

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



**PERCEPCIONES Y DIFICULTADES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN
SALUD DE ACTORES SOCIALES EN CARAPARI - TARIJA JUNIO 2011**

Para Optar el grado de Especialista en Interculturalidad y Salud

Proponente: Juan Marcelo López Gonzales

Tutor: Dr. Oscar Velasco

Tarija – Bolivia

2011

Dedicatoria

A mis padres por su amor, su apoyo moral y espiritual, por darme fuerzas para avanzar

Agradecimientos:

Agradezco a Dios, por haberme permitido la realización de esta investigación, la cual significa la concreción de una de mis metas personales.

Agradezco al Dr. Oscar Velasco por la asesoría y motivación permanente

Agradezco a la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo – AECID - La Cooperación Belga quienes hicieron posible esta formación gracias a su apoyo financiero

RESUMEN

El presente estudio identifica la percepción de diferentes actores sociales respecto a la participación comunitaria en salud y sus dificultades a esta participación en el área de Caraparí, Chaco Tarijeño (Bolivia) entre Mayo y Junio 2011, en nuestro país a tres años de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), la nueva estrategia no han logrado la incorporación activa de la población en salud.

Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos tales como: entrevistas semiestructuradas y abiertas realizadas a representantes de organizaciones comunitarias y personal de salud. La coexistencia de culturas diferentes y de varios estratos sociales, hace que la relación entre el personal de salud y la población se efectúe en un marco multicultural.

Los resultados muestran que los diferentes actores sociales tienen un nivel bajo de conocimiento de la nueva política de salud, (73% no conoce); predominaron en las respuestas de todos los actores sociales: percepción sobre participación en salud: como utilización de los servicios de salud ; comoobstáculo falta de información y capacitación.

El estudio identifico que no hay una correspondencia de sentido entre el contenido explícito de la política y los diversos conceptos de participación que han construido cada uno de los diferentes actores involucrados, estas distintas percepciones sobre participación comunitaria en salud estarían obstaculizando la ejecución de la política de salud en Bolivia.

INDICE GENERAL

	Páginas
I.- Introducción.....	1
II.- Planteamiento del problema.....	2
a.- Pregunta de investigación.....	4
III.- Justificación.....	5
IV.- Marco teórico.....	6
a. Marco situacional.....	6
i. Geográfico.....	6
ii. Político.....	7
iii. Histórico	8
b. Marco Conceptual.....	8
c. Marco Referencial.....	12
V.-Objetivos.....	16
a. General.....	16
b. Específicos.....	16
VI.- Diseño de la investigación.....	17
a. Diseño.....	17
b. Tipo de investigación.....	17
c. Población y muestra.....	17
d. Muestreo.....	17
e. Variables.....	18
i. Dependiente	18
ii. Independiente.....	18
f. Criterios de inclusión.....	19
g. Criterios exclusión.....	19
h. Instrumentos de recolección de la información.....	19
i. Metodica del instrumento.....	19

j. Instrumentos de análisis de la información.....	22
k. Cuestionamiento ético.....	22
VII.- Resultados y Análisis.....	23
VIII.-Conclusiones.....	42
IX.- Recomendaciones.....	43
X.- Bibliografía.....	44
XI.- Anexos.....	46
XII.- Propuesta de intervención.....	50
a. Introducción.....	50
b. Objetivo general.....	51
c. Objetivo específico.....	51
d. Justificación.....	51
e. Árbol de Problemas.....	53
f. Árbol de Objetivos.....	54
g. Matriz lógica.....	55
h. Análisis de participantes.....	57
i. Análisis de interesados.....	57
j. Análisis de factibilidad.....	58
k. Cronograma.....	59
l. Presupuesto.....	60
XIII.- Bibliografía.....	61

I.- INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes en Bolivia por disposición del decreto supremo N° 29603, emitido el 2008, implementa el modelo de atención SAFCI Salud Familiar Comunitaria intercultural, en la cual la participación comunitaria es el pilar fundamental, cuyo objetivo es de eliminar la exclusión social, (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud), brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, reivindicar, fortalecer, profundizar la participación y control social y ejecución administrativa.ⁱ

El conocimiento de las diversas formas de participación no está muy extendido entre el personal de salud y la población. Los representantes comunitarios, no siempre poseen las capacidades y la información necesaria para participar, algunos de ellos no han logrado entender su papel, ni sus responsabilidades, las políticas del sector salud continúan realizándose de forma centralizada, con escasa participación de la población y baja adecuación a la realidad local, lo que provoca rechazo, conflictos de poder entre actores sociales y personal de salud, desarticulándose la estructura social de la comunidad.ⁱⁱⁱ

A pesar de que la participación en salud se ha promovido como política de salud, no se han hecho estudios en nuestro país sobre percepciones de participación social en salud de los actores sociales que intervienen en el proceso.

Por todo ello, se realizó una investigación destinada a analizar las atribuciones causales del comportamiento participativo, en términos de conocimiento, capacidad percibida referente a participación comunitaria en salud, obstáculos a esa participación de los principales actores sociales implicados en la implementación de la política de salud en el municipio de Caraparí provincia Gran Chaco del departamento de Tarija, entre Mayo y Junio del año 2011.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el desarrollo de los sistemas de salud de nuestro país la participación social ha sido impulsada de una forma u otra, en momentos distintos, por tanto, no podemos decir que sea un concepto nuevo.

No obstante, a tres años de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI) la nueva estrategia no han logrado la incorporación activa de la población en la salud, si bien la gente participa algo más en acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, es informal y esporádica.

La percepción de los diferentes actores sobre la participación comunitaria, "qué piensan y cómo se ven dentro del proceso", constituyen etapas que generalmente se pasan por alto por falta de tiempo, falta de espacios participativos, o de la necesidad de dar respuestas para que se identifiquen las necesidades que percibe la población.

Nuestro estudio tiene que ver con tales cuestiones, en el escenario geográfico de la población del área de Caraparí, provincia Gran Chaco del departamento de Tarija del cono Sur de Bolivia.

La experiencia profesional nos ha permitido conocer la diversa problemática en el entorno social, actitudes y comportamientos de la población, en ocasiones de insatisfacción a los servicios brindados. Dichas conductas están asociadas a los bajos niveles de conocimiento sobre la capacidad de resolución del servicio de salud y la poca información que tiene la población sobre la política de salud participativa.

El problema afecta a la comunidad en su conjunto (comunarios, personal de salud, autoridades y organizaciones comunitarias), afecta en su calidad de vida y en el desarrollo integral comunitario en salud.

Al no conocer los sentires, opiniones referentes a participación en salud, desde la perspectiva de los actores sociales en sus interacciones cotidianas no se podrá explicar

el comportamiento socio cultural en salud y no se podrá lograr una participación efectiva.

Si bien en el comportamiento participativo intervienen múltiples factores, es indudable que el tipo de atribución causal percibida de un fenómeno dirige, en gran medida, los pensamientos y comportamientos, su orientación dependerá según ubique o atribuya a causas como dificultad o facilitador por los actores sociales implicados en la política actual de salud.

Si no intervenimos se corre el riesgo que los objetivos de la participación carezcan de efectividad, ya que actualmente no se tiene conciencia de la importancia de las percepciones sobre participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales, pudiendo ocasionar frustración entre la población y el personal de salud, sin que la población logre identificar y priorizar sus problemas reales de salud.

La instauración de mecanismos de participación social en las instituciones también ha sido usada como mecanismo de manipulación política, así se han creado mecanismos de participación para disminuir presiones generadas sobre el sistema por su incapacidad de atender a la población que lo necesita.^{iv}

El reconocimiento de los derechos de todas las personas frente a los servicios públicos, la escasa información acerca de esos derechos y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos, la precariedad con que los mecanismos de control existentes reconocen la diversidad social y no recogen la opinión de las minorías o de los actores sociales, el débil desarrollo de las organizaciones sociales, parecen ser obstáculos para el desarrollo de la participación social en el sector salud.^v

Si no se difunde y comprende a cabalidad los principios del modelo de atención comunitaria que se intenta aplicar, podemos generar confusión, conflictos e insatisfacción de necesidades de la población. Las distintas percepciones sociales sobre participación comunitaria en salud podrían afectar la ejecución de la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI) en población del área de Caraparí.

La falta de conocimiento e información sobre el contenido de política de salud, la falta de homogeneidad social, características sociales y culturales de la comunidad, profundas divisiones económicas y políticas, la percepción de que la salud es sólo terreno de expertos o que la responsabilidad recae exclusivamente en el estado, son algunas de las características que parecen obstaculizar las posibilidades de la participación comunitaria.^{vi}

Tomando como motivación el contexto señalado, este trabajo indaga conocer la percepción de los diferentes actores sociales sobre participación social en salud y sus dificultades a esta participación, considerando que ellos intervienen en el proceso de implementación de la política de salud. Así mismo pretendemos subsanar en parte, el problema de la falta de información en nuestra sociedad sobre este tema, basado en el enfoque de la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI).

a).-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles serán las percepciones y dificultades de participación comunitaria en salud en los diferentes actores sociales en el municipio de Caraparí chaco tarijeño en Junio 2011?

