

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA – ENFERMERIA – NUTRICIÓN – TECNOLOGÍA**  
**MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST – GRADO**



PERCEPCIÓN ACERCA DEL MODELO DE SALUD SAFCI (SALUD – FAMILIAR,  
COMUNITARIO INTERCULTURAL) POR PARTE DE LAS ORGANIZACIONES  
SOCIALES DEL ÁREA DE SAN JOSE DE POCITOS - BARRIO NUEVO  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2011

**TESIS PARA OBTENER ESPECIALIDAD EN**  
**INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

**POSTULANTE** : Dr. Álvaro Rodrigo Romero Jiménez  
**TUTOR** : Dr. Oscar Velasco

Yacuiba – 2011

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por darme vida, a mi familia por su apoyo, a los docentes del Curso de Especialidad de Interculturalidad por colaborar en nuestra formación profesional y a la Universidad de San Andrés de la Paz por darnos la oportunidad de superación, y a mis amigos que cursamos el postgrado gestión 2011.*

*Gracias...*

## ÍNDICE

	I
	Páginas
Resumen	
1. TITULO .....	1
2. INTRODUCCION .....	1
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
3.1. Pregunta de investigación.....	4
4. JUSTIFICACIÓN .....	5
5. MARCO TEÓRICO .....	5
5.1. Marco Situacional .....	5
5.1.1. Descripción de San José Pocitos .....	5
5.1.2. Indicadores de salud .....	6
5.2. Marco conceptual.....	8
6. DIAGNOSTICO ACERCA DEL NUEVO MODELO SANITARIO DE BOLIVIA: MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL Safci .....	9
6.1. Alcance del modelo.....	9
6.2. Características generales del modelo de atención SAFCI .....	10
6.3. El modelo de atención en el establecimiento .....	11
6.4. El modelo de atención en la comunidad .....	12
6.5. Alcance de la Red de Salud.....	12
6.6. Definición de la Red de Servicios de Salud .....	13
6.7. La Red Municipal SAFCI.....	13
6.7.1. Descripción de los niveles de complejidad en la atención de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural .....	14
6.7.1.1. Primer nivel de complejidad.....	15
6.7.1.2. Segundo nivel de complejidad .....	15
6.7.1.3. Tercer nivel de complejidad .....	16

6.7.2.	De la Salud Familiar Comunitaria Intercultural .....	16
6.7.3.	Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI?.....	17
6.7.3.1.	Participación social .....	18
6.7.3.2.	Interculturalidad .....	18
6.7.3.3.	Integralidad .....	18
6.7.3.4.	Intersectorialidad.....	18
6.7.4.	Definición de interculturalidad .....	19
6.8.	Marco referencial .....	20
7.	OBJETIVOS.....	27
7.1.	Objetivo General .....	27
7.2.	Objetivos Específicos.....	28
7.3.	Diseño de investigación .....	28
7.3.1.	Tipo de diseño .....	28
7.3.2.	Tipo de investigación - descriptiva.....	29
7.3.3.	Según el enfoque - cuantitativa .....	29
7.4.	Técnicas.....	30
7.4.1.	Encuesta .....	30
7.4.2.	Instrumento de Obtención de la Muestra.....	30
7.4.3.	Metódica del Instrumento.....	31
7.5.	Universo.....	31
7.6.	Muestra.....	31
7.7.	Fases de la investigación.....	31
8.	RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL DIAGNOSTICO .....	33
9.	DISCUSIÓN.....	51
10.	PROPUESTA .....	54
	Denominación del programa.....	54
	Responsables del programa.....	54

Localización física del programa .....	54
Duración .....	54
Fundamentación .....	54
Base legal.....	55
Objetivo General.....	55
Objetivos Específicos .....	56
Metas.....	56
Servicios que se proponen .....	57
Usuarios .....	58
Organización administrativa .....	58
Programa de trabajo.....	58
Metodología.....	63
Recursos humanos.....	63
Materiales .....	63
Institucional.....	64
Presupuesto .....	64
Financiamiento .....	65
CONCLUSIONES .....	66
RECOMENDACIONES .....	69
BIBLIOGRAFÍA .....	70
ANEXO N° 1 ARBOL DE PROBLEMAS .....	72
ANEXO N° 2 ARBOL DE SOLUCIONES .....	73
ANEXO N° 3 MARCO LOGICO.....	74
ANALISIS DE INTERESADOS .....	75
ANALISIS DE FACTIBILIDAD .....	75
ENCUESTAS.....	76
Algunas imágenes tomadas por el investigador con algunos representantes sociales de Pocitos -barrio nuevo .....	78

## RESUMEN:

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Por qué las organizaciones sociales del área de San José de Pocitos-Barrio Nuevo no han llegado a percibir aún el nuevo modelo de salud conocido con sus siglas SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural)?

### OBJETIVOS:

#### De investigación.

\* Describir y analizar el nivel conocimiento que tienen las organizaciones sociales con relación al nuevo sistema de salud (SAFCI)

\* Identificar los factores por los cuales la población a través de las organizaciones sociales del área de Pocitos-Barrio Nuevo a la fecha no llega a percibir en todo su contexto y aceptar el nuevo modelo de salud como alternativa de atención clínica preventiva comunitaria en sus diferentes niveles

#### De intervención.

\* Mejorar la percepción y la funcionalidad del modelo de salud SAFCI (salud – familiar, comunitario intercultural) por parte de las organizaciones sociales y población del área de Pocitos - Barrio Nuevo durante el segundo semestre del 2011

**TIPO DE ESTUDIO:** Se realizó una investigación cualitativa prospectiva. Se aplicó entrevistas para una comprensión amplia, integral y contextualizada del tema de estudio.

**LUGAR:** Área de influencia del Centro de Salud de pocitos y barrio nuevo de la provincia Gran Chaco del departamento de Tarija.

**POBLACIÓN:** serán seleccionados por criterio de conveniencia: 60 personas. Representativas, OTBs, comité de salud, grupos sociales, representantes de sindicatos, comité cívico, juntas vecinales del área de pocitos –barrio nuevo.

**INTERVENCIÓN:** Para la ejecución del presente programa no se puede dejar de lado el aspecto administrativo, por tal motivo lo que se sugiere es que el responsable principal del mismo sea el médico autor de la presente investigación, quien delegaría funciones específicas a cada uno de los profesionales que conformarían el equipo multidisciplinario, equipo que estará integrado por Médicos, Personal de Enfermería y personal administrativo de los centros de salud de San José de Pocitos y Barrio Nuevo.

**RESULTADOS:** Cuando la población tome conocimiento de los beneficios que brinda el nuevo modelo de salud vigente en Bolivia denominado SAFCI, entonces muchas de las patologías que hoy son tratadas a nivel asistencial podrán prevenirse, asimismo no será necesario que dichas enfermedades sean necesariamente vistas por médicos científicos, sino que gracias a la incorporación de los médicos tradicionales estos se constituirán en elementos coadyuvantes a la prevención y tratamiento

**CONCLUSIONES:** La transformación del sistema de salud es un proceso lento y progresivo, que implica estrategias de corto, mediano y largo plazo. Pero, a la vez, es fundamental pensar las partes (componentes) de este nuevo sistema de manera integral, para que cada componente esté relacionado a los demás.

En otras palabras, si bien la construcción de un Nuevo Paradigma de Salud, basado en el pluralismo médico y la diversidad cultural del país, constituye una meta a largo plazo, es importante sin embargo que desde el inicio sea una meta común a todos los/las actores de la salud pública.

## **TITULO**

Análisis y sistematización de la percepción acerca del sistema de salud SAFCI (salud – familiar, comunitario Intercultural) por parte de las organizaciones sociales del área de San José de Pocitos, Barrio Nuevo durante el primer semestre del 2011

### **1. INTRODUCCION**

Los importantes cambios políticos sociales ocurridos durante las ultimas décadas en los países de la región que históricamente se han caracterizado por presentar grandes brechas de exclusión social deben generar nuevas formas de relación entre el estado y la sociedad civil que promuevan la participación de las poblaciones mas vulnerables tradicionalmente excluida por la gestión publica, como una forma de garantizar un mayor ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales así como una mayor equidad en el acceso a la salud. Las poblaciones son un componente fundamental dentro de este grupo

La utilización de la llamada medicina tradicional en países de América latina ha entrado en una nueva etapa. Con el impresionante incremento de la demandas de alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y practicas al modelo científico biomédico, la medicina tradicional se encuentra enmarcada hoy día en un contexto que hasta hace algunos años no existía.

A diferencia de la biomedicina convencional, el subsector tradicional ha sido caracterizado a partir de elementos culturales orientados a la sanación que varían en su combinación.

Siendo las zonas rurales las más habitadas primeramente por poblaciones indígenas, existe evidencia de la existencia de una expansión de la medicina tradicional hacia zonas urbanas.

