.
- ✚ Fragmentación familiar.
- ✚ Violencia intrafamiliar. Malas condiciones de vivienda: 50% no tienen servicio de agua.

22.1. Problemas de morbilidad materno-infantil:

- ✚ Desnutrición infantil: 1/5 niños tienen algún grado de desnutrición.
- ✚ Los partos atendidos por profesionales alcanzan un 68%, siendo la media nacional de 70%.
- ✚ La mortalidad en menores de un año es de 61% (superior a la media nacional).
- ✚ La mortalidad materna es muy alta en ciertos municipios como Tapacari, Pojo, Ayopaya.
- ✚ Las enfermedades crónicas están en aumento como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA (soló él 290% recibe

tratamiento, OMS 2011), el Cáncer (ese último es la primera causa de mortalidad hospitalaria. Atlas de Salud Cochabamba, 2009).

- ✚ Las enfermedades transmisibles persisten altas debido a la presencia de vectores como el dengue, la falta de higiene, como las enfermedades diarreicas, las IRAs (solo un 50% de los < de 5 años con IRA acude a un centro de salud, OMS 2011).
- ✚ Problemas de salud ligados al desequilibrio del medio ambiente (intoxicaciones por plomo, infertilidad por plaguicidas, deforestación, etc..) y a la violencia.

23. INDICE DE SALUD MUNICIPAL (COCHABAMBA)



Municipio	ISM 2008
Sicaya	0,274333
Villa Tunari	0,279819
Vila Vila	0,321646
Arque	0,32333
Tapacari	0,341546
Bolivar	0,370326
Pojo	0,371945
Tacopaya	0,373881
Ayopaya	0,375964
Alalay	0,377224

Fuente: ATLAS SALUD COCHABAMBA 2009

Interpretación: El índice municipal expresa en una escala de 0 a 1, y en su estructura considera la Tasa de mortalidad infantil, número de casos de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años por 1000 habitantes, Personal de salud por cada 1000 habitantes, % de mujeres embarazadas con 4 controles prenatal ese ingreso real per-cápita anual. Además de otros indicadores como: Alumnos por docente en educación inicial, primaria y secundaria, mediana de escolaridad en adultos, % de población con acceso a electricidad, % de viviendas con hacinamiento, % de población con acceso a agua potable.

Con esta metodología, Cochabamba como departamento se ubica en lugar en la escala nacional, y está cerca al departamento de.

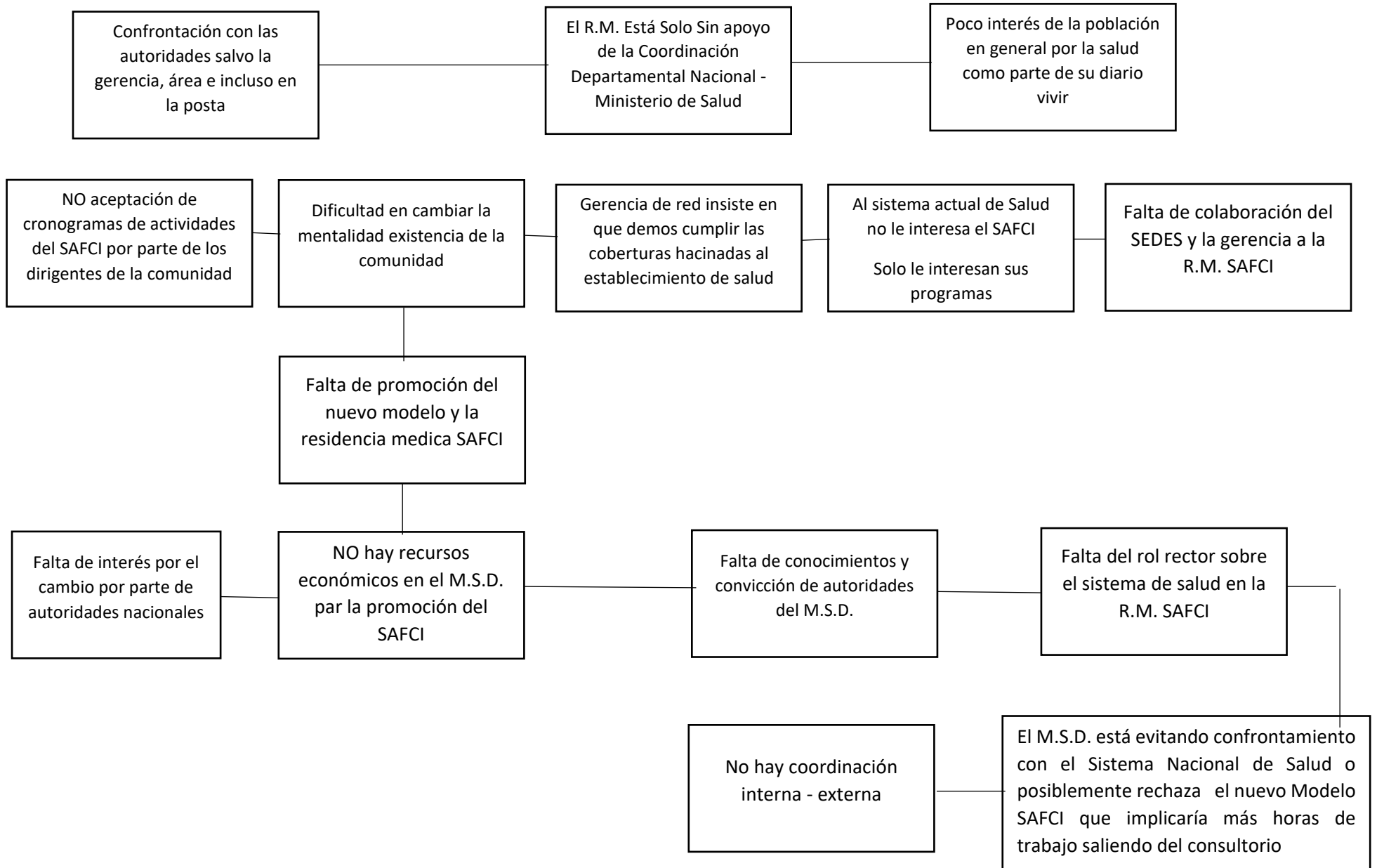
La grafica precedente muestra los 10 municipios con índices más bajos, y en los siguientes están ubicados los médicos residentes SAFCI.

INDICE DE SALUD MUNICIPAL COCHABAMBA



Municipio	ISM 2008
Colcapirhua	0,777052
Quillacollo	0,772308
Tiquipaya	0,737813
Punata	0,72939
Sacaba	0,71806
Cliza	0,716175
Tolata	0,701986
Vinto	0,692136
Arbieto	0,691107
San Benito	0,656968

24. METODO ZOOP



25.-OBJETIVOS

25.1 Objetivo General Objetivo/fin

Contribuir al logro del VIVIR BIEN, con la participación de los Médicos residentes SAFCI.

25.2. Objetivo Específico

La comunidad acepta y confía en los especialistas y Médicos Residentes SAFCI para la atención de su salud

26. RESULTADOS ESPERADOS

R.1 Se ha implementado un programa de promoción de la residencia SAFCI.