III.- JUSTIFICACIÓN

La política pública en salud vigente prioriza la participación comunitaria como una estrategia para lograr eliminar la exclusión social (traducida como la falta del acceso efectivo a los servicios integrales de salud) y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad. Por esta razón es de interés público generar evidencia científica para incorporar estrategias que tengan un valor táctico a nivel del servicio de salud.

La participación de los diferentes actores sociales en salud se pudo ver a través de los años que no es efectiva, no se ha logrado articular a las instituciones de salud con la comunidad. Las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Estos problemas no son recientes y tampoco localizados, sino que forman parte de la realidad del sistema de salud de nuestro país.

No se ha valorado las percepciones de los diferentes actores sociales referentes a su participación en salud, esta investigación pretende generar cambios en el comportamiento de los actores sociales al conocer sus percepciones, obstáculos para una adecuada participación, que guiara al pensamiento crítico y condicionara logros de actitud positiva, por esta razón el trabajo se justifica, los resultados de este estudio permitirá valorar el trabajo comunitario facilitando información suficiente al individuo y la colectividad sobre el contenido de la política de salud, a nivel institucional, lograr cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población para una efectiva participación social en salud.

Será la base para diseñar estrategias efectivas en el marco de la salud comunitaria, conociendo que podría evidenciarse diversas dificultades para la participación comunitaria en salud, desde aspectos psicosociales, económicos y culturales a aspectos políticos e institucionales.

IV.- MARCO TEORICO

a).-Marco situacional

El presente estudio se realizó en el área de Caraparí que pertenece al municipio de Caraparí, capital de la segunda sección Gran Chaco del departamento de Tarija.

i. Geográfico.-

El municipio de Caraparí tiene una superficie territorial de 3.634 Km² y una población total de 10.225 habitantes, el 37% de esta población es considerada como urbana y el 63 % rural.

El área de Caraparí tiene una población de 4002 habitantes, representando el 40% de la población total ; en esta área se encuentra el Centro de Salud “Virgen de Guadalupe “, que es considerado como el servicio de mayor resolución, cuenta con atención al público las 24 horas, todos los días incluyendo fines de semana y feriados, cuenta con laboratorio clínico y con la especialidad de ginecología, se oferta las prestaciones de los seguros públicos de salud(SUMI, SUSAT, SSPAM, SEGURO ESCOLAR MUNICIPAL).

Límites.-

Al Norte: con el Municipio de Villamontes **Al Sur:** con el Municipio de Bermejo

Al Oeste: con el Municipio de O Connor **Al Este:** con el Municipio de Yacuiba y la República de Argentina.

Clima.-

El clima es cálido y húmedo durante gran parte del año, la temperatura media anual es de 20.2 °C, las temperaturas máximas registradas en Itaú es de 28.0 °C y la mínima registrada es de 12.4 °C.

Es importante hacer notar que se registran temperaturas extremas alcanzando la máxima a 32.4 °C en el mes de enero y una mínima de 6.2 °C en el mes de julio.

ii. Político.-

La Sección Municipal de Caraparí fue creada por la Mención Legal (ML) del 19 de Octubre de 1.880 constituida por 4 cantones (Caraparí, Saladillo, Zapatera e Itaú). Con la promulgación de la Ley de Participación Popular el territorio de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño - Caraparí, se ha reorganizado en 7 distritos que se encuentra estructurados por 49 comunidades.

Organizaciones e Instituciones existentes en el área de estudio.-

Gobernación de Caraparí, Honorable Alcaldía Municipal, Comité de vigilancia, Comité cívico, Central de campesinos, Organizaciones Territoriales de Base, Federación Regional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias "BARTOLINA SISA", Juntas escolares, Asociación de Transportistas, Asociación de Ganaderos, Policía Nacional, Dirección distrital de educación, Centros PAN, SENASAG, Servicio de Caminos.

Actividad económica.-

Definida como modelo productivo tradicional basado en la agricultura y ganadería, las cuales constituyen en el pilar fundamental de la economía de las familias que habitan el área rural; comercio y actividades relacionadas a las instituciones en el área urbana.

iii. Histórico.-

Según la bibliografía histórica, las poblaciones originarias del municipio de Caraparí pertenecían al territorio de los Chiriguanos, Chanés, Tobas y Maticos que vivían asociados a los naturales de Chururuti, Chimeo e Itaú. En la actualidad debido al auge de las reservas petrolíferas y las regalías que estas generan, se advierte gran cantidad de poblaciones inmigrantes de diferentes departamentos del país (Chuquisaca, Santa Cruz, La paz, Potosí), asentándose y ocupando comunidades enteras, por lo que se tiene gran diversidad cultural. Respecto a la religión, la mayoría de la población es católica, alcanzando un porcentaje superior al 85%.^{vii}

b).-Marco Conceptual

Aspectos relativos al contenido de la política de salud.-

En Bolivia el Ministerio de Salud y Deportes ha elaborado participativamente el Plan de Desarrollo Sectorial 2006 – 2011 en el que una de las políticas principales es el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se operacionaliza mediante el modelo de atención primaria en salud y el modelo de gestión participativa y control social en salud.

Derecho de la población y la obligación del estado de proteger la salud de la población.-

La población de Bolivia tiene derecho al acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural que brinda una atención integral, continua, integrada, equitativa, participativa y con control social, que prioriza la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación.

De acuerdo a la nueva Constitución Política, el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna, con carácter coercitivo y obligatorio.

Participación comunitaria.-

Conlleva la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y sus determinantes, diseño, ejecución, seguimiento de planes, programas, proyectos de promoción y prevención con desarrollo integral comunitario en salud.

Control social.-

Debe ser realizado en los diferentes niveles de atención y ámbitos de gestión por la autoridad local, comité local de salud, los consejos municipal, departamental, nacional Sociales de salud, que son representantes legítimos de la estructura social. El control social se ejecuta mediante la observación, vigilancia y la toma de decisiones.

Estructura social.-

Compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento y evaluación de las acciones de salud, involucrándose para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de gestión participativa y control social en salud para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas para mejorar las condiciones de vida de las personas, las familias y las comunidades, su misión es implementar operativamente la nueva política de salud.

Equipo de Salud.-

Las características de relación del equipo de salud de primer nivel con las personas, las familias, las comunidades o barrios son:

- Inclusión, respeto y reconocimiento de las culturas de la población
- Capacidad de actuar, conjuntamente con la comunidad y/o barrio y el municipio, sobre los factores que afectan o determinan la salud de las mismas, de manera intersectorial, intercultural e integral.
- Sensibilidad y compromiso con la realidad económica, social y cultural de las personas, familias y comunidades para resolver conjuntamente sus problemas.
- Visión integral en la atención de las personas con enfoque en los derechos en todo el ciclo de la vida.
- Conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación obligatoria del proceso participativo en el accionar de salud.
- Capacidad (conocimiento, disposición y compromiso) para el trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario para contribuir a la solución de la problemática de salud de manera integral, intersectorial, intercultural y con la gestión participativa y control social, en alianzas estratégicas con autoridades de salud y otros sectores.
- Consciencia de su pertenencia al establecimiento, la red y la comunidad.

- Articular las actividades de atención en salud con la estructura social y la estructura intersectorial.

Acción comunitaria.-

Establece la importancia de las relaciones de reciprocidad y redistribución de los bienes de consumo y la carga de trabajo colectivo en las comunidades, esta práctica de reciprocidad nace al interior de las culturas andino-amazónicas, se consolida en una familia y en el quehacer cotidiano de las mismas; Valora el trabajo comunitario por su acción concentrada en la solidaridad y en el proceso productivo orientado a mejorar la calidad de vida de las familias y de los pueblos.^{viii}

Se habla de participación social, cuando intervienen todos o gran parte de los actores y de participación comunitaria, cuando intervienen sólo los grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido. De esta manera, se debe poner en práctica la participación en los procesos de identificación o diagnóstico de los problemas sentidos por la comunidad, en la programación, ejecución y evaluación de las acciones necesarias para resolverlos. La participación considera por tanto, el desarrollo de instancias o espacios en los cuales se delibere, concerté y evalúe el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos.^{ix}

La participación social ha sido considerada como □*norma*□ para realizar una tarea conjunta; como esfuerzo organizado para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas; como «*empoderamiento*» de la comunidad local mediante un proceso a través del cual grupos de población que carecen de acceso equitativo a recursos valorados, ganan control sobre esos recursos, además implica interacción, respeto mutuo reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información y por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, información, a las actividades sociales, políticas y a la tecnología.^x

Definimos el concepto de participación activa, según Rifkin, como la incorporación de la comunidad desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los

programas y el de participación pasiva, como la cooperación con instrucciones dadas o el cumplimiento de lo establecido".

La participación también se entiende como: *actitud* de solidaridad, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida colectiva. La participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamos).^{xi}

El concepto de participación social es interpretado y definido de múltiples maneras y por lo tanto no está libre de contradicciones, incoherencias, polémicas e imprecisiones de carácter teórico. La participación es un proceso dinámico, que se puede definir de acuerdo a las características del contexto sociocultural y político, así como del momento en que se realiza, además de la variedad de conceptualizaciones coexistentes, las formas que adopta en la práctica son diversas y definen las posibilidades de la participación.