La presente investigación en su estructura ha seguido una secuencia lógica de manera tal que pueda ser comprendida en toda su amplitud. En ese sentido en una primera instancia se han desarrollado los aspectos metodológicos como ser: planteamiento del problema, al pregunta de investigación, la justificación y el marco situacional, posteriormente se realiza un diagnostico acerca del alcance del nuevo modelo de salud, seguido de los objetivos y diseño metodológico propiamente dicho; a continuación se analizan los resultados de los hallazgos encontrados en el diagnostico con su respectiva discusión e interpretación, esto dio lugar a plantear una propuesta producto de la misma realidad la misma que consistió en un Programa de orientación e información a la población representada a través de sus propias organizaciones en el área de Pocitos, Barrio Nuevo sobre el alcance del nuevo modelo de salud vigente en Bolivia denominado SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural). Finalmente se formulan las correspondientes conclusiones y recomendaciones.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que se dio inicio a la implementación del SAFCI (salud – familiar, comunitario Intercultural año 2008)<sup>1</sup> a la fecha se vislumbra un problema que está vinculado a la insuficiente comprensión de la interculturalidad, por parte de la población, manifestado en el lenguaje o el estilo folklórico de la medicina, y esta circunstancia no está permitiendo avanzar en la aplicación concreta en el establecimiento de salud – como expresión máxima de una política en salud dirigida a dar más acceso a la población indígena a los programas y proyectos del área, tanto es así que el Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, en su objetivo general expresa, “que se debe promover el hecho de facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y Afro bolivianos a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho a una vida digna”<sup>2</sup>.

Este objetivo da una sensación de cobertura por si misma y una exclusión de otras “culturas” que viven en el país, sin embargo la interculturalidad no representa eso, “es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existente en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social y cultural (Saez.- Margarita. Ministerio de Salud Chile, 2001). Y, en el contexto de los servicios de salud se trata de promover, desarrollar y articular la Medicina Tradicional con la medicina occidental dentro del Sistema Nacional de de Salud, para lograr este objetivo será necesario conocer mas de la cultura de las comunidades sus formas de convivencia, los recursos que tienen para el cuidado de su salud.

---

<sup>1</sup> Ver anexo Decreto de aprobación del SAFCI

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Deportes, Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, alcances de la medicina tradicional, MSD, La Paz Bolivia, 2010, p. 34

En el departamento de Tarija desde hace aproximadamente unos 4 años atrás se ha creado el seguro universal autónomo de Tarija (SUSAT) , este beneficio social ha logrado cubrir en casi su totalidad la atención asistencial a personas y grupos sociales que jamás antes tenían un acceso digno a la salud. Aun que con este tipo de seguro de salud no se tomo en cuenta la medicina tradicional, pero aun así si se trato de brindar la mayor asistencia a los habitantes de esta región.

Ahora con la creación del nuevo SEGURO UNIVERSAL DE SALUD, y con las nuevas alternativas de atención en salud (Inclusión de la medicina tradicional al nuevo sistema de salud) es que en toda Bolivia se tendrá un acceso libre a la salud sin distinción de clases y con alternativas que favorecerán a todo ser humano que habite este país.

A partir de este contexto es que la presente investigación adquiere especial relevancia por cuanto de acuerdo a la evidencia empírica del cotidiano ejercicio de la función médica, se observa que la población no ha llegado a percibir de manera plena el alcance que tiene el nuevo modelo de salud y por ende sus beneficios. En gran medida, esto se constituido en una especial motivación para llevar adelante el presente estudio, no se puede perder de óptica el hecho de que con el actual modelo de salud lo que se busca es concienciar a la población sobre las ventajas de la medicina preventiva, máxime si se tiene en cuenta lo que puede llegar a significar para el presupuesto familiar la curación de una enfermedad que pudo prevenirse.

## **2.1. Pregunta de investigación**

¿Por qué las organizaciones sociales del área de San José de Pocitos-Barrio Nuevo no han llegado a percibir aún el nuevo modelo de salud conocido con sus siglas SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural)?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se justifica por cuanto se pretende reflejar desde los propios escenarios de desenvolvimiento de los actores principales de estas inclusiones (organizaciones sociales) de la población de San José de Pocitos – Barrio Nuevo, la percepción y asimilación hacia el nuevo sistema de salud pública, ya que como articuladores trataremos de captar evidencias científicas para poder comprender su visión con respecto a la inclusión al nuevo sistema de salud que por cierto ya se está dando en varias regiones del país.

Los resultados del estudio, será una base para orientar estrategias más efectivas y en el marco de la salud intercultural, conociendo que el deterioro podría darse a partir del rol fundamental que desempeñan las organizaciones sociales, aspecto que está implícita en la estrategia de la política de salud en nuestro país.

### **4. MARCO TEÓRICO**

#### **4.1. Marco Situacional**

##### **4.1.1. Descripción de San José Pocitos**

San José de Pocitos nació como cantón, de la provincia del Gran Chaco desde mucho tiempo atrás se la conoció como “GUANDACARENDA” por la quebrada que lleva ese nombre, posteriormente el nombre de “POCITOS” o “LOS POCITOS”, debido a la permeabilidad de los suelos que la corriente subterránea escondía, las aguas del

arroyo que servía de límites para hacerlas aparecer mucho más abajo, bastaba con hacer un pequeño pozo para conseguir agua entre la arena que abundaba ese sector<sup>3</sup>. La población argentina al otro lado de la quebrada que sirve de límite internacional, hoy conocida con el nombre de “PROFESOR SALVADOR MAZZA” mientras que la población boliviana lleva el nombre de “SAN JOSÉ DE POCITOS”.

Geográficamente San José de Pocitos se encuentra situada al sur de Bolivia sobre el paralelo 22° 02' entre los meridianos 64° y 63° 42' de longitud oeste<sup>4</sup>.

Limita en la parte sud de la ciudad de Yacuiba, limita al norte con el Barrio Jardín, al Sur con el Puente Internacional, al Este con la Quebrada Internacional y la Empresa Petrolera TRANSREDES, y al Oeste con la Quebrada Internacional. La superficie total del distrito 1 es aproximadamente de 144 Hectáreas que representa el 14% de la superficie total del área urbana<sup>5</sup>.

Tiene una extensión aproximada de 45.000km<sup>2</sup>, según datos de la oficina del departamento de arquitectura del municipio. Su población aproximada es de 17,967 habitantes de acuerdo a datos proporcionados por el instituto nacional de estadísticas<sup>6</sup>.

#### **4.1.2. Indicadores de salud**

En San José de Pocitos, la salud no cuenta con la infraestructura suficiente, el centro más importante y de carácter público en la mancha urbana, lo constituye el Hospital

---

<sup>3</sup> Plan se desarrollo municipal, ordenamiento territorial y uso de suelo para el Gobierno Municipal de Yacuiba.

<sup>4</sup> Plan se desarrollo municipal, ordenamiento territorial y uso de suelo para el Gobierno Municipal de Yacuiba.

<sup>5</sup> Plan se desarrollo municipal, ordenamiento territorial y uso de suelo para el Gobierno Municipal de Yacuiba.

<sup>6</sup> Fuente Elaboración propia en base a estadísticas proporcionadas por la Gerencia de Red de Salud - Yacuiba – 2011.

Municipal Rubén Zelaya con una capacidad de 58 camas, ubicado en el barrio Americano, además existen otros centro de Salud, como el Centro de Salud Pocitos, Caja Nacional de Salud Yacuiba, Caja Petrolera, COSSMIL entre otros de carácter público y privado.

El personal destinado a la asistencia de la salud, corresponde a un número de profesionales entre médicos generales y especialistas, enfermeras, personal paramédico y administrativo. Dentro de las enfermedades que se atienden en el Hospital, las más comunes resultan ser las enfermedades diarreicas agudas EDAs, infecciones respiratorias agudas IRAs, Parasitosis, Malaria, Tuberculosis Leishmaniasis, Hanta Virus Conjuntivitis, Desnutrición y Paludismo La atención del sistema público de salud es insuficiente en el área urbana de la ciudad de Yacuiba, ya que el único establecimiento de salud resulta pequeño e insuficiente para la cantidad de población que tiene y si tomamos en cuenta que el municipio de Yacuiba esta considerado como zona endémica.

Considerando los radios de influencia de los centros de salud y el hospital ubicado en la zona urbana de Yacuiba podemos detectar que la ubicación equidistante entre ellos permite cubrir la totalidad del espacio urbano, sin embargo espacialmente los distritos 2 y 4 muestran ausencia de este tipo de servicio, el mismo que según normas y de acuerdo al tamaño de su población deberían contar mínimamente con un Centro de Salud.

La atención privada de salud cuenta con seis establecimientos, concentrados en la zona del casco viejo ofreciendo una buena infraestructura y equipamiento.

## **4.2. Marco conceptual**

En 1993 la Organización Panamericana de la Salud –OPS- aprobó una resolución en la que se compromete a mejorar la salud de las poblaciones indígenas reconociendo el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos y la necesidad de conservarlos, constituyéndose en un acierto para países como Bolivia cuyo patrimonio en medicina indígena es inmensamente rica que no se ha valorado en su verdadera dimensión.

En Bolivia aproximadamente entre el 60 y 80% de la población rural y urbana en sub sector periférico acude a la atención en salud por parte de la medicina tradicional.

Bolivia tiene el merito de haber sido el primer país en el que se aceptó oficialmente la vigencias de las medicinas indígenas en enero de 1984, y se reglamento su ejercicio el 13 de marzo de 1987.