R.2 Se ha mejorado el currículo de la residencia SAFCI.

R.3 Se ha elaborado proyectos de intervención comunitaria por los residentes SAFCI en cada comunidad

R4. Se ha incorporado en los Programas Operativos Anuales Municipales los proyectos de salud.

27. ACTIVIDADES

R.1. Se ha implementado un programa de promoción de la residencia SAFCI

A. 1.1 Socializar el Proyecto con autoridades y comunidad

A. 1.2 Revisar la política y estrategias de comunicación comunitarias en salud

A. 1.3 Elaborar una estrategia de promoción de la residencia SAFIC

A. 1.4 Firmar convenios y contratos con medios de comunicación masiva

A. 1.5 Gestionar la incorporación y ejecución del POA 2014.

A. 1.6 Ejecutar el plan de promoción

A. 1.7 Monitorear la ejecución del plan

A. 1.8 Evaluar los alcances del plan de promoción

A.1.9 Generar mecanismo de participación en instancias de la estructura intersectorial del modelo SAFCI (CAI, MESAS DE SALUD, ASAMBLEAS DE SALUD, Y OTROS)

R. 2. Se ha mejorado el currículo de la residencia SAFCI.

A2.1 Realizar una reunión de evaluación del currículo actual A2.2 Elaborar una propuesta alternativa de mejoramiento A.2.3 Consensuar la propuesta con autoridades involucradas en la formación A.2.4 Tramitar la aprobación ante el CRIDAI A.2.5 Implementar la propuesta del nuevo currículo.

R.3. Se ha elaborado proyectos de intervención comunitaria por los residentes SAFCI en cada comunidad

A.3.1 Realizar un taller de capacitación a los residentes SAFCI A.3.2 Elaborar un programa de priorización de necesidades en cada comunidad A.3.3 Presentar el proyecto a las autoridades municipales y la comunidad A.3.4 Gestionar su aprobación en instancias financiadoras de proyectos de intervención

R.4. Se ha incorporado en los POAs Municipales los proyectos de salud.

A.4.1 Promocionar en el Consejo Social Municipal de Salud los proyectos

A.4.2 Elaborar el presupuesto de los proyectos

A.4.3 Sensibilizar a las autoridades ediles sobre la importancia de proyectos en salud comunitaria

28. INDICADORES PARA LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Para el objetivo general 20% ha reducido la prevalencia de enfermedades No transmisibles y de enfermedades prevenibles

28.1. Para el Objetivo Específico

70% de las comunidades tienen un médico RESIDENTE SAFCI al finalizar el

Proyecto 100% de los residentes SAFCI están involucrados en acciones comunitarias locales al 6to mes del proyecto.

100% de los médicos SAFCI apoyan en la gestión de salud en la comunidad y el Municipio al final del proyecto.

28.2. Para los Resultados

Elaborado el Plan de Promoción de la Residencia SAFCI al 3er mes del proyecto
Se ha firmado convenios con al menos 5 medios de comunicación masiva, al 4to mes del proyecto

Se ha incorporado en el POA 2014 del SEDES y el municipio al 2do mes del proyecto

Un documento consensuado y aprobado por el CRIDAI al 3er mes del proyecto
1 proyecto elaborado por cada residente SAFCI al 12vo mes del proyecto defendido y aprobado

100% de los residentes SAFCI están capacitados en la elaboración de proyectos.

Elaborado el presupuesto y aprobado el POA para implementación del proyecto al 1er mes del proyecto.

29. FUENTES DE VERIFICACION

29.1. Para el Objetivo general

Sistema Nacional de Información en Salud SNIS

29.2. Para el Objetivo Específico

Solicitudes escritas de autoridades

Plan Operativo Anual P.O.A.

Memorándum de designación

Informes de los Médicos SAFCI y de la coordinación

Fotografías de participación

Informes

Presupuestos

Cuadernos de resumen

Convenios

Contratos

Compromisos de gestión

Informes comunitarios

Denuncias y quejas

Hojas de monitoreo

Hojas de seguimiento

Programas de radio

Registros pe prensa

30.-SUPUESTOS

30.1 Para el Objetivo Específico

Las autoridades del SEDES fomentan la implementación y fortalecimiento de la residencia SAFCI

30.2. Para los Resultados

Conflictos Laborales de salud no interfieren el desarrollo de la formación de residentes SAFCI

30.3. Para las Actividades

Es oportuno y a tiempo los desembolsos económicos

31.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD

32. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Informe de autoridades de comunidades

Convenios y proyectos

32.1. Para Los Resultados

Programas de radio CDs con programas

Guías de difusión en medios de comunicación masiva

Cuñas radiales

Spots televisivos

Fotografías

Documento elaborado

Actas de reuniones

Cartas y correspondencias

Proyectos en físico

Actas de recepción

Actas de Aprobación

Orden del Día de consejos municipales

El presupuesto en físico Acta de aprobación

Cartas de solicitudes y correspondencias Actas de los niveles comunitarios Cartas o resoluciones de apoyo

Actas del Consejo Social Municipal de Salud y Departamental de Salud

32.2. Para Las actividades

Actas

Listas de asistencia

Fotografías

32.3. Factibilidad Social.

32.4. Factibilidad Intercultural.

32.5. Factibilidad Económica (presupuesto público).

33. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

En la medida en que el POA Departamental y Municipal incorporen al proyecto de intervención de salud, el mismo será sostenible en el tiempo y espacio.

34. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

Departamento de Cochabamba, Municipios y Comunidades, Sanos y Productivos.

35. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

Tesoro General de la Nación, I.D.H. Prefectural y Municipal, Organización Panamericana de Salud, O.P.S.

36. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y PROMOCION DE LA POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL- SAFCI

36.1. Tipo Estatal

1. Diagnostico - Para el levantamiento de datos a efecto de tener un diagnóstico: Cualitativo- cuantitativo se desarrolló el análisis de contenidos, de los informes , actas y trabajos de investigación de los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria Intercultural-R.M. SAFCI-; también se desarrolló trabajo con grupos ~caes utilizando el método Zoop para el árbol de problemas , identificando el **problema central** y sus causas y efectos; otro de los métodos utilizados D3'3 el presente trabajo es el evento desarrollado con la participación de los : -gentes de las comunidades de influencia de los Médicos Residentes en Salud familiar Comunitaria Intercultural R.M. SAFCI- y finalmente encuestas a los comunarios, referente al trabajo de los Médicos Residentes SAFCI.

37. ANÁLISIS SOCIO CULTURAL DE LA POBLACIÓN OBJETIVO. -

El personal de salud del SEDES, es una población de la clase media, el 60 % ubicado en la Ciudad y el 40 % en las provincias y áreas rurales. El 100 % de ellos instruidos alfabetos, con ingresos fijos como asalariados, todos tienen radio y televisor, ocasionalmente compran periódicos.