El nuevo marco legal de participación social en los servicios de salud, se refleja aún de forma limitada. Asimismo, se evidencian diversas dificultades para la participación social en salud, desde aspectos psicosociales, poblacionales e institucionales.

La relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y su efecto sobre la salud dependen de las formas que la participación adquiera en la práctica, puede tener efectos positivos o negativos.

Por lo tanto la participación comunitaria debe ser efectiva desde el punto de vista de la salud y positiva desde el punto de vista de la vida social de la comunidad.

c).- Marco Referencial

En 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma - Ata, URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud, bienestar propio, de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario; llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes, esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. ^{xii}

En 1988 se realizaron estudios de casos bajo los auspicios de la OPS que fueron diseñados para evaluar las posibles estrategias para la participación comunitaria; con el propósito de intercambiar experiencias sobre el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Uno de los elementos fundamentales debatidos en estos talleres fueron los factores que favorecen y los principales obstáculos para introducir la participación comunitaria en salud. Dentro de los principales obstáculos se mencionan: las políticas de salud desfavorables, la centralización excesiva tanto por los gobiernos como por los sistemas de salud, poco espacio dentro del sistema para el desarrollo de una participación efectiva, carencia de un concepto claro de participación comunitaria, falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población, falta de mecanismos apropiados para la participación y falta de voluntad política. ^{xiii}

En Bolivia entre 1982 y 1985 mejoran las bases para la política de salud, el enfoque de la enfermedad pretende trascender a la biologicista, rescata la experiencia participativa social y medicina tradicional, se toma en cuenta a los comités populares de salud dentro la participación comunitaria en salud, a partir del Proyecto Integral de Acciones en Áreas de Salud (PIAAS) para la formación de médicos de atención primaria en salud.

Entre el año 1987 y 1989 se inicia el primer plan de salud (Salud es vida) se apoya en la Atención Primaria en Salud, movilización y participación social. En 1993 el plan de

salud (plan vida) propone un nuevo modelo sanitario que establece la estructura de gestión sectorial y gestión compartida, se implementa los DILOS.

El año 2002 se implementa el Seguro Básico de Salud con los consejos municipales de salud, (COMUSA) se reúnen esporádicamente y sus decisiones no son trascendentales, el 2003 Inicia la primera ley de salud; Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fortaleciendo la red de salud y gestión compartida (DILOS).

El 2008 se implementa el modelo de atención Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI), la cual busca el derecho a la salud y a la vida, que se ejerza como un derecho social que el estado garantiza y la participación comunitaria es el pilar fundamental.^{xiv}

En Bolivia la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta a partir de 1982 y en su evolución histórica se introdujeron modificaciones para fomentar esta participación. No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en salud.

Bolivia ha avanzado especialmente en la participación ciudadana en la gestión de la salud, dice el doctor José Ignacio Carreño, director ejecutivo de PROCOSI y director del Primer Congreso Latinoamericano de Salud que abordó estos temas en La Paz en 2011. Carreño comentó que en los últimos años se han gestado importantes cambios económicos, políticos, sociales e incluso medioambientales en los países de América Latina, lo que ha obligado a las instituciones del sector salud a contribuir a esos nuevos escenarios de salud y de vida.^{xv}

Los procesos de reforma en nuestro país están avanzando en la función de financiamiento con el propósito de conciliar mejor los objetivos de equidad, eficiencia y libertad de elección, sin embargo, el desarrollo de instrumentos que permitan ejercer control ciudadano sobre las funciones de financiamiento y de aseguramiento del sistema de salud es aún muy precario.

En el sector salud no se han desarrollado organizaciones de grupos de defensa de los derechos de la población y ello porque nuestras sociedades se han caracterizado históricamente por un débil desarrollo de sus redes sociales. Solo conociendo al individuo, su contexto, sus necesidades será posible una acción eficiente y permanente.

Estudio cualitativo sobre percepciones y obstáculos de actores sociales sobre participación comunitaria en salud, en los municipios de Tuluá y Palmira de Colombia, dieron como resultados: Qué casi todos los actores entrevistados identifican la falta de conocimiento e información, como principal obstáculo. A pesar de que muchos usuarios atribuyen este desconocimiento a su falta de motivación y compromiso, algunos lo atribuyen a la falta de un trabajo informativo y formativo por parte de las instituciones. (DELGADO y Col., 2001).

Una investigación cualitativa sobre la visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud, realizada en los municipios de Cabo Santo Agostinho y Camaragibe de Brasil. Se identifican una diversidad de conceptos de participación en salud: La participación como acción individual y la idea de utilización de los servicios de salud predominaron en las respuestas de

usuarios. En los obstáculos a la participación refirieron factores poblacionales e institucionales (falta de información): usuarios y líderes mencionaron ambos tipos, mientras que el personal de salud, enfatizan la falta de decisión política. (VAZQUEZ y Col. 2001).

Ambos países necesitan un mayor período de implementación que permita la consolidación de los diversos elementos necesarios, antes de poder evaluar la efectividad de estas políticas para lograr incidir en los servicios de salud y sobre todo, para contribuir a hacer real el derecho democrático a participar en las decisiones que afectan a la colectividad.

La escasa participación ciudadana se explica también por una actitud conservadora y de temor frente a los cambios por parte de los actores del sector y por un contexto que no ha favorecido el desarrollo de una comunidad más activa.

Esta situación refleja uno de los problemas que aparece en la mayor parte de los trabajos revisados la falta de criterios claros para evaluar los resultados de los programas de salud y si éstos pueden interpretarse como efecto de la participación comunitaria.

V.- OBJETIVOS

a).-General.-

Conocer la percepción y dificultades de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales en el municipio de Caraparí Chaco tarijeño en Junio 2011.

b).-Específicos.-

- Determinar y Analizar opiniones percibidas de participación comunitaria en salud de actores comunitarios (usuarios y autoridades comunitarias).
- Determinar y Analizar opiniones percibidas de participación comunitaria en salud de actores institucionales (personal de salud, gerencia de red y administradores)
- Identificar dificultades percibidas para la participación comunitaria en salud de diferentes actores sociales (actores comunitarios e institucionales)

VI.-DISEÑO DE LA INVESTIGACION

a).Diseño

Es una investigación cualitativa descriptiva de corte transversal a través de entrevistas individuales semiestructuradas y abiertas al personal de salud, autoridades comunitarias y usuarios del servicio. Éste trabajo se realizó entre Mayo y Junio del 2011.

b).Tipo de investigación

Exploratoria, para recoger percepciones acerca de participación comunitaria en salud y de obstáculos a esta participación en los diferentes actores sociales.

c).Población y muestra.-

El estudio se realizó en la población de influencia del Centro de Salud Virgen de Guadalupe que se encuentra en el municipio de Caraparí provincia Gran Chaco del departamento de Tarija, con una población de 4003 habitantes, teniendo como característica principal de tener una población de predominio rural de 63 %.

Los criterios de selección del área de estudio fueron: Es el área que a nivel de toda la red de salud tiene el mayor porcentaje de población concentrada, con 4003 habitantes representando el 40% de la población total del municipio, mayor número de organizaciones sociales, en esta área se encuentra el servicio de salud de mayor resolución “Centro de salud Virgen de Guadalupe”, contar con porcentajes altos de afiliación y atención de los seguros de salud.

d).Muestreo.-

Se diseñó una muestra teórica que abarcaba los diversos actores sociales que pueden afectar o verse afectados por la política de salud. La composición final de la muestra fue: usuarios (20); Autoridades comunitarias (8) (ver tabla # 1); Personal de salud (20).

Usuarios: Se hizo una selección intencional de la muestra buscando la variación máxima, se entrevistaron usuarios de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos.

Autoridades comunitarias: Representantes de organizaciones, asociaciones comunitarias existentes en el área de estudio.

Personal de salud: Se consideró las diferentes categorías laborales(médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos) que trabajan en el centro de salud Virgen de Guadalupe; (Gerente de Red y administrador).

e).Identificación de variables:

i.Variable dependiente

Percepción y dificultades de los actores sociales

ii.Variable independiente

Participación comunitaria en salud

Definiciones Operacionales

- La percepción es un proceso cognitivo mediador entre los pensamientos, intenciones y acciones del individuo, las percepciones son importantes porque se traducen en hechos y en procesos de formulación de políticas de planificación.
- Participación comunitaria en salud es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y sus determinantes, programas de promoción y prevención con desarrollo integral, comunitario en salud y como mecanismo de control social.

f).Criterios de Inclusión:

Para la selección de la muestra se debe tener en cuenta la función que desempeñan los entrevistados dentro de la comunidad, por lo que deben incluirse 3 grupos:

Usuarios: Usuarios de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, que utilizaron o utilizan el servicio de salud, que no desempeñan ningún cargo de autoridad o de dirigencia, que residen en el área de estudio.

Autoridades comunitarias: Representantes de organizaciones, asociaciones comunitarias existentes en el área de estudio, en actual vigencia.