Aun que es evidente que en estos últimos años se esta tomando mas seriamente el tema intercultural reflejando en políticas de salud. Es por eso que cada vez se esta cortando las distancias entre lo que es la biomedicina y la medicina tradicional.

El Decreto Supremo 29601 del 10 de junio de 2008 Establece el Modelo de Atención y el modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). Define una nueva estructura de gestión y atención en salud priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Crea las instancias de participación social y de deliberación intersectorial en la comunidad, municipio, departamento y en el nivel nacional.

Asimismo el Artículo 2 hace referencia al objetivo del modelo, y ahí expresamente señala que 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 de la salud (buscando la autogestión); 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.

Por otro lado la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional promulgada el 7 de febrero de 2009 tiene como principales antecedentes a la Marcha por la Vida y el Territorio (1990), las jornadas de octubre (2003) y las elecciones generales (2005). A partir del año 2000 se consolidó la demanda social y sectorial por el acceso universal a la salud para terminar con la exclusión social, la salud como derecho universal y responsabilidad del Estado, el Sistema Único de Salud, la participación y control social.

## **5. DIAGNOSTICO ACERCA DEL NUEVO MODELO SANITARIO DE BOLIVIA: MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL SAFCI**

### **5.1. Alcance del modelo**

“El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las

políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”<sup>7</sup>.

El modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud, el usuario y la familia es horizontal, cuya interacción es de respeto a la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales. Existe articulación y complementariedad entre culturas.

## **5.2. Características generales del modelo de atención SAFCI**

El modelo de atención tiene como características generales las siguientes:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.

---

<sup>7</sup> D.S. 29601, Título II, Cap. I, Artículo 5.

- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, información - educación - comunicación, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula la atención de la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.
- Los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.
- Responsabilidad territorial, asegurando la gestión y atención en salud de acuerdo a los principios de la salud familiar comunitaria intercultural.
- El equipo de salud es multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional (intradisciplinariedad), pero además realiza labor coordinada y sistemática con otras profesiones (interdisciplinariedad).

### **5.3. El modelo de atención en el establecimiento**

El modelo de atención busca que toda persona reciba una atención integral e intercultural adecuada, y que, de acuerdo a la complejidad del caso, pueda acceder a los niveles de complejidad necesarios, mediante mecanismos de referencia apoyados por las autoridades de salud. Asimismo, la contrarreferencia al establecimiento que lo refirió asegurará el seguimiento y la continuación de la atención del problema de salud y/o motivo de consulta.

Las siguientes características son esenciales para asegurar una mejor atención en los establecimientos de salud: horarios de atención y tiempos de espera negociados entre la comunidad y el equipo de salud, acciones para mejorar la competencia técnica del personal de salud, infraestructura culturalmente adecuada (adecuación de salas de parto, instalación de casas de espera, con espacio para familiares), entre otros.

#### **5.4. El modelo de atención en la comunidad**

El modelo de atención en la comunidad, se centra en la Salud Familiar como nexo entre el servicio y la comunidad, organiza la extensión de coberturas y la cualificación de la atención básica, responsabilizándose de un determinado número de familias. El equipo de salud a través de la visita domiciliaria, se involucra con las familias y comunidad, realizando procesos de promoción, prevención y rehabilitación. También identifica enfermedades, factores de riesgo, factores protectores y las determinantes socioculturales y económicas.

La atención en la familia se nutre de los principios de integralidad e interculturalidad, utilizando como su principal instrumento la carpeta familiar.

#### **5.5. Alcance de la Red de Salud**

La Red de Salud es el conjunto concertado y complementado de los recursos y capacidades institucionales y comunitarias relacionados entre sí, basados principalmente en grados de vinculación de personas antes que de infraestructura o equipos; en el entendido que la construcción de redes tiene el objetivo de respetar las heterogeneidades.

El modelo de atención SAFCI se basa en el funcionamiento de la Red de Salud, que a su vez está conformada por la Red Municipal SAFCI y la Red de Servicios de Salud, siendo la unidad operativa básica el establecimiento de salud.

#### **5.6. Definición de la Red de Servicios de Salud**

Con la finalidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las redes de servicios. Cada red está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: público, del seguro social a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, articulados a la medicina tradicional, indígena/originaria/campesina y a la estructura social en salud. Puede darse en un solo municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutoria resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales, departamentales o nacionales.

#### **5.7. La Red Municipal SAFCI**

Es la estructura operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las personas, las familias y las comunidades de su jurisdicción, fundamentadas en las necesidades de los mismos. Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades) en el ámbito de su jurisdicción, la participación social conciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la Salud Familiar y la Interculturalidad.

**Cuadro N° 5.1 Red Municipal – Yacuiba**



### **5.7.1. Descripción de los niveles de complejidad en la atención de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural**

La red de servicios de salud está formada por establecimientos de diferentes niveles de complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutive. La capacidad resolutive de cada nivel de complejidad es la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver problemas de enfermedad de acuerdo al conocimiento y la tecnología a su alcance, garantizando la atención necesaria, mientras el (la) usuario(a) es transferido(a) a otro establecimiento de mayor complejidad tecnológica o de conocimientos especializados, cuando el caso lo requiera.

#### **5.7.1.1. Primer nivel de complejidad**

Representado tradicionalmente por el puesto de salud y el centro de salud. La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la promoción de la salud física, mental y social, la educación en salud y la prevención de las enfermedades, en la consulta ambulatoria, la internación de tránsito en los establecimientos con camas, de manera integral e intercultural, en el establecimiento y en las visitas domiciliarias a la familia y comunidad.

Es también el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud, para la atención continua, comprensiva y coordinada, ofrecida a la población sin distinción de género, enfermedad, sistema orgánico ni preferencias.

Este nivel es el punto de partida de la articulación y la complementariedad entre la medicina tradicional (médicos tradicionales y parteros/as) y los servicios de la medicina clínica académica (puestos de salud, centros de salud con o sin camas, policlínicos).

#### **5.7.1.2. Segundo nivel de complejidad**

Actualmente representado por el hospital básico. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y de internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, cirugía, traumatología, anestesiología, servicios básicos de apoyo diagnóstico, terapéutico y otras de acuerdo a necesidades epidemiológicas según región.

Este nivel se caracteriza por la atención de inter-consulta de especialidades y tiene el propósito de resolver dificultades de diagnóstico y tratamiento. Es responsable de la

referencia al establecimiento de mayor complejidad si es necesario o de contrarreferencia al establecimiento de la red SAFCI que haya solicitado la atención.

Así mismo, si el hospital es responsable de un área territorial determinada, cumple con las funciones de atención primaria, las cuales se realizarán en base a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

### **5.7.1.3. Tercer nivel de complejidad**

Está representado por los hospitales generales e institutos especializados, que ofrecen atención terciaria caracterizada por especialidades para la atención de usuarios/as derivados o referidos de establecimientos de menor complejidad.

Sus actividades se definen por: la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad. También encontramos a los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización, los cuales tienen la responsabilidad de contribuir al mejoramiento de la atención de la enfermedad en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, mediante la investigación, la formación de recursos humanos, la producción de insumos y biológicos, el control de calidad y la participación en proyectos intersectoriales en el ámbito de su competencia.

### **5.7.2. De la Salud Familiar Comunitaria Intercultural**

“El Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples aspectos, que se expresan en la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Política que moviliza las “energías” de la persona, en su relación de interdependencia con la familia y la comunidad, para que de forma

consiente organizada y autónoma intervengan en la resolución de los problemas de salud. Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas”.

Así, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la **nueva forma de pensar y hacer salud** en el “Sistema Nacional de Salud”. En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la gestión compartida de la salud y la atención de la salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

Este paradigma es **participativo** al buscar e impulsar que los (las) actores (as) sociales sean protagonistas en la gestión de la salud, a través de acciones **intersectoriales e integrales** en las que se articulan, complementan **y revalorizan las medicinas** que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas.

### **5.7.3. Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI?**

Los principios de la **SAFCI** son:

- a) Participación social
- b) Interculturalidad
- c) Integralidad
- d) Intersectorialidad

### **5.7.3.1. Participación social**

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación- control social.

### **5.7.3.2. Interculturalidad**

“Es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existente en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social y cultural (Saez - Margarita. Ministerio de salud Chile, 2001)

### **5.7.3.3. Integralidad**

La integralidad de la salud, está orientada a que el servicio de salud conciba el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde la persona como ser bio-psico-social, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa.

### **5.7.3.4. Intersectorialidad**

Se asume la intersectorialidad como la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, en alianzas estratégicas y programáticas con educación, saneamiento básico,

producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos.

#### **5.7.4. Definición de interculturalidad**

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico.

Podemos pensar la interculturalidad en salud como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas (Ibacache, J y Oyarce, A: 1996)

Cada día nos parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. La biomedicina no escapa a esta regla y por ende la medicina tradicional puede permanecer como una alternativa válida para el restablecimiento del equilibrio, donde su concepto holístico del proceso salud-enfermedad la hace de mayor efectividad que la medicina occidental.

Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal). Debería al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

El desarrollo desde la perspectiva intercultural también deberá ser entendido como el logro de una identidad cultural que potencie los elementos comunes entre las culturas y respete los diversos.