Autoridades Municipales, tanto ejecutivas como legislativas, todos con ingresos económicos fijos, nivel de instrucción muy heterogénea, el 100 % tiene acceso a las radio emisoras; una mayoría a los canales de televisión, y menor cantidad a la prensa escrita, es decir, periódicos. Todas las autoridades son bilingües (Quechua y Castellano). Las comunidades de la zona Andina o las “alturas” son las más deprimidas socio económicamente, y más definidas culturalmente, con acceso a la prensa oral, o radioemisoras.

Los del trópico Cochabambino, económicamente con mayores ingresos que los de las “alturas”, y culturalmente más heterogéneo por la migración que hubo desde el interior del país, tienen acceso a la prensa oral, escrita y televisiva.

Finalmente, los del Valle Alto y el Valle Bajo, tienen las mismas características que los del trópico, en términos económicos, pero culturalmente es más homogéneo (quechuas) que los “chapareños”, también tienen acceso a la prensa oral, visual y audiovisual (radio emisoras, canales televisivos, periódicos e internet)

38.-Planteamiento de los Objetivos

38.1. Objetivo general:

Los integrantes de los Comités Locales de Salud (conformado por delegado del Municipio, de la población y del SEDES) de cada municipio del departamento de Cochabamba conocen la política de Salud Familiar Comunitaria Inter cultural

38.2. Objetivos Específicos:

Los representantes de los gobiernos Municipales en el DILOS, conocen la Política SAFCI

Los representantes de Sistema de Salud pública en los DILOS, consolidan sus conocimientos sobre la Política SAFCI.

Los representantes de los Consejos Sociales Municipales en los DILOS, están informados y conocen la Política Sanitaria SAFCI.

39.- Formulación de Actividades.

Se desarrollará 3 seminarios Talleres, en diferentes momentos, que tendrá una cobertura a los Directorios Locales de Salud -DILOS-de los 47 Municipios, agrupados de la manera siguiente:

Grupo N°1. - 17 Municipios pertenecientes a la Conurbación, zona Andina y el Valle Bajo

Grupo N° 2.-15 Municipio del Valle Alto y aledaños.

Grupo N° 3.- 9 Municipios del Cono Sur

Grupo N° 4.- 6 Municipios del Trópico Cochabambino

39.1. Formulación de Tareas.

✚ Reuniones de coordinación con los involucrados en el taller Preparación y elaboración del material a exponer Licitación y compra de material

✚ Invitación y publicación del taller, por medios de comunicación masiva

RECURSOS	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	RECURSOS
Refrigerios	Personas	150	7.00	1	350.00	
Almuerzo	Personas	150	12.00	1	600.00	Propios
Textos	Personas	150	10.00	1	500.00	
Folders	Personas	150	2.00	1	100.00	
Papel bon oficio	Personas	750	0.10	1	75.00	propios
Bolígrafos azules	Piezas.	150	2.00	1	300.00	
Papel sabanas	Pliegos	100	100.00	1	100.00	
Cartulinas blancas	Pliegos	10	2.00	1	20.00	
Cartulinas a colores	Pliegos	10	3.00	1	30.00	
Marcadores gruesos colores	Piezas.	12	5.00	1	60.00	

Maskin	Piezas	2	5.00	1	10.00	
Cuaderno de actas	Unidad	2	20.00	1	40.00	
Computadora Lapto	Unidad	1	1.200-00	1	1.200.00	
Data Display	Unidad	1	1.200.00	1	1.200.00	
Chinchas de pared	caja	1	5.00	1	5.00	
Sobres tamaño carta		100	0,50	1	50.00	
Sobres tamaño oficio	Paquete	100	1.00	1	100.00	
Disertante	Personas	2		1	600.00	Propio
Colaboradores	Personas	3		1	300.00	Propio
Pasajes	Personas	5	30.00		450	Propio
Ambiente físico	Auditorio	3		1		Propio
Pen drive 4.5 Mega	Pieza.	1	75	1	75	
C.D.	CD	2	5	1	10.00	
imprevistos					300.00	5%
TOTAL					6.475	

40. Planteamiento de los Objetivos

40.1. Objetivo general:

Los integrantes de los Comités Locales de Salud de cada municipio del departamento de Cochabamba conocen la política de Salud Familiar Comunitaria Inter cultural

40.2. Objetivos Específicos:

Los representantes de los gobiernos Municipales en el DILOS, conocen la Política SAFCI

Los representantes de sistema de Salud pública en los DILOS, consolidan sus conocimientos sobre la Política SAFCI.

Los representantes de los Consejos Sociales Municipales en los DILOS, están informados y conocen la Política Sanitaria SAFCI

41. Formulación de Actividades.

Se desarrollará 3 seminarios Talleres, en diferentes momentos, que tendrá una cobertura a los Directorios Locales de Salud -DILOS-de los 47 Municipios, agrupados de la manera siguiente:

Grupo N°1. -17 Municipios pertenecientes a la Conurbación, Zona Andina y el Valle Bajo

Grupo N°2,-15 Municipio del Valle Alto y aledaños.

Grupo N°3.- 9 Municipios del Cono Sur

Grupo N° 4.- 6 Municipios del Trópico Cochabambino

41.1. Formulación de Tareas.

Reuniones de coordinación con los involucrados en el taller Preparación y elaboración del material a exponer Licitación y compra de material

Invitación y publicación del taller, por medios de comunicación masiva.

42. COTIZACION DE PRODUCCION DIFUSION Y DE ESPACIOS RADIALES PARA PROMCIONAR LA POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL - SAFCI - EN EL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA JUNIO

MODALIDAD	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO EN Bs.	PRECIO TOTAL MES EN Bs.	PRECIO TOTAL AÑO EN Bs.
Difusión	240 pases en 2 emisoras	días	Difusión de cuña radial con 1 minuto de duración de lunes a viernes	7.00	2.240	26.880
Producción	1	cuñas	Producción de capsulas educativas de 1 minuto de duración, libretaje , grabación, locución, adaptación musical,etc. En quechua y castellano	500.00	500.00	500.00
Producción	1	Micro programa	Producción de capsulas educativas de 1 minuto de duración, libretaje , grabación, locución, adaptación musical, etc. En quechua y castellano	800.00	800.00	800.00
Espacio Radial	4	Semana	1 hora semanal por 4 semanas, incluye operador de radio	250.00	1.000.00	12.000.00
TOTAL						40.100.00

Fuente: Elaboración propia.