Personal de salud: Se consideró las diferentes categorías laborales (médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos) que trabajan en el centro de salud Virgen de Guadalupe; (Gerente de Red y administrador).

g).Criterios de exclusión:

Serán excluidos todos aquellos individuos que no cumplan con los criterios de inclusión.

h).Instrumentos de recolección de la información

Comprende la elaboración de los instrumentos. Luego la validación de los mismos. Se utilizó entrevistas individuales semiestructuradas con menor número de preguntas posibles con el objetivo de obtener únicamente la información relevante para el logro de los objetivos.

Se utilizó una guía de entrevista que poseía una parte común y una específica para cada grupo de informantes. Las entrevistas, con una duración de 30 a 50 minutos, fueron grabadas y posteriormente, transcritas textualmente.

i).Metódica del instrumento:

I.- Etapa: Describir los soportes legales y estructuras sociales en las que se enmarca la participación comunitaria en el área estudiada.

Estructuras sociales: organizaciones, asociaciones y grupos sociales que existen en la comunidad estudiada.

Además se llevó a cabo una revisión documental que permitió contactar información sobre jurisdicciones, leyes y decretos vigentes.

II.- Etapa: Se analizaron aspectos relativos al contenido de la nueva política de salud, se formularon el menor número de preguntas posibles con el objetivo de elevar únicamente la información relevante para el logro de los objetivos (conocer el concepto sobre participación comunitaria y las dificultades percibidas a esta participación, que predomina en la comunidad estudiada).

Pertinencia de ambas guías para responder las siguientes preguntas generales:

¿Conocen las autoridades de la comunidad, los usuarios, el personal de salud, según el rol que desempeñan, qué es participación comunitaria en salud, en la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)?

¿Cuáles son las opiniones percibidas de los diferentes actores sociales sobre participación comunitaria en salud?

¿Cuáles son las dificultades percibidas de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales del área estudiada relacionadas a la población?

¿Cuáles son las dificultades percibidas de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales del área estudiada relacionadas a las instituciones de salud?

III.- Etapa.- Una vez seleccionados, los entrevistadores se deben adiestrar de la siguiente manera:

- Brindarles información verbal acerca del tema a estudiar.
- Se les suministrará bibliografía para la revisión del tema.

Para la realización de las entrevistas, se proponen los siguientes procedimientos:

Los entrevistadores (mi persona y dos colaboradores previamente capacitados). Se presentarán ante la persona seleccionada y explicarán con palabras claras y lenguaje comprensible los objetivos de la entrevista, así como el carácter voluntario de la misma pidiendo su colaboración, destacando que se trata de una investigación en el área de salud para conocer la percepción y obstáculos de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales en el municipio de Caraparí, por lo que necesitamos respuesta con la mayor sinceridad y meditación posible, se aclarará antes de comenzar la entrevista, que las respuestas a las preguntas se enmarcarán en los meses de Mayo a Junio del 2011.

Si la persona seleccionada desea colaborar, se le aplica la guía de preguntas, marcando con una "X" el inciso de la clave que corresponda con la respuesta ofrecida.

Si la persona entrevistada desconoce algunos de los términos empleados en las preguntas o no entiende las mismas, el entrevistador ofrecerá una explicación detallada, así como elementos suficientes que le permitirán al entrevistado hacer valoraciones posteriores.

Cuando el entrevistador presente alguna duda, escribirá textualmente lo que plantee la persona entrevistada y posteriormente se hará un análisis conjunto para unificar criterios al respecto, igualmente se copiarán textualmente las respuestas que no estaban ofrecidas como alternativas de respuestas.

j).Instrumentos de Análisis de la información

Se realizó un análisis narrativo del contenido. Los datos fueron segmentados manualmente por grupos de informantes. Se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones utilizados y de los temas emergentes de las entrevistas.

Posteriormente, se crearon subcategorías resultantes de la agrupación de las respuestas relativas a las diferentes categorías. Para asegurar la calidad de los datos, se realizaron discusiones de los resultados con la intervención de varios investigadores en el análisis, así como la triangulación de la información mediante comparaciones entre los distintos grupos de informantes.

La exploración, quizás todavía experimental, de las diferencias en las percepciones mentales se relaciona directamente con el estudio de cómo dichas diferencias pueden afectar a los procesos de implementación de la nueva política en nuestro país.

h).Cuestionamiento ético

Cada persona recibió previamente explicaciones del motivo de la encuesta, se explico que con este trabajo no se pretende evaluar a nadie ni perseguimos objetivos administrativos y no correrá ningún riesgo por la divulgación de esta información, será de carácter anónimo, que la información obtenida será totalmente confidencial y el uso reservado de la información exclusivamente para los fines de la tesis, las personas que aceptaron estas condiciones firmaron su consentimiento en el formulario de entrevista.

VII.- RESULTADOS Y ANALISIS

Tabla N° 1

Distribución de entrevistados según tipo de actor social municipio de Caraparí Junio 2011

Actor Social	Personas entrevistadas	Total
Usuarios	Usuarios que asisten al Centro de Salud Virgen de Guadalupe de ambos sexos, entre 18 y 65 años de diferentes estratos socioeconómicos.	20
Autoridades Comunitarias	Organización Territorial de Base 2, Comité Cívico 1, Comité de Vigilancia 1, Central de Campesinos 1, Asociación de Transportistas 1, Dirección Distrital de Educación 1, Federación Regional de Mujeres Campesinas Bartolina Sisa 1.	8
Personal de salud	Médicos6, Enfermeras8, Odontólogos2, Farmaceuticas 2, Gerente de Red y Administrador.	20
Total		48

Tabla Nº 2

Distribución por edad de los diferentes actores sociales municipio de Caraparí Junio
2011

Edad	Numero	Porcentaje
18	2	4%
25	8	17%
29	6	13%
30	6	13%
35	12	25%
45	10	20%
55	3	6%
65	1	2%
TOTAL	48	100%

Tabla N° 3

Distribución por sexo de los diferentes actores sociales municipio de Caraparí Junio 2011

Sexo	Numero	Porcentaje
Masculino	20	42%
Femenino	28	58%
TOTAL	48	100%

El 58% de los entrevistados son de sexo femenino de los cuales una gran mayoría pertenecen al grupo de usuarios y personal de salud. Se puede apreciar el escaso involucramiento de las mujeres como lideres comunitarias ya que de las ocho autoridades comunitarias solamente una es mujer (Federación Regional de Mujeres Campesinas Bartolina Sisa). Esto nos lleva a que se deben realizar acciones para lograr un cambio de actitud y transformación social para lograr un desarrollo equitativo y sostenible fomentando la incorporando de mujeres en las organizaciones sociales y de esa manera lograr un empoderamiento integral de la salud ya que estas podrían definir y orientar de mejor manera la adecuación cultural de los programas de salud destinados precisamente a las mujeres (Planificación familiar, diagnostico temprano de cáncer de cuello uterino), aumentar los controles prenatales, partos en servicio y de esa manera disminuir la mortalidad materna e infantil.

Tabla N° 4

Distribución de Usuarios según nivel de instrucción municipio de Caraparí Junio 2011

Nivel de instrucción	Usuarios	Porcentaje
Sin instrucción	1	5%
Primaria	2	10%
Secundaria	10	50%
Bachiller	5	25%
Universitario	2	10%
TOTAL	20	100%

Se puede apreciar en los resultados que el mayor porcentaje de usuarios alcanzaron un elevado nivel de instrucción, esto facilitaría en gran medida la implementación de la nueva política de salud tanto en su recepción como en la difusión de la misma, cabe aclarar que son datos de nuestra área de estudio.

Tabla N° 5

Distribución de autoridades comunitarias según nivel de instrucción municipio de Caraparí Junio 2011

Nivel de instrucción	Autoridades comunitarias	Porcentaje
Sin instrucción	0	0%
Primaria	0	0%
Secundaria	4	50%
Bachiller	2	25%
Universitario	2	25%
TOTAL	8	100%

En autoridades comunitarias se observa que el nivel de instrucción pudiera incidir en alguna medida en la percepción que ellos tienen para el desarrollo de la estrategia de la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural(SAFCI), pero en los resultados de nuestra investigación es más bien un potencial facilitador para lograr la participación comunitaria en salud, ya que las autoridades podrían incentivar el empoderamiento de la salud a sus organizaciones, estas a sus comunidades y o sectores a los que representan.

Tabla N° 6

Opiniones percibidas sobre participación comunitaria en salud
según tipo de actor social Caraparí Junio 2011

Actor Social	Opinión de participación en salud
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en salud como <input type="checkbox"/> dar o aportar ideas<input type="checkbox"/> - Participación en salud como <input type="checkbox"/> hacer uso de los servicios de salud<input type="checkbox"/> - Participación en salud <input type="checkbox"/> como colaboración<input type="checkbox"/>
Autoridades Comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en salud <input type="checkbox"/> como dar o aportar ideas<input type="checkbox"/> - Participación en salud <input type="checkbox"/> como hacer uso de los servicios de salud<input type="checkbox"/> - Participación en salud <input type="checkbox"/> como derecho<input type="checkbox"/> - Participación en salud <input type="checkbox"/> como control social <input type="checkbox"/>
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Participación como<input type="checkbox"/> realizar actividades con la comunidad<input type="checkbox"/> - Participación en salud como<input type="checkbox"/> hacer uso de los servicios de salud<input type="checkbox"/> - Participación en salud como <input type="checkbox"/> control social y seguimiento a los<input type="checkbox"/> servicios (Gerente de Red)

Se observó en las respuestas de los usuarios y autoridades comunitarias cierta dificultad para definir la participación comunitaria en salud, más bien recurrieron a ideas y actividades concretas de su vida cotidiana, las opiniones se ordenan en seis sentidos sobresalientes: dar o aportar ideas, hacer uso de los servicios de salud, como colaboración, esta noción de participación, que parece ser común entre los diversos actores y muy asimilada por la población, sugiere una respuesta de la comunidad a la convocatoria histórica del gobierno para desarrollar políticas sociales con participación.