### **5.8. Marco referencial**

Entre las investigaciones más relevantes que se han podido identificar, se tiene un conjunto de las mismas que están orientadas a la percepción de la medicina tradicional y el nuevo modelo de salud intercultural desde una visión occidentalista.

A diferencia del presente estudio su objetivo está enfocado en la población del Chaco boliviano a pesar de la diversidad étnica de la que esta compuesta, sin embargo, no se puede dejar de advertir que en este proceso de transculturización las corrientes migracionales del occidente han asimilado sistemáticamente los usos y costumbres de las culturas originarias del Gran Chaco Boliviano llámense guaraníes o weenhayeks ubicadas en el sector noreste de la región, márgenes del río Pilcomayo y algunas en poblaciones ubicadas en sectores geográficos periféricos como aguayrenda; sin embargo, hay que tomar en cuenta que la población urbana tiene componentes culturales muy distintos a la población originaria; ya que la mayoría de las familias tienen origen en otros departamentos del estado, cuya corriente cultural se va originando en base a una mezcla de costumbres como la ganadería, el mate, la chacarera, etc. que no pertenecen precisamente a la cultura guaraní, en ese sentido caben destacarse las siguientes investigaciones:

- Análisis del Fondo Comunitario de Salud Actual y su relación con las Problemáticas Interculturales del Municipio de Tupiza. Olga Bustamante. Universidad Autónoma Tomás Frías. 2007.

En esta investigación se pone de relieve un problema como la disminución en el acceso de las familias del Alto Riesgo en el Grado de Utilización del Fondo Comunitario de Salud, entre las razones que explican este fenómeno destacan aquellas que tienen que ver con la cuestión intercultural.

- La interculturalidad en la relación médico – paciente campesino. Rubén A. Durán Aranibar. Universidad Autónoma Tomás Frías. Marzo 2002.

La investigación profundiza su análisis en la descripción de los aspectos interculturales que intervienen en la relación medico-paciente campesino en el Hospital Eduardo Eguía de la Ciudad De Tupiza, y su importancia en el presente estudio radica en el hecho del manejo del tema intercultural y su relación con los servicios de salud.

- Articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional, en el sector Cotagaita. 2001. Jorge Ismael Gonzáles Serrano. Universidad Autónoma Tomás Frías. Abril de 2002

En este trabajo de investigación se vio que las familias del área de estudio, utilizan el sistema médico de autoatención, el sistema medico tradicional y el sistema médico convencional. Según la preferencia que tienen las familias en general, en primer lugar se encuentra el sistema médico convencional, en segundo plano lo ubican a la medicina tradicional y en tercer lugar está el sistema médico de autoatención. Sin embargo en la realidad, el uso de estos sistemas médicos es completamente a la inversa, esto se dice que es por la falta de recursos económicos en la población.

- Desafíos de la salud intercultural. Dr. Sergio Lerin Piñon. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F. y Asesor del Programa de Salud, Alimentación y Nutrición Indígena (PROSANI-SSA).

El presente artículo aborda el tema de la salud intercultural. Para ello se revisan algunos de los principales planteamientos que en nuestro medio dieron origen a acciones que tenían como objetivo disminuir la brecha en los daños a la salud entre la población indígena y la población en general, y que se dieron a partir del indigenismo y, en menor medida, de los programas que privilegiaron la ampliación de la cobertura de los servicios. El trabajo busca construir una propuesta provisoria que pueda ser útil para mejorar la calidad de la atención mediante la capacitación y profesionalización de los recursos humanos que laboran en contextos indígenas, al brindarles contenidos provenientes de la antropología social y particularmente de la antropología médica.

- Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia Pueblos Indígenas y Originarios y Salud Intercultural. Para Vivir Bien.

Es un artículo firmado por el Sr. Alberto Camaqui Mendoza, Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Camaqui Mendoza es Médico Tradicional, Auxiliar en Enfermería, título que obtuvo en la Escuela Nacional de Salud Pública de Potosí, nivel Técnico Superior.

Su trabajo se centra en consolidar la implementación de la medicina tradicional en los hospitales y centro de salud de todo el país, con el antecedente de haber instaurado la misma en uno de los Hospitales de tercer nivel más grandes e importantes del país como es el Hospital Bracamonte de la ciudad de Potosí.

- Política de desarrollo de recursos humanos en Salud. Bolivia: desafíos para su implementación. MS.c. Miryam Gamboa Villarroel. Lima-Perú. 2010.

Este es un documento producto de una intervención internacional de la MSc Miryam Gamboa Villarroel en la ciudad de Lima, destaca por el hecho de que se pone un especial énfasis en la eliminación de exclusión social como parte del reconocimiento de lo social como totalidad

- Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel. Serie: Documentos Técnico – Normativos. La Paz — Bolivia. 2008.

Esto es un documento normativo, donde se detallan los alcances que tienen los diversos niveles de atención de salud en el país.

- Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Red Municipal SAFCI y Red de servicios movilizados por el derecho a la salud y la vida serie: documentos técnico – normativos La Paz — Bolivia. 2008

Al igual que el anterior documento el presente también es un instrumento técnico normativo.

- Kudelka A. Participación Comunitaria y Control Social. Salud Pública Boliviana. N° 58. 2005.

El Ministerio de Salud y Deportes, por primera vez y dentro del proceso de recuperación de la Rectoría en cuanto a su responsabilidad de Regulación, presenta la Norma Nacional de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios, de cumplimiento

obligatorio y cuya adecuación e implementación está a cargo de los Servicios Departamentales de Salud y Gobiernos Municipales.

En el primer capítulo se desglosan los aspectos fundamentales que tienen que ver con la nueva forma de pensar el sector salud; en el segundo capítulo se encuentran las bases ideológicas y filosóficas del desarrollo de las Redes de Salud; en el tercer capítulo se establecen las reglas para el funcionamiento de las redes; en el cuarto capítulo se describe la Red de Servicios y la Red Municipal SAFCI, estableciendo los lineamientos para su organización.

Asimismo como referencias acerca del tema objeto de investigación se tienen las siguientes normas constitucionales:

### **Artículo 18: constitución política del Estado**

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

### **Determinantes sociales de la salud**

Se citan contenidos parciales de los artículos referidos a los determinantes sociales.

**Artículo 16:** Derecho al agua y a la alimentación. El Estado garantiza la seguridad alimentaria.

**Artículo 17:** Derecho a recibir educación en todos los niveles.

**Artículo 19:** Derecho a un hábitat y vivienda digna.

**Artículo 20:** Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

### **El derecho a la salud de las naciones y pueblos indígenas**

#### **Artículo 30:**

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.

II.

9) A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales

## **La medicina tradicional**

Artículo 42:

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

## **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas**

Como se verá estas normas de importante trascendencia para el país han tenido su precedente más cercano en las disposiciones contenidas en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas Asamblea General ONU, aprobada el 13 de septiembre de 2007.

Entre los aspectos más resaltantes de esta Declaración destaca el Artículo 24 que literalmente dice: "Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus

plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud"<sup>8</sup>.

"Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho"<sup>9</sup>.

Esto quiere decir que la exhortación a los países que ratifiquen la Declaración parte del principio de inclusión sobre el cual versa el espíritu del Decreto Supremo N° 29601 que pone en vigencia el Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural" que como se observará en el capítulo siguiente sienta las bases para la articulación de la medicina ancestral, de la medicina tradicional con la medicina académica.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo General**

ANÁLIZAR Y SISTEMATIZAR LA PERCEPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD SAFCI (SALUD – FAMILIAR, COMUNITARIO INTERCULTURAL) POR PARTE DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES DEL ÁREA DE POCITOS -BARRIO NUEVO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2011

---

<sup>8</sup> Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas Asamblea General ONU, aprobada el 13 de septiembre de 2007.

<sup>9</sup> Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas Asamblea General ONU, aprobada el 13 de septiembre de 2007.

## **6.2. Objetivos Específicos**

- Describir y analizar el nivel conocimiento que tienen las organizaciones sociales con relación al nuevo sistema de salud (SAFCI)
- Identificar los factores por los cuales la población a través de las organizaciones sociales del área de Pocitos-Barrio Nuevo a la fecha no llega a percibir en todo su contexto y aceptar el nuevo modelo de salud como alternativa de atención clínica preventiva comunitaria en sus diferentes niveles

## **6.3. Diseño de investigación**

Trabajo de investigación acción y participación

### **6.3.1. Tipo de diseño**

No experimental. En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. Sin embargo, a partir del análisis de los resultados obtenidos se podrá abordar el problema objeto de estudio que no es otro que promover entre la población de San José de Pocitos el conocimiento sobre el nuevo modelo de salud, con la finalidad de mejorar su percepción sobre el mismo.

### **6.3.2. Tipo de investigación - descriptiva**

En criterio del tratadista Roberto Hernández, “frecuentemente el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga”<sup>10</sup>.

Ahora bien a partir de esta definición y contrastándola con la finalidad de la presente investigación, es posible afirmar que la misma es de tipo descriptiva pues será objeto de análisis y medición la percepción que tienen las organizaciones sociales de la población de San José de pocitos-barrio nuevo sobre el nuevo modelo de gestión de Salud denominado SAFCI.