43. CRONOGRAMA DE TAREAS PARA LA ACTIVIDAD DEL SEMINARIO TALLER SOBRE POLITICA DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL SAFCI Cochabamba-2014

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RESPONSABLE
Reunión de coordinación	X												
Cotización de requerimientos		X											
Solicitud de Requerimientos al SEDES			X										
Elaboración de Convocatoria			X										
Compra de Materiales				X						X			
Distribución de Convocatorias											X		
Desarrollo Seminario Taller: Valle Alto y aledaños 15 municipios, y evaluación del evento						X							
Desarrollo del Seminario Taller de la Conurbación, Valle Bajo y Zona Andina, 17 Municipios, y evaluación di evento								X					
Seminario Taller en el Trópico Cochabambino, 6 municipios, y evaluación del evento										X			
Seminario Taller en el Cono Sur, participan 6 municipios, y evaluación del evento												X	

Fuente: Elaboración propia

44. PRODUCCION Y DIFUSION DE SPOTS TELEVISIVOS (incluye emisión de banner fijo) PARA LA PROMOCION DE LA POLITICA SAFCI EN EL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA 2013-2014

CATEGORIA	DIA HORARIO DE DIFUSION	UNIDAD	UNIDADES REQUERIDAS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
A	Domingos Hs. 10.00 a.m.	Segundos	1.440	30/SEG.	42.00

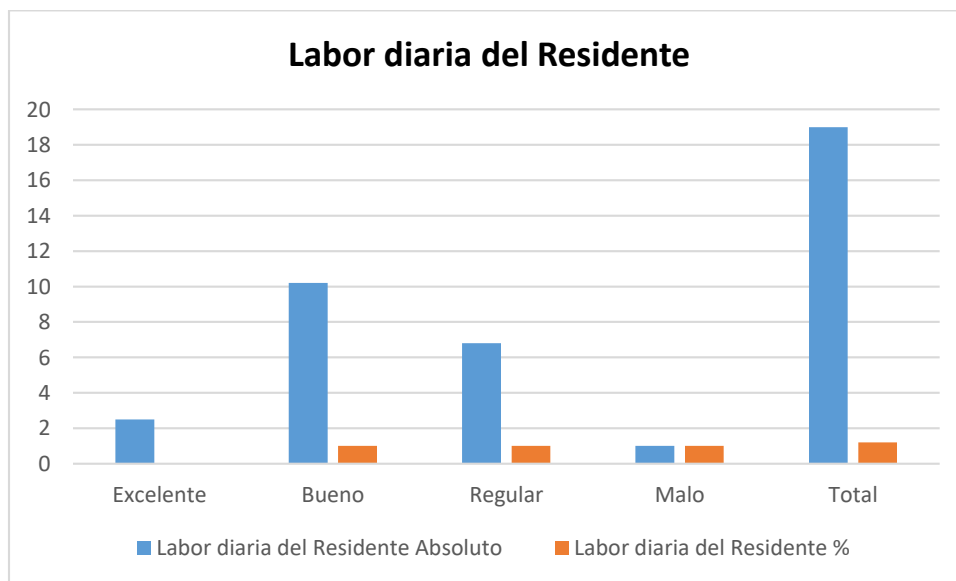
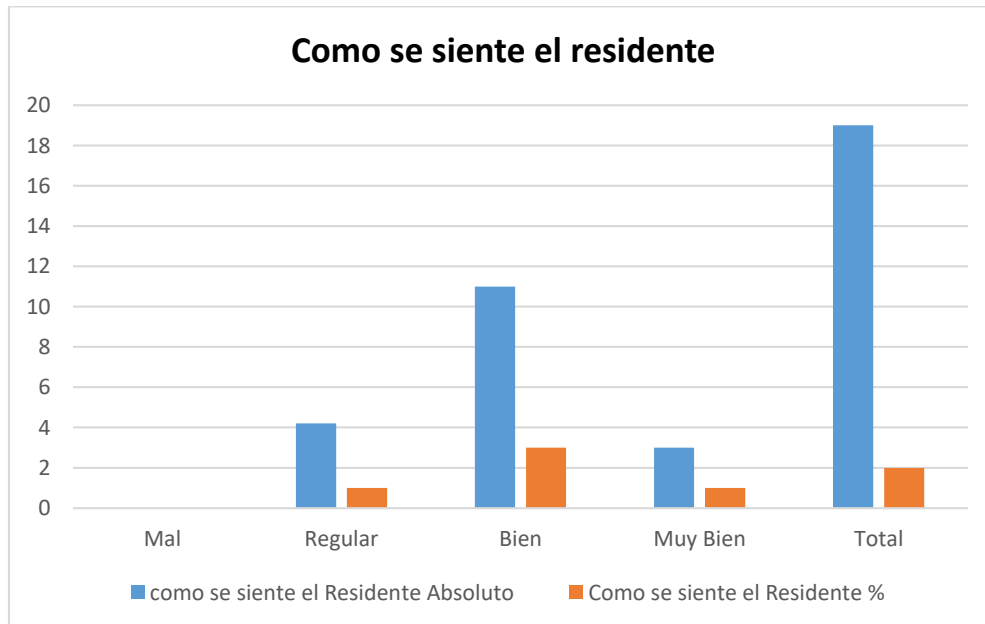
Fuente: Elaboración propia

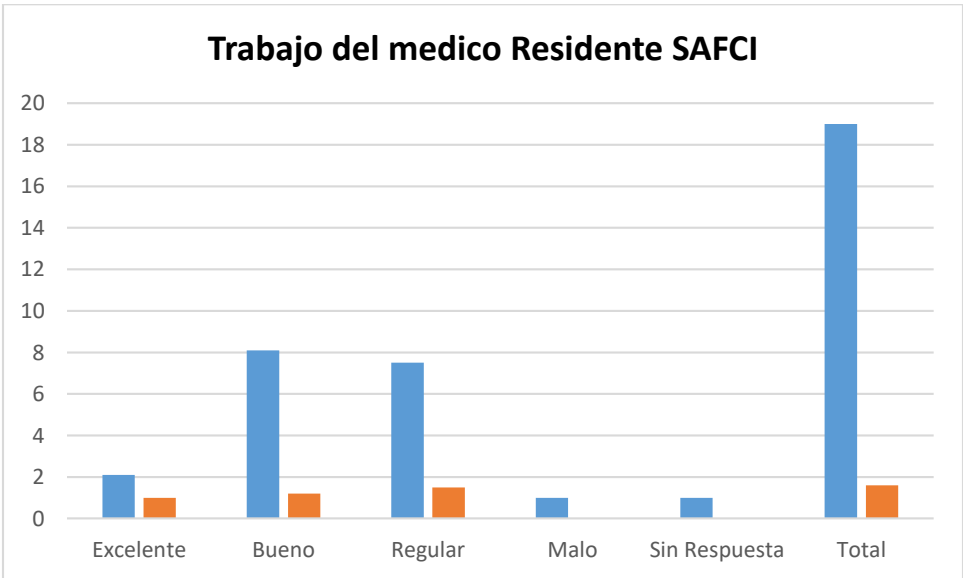
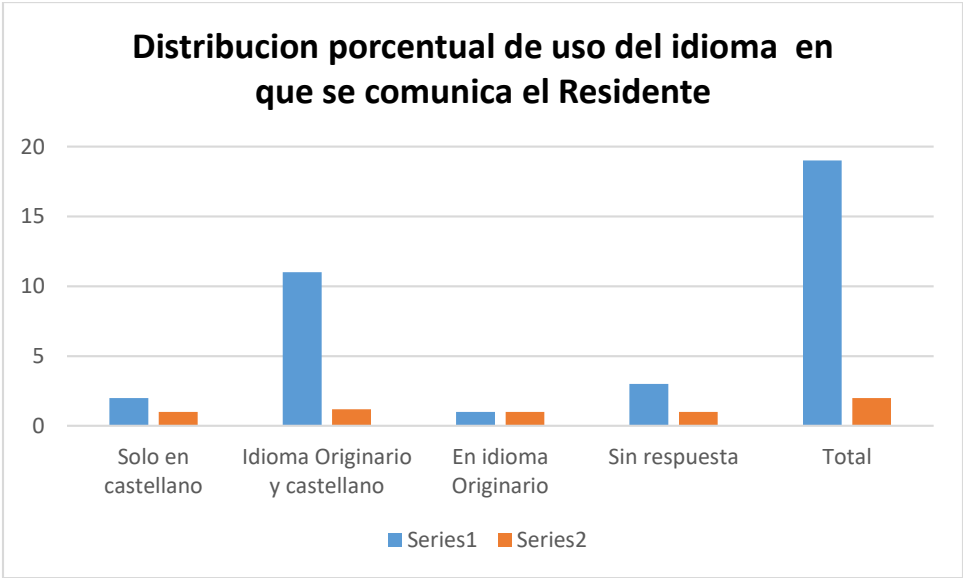
45. EL COSTO TOTAL DEL PROYECTO DE PROMOCION DE L SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL SAFCI es de OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE Bs. 88.575 POR AÑO. READONDEANDO LLEGA A NOVENTA MIL BOLIVIANOS 90.000