Como derecho y como control social que se considera fundamental para la participación social en salud y la cultura de participación se construyen dentro de la experiencia histórica de los pueblos, estas dos últimas emergieron fundamentalmente de la mayoría de autoridades comunitarias.

La opinión de participación comunitaria en salud entrañó una dificultad para la mayoría de los entrevistados del grupo del personal de salud; Así proporcionaron opiniones de ideas concretas de interacciones sociales cotidianas, de estos actores emergieron dos opiniones que prefiguran ideas de: actividades realizadas con la comunidad; hacer uso de los servicios de salud, estos conceptos se circunscriben en el nivel más bajo de participación y por último el concepto de participación en salud como control social y seguimiento a los servicios emitido por los miembros de la gerencia de red y administradores de salud.

La conceptualización de la mayoría de los actores acerca de la participación, (utilización de los servicios de salud predominó en las respuestas de todos los actores sociales), se exterioriza como una falta de conocimiento e información de las políticas de participación social en salud o al menos de los núcleos temáticos principales de la norma y por tanto, estaría afectando para la implementación de la política de participación comunitaria en salud de Bolivia.

A nivel institucional el primer paso es generar instancias de participación internas “no podemos generar espacios de participación comunitarios sino empezamos por nosotros mismos”. Ello significa implementar canales de información entre los distintos

estamentos, direcciones con capacidad de escuchar (Marisa W. Nociones de una Ciudadanía que Crece; Chile.1993).

En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintas percepciones de participación en salud es parte del escenario que hoy se nos presenta en el país en el sector salud, proceso que próximamente debutará con la generación de una política de salud intercultural que transformará cualitativamente nuestro sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural de la población.

Tabla N° 7

Dificultades para la participación comunitaria en salud según tipo de actor social relacionadas a la población Caraparí Junio 2011

Actor Social	Dificultades relacionadas a la población
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que los comunarios responsables de salud sean remunerados económicamente <input type="checkbox"/>
Autoridades Comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Interferencias político partidarias en las organizaciones comunitarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Que los comunarios responsables de salud sean remunerados económicamente <input type="checkbox"/>
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de interés e iniciativa de la población u organizaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Interferencias político partidarias en las organizaciones comunitarias <input type="checkbox"/>

Dificultades para la participación relacionadas con la población

Las dificultades referidas a la población eran las que más aparecían en todos los grupos de informantes. (Usuarios, autoridades comunitarias y personal de salud) Parte de los obstáculos mencionados seran de naturaleza estructural, la falta de información y capacitación sobre participación en salud.

(Usuarios y autoridades comunitarias) identificaban como dificultad para la participación en salud, refiriéndose a la remuneración económica que deberían recibir los comunarios responsables de salud.

Referente a la remuneración económica no se ha tenido experiencias en nuestro medio, se tendría que realizar una valoración según el contexto, para que a pesar de ser remunerado, éste sea responsable, en primer lugar ante la comunidad, siendo un lazo efectivo con la comunidad. Aún cuando el sistema de salud provea los recursos y supervisión técnica, la comunidad debe ser capaz de evaluar el desempeño del responsable de salud y reemplazarlo si es inefectivo.

(Autoridades comunitarias) identificaban como dificultad para la participación en salud: las interferencias político partidarias en las organizaciones comunitarias, también hicieron mención sobre la remuneración económica que deberían recibir los comunarios responsables de salud.

Personal de salud dio mayor énfasis a las dificultades que se desprendían de la actitud de la población, según algunos informantes a la población y organizaciones le faltaba interés, iniciativa y motivación para participar, interferencias política partidarias en las organizaciones comunitarias.

La participación social contiene un alto componente político, es decir se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales, la forma como sea ejercida esa participación dará lugar al fortalecimiento y al avance de la actual política de salud.

Tabla N° 8

Dificultades para la participación comunitaria en salud según tipo de actor social relacionadas a las instituciones de salud Caraparí Junio 2011

Actor Social	Dificultades relacionadas a las instituciones
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud de parte de los funcionarios de salud <input type="checkbox"/>
Autoridades Comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud de parte de los funcionarios de salud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de Iniciativa de los servicios de salud para implementar mecanismos de participación <input type="checkbox"/> no invitan a las organizaciones a participar en las actividades de salud <input type="checkbox"/>
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de capacitación e información necesaria sobre participación al personal de salud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de voluntad política de las autoridades gestoras <input type="checkbox"/> (Gerente de Red y Administración) <input type="checkbox"/> Falta de Iniciativa de los servicios de salud para implementar mecanismos de participación <input type="checkbox"/> (Gerente de Red y Administración)

Dificultades para la participación relacionadas con las instituciones de salud

Fueron los usuarios y autoridades comunitarias, quienes describieron más dificultades para la participación relacionadas a las instituciones: indicaron la inexistencia de mecanismos de participación □ no invitan a las organizaciones a participar en las actividades de salud□ , también indicaron falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud que el personal de salud debería realizar, los usuarios en especial mencionan□ que el personal de salud no realiza capacitaciones frecuentes sobre salud y cuando lo hacen utilizan palabras que no entendemos□ .

Al respecto, (Berlin y Fowkes.2010) señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar". Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación medico-paciente, si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura □ médica□ de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras.

Los miembros de gerencia de red y administradores formulaban la falta de voluntad política de las autoridades gestoras y falta de iniciativa de los servicios de salud para implementar mecanismos de participación. Falta de decisión política para implementación de canales de participación regional o local, lo que resultan contradictorio con una política de participación que debería darse en un contexto de descentralización con distribución de poder y recursos.

Las dificultades a la participación referidas parecen mostrar las distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y los servicios de salud y señalan hacia un limitado alcance de la política de participación social en salud en nuestro país.

El □ excesivo centralismo□ que ha existido hasta hoy en los servicios de salud sostiene un modelo de atención asistencialista, donde la responsabilidad y competencia para la solución de los problemas radicaban aún en el propio sistema de salud y no en la comunidad.

VIII.- CONCLUSIONES

El conocimiento de todos los actores sociales sobre la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI) es bastante limitado.

En la investigación se pudo describir conceptualizaciones predominantes acerca de participación social en salud, en la población y personal de salud, (participación social como utilización de los servicios de salud).

La participación se mantiene como un hecho coyuntural, y si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades y los programas.

En todos los grupos de informantes (Usuarios, autoridades comunitarias y personal de salud). Parte de los obstáculos mencionados eran de naturaleza estructural, la falta de información y capacitación sobre participación en salud.

El personal de salud, fue el grupo que menos dificultades de carácter institucional mencionaron, limitándolas a la falta de capacitación e información sobre participación comunitaria.

Los resultados del estudio parecen indicar que no hay una correspondencia de sentido entre el contenido explícito de la política y los diversos conceptos de participación que han construido cada uno de los diferentes actores involucrados, estas distintas percepciones sobre participación comunitaria en salud estarían obstaculizando la ejecución de la política de salud participativa en Bolivia.

IX.- RECOMENDACIONES

A nivel de gestión interna se debe constituir, fortalecer y reorientar en todos los establecimientos de salud, utilizando para ello la normativa vigente de la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI).

Capacitar y sensibilizar a todo el personal de salud que trabaja en el sistema público y privado ante el pronto advenimiento del Sistema Único de Salud y el Modelo de Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI).

Se deben implementar estrategias de comunicación intercultural para disminuir las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y comunidad.

Publicación de materiales adaptándolos a las necesidades y características culturales particulares de cada región para contribuir y acelerar la implementación de la política de salud participativa.

Incorporar presupuesto para capacitar a diferentes sectores de la comunidad, sobre el contenido de la política de salud participativa.

Conformar mesas de salud municipal que facilitarían la participación activa y conjugada entre el sector salud y los miembros de la comunidad como modalidad participativa; En ese sentido que se cumpla las normas que ya existen.

Fortalecer la capacidad de acción de las organizaciones sociales, de modo que se constituyan en interlocutoras de los establecimientos y tengan un rol activo, realizando eventos de concertación entre las diferentes instituciones y organizaciones sociales para socializar el contenido de la política de salud participativa

Se deben implementar estrategias de comunicación intercultural para disminuir las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y comunidad.