### **6.3.3. Según el enfoque - cuantitativa**

Explica Roberto Hernández Sampieri, que “el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> HERNÁNDEZ, S. Roberto et.al. Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw – Hill/Interamericana editores S.A. 3ª Edición. 2003. p. 117.

<sup>11</sup> HERNÁNDEZ, S. Roberto et.al. Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw – Hill/Interamericana editores S.A. 3ª Edición. 2003. p. 5.

Por tales razones y en vista de que en la presente investigación se medirán comportamientos, percepciones a través de encuestas es que se ha optado por elegir este enfoque.

## **6.4. Técnicas**

### **6.4.1. Encuesta**

"La investigación por encuesta es considerada como una rama de la investigación social científica orientada a la valoración de poblaciones enteras mediante el análisis de muestras representativas de la misma"<sup>12</sup>. De acuerdo con Garza<sup>13</sup> la investigación por encuesta "se caracteriza por la recopilación de testimonios, orales o escritos, provocados y dirigidos con el propósito de averiguar hechos, opiniones actitudes", la investigación por encuesta es un método de colección de datos en los cuales se definen específicamente grupos de individuos que dan respuesta a un número de preguntas específicas.

#### 7.4.2

### **Instrumento de Obtención de la Muestra**

En ese sentido se realizará una encuesta no estructurada, por lo que se elaborará un formulario que contengan las preguntas abiertas.

---

<sup>12</sup> KERLINGER, F. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología, 2ª. ed., Ed. Interamericana, México. 1983.

<sup>13</sup> GARZA, A. (1988). Manual de Técnicas de Investigación para Estudiantes de Ciencias Sociales, 7ª. reimp., Ed. Harla, México. 1988. p. 183.

En vista de las características propias de estas organizaciones se decide utilizar la técnica de recolección de información basada en “lluvia de ideas”.

### **7.4.3**

#### **Metódica del Instrumentos**

Es un formulario con preguntas abiertas y cerradas que fueron aplicadas por el investigador, previamente se loes hizo conocer los objetivos de dicha investigación, y se pidió su consentimiento para participar en la misma, en entrevistas individuales, las personas fueron encontradas en sus domicilios.

### **6.5. Universo**

17,967 habitantes según información proporcionada por el<sup>14</sup> PDM.

### **6.6. Muestra**

De este universo serán seleccionados por criterio de conveniencia: 60 personas. Representativas, OTBs, comité de salud, comité cívico, juntas vecinales del área de pocitos –barrio nuevo.

### **6.7. Fases de la investigación**

Presentación

Orientar dando a conocer la razón de ser la entrevista

Realizar la entrevista

Trascripción de la entrevista

Interpretación y Análisis de las respuestas

---

<sup>14</sup> Fuente Elaboración propia en base a estadísticas proporcionadas por la Gerencia de Red de Salud - Yacuiba – 2011.

Informe final

Las presentes fases serán desarrolladas sistemáticamente en el transcurso de la propia investigación y específicamente en el capítulo correspondiente a los resultados y evaluación de los mismos

## **7. RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL DIAGNOSTICO**

Se realizó un diagnostico inicial el mismo que consiste en la descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal como son sentidas y expresadas por las personas; la investigación se orienta hacia la acción y la transformación de la realidad; no basta con describir los fenómenos o aportar a la construcción de un conocimiento.

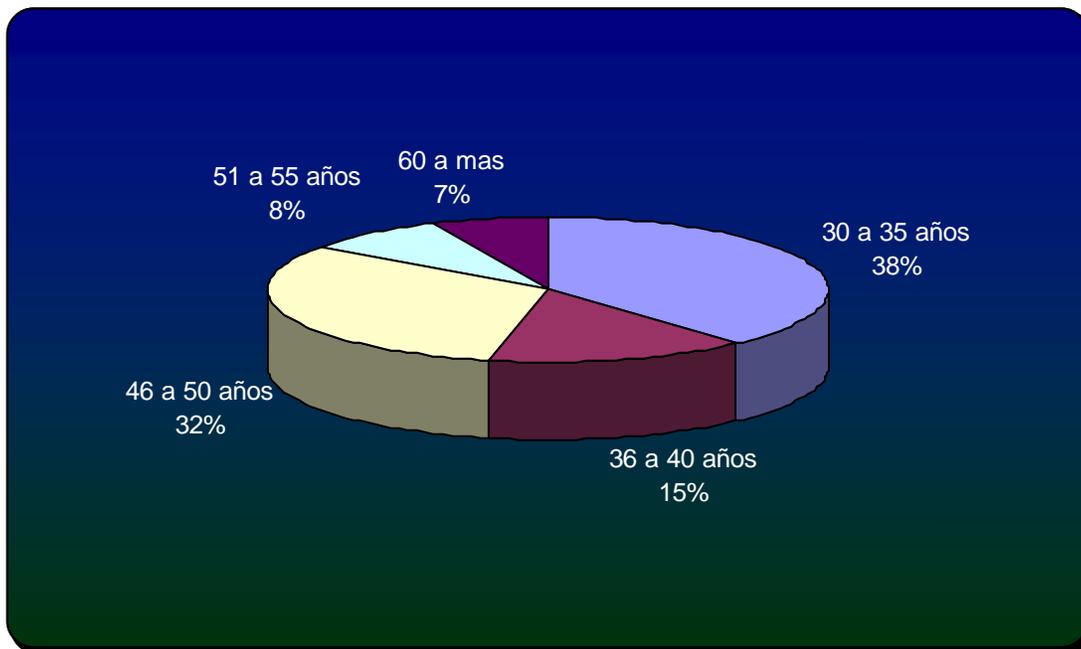
En lo que va de las siguientes líneas, se pretende abordar el problema objeto de investigación desde la perspectiva de la propia población beneficiaria con el nuevo modelo sanitario descrito y caracterizado en los capítulos anteriores.

Si bien es cierto que el tema ha sido desarrollado a partir de la investigación documental y análisis de contenido de dichos documentos lo que resta ahora es contrastar lo teórico con lo práctico, es decir, demostrar los objetivos pero a partir de la percepción que tiene la población de San José de Pocitos respecto al modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, objeto y naturaleza de esta investigación.

En una primera instancia de la encuesta se dirige la misma a conocer de manera general indicadores relativos al sexo, edad, procedencia entre otros, para luego ingresar a identificar indicadores como conocimiento del modelo, alcances, percepción de las ventajas que ofrece este nuevo modelo de salud y los beneficios que estas políticas de salud sean favorables para todos.

**Cuadro N° 7.1 Población según edad**

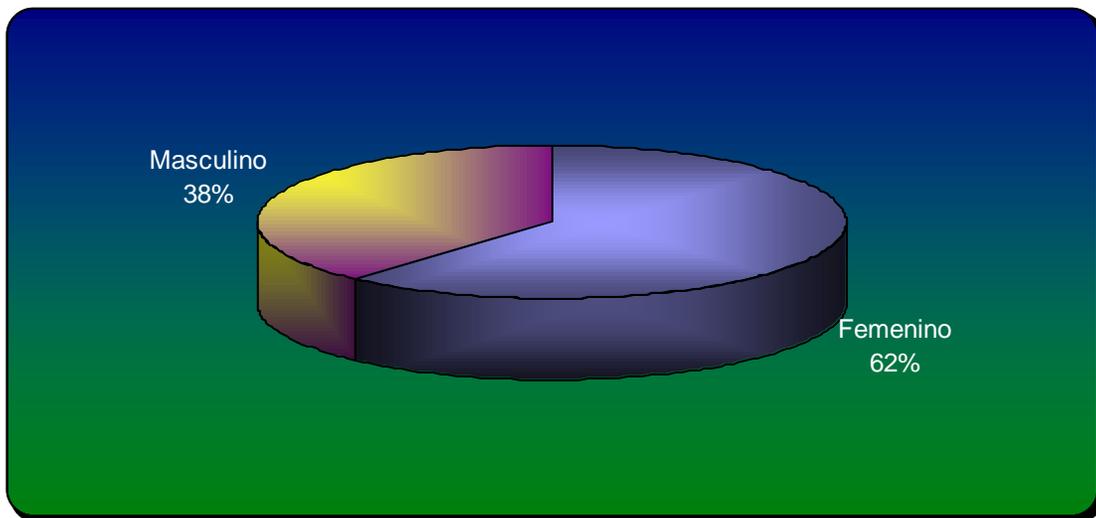
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
30 a 35 años	23	38
36 a 40 años	9	15
46 a 50 años	19	32
51 a 55 años	5	8
60 a mas	4	7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



De acuerdo a este cuadro y gráfico la población de las comunidades de Pocitos/Barrio Nuevo es eminentemente adulta joven.