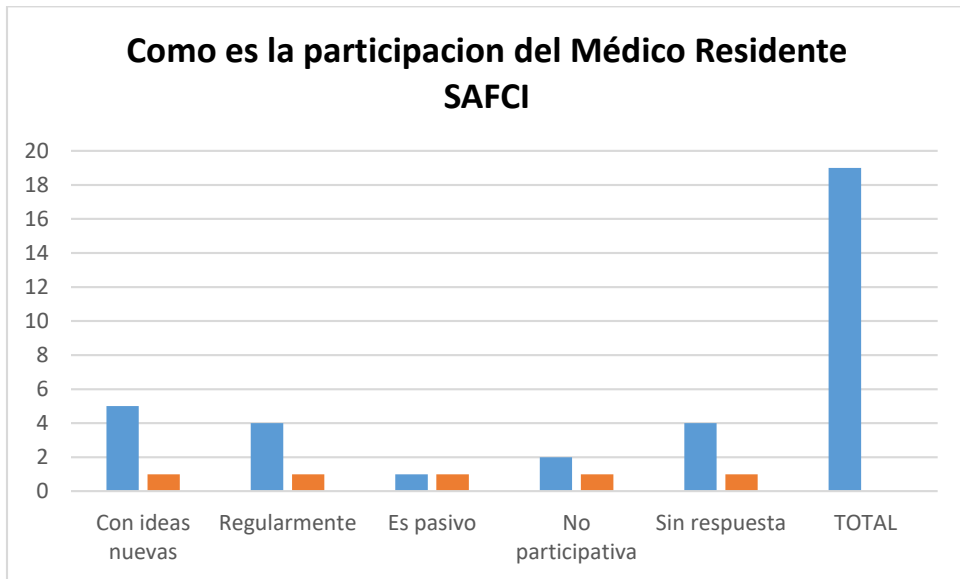
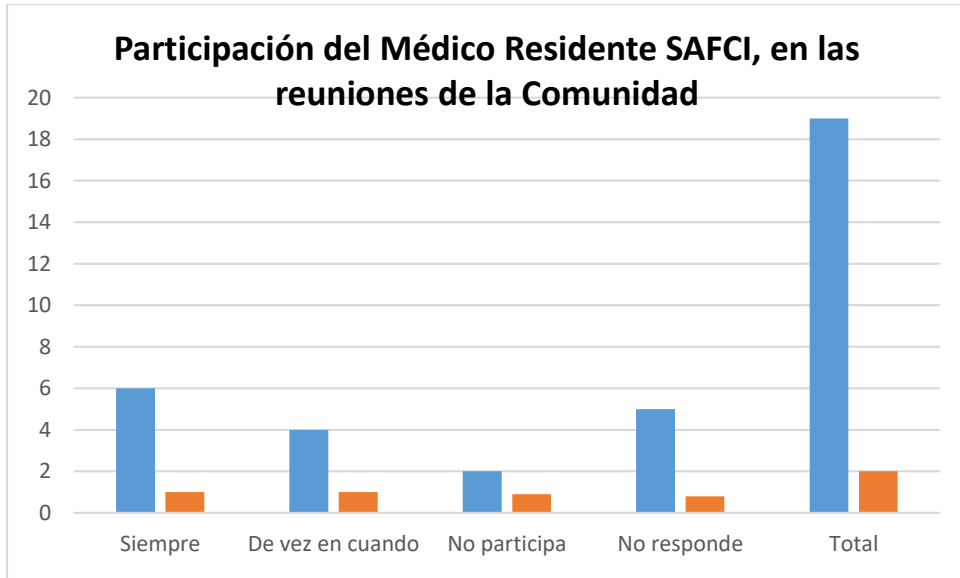
46. BIBLIOGRAFÍA