X.- BIBLIOGRAFIA

- O. Vega. Guías Metodológicas para el Trabajo de Grado Universitario La Paz 2011.
- C. Tamayo. Orientación Metodológica para la Capacitación, Universidad Mayor de san Andrés, La Paz 2008.
- SALUD FAMILIAR COMUNITARIA, INTERCULTURAL. Documento Técnico Estratégico, Versión didáctica, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- Norma Nacional, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y Red de Servicios, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz 2008.
- Norma Nacional de caracterización de establecimientos de primer nivel, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2008.
- La estrategia de la SAFCI es la PROMOCION DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL. Documento Técnico Estratégico, Versión didáctica. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz 2009.
- GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE LA GESTION PARTICIPATIVA MUNICIPAL EN SALUD, Documento Técnico Normativo, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE LA GESTION PARTICIPATIVA LOCAL EN SALUD, Versión didáctica, Documento Técnico Normativo, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. Ministerio de Planificación y Desarrollo Bolivia 2006.
- PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL 2006-2011. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia 2007.
- PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2010-2020. Version didáctica. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2010.

- NUEVA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO. Texto compatibilizado. Versión Oficial. Octubre 2008.
- Plan de Desarrollo Municipal. Alcaldía del municipio de Caraparí.2010.
- PROMOCION DE SALUD. Recomendaciones para la acción.OMS; 2000.
- Enrique Correa y Marcela Noé. Nociones de una ciudadanía que crece; Santiago, Chile; FLASCO – 1998.
- Vargas A. Participación Comunitaria y Control Social en Salud. Una mirada crítica. Bogotá: Ediciones Almudena.2000.
- Análisis y Perspectivas de Políticas de Salud. documento de trabajo de la primera consulta interinstitucional sobre políticas de salud en Bolivia. La Paz 2002.
- López C. Método de Investigación-Acción Participativa. Edición Popular .Madrid.1990
- SánchezA. Metodología y Prácticas. Edición popopular.Madrid.2000
- Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cuadernos de Salud Pública 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, Oakley P.Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales .Ginebra 1990.
- Hersch Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes de su impulso. Salud Pública de México 1992.
- Celedón C. Noé M. Participación y gestión en salud. En: Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. XII Concurso de Ensayos del CLAD. Ensayos Premiados. Washington, D.C. CLAD.OPS/OMS.1999.
- Participación social en los sistemas locales de salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. Washington, (Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud.1990.
- Rodríguez. Desarrollo Local para el Mejor Vivir. Edición. Luan. Buenos

Aires.1998.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

i Norma Nacional, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y Red de Servicios, pp16. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2008

ii D. Arévalo . Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Revista de Salud Pública vol. 8 nro. 2 Bogotá Julio 2006

iii Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cuadernos de Salud Pública 1998; 14 (Supl. 2): 141-147.

iv Celedón C, Noé M. Participación y gestión en salud. En: Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. XII Concurso de Ensayos del CLAD. Ensayos Premiados. Washington, D.C.: CLAD, OPS/OMS; 1999.

v Hersch Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes de su impulso. Salud Pública de México 1992; 34: 678-688.

vi Plan de Desarrollo Municipal. Honorable Alcaldía del municipio de Caraparí, 2010

vii Norma Nacional de caracterización de establecimientos de primer nivel, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Ministerio de Salud y Deportes, La Paz pp. 18-22-26 , 2008

viii Enrique Corriea y Marcela Noé; Nociones de una ciudadanía que crece ; pp76. Santiago , Chile ; FLASCO - 1998

ix Gonzales E. Manual sobre la participación y organización para la gestión local . pp72. Cali : Ediciones Foro Nacional , Colombia 1996

x Vargas A. Participación Comunitaria y Control Social en Salud . Una mirada crítica; Bogotá : Ediciones Almudena ; 2000

xi Participación social en los sistemas locales de salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. Washington, (Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 18.) 1990

xii Organización Panamericana de la Salud, Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales . pp67-68. Ginebra 1990.

xAnálisis Perspectivas de Políticas de Salud ,documento de trabajo de la primera consulta interinstitucional sobre políticas de salud en Bolivia ,pp 46-46.La Paz 2002

xi Primer congreso Latinoamericano de Salud :Determinantes de Sociales y Participación ciudadana ,realizada del 28 al 31 de Marzo en La Paz ,2011

xii D. Arévalo .Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Revista de Salud Publica vol. 8 nro. 2 Bogotá Julio 2006

xiii Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cuadernos de Salud Pública 1998; 14 (Supl. 2): 141-147.

Xiv Norma Nacional, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y Red de Servicios,pp16. Ministerio de Salud y Deportes , La Paz 2008.

XI.-ANEXOS



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA
MÉDICA
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA

Código ()

ENTREVISTA A USUARIOS Y AUTORIDADES COMUNITARIAS

El objetivo de la entrevista es para conocer la percepción y obstáculos de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales en el municipio de Caraparí, se trata de una investigación en el área de salud, la información obtenida será totalmente confidencial, se mantendrá el anonimato y no correrá ningún riesgo por la divulgación de esta información. Con este trabajo no se pretende evaluar a nadie, por lo que necesitamos que responda con la mayor sinceridad posible.

Señor(a) le pedimos su colaboración:

¿Está de acuerdo que se le realice esta entrevista? SI () NO ()

Datos generales:

- a) Edad: () años
- b) Sexo: M () F ()
- c) Grado de instrucción:
- f) Gerencia de Red:

1).- ¿Conoce la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), la cual toma en cuenta la participación comunitaria?

SI () NO ()

2).- ¿Que entiende sobre participación comunitaria en salud?

R.-.....
.....
.....

3).- ¿Qué dificultades cree que existen para la participación comunitaria en salud, relacionadas a la población?

- a) Actitud del personal de salud
- b) Convocatoria a las organizaciones comunitarias Actitud del personal de salud
- c)Otros.....
.....

4).- ¿Qué dificultades cree que existen para la participación comunitaria en salud, relacionadas a las instituciones de salud?

R.-

- a) Falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud
- b) Falta de iniciativa de los servicios de salud para implementar mecanismos de participación
- d) Falta de respuesta a las quejas de la población
- h).Otros.....
.....

GRACIAS



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA
MÉDICA
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA

Código ()

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD

El objetivo de la entrevista es para conocer la percepción y obstáculos de participación comunitaria en salud de los diferentes actores sociales en el municipio de Caraparí, se trata de una investigación en el área de salud, la información obtenida será totalmente confidencial, se mantendrá el anonimato y no correrá ningún riesgo por la divulgación de esta información. Con este trabajo no se pretende evaluar a nadie, por lo que necesitamos que responda con la mayor sinceridad posible.

Señor(a) le pedimos su colaboración:

¿Está de acuerdo que se le realice esta entrevista? SI () NO ()

Datos generales:

- a) Edad: () años
- b) Sexo: M () F ()
- c) Grado de instrucción:
- f) Gerencia de Red:

1).- ¿Conoce la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), la cual toma en cuenta la participación comunitaria?

SI () NO ()

2).- ¿Que entiende sobre participación comunitaria en salud?

R.-.....
.....

3).- ¿Qué dificultades cree que existen para la participación comunitaria en salud, relacionadas a la población?

R.-
.....
.....

4).- ¿Qué dificultades cree que existen para la participación comunitaria en salud, relacionadas a las instituciones de salud?

R.-
.....
.....

GRACIAS

PROYECTO DE INTERVENCION

XII.-PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

a. Introducción.-

Desde su inicio, el sistema de salud ha incluido la participación de la comunidad, y en su evolución histórica se introdujeron modificaciones para fomentar esta participación, a pesar de estos cambios producidos, podemos apreciar que las modalidades de participación comunitaria no han sido efectivas.

El conocimiento de las diversas formas de participación no está muy extendido entre el personal de salud y la población. Los representantes comunitarios, no siempre poseen las capacidades y la información necesaria para participar, algunos de ellos no han logrado entender su papel, ni sus responsabilidades, las políticas del sector salud continúan realizándose de forma centralizada, con escasa participación de la población y baja adecuación a la realidad local, lo que provoca rechazo y conflictos de poder entre actores sociales y personal de salud, por consiguiente desarticulación de la estructura social de la comunidad.^{xvi}

La promoción o instauración de mecanismos de participación social en las instituciones también ha sido usada como mecanismo de manipulación política en algunos casos.^{xvii}

La participación social contiene un alto componente político, es decir, se trata de la transferencia de una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales. La percepción de los diferentes actores sobre la participación comunitaria, “qué piensan y cómo se ven dentro del proceso”, constituyen etapas que generalmente se pasan por alto por falta de tiempo, falta de espacios participativos, o de la necesidad de dar respuestas para que se identifiquen las necesidades que percibe la población.

b. Objetivo general.-

Fortalecer la participación comunitaria eficaz en salud en el marco del modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria intercultural) en el municipio de Caraparí entre los meses de Enero a Marzo del 2012.

c. Objetivos específicos.-

Elaborar un diagnóstico participativo comunal de sus costumbres y formas de aprender propias de la comunidad.

Motivar la capacidad de acción de las organizaciones sociales, respetando su autonomía y el saber popular.

d. Justificación.-

La política de salud vigente prioriza la participación comunitaria como una estrategia para lograr eliminar la exclusión social, (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud),brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; reivindicar, fortalecer, profundizar la participación y control social involucrándose en la gestión compartida de la salud, toma de decisiones en planificación y ejecución administrativa.^{xviii}

En Bolivia, la Constitución recoge como concepto el Vivir Bien; el artículo 8 de la Constitución Política del Estado establece que: “El Estado asume y promueve como principios ético–morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble). Vivir Bien es respetar al otro, saber escuchar a todo el que desee hablar, sin discriminación o algún tipo de sometimiento.