**Cuadro N° 7.2 Población según sexo**

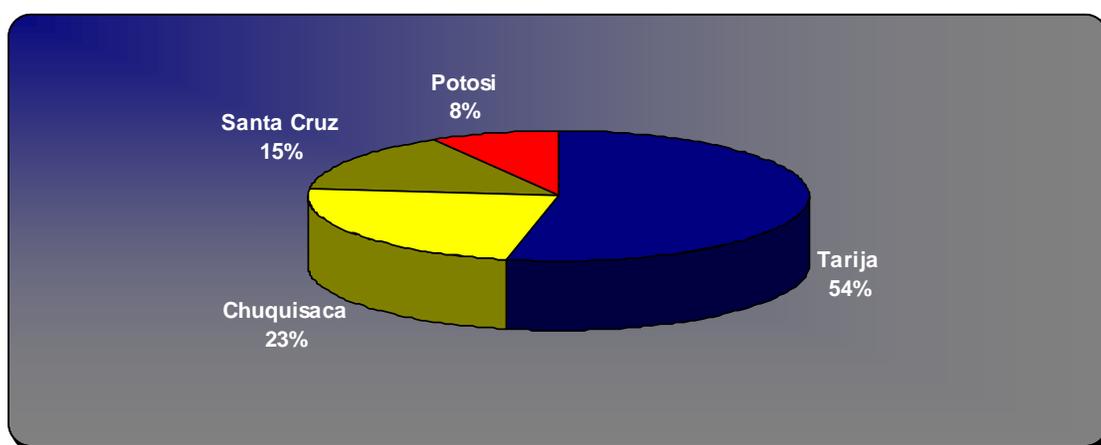
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	37	62
Masculino	23	38
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



Como es sabido la población es predominantemente femenina, así lo confirma el cuadro objeto de estudio con el 62% de participación mujer en la presente encuesta.

**Cuadro N° 7.3 Población según procedencia**

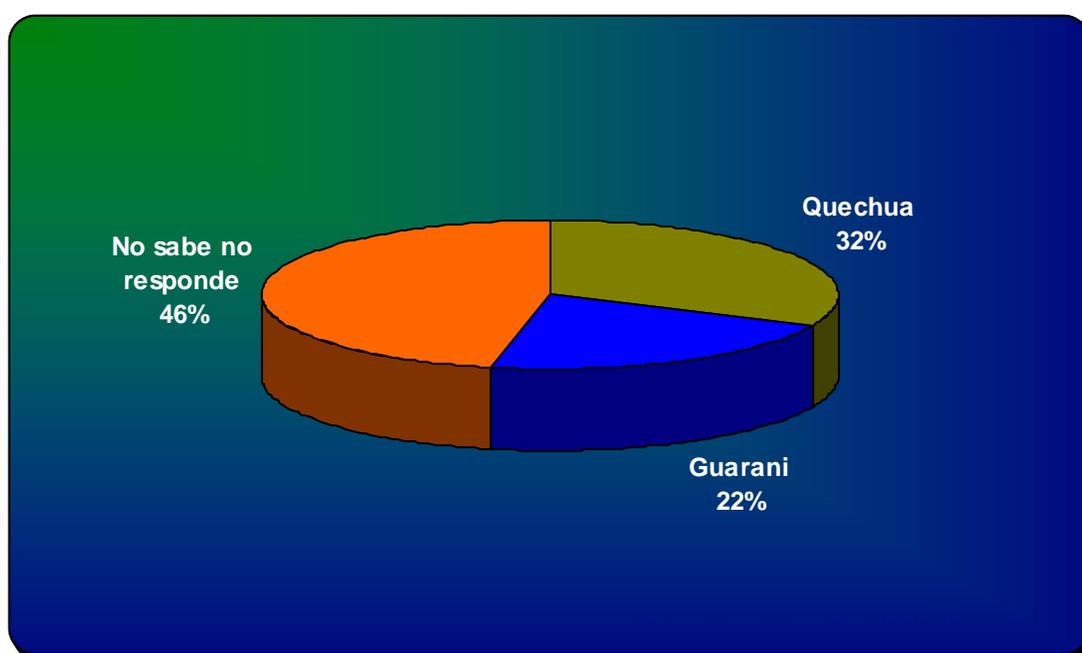
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
Tarija	32	54
Chuquisaca	14	23
Santa Cruz	9	15
Potosí	5	8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



En Yacuiba existe un fuerte componente étnico proveniente del occidente y del sur quechua, como lo es la población chuquisaqueña y potosina.

**Cuadro Nº 7.4 Procedencia étnica**

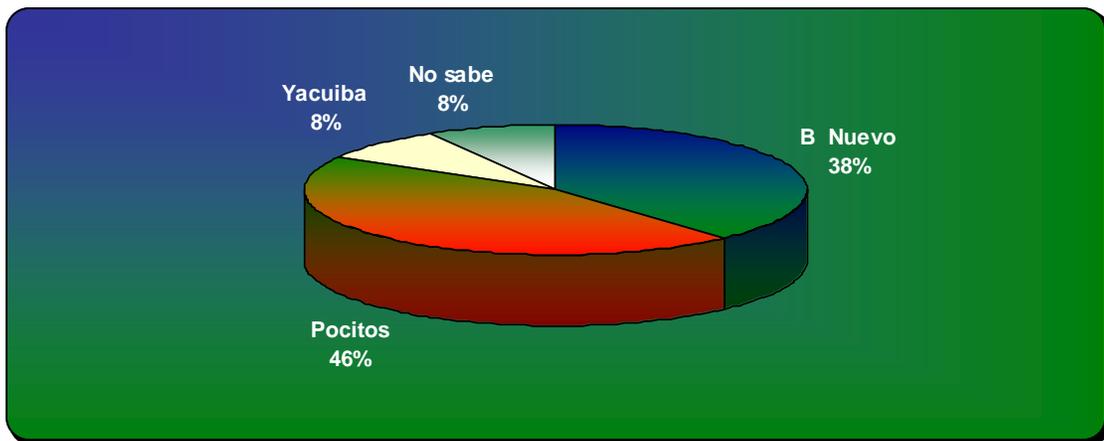
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
Quechua	19	32
Guaraní	13	22
No sabe no responde	28	46
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



Se observa en el siguiente resultado que existe un alto índice de personas cuya etnia no necesariamente es la que debería predominar en esta parte del Chaco una población cuya cultura quechua a lo largo del tiempo ha impuesto patrones sobre la base de sus propios usos y costumbres y cómo no saberes en materia de salud. se puede observar que la mayor parte el 46% puede considerarse como criolla, gente mestiza que predomina culturalmente en las zonas periurbana y urbana.

**Cuadro N° 7.5 Barrio de procedencia**

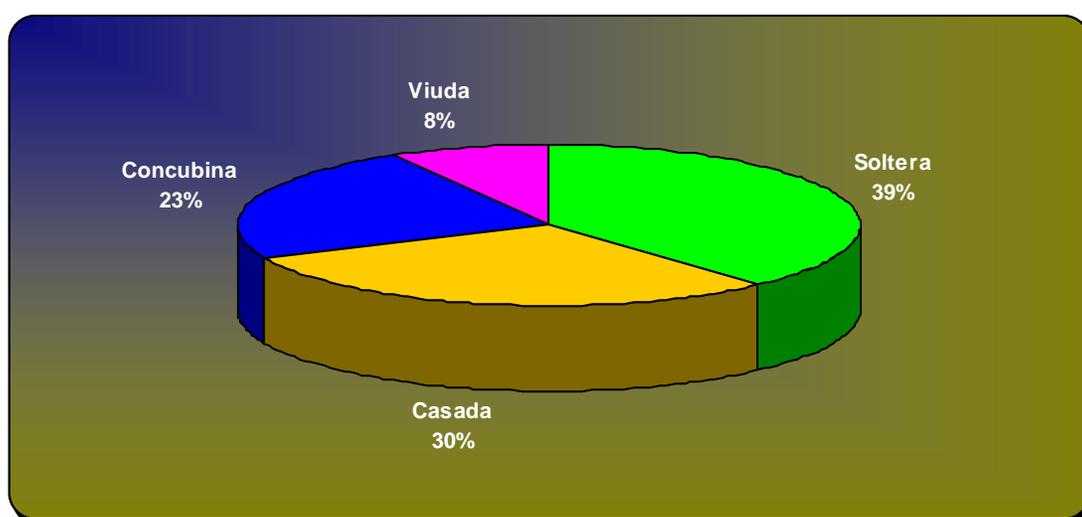
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
B Nuevo	23	38
Pocitos	27	46
Yacuiba	5	8
No sabe	5	8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



El cuadro 4.5 demuestra el peso demográfico que tienen los barrios Pocitos y Barrio Nuevo en la constitución de su estructura poblacional.