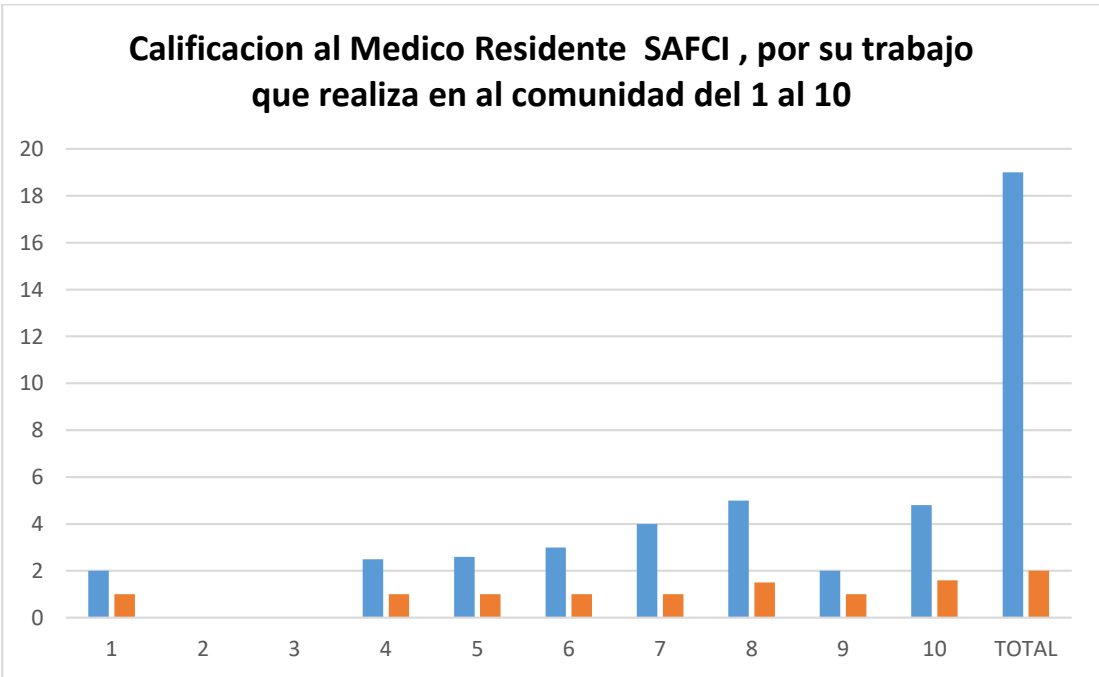
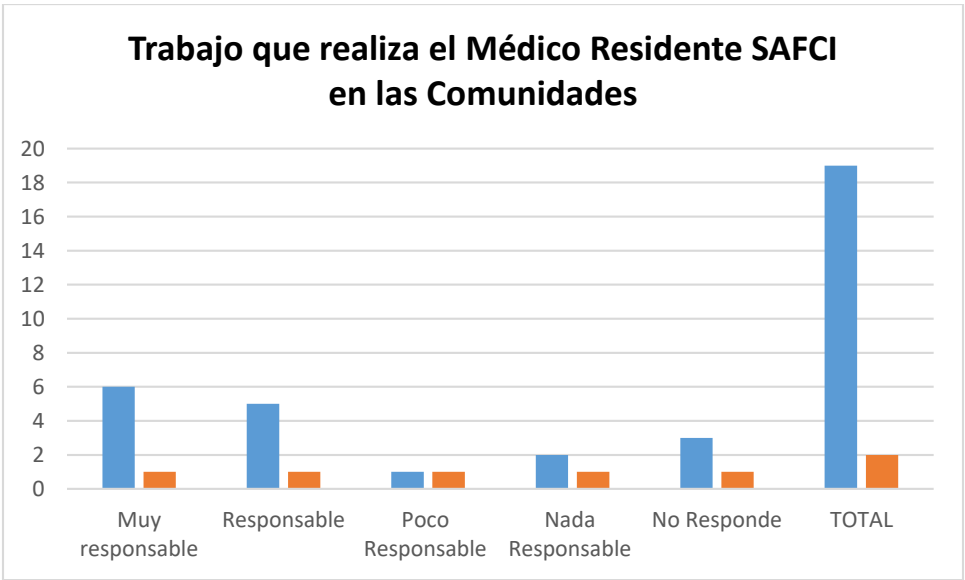
- Mayo Clinic. (s.f.). *Depo-Provera (inyección anticonceptiva)*. Obtenido de Depo-Provera (inyección anticonceptiva): <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/depo-provera/about/pac-20392204>
- Mazorco, G. (2007). *Filosofía, ciencia y saber andino*. Cochabamba: Posgrado- FCE-UMSS.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2007). *Plan de Estudios. RM SAFCI*. La Paz: Vice Ministerio de Salud.
- Plurinacional de Bolivia, E. (08 de Septiembre de 2012). *Bolivia: Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008*. Obtenido de Bolivia: Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008: Bolivia: Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008
- Pompilia, J. M. (1994). *Nuestra identidad*. Cochabamba: Ediciones y Publicaciones Tukuy Riqch'arina.

47. ANEXOS

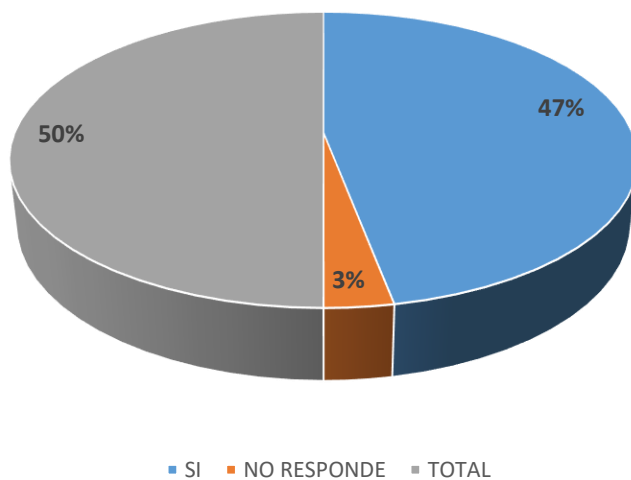




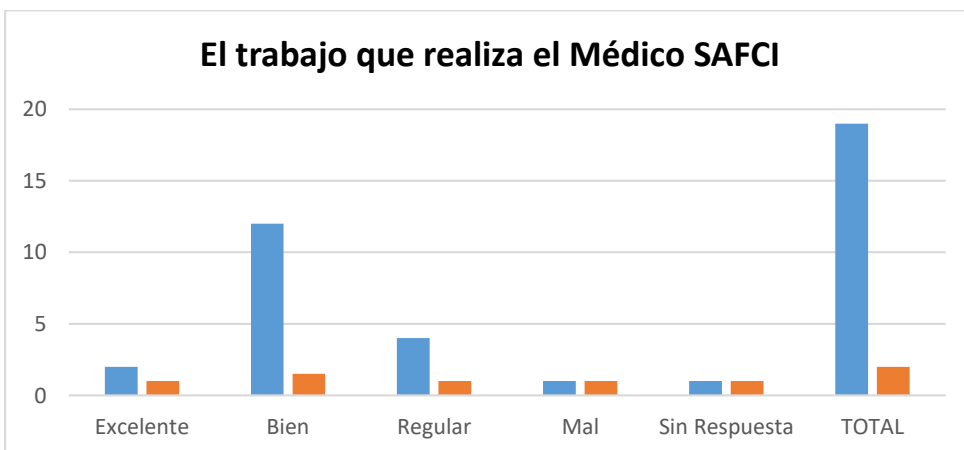




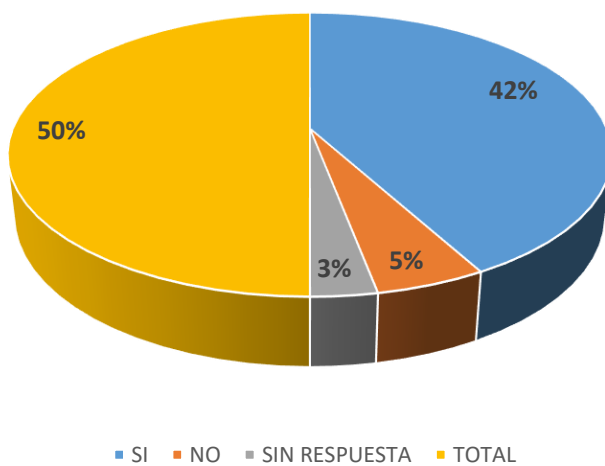
Médico Residente SAFCI que hablan el idioma de la comunidad