Bajo esta premisa se plantea la estrategia de Fortalecer la participación comunitaria eficaz en salud en el marco del modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria intercultural) en el municipio de Caraparí entre los meses de Enero a Marzo del 2012, para el mejoramiento de la calidad de vida, a partir de un diagnóstico participativo comunal de sus costumbres y formas de aprender propias de la comunidad para que los establecimientos de salud de esta Área otorguen una modalidad de asistencia más acorde con las necesidades de la población.

Desde el punto de vista operativo el proceso de investigación realizado para la implementación de este proyecto ha contribuido a clarificar los siguientes resultados encontrados:

El conocimiento de todos los actores sociales sobre la Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI) es bastante limitado.

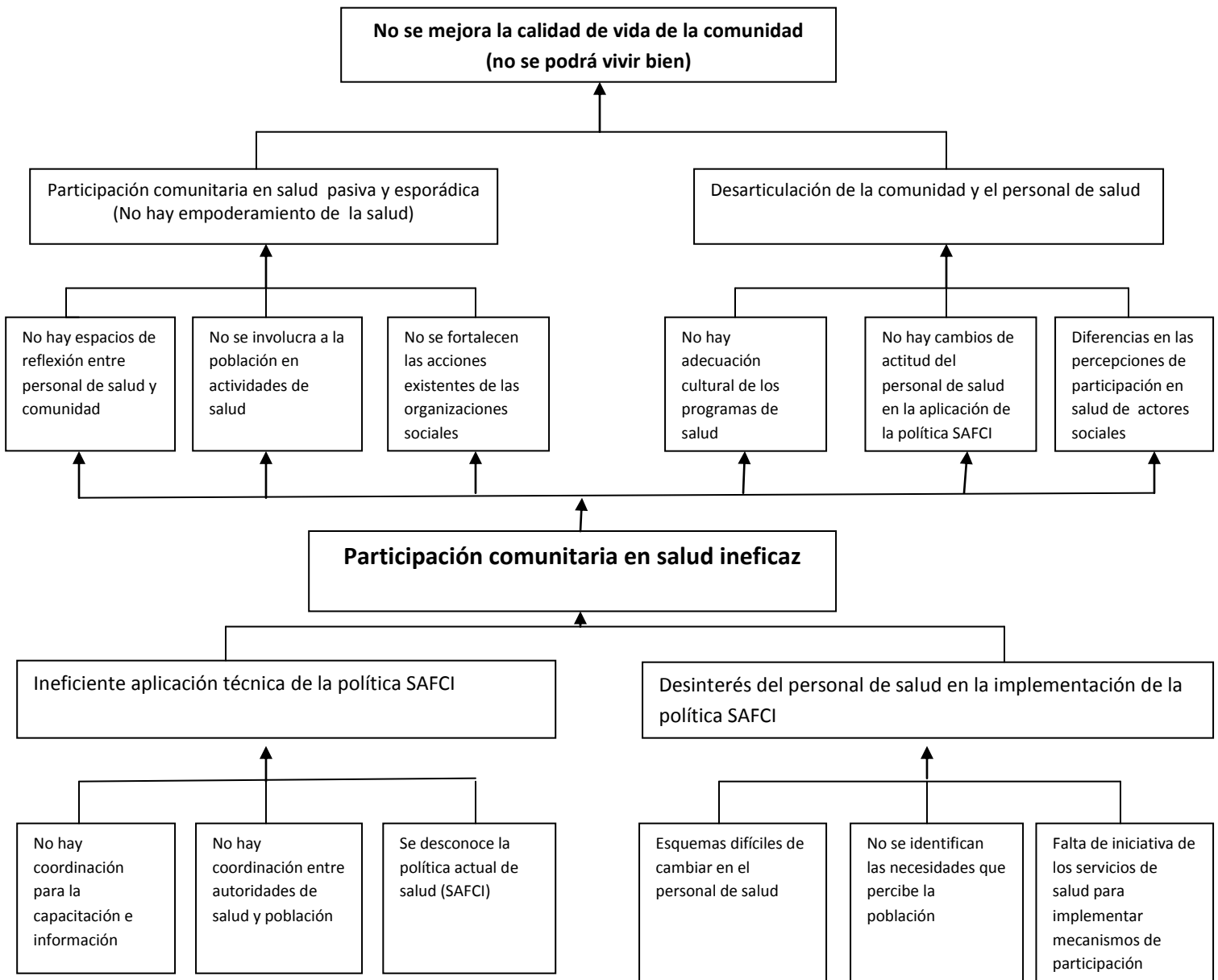
La participación se mantiene como un hecho coyuntural, y si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades y los programas.

Todos los actores sociales, como dificultad la falta de capacitación e información necesaria sobre participación en salud, las interferencias de la política partidaria en las organizaciones comunitarias

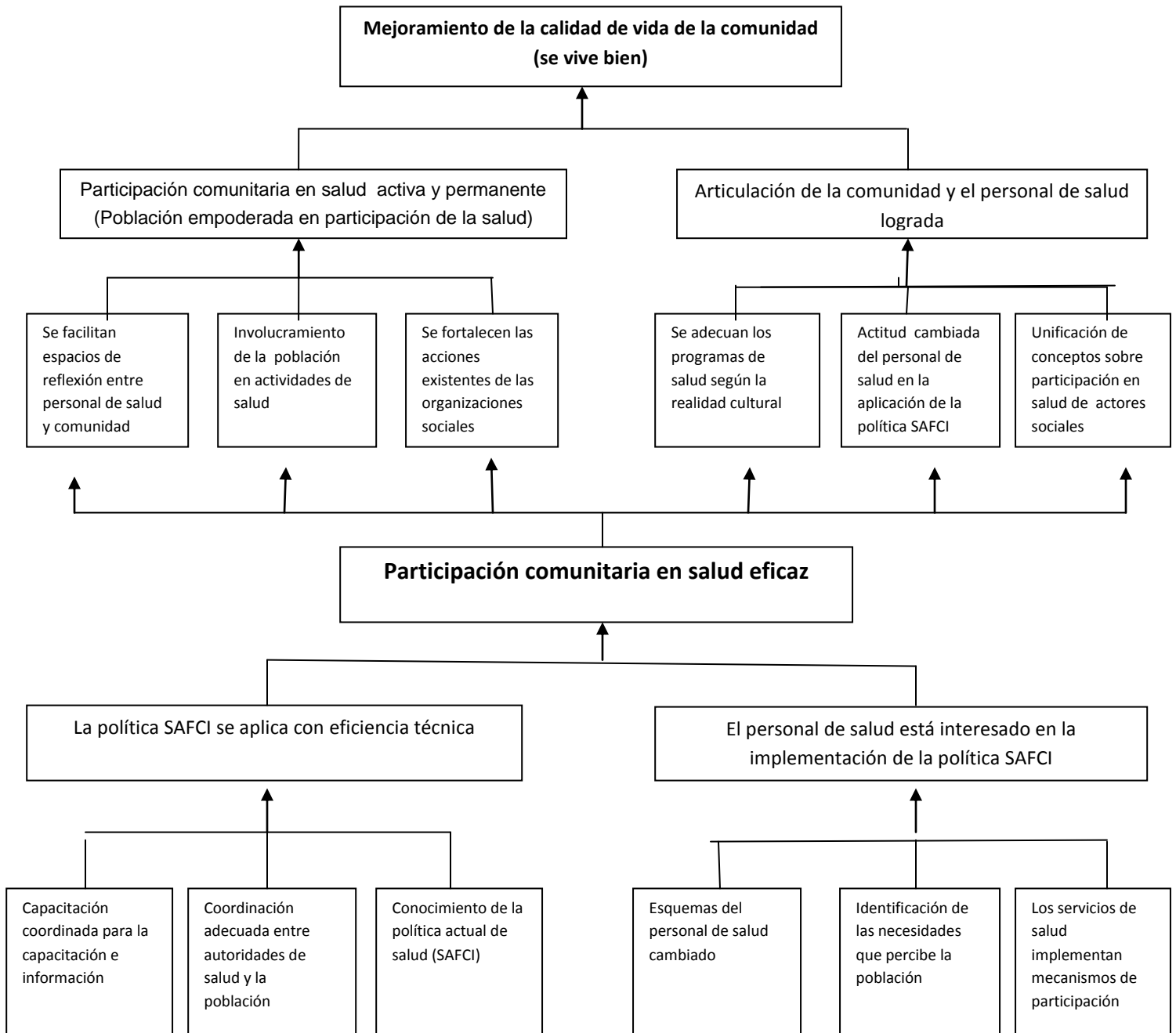
Falta de Iniciativa de los servicios de salud para implementar mecanismos de participación □ no invitan a las organizaciones a participar en las actividades de salud□ .