**Cuadro N° 7.6 Población según estado civil**

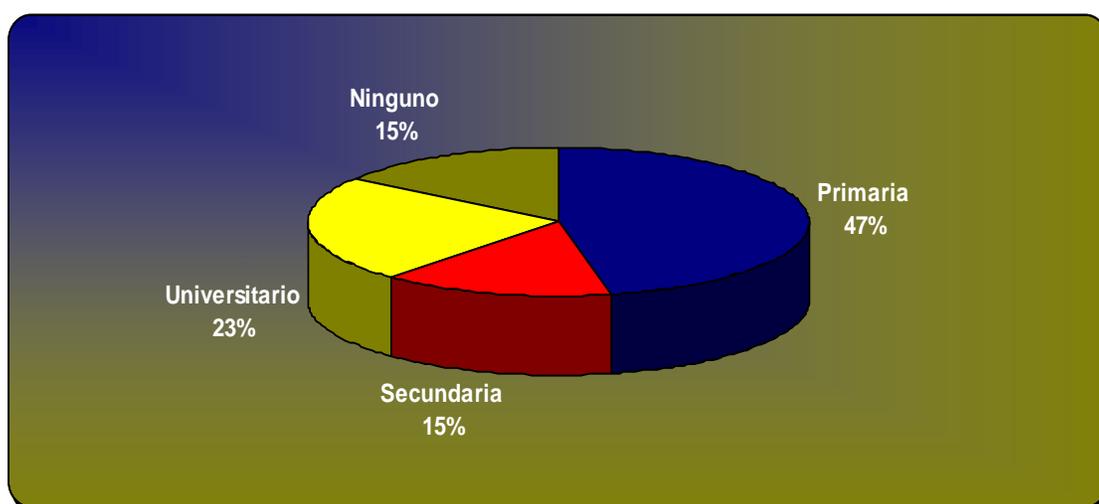
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	23	39
Casada	18	30
Concubina	14	23
Viuda	5	8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



A pesar de que el 30% de la población afirmó ser casada, no deja de preocupar la opción de las personas por llevar vidas libres o concubinatos, como lo demuestran el 39% y 23% de los/las encuestadas respectivamente.

**Cuadro N° 7.7 Población según grado de instrucción**

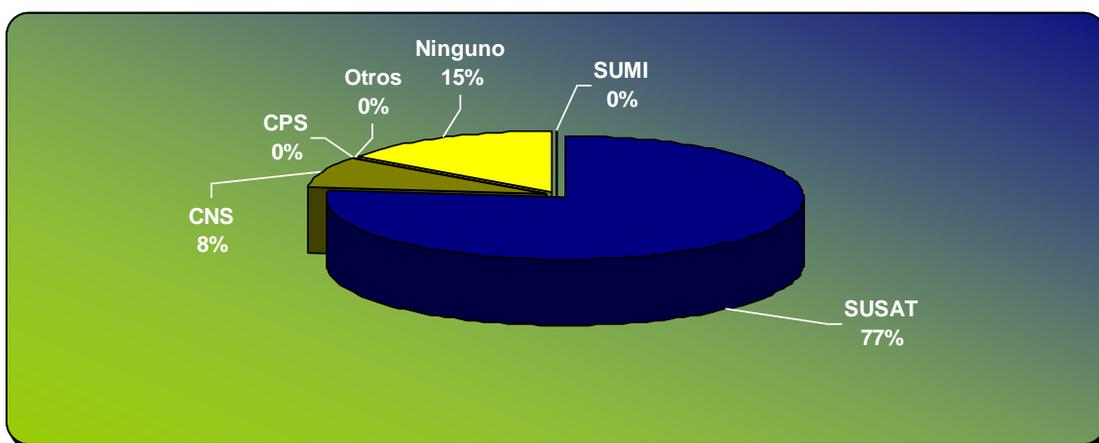
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	28	47
Secundaria	9	15
Universitario	14	23
Ninguno	9	15
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



De acuerdo al cuadro N° 4.7 existe una población en los barrios de Pocitos y Barrio Nuevo cuyo grado de instrucción predominante es la primaria 47%, seguida de una bastante alejada posición de personas con educación secundaria 15% una cercana población universitaria de 23%, ninguna 15%

**Cuadro N° 7.8 Que tipo de seguros usted tiene en la actualidad?**

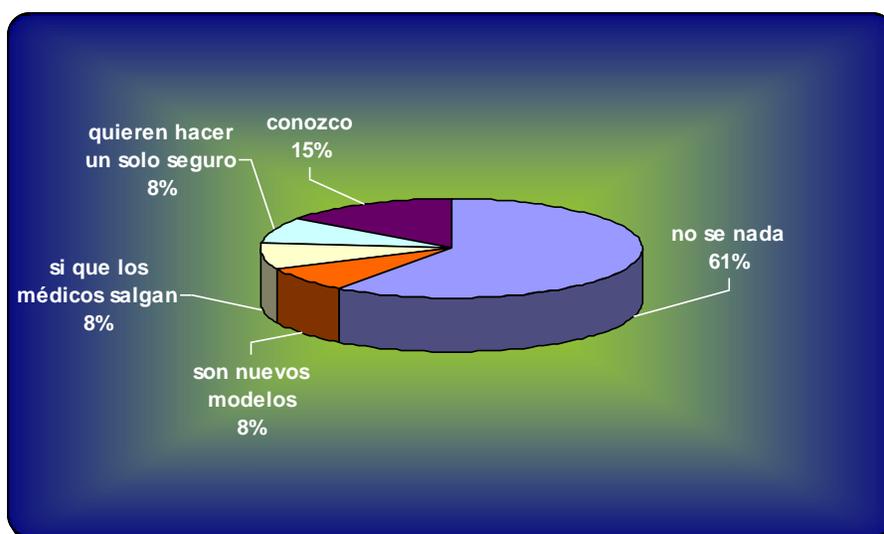
Alternativas	Absoluto/Acumulado	Porcentaje
SUMI	0	0
SUSAT	46	77
CNS	5	8
CPS	0	0
Otros	0	0
Ninguno	9	15
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



La mayor parte de la población cuentan con el seguro universal de salud de Tarija (SUSAT) con el 77%; la Caja Nacional con 8% ninguno el 15%. Esto quiere decir que la población femenina encuestada no se encuentra en estado gestacional o con hijos menores de 6 meses cuya atención de salud es cubierta por el SUMI, asimismo y considerando que dichas encuestas son realizadas a persona adultas, de hecho, los menores de 5 años que se encuentran cubiertos por el SUMI no son tomados en cuenta en estos datos. Lo preocupante de esta información es el porcentaje de personas que no cuentan con ningún tipo de seguro que alcanza el 15% de los encuestados.

**Cuadro N° 7.9 Percepción de las nuevas políticas que se están poniendo en práctica en la actualidad**

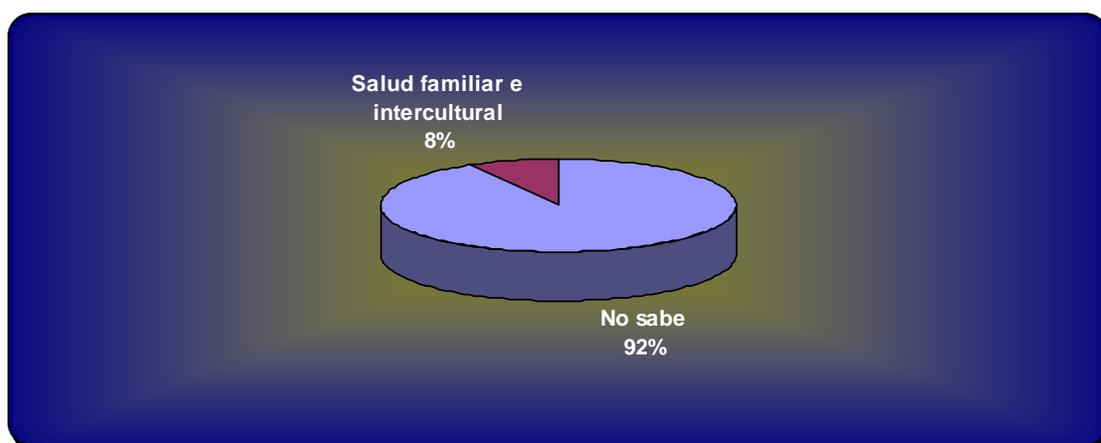
Alternativas	Absoluto/Acumulado	Porcentaje
No se nada	36	61
Son nuevos modelos	5	8
si que los médicos salgan	5	8
quieren hacer un solo seguro	5	8
conozco	9	15
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



El 61% de la población encuestada respondió que no saben nada acerca de las nuevas políticas de salud que se están poniendo en práctica en la actualidad. El 8% dijo que eran nuevas, un 8% de personas que sugiere que los médicos salgan a hacer promoción del nuevo modelo de salud, otro 8% que ha percibido que se quiere hacer un solo seguro, y finalmente 15% de personas que manifestaron conocer el nuevo modelo de salud. El 61% de las personas que dijeron no saber nada es el dato relevante en este resultado.