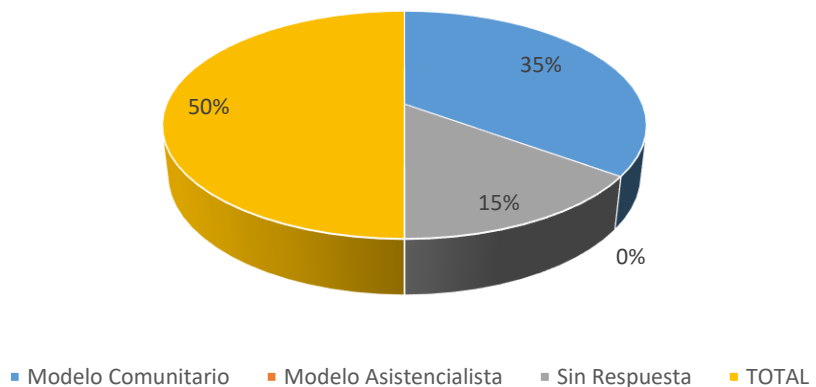
El trabajo que realiza el Médico SAFCI



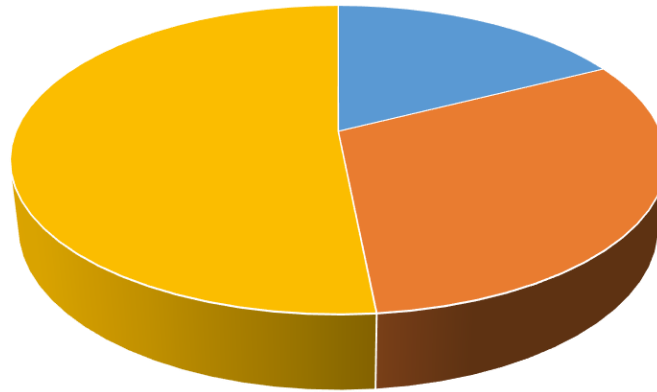
Residente Médico



Modelo en que trabaja el Residente SAFCI, según la percepción de la comunidad

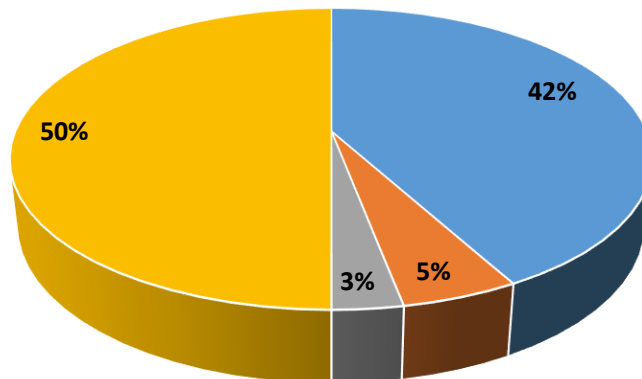


Percepcion de la comunidad si los Médicos Residentes en SAFCI, tienen los medicamentos suficientes para la atención

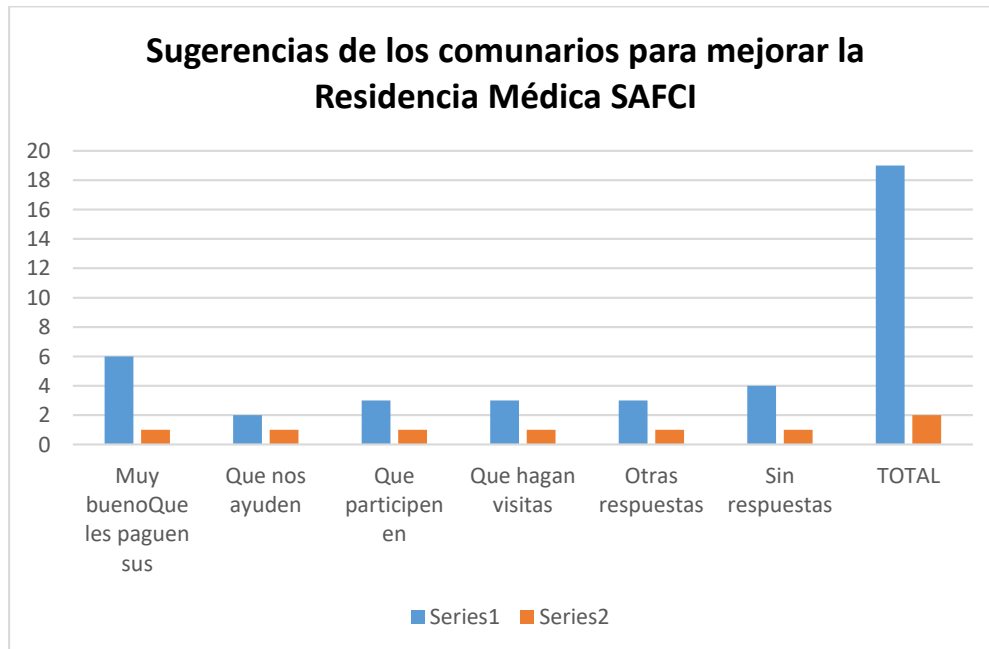
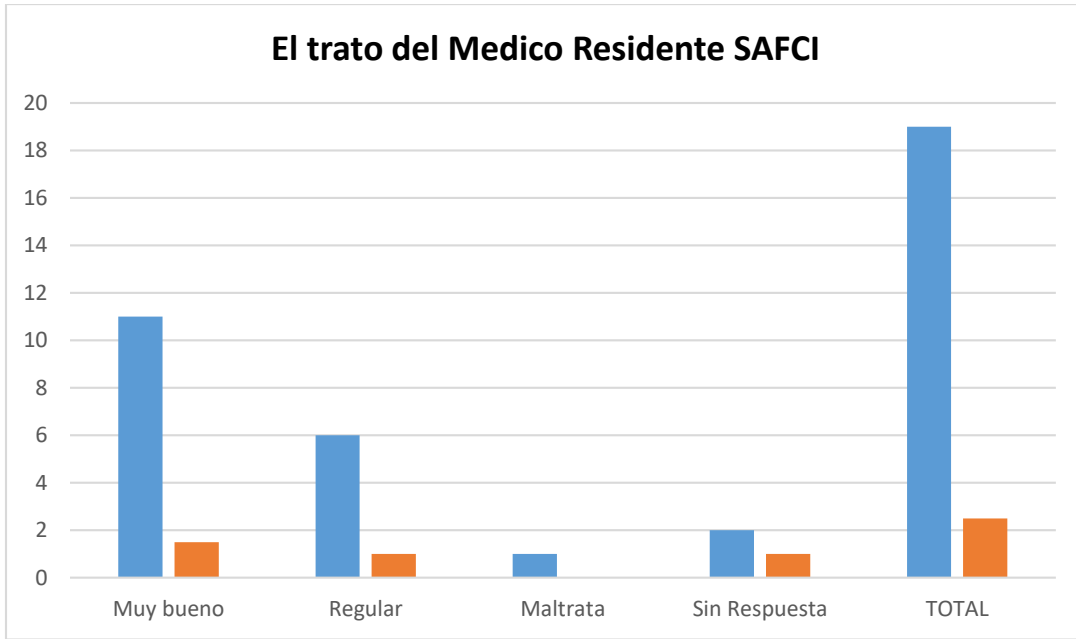