Distintas percepciones sobre participación comunitaria en salud estarían obstaculizando la ejecución de la política de salud participativa en Bolivia.

e. Árbol de problemas



f. Árbol de objetivos



g. Matriz lógica

LOGICA DE INTERVENCION	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Objetivo General</p> <p>Fortalecer la participación comunitaria eficaz en salud en el marco del modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria intercultural).</p>	<p>80% de los actores sociales conocen el contenido de la política participativa de salud</p> <p>100% de los actores institucionales conocen el contenido de la política participativa de salud</p>	<p>Acta de reuniones con los actores donde se logra un compromiso de apoyo mutuo.</p> <p>Actas de capacitación en políticas SAFCI a los actores sociales</p>	
<p>Objetivo Especifico</p> <p>Elaborar un diagnóstico participativo comunal de sus costumbres y formas de aprender propias de la comunidad.</p> <p>Motivar la capacidad de acción de las organizaciones sociales, respetando su autonomía y el saber popular.</p>	<p>90% de la comunidad y de los servidores públicos recibirán capacitación en la elaboración de diagnóstico comunal participativo.</p> <p>90% de las organizaciones sociales están motivadas para realizar acciones en salud</p>	<p>Diagnostico participativo comunal plasmado en un documento</p> <p>Copias en todos los servicios de los instrumentos elaborados.</p> <p>Actas de capacitación en el uso y llenado de los instrumentos elaborados</p> <p>Actas de acciones realizadas por las organizaciones sociales</p>	<p>Se mantienen las políticas de salud.</p> <p>Desastres naturales</p> <p>Conflictos sociales</p>

<p>Resultados</p> <p>Actores sociales se empoderan de la salud y se mejora la calidad de vida de la población</p> <p>Las políticas de salud participativa se implementa adecuando los programas de salud a la realidad cultural</p>	<p>80% de los que recibieron capacitación organizan mesas de salud</p> <p>100% del personal de salud se involucra en la capacitación y se modifica el modelo de atención asistencial</p>	<p>Actas de capacitaciones y acta de conformación de la mesa de salud</p> <p>Libros y cronogramas de actividades multiprogramaticas con proyección a la comunidad</p>	<p>Las autoridades locales fomentan los procesos de educación y promoción de la salud integral y los medios de comunicación.</p> <p>El material de educación no esta adecuado al contexto</p>
<p>Actividades</p> <p>Capacitación a todos los actores sociales en SAFCI</p> <p>Identificación y priorización de problemas de salud en la comunidad</p> <p>Adecuación de estrategias consensuadas entre población y personal de salud</p> <p>Actividades de motivación al personal de salud y actores sociales para apoyar la política SAFCI</p>	<p>100% Personal de salud ,DILLOS ,autoridades comunitarias y comunitarios</p> <p>Asistencia del 100%de las organizaciones de mujeres</p> <p>100% de participación de los miembros de la comunidad</p> <p>90% de la población capacitada sobre cuidados o medidas preventivas consensuadas</p>	<p>Actas de capacitación, registro de participantes</p> <p>Registro de participantes y actas de participación</p> <p>Lista de problemas identificados</p> <p>Registro en el libro de actas del compromiso mutuo de la población y el personal de salud</p>	<p>Apoyo de autoridades para el financiamiento en educación</p> <p>Interés de las organizaciones para participar</p> <p>Interés comunitario en participación activa</p>

h. Análisis de participantes

Beneficiarios Directos	Beneficiarios indirectos	Excluidos/Neutrales	Perjudicados/Oponentes Potenciales
Actores sociales y organizaciones del municipio concentrados en Caraparí	1. familias de la comunidad de Caraparí 2. comunarios o residentes de la comunidad 3. Entorno o comunidades del área de Caraparí del municipio de Caraparí. 4. Organizaciones de la comunidad	1. familias de otras comunidades fuera del área de Caraparí 2. Personas que viven temporalmente en la comunidad Personal de organizacional	1. Políticos con intereses personales

i. Análisis de interesados

El personal de salud es el principal protagonista, por lo tanto debe ser capacitado en la nueva política de salud con enfoque intercultural, pudiendo ser capaz de realizar un diagnóstico comunal participativo.

La participación de los actores sociales se podría lograr a partir de una socialización y motivación de las organizaciones sociales a través de convocatorias de sus líderes naturales, por ejemplo, a partir de la asociación de transporte (entre sus miembros hay autoridades comunitarias) o las organizaciones territoriales de base, que tienen fuerza, centrales campesinas y la comunidad en su conjunto podrá ser capaz de participar efectivamente en los procesos de salud para lograr un desarrollo comunitario integral.

j. Análisis de factibilidad

La política pública en salud vigente prioriza la participación comunitaria como una estrategia para lograr eliminar la exclusión social, (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud), brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad.

Considerar y poner en práctica las propuestas de todos los actores: una mayor y mejor información acerca de los mecanismos de participación; mantener y promover comportamientos y actitudes de confianza y tolerancia entre instituciones y población, así como respeto, diálogo y respuestas frente a las propuestas y demandas de la población en el trabajo organizado y el conocimiento de los mecanismos de participación.

Una de las conclusiones centrales del trabajo es que en el país actual es que se requiere un proceso más sistemático de acción de los actores sociales y políticos, para un efectivo desarrollo de la ciudadanía y de la democracia.

La población de Bolivia tiene derecho al acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural que brinda una atención integral, continua, integrada, equitativa, participativa y con control social.

El Área de Caraparí cuenta con personal capacitado en la Salud Familiar Comunitario Intercultural y se podría poner en marcha la nueva política de salud.

La Honorable Alcaldía Municipal a través del PDM (proyecto de desarrollo municipal) brinda infraestructura, equipamiento y pago de personal profesional y de apoyo. Además cuenta con presupuesto para capacitar a todo el personal de la red de Caraparí.

j. Cronograma

NUMERO	ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO
1	Capacitación a todos los actores sociales en SAFCI	X		
2	Identificación y priorización de problemas de salud en la comunidad		X	
3	Adecuación de estrategias consensuadas entre población y personal de salud		X	
4	Actividades de motivación al personal de salud y actores sociales para apoyar la política SAFCI			X

h. Presupuesto

DETALLE	COSTOS DEL PRODUCTO	FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL DEL PRODUCTO
Manuales SAFCI		Ministerio de Salud y Deportes	
Libros de registros	50Bs.		
Libro de actas	70Bs.	Honorable alcaldía municipal de Caraparí	3290Bs.
Cámara fotográfica	1350Bs.		
Hojas	200Bs.	Sub Gobernación de Caraparí	
Cartulinas	130Bs.		
Marcadores	120Bs.		
Lapiceras	120Bs.		
Refrigerio	900Bs.		
Tinta para impresora	250Bs.		

XIII.- BIBLIOGRAFIA

- O. Vega. Guías Metodológicas para el Trabajo de Grado Universitario La Paz 2011.
- C. Tamayo. Orientación Metodológica para la Capacitación, Universidad Mayor de san Andrés, La Paz 2008.
- SALUD FAMILIAR COMUNITARIA, INTERCULTURAL. Documento Técnico Estratégico, Versión didáctica, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- Norma Nacional, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y Red de Servicios, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz 2008.
- Norma Nacional de caracterización de establecimientos de primer nivel, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2008.
- La estrategia de la SAFCI es la PROMOCION DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL. Documento Técnico Estratégico, Versión didáctica. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz 2009.
- GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE LA GESTION PARTICIPATIVA MUNICIPAL EN SALUD, Documento Técnico Normativo, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE LA GESTION PARTICIPATIVA LOCAL EN SALUD, Versión didáctica, Documento Técnico Normativo, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2009.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. Ministerio de Planificación y Desarrollo Bolivia 2006.
- PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL 2006-2011. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia 2007.

- PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO 2010-2020. Version didáctica. Ministerio de Salud y Deportes, La Paz 2010.
- NUEVA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO. Texto compatibilizado. Versión Oficial. Octubre 2008.
- Plan de Desarrollo Municipal. Alcaldía del municipio de Caraparí, 2010.
- PROMOCION DE SALUD. Recomendaciones para la acción.OMS; 2000.
- Enrique Correa y Marcela Noé. Nociones de una ciudadanía que crece; Santiago, Chile; FLASCO – 1998.
- Vargas A. Participación Comunitaria y Control Social en Salud. Una mirada crítica. Bogotá: Ediciones Almudena.2000.
- Análisis y Perspectivas de Políticas de Salud. documento de trabajo de la primera consulta interinstitucional sobre políticas de salud en Bolivia. La Paz 2002.
- López C. Método de Investigación-Acción Participativa. Edición Popular .Madrid.1990
- Sánchez A. Metodología y Prácticas. Edición popopular.Madrid.2000
- Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cuadernos de Salud Pública 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales .Ginebra 1990.
- Hersch Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes de su impulso. Salud Pública de México 1992.
- Celedón C. Noé M. Participación y gestión en salud. En: Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. XII Concurso de Ensayos del CLAD. Ensayos Premiados. Washington, D.C. CLAD.OPS/OMS.1999.

- Participación social en los sistemas locales de salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. Washington, (Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud.1990.
- Rodríguez. Desarrollo Local para el Mejor Vivir. Edición. Luan. Buenos Aires.1998.