■ SI ■ NO ■ SIN RESPUESTA ■ TOTAL

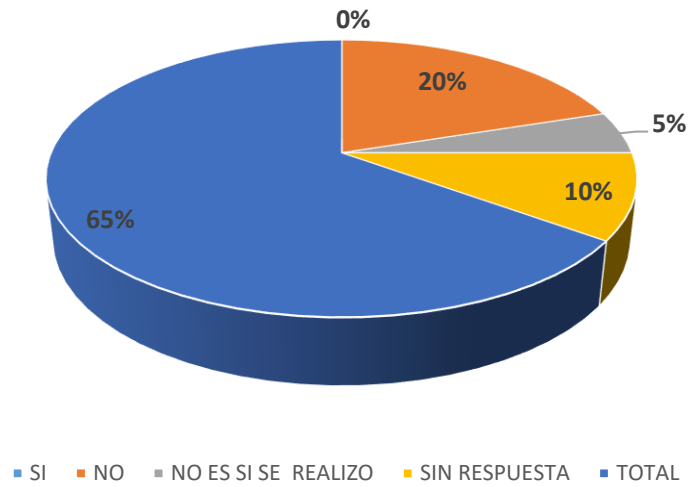
Visitas Domiciliarias



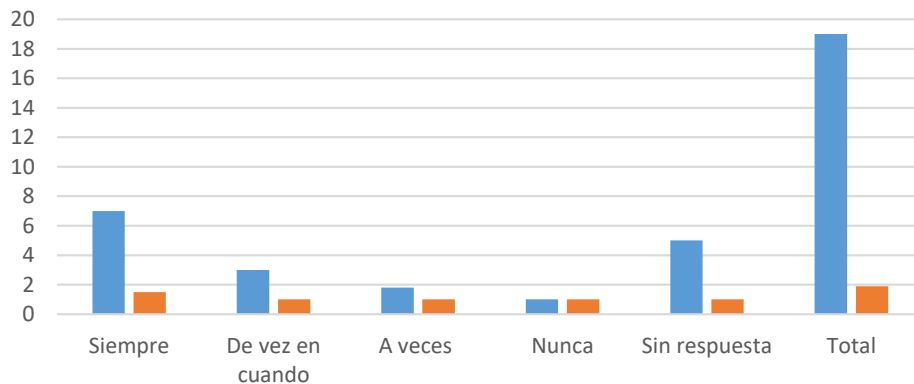
■ SI ■ NO ■ SIN RESPUESTA ■ TOTAL



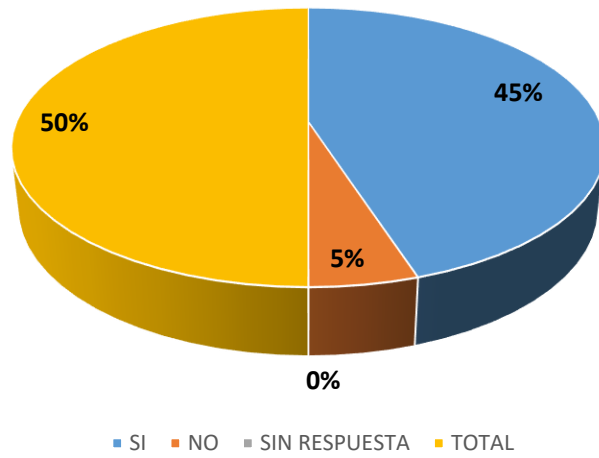
Organización de la Comunidad por el medico Residente SAFCI para el control de enfermedades



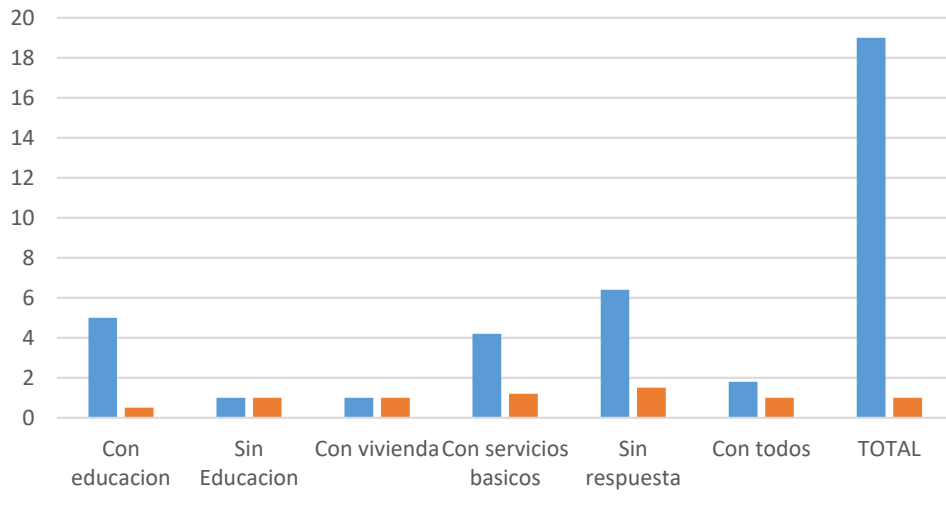
Acompañamiento al hospital de los medicos residentes en SAFCI a los pacientes graves



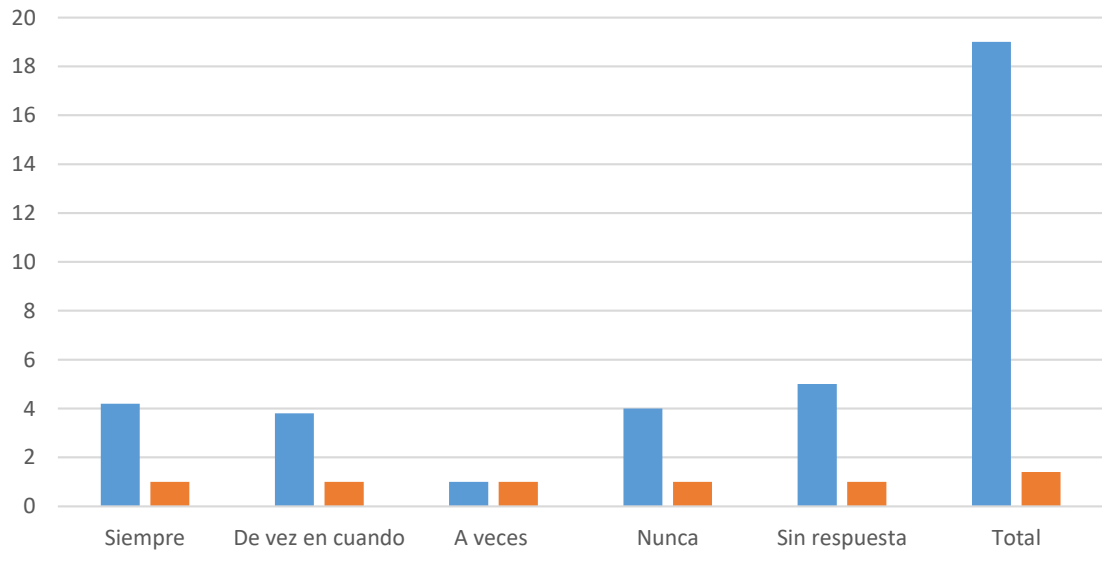
Comunidad y sus autoridades



Otras Instituciones con la que trabaja el Residente Médico SAFCI



Trabajo Coordinado de Medico Residente en SAFCI con el medico tradicional de la comunidad



Investigaciones conjuntas entre el Médico Residente SAFCI y el Médico Tradicional de la Comunidad