**Cuadro N° 7.10 Percepción de parte de la población acerca de lo que es el SAFCI y sus alcances**

<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
No sabe	55	92
Salud familiar e intercultural	5	8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

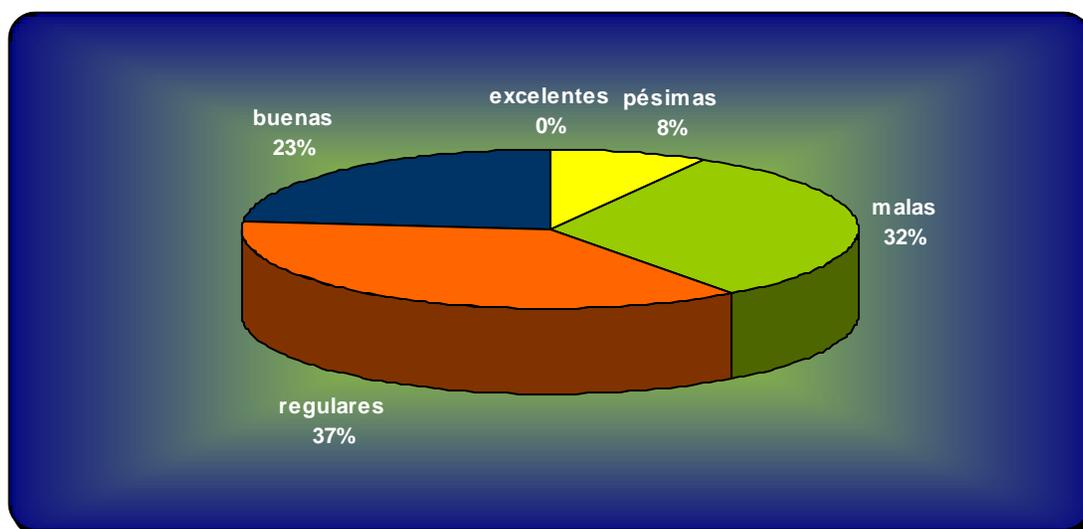


El 92% de la población respondió que no saben lo que significa el SAFCI y mucho menos cuáles son sus alcances; sólo el 8% de la población respondió que entendían que era salud familiar e intercultural.

Haciendo un cruce de los resultados de este cuadro con los 4.7, 4.8 y 4.9, existe algo en común, están estrechamente unidos por el factor educación, acceso a la información y comunicación plena. Dicho en otras palabras la población no percibe estos cambios porque no los entienden, nadie les informa y porque no están interesados en comprenderlos a pesar del carácter del modelo que busca reivindicar los servicios de salud con inclusión social.

**Cuadro N° 7.11 Percepción valorativa de las políticas de gobierno**

<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
pésimas	5	8
malas	19	32
regulares	22	37
buenas	14	23
excelentes	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



El 32% de la población respondió que son malas; otro 37% regulares; el 23% que son buenas; 8% considera que las políticas de salud implementadas por el estado boliviano en la actualidad son pésimas.

**Cuadro N° 7.12 Las políticas del nuevo modelo en relación a los anteriores**

<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
las políticas en salud son malas	26	43
Porque tiene que ser completo	10	17
no sabe	24	40
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

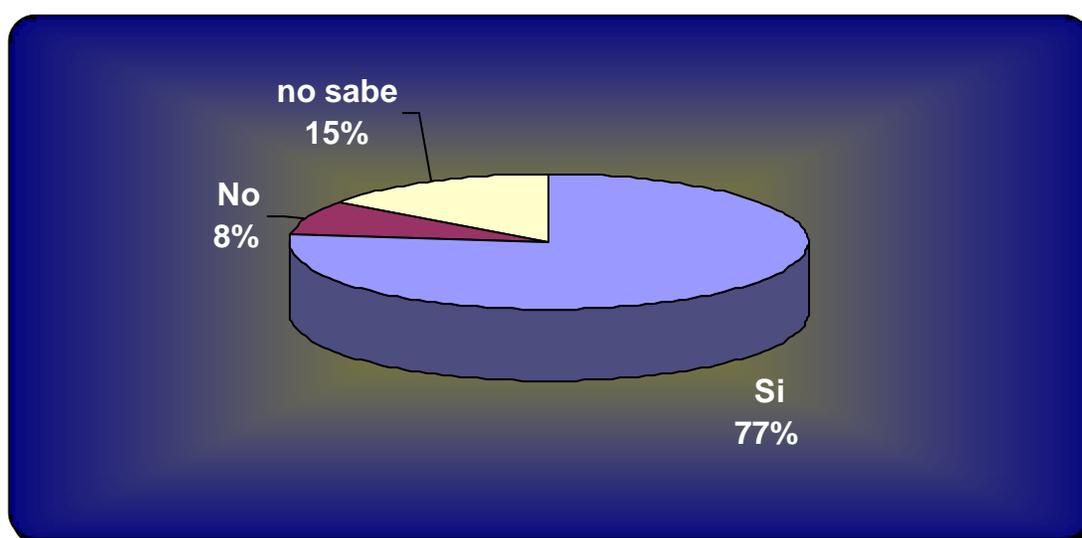


El 43% de la población encuestada respondió que las políticas actuales son malas en relación a las anteriores; No son completas 17%; no saben 40%.

A pesar del significativo peso que pueda tener el 40% de la población encuestada sobre las nuevas políticas implementadas en el sector salud, hay percepción negativa que tiene la población acerca del nuevo modelo de salud.

**Cuadro N° 7.13 Se debe realizar talleres de capacitación sobre el modelo SAFCI a los representantes de las organizaciones sociales.**

Alternativas	Absoluto/Acumulado	Porcentaje
Si	46	77
No	5	8
no sabe	9	15
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



El 77 de la población sí considera indispensable realizar talleres de capacitación sobre el modelo SAFCI dirigido a los representantes de las organizaciones sociales; mientras que el 8% responde que no, y un 15% que no sabe.

**Cuadro N° 7.14 Causas por las cuales no se difunde de manera amplia entre las comunidades de Pocitos – Barrio Nuevo los alcances del Nuevo Modelo de Salud implementado por el actual Gobierno Plurinacional**

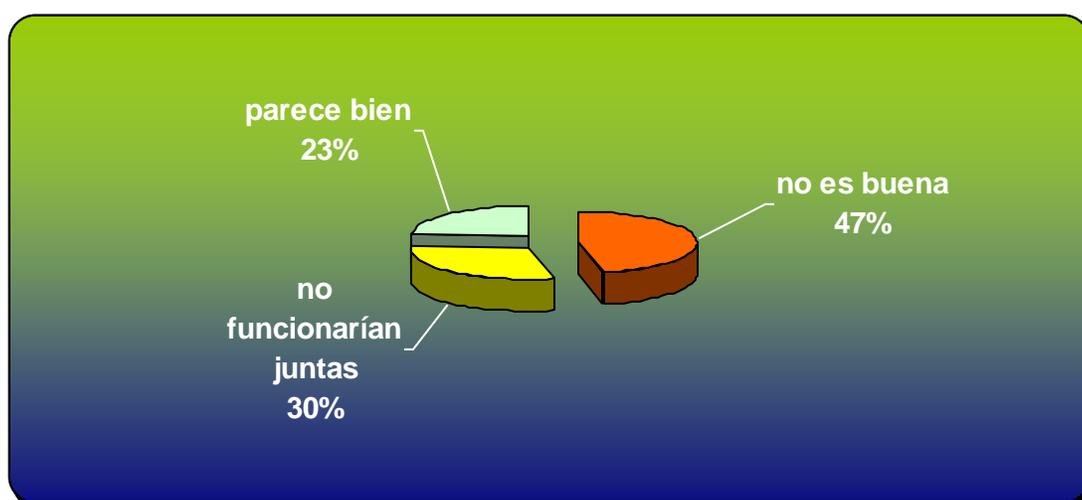
<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
no hay nada de información	55	92
no sabe no responde	5	8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



El 92% de la población encuestada atribuye el hecho de que no se difunda de manera amplia entre las organizaciones sociales de San José de Pocitos y Barrio Nuevo los alcances del Nuevo Modelo de Salud implementado por el actual Gobierno Plurinacional a la causa falta de información, y el 8% no sabe, no responde.

**Cuadro N° 7.15 Concepto tiene sobre la inclusión de la medicina tradicional al nuevo sistema de salud**

<b>Alternativas</b>	<b>Absoluto/Acumulado</b>	<b>Porcentaje</b>
no es buena	28	47
no funcionarían juntas	18	30
parece bien	14	23
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

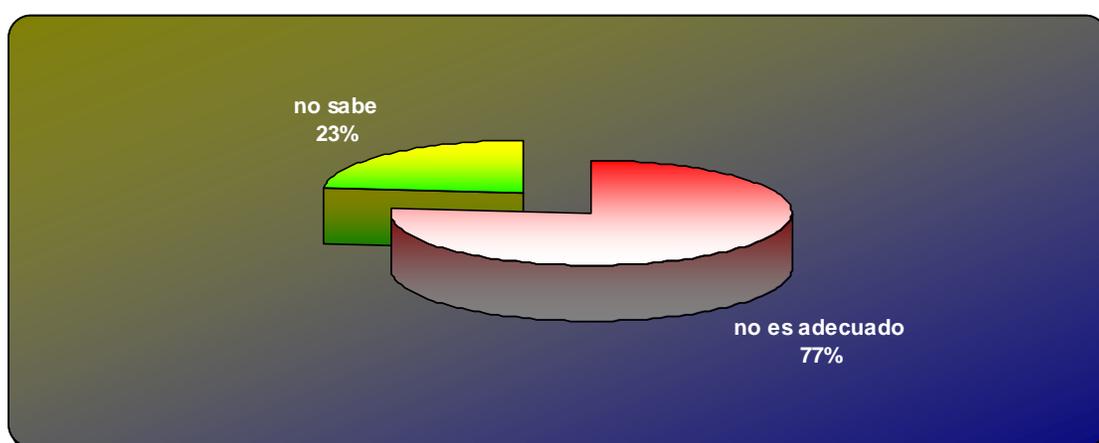


El 47% de la población encuestada respondió que no es buena inclusión de la medicina tradicional al nuevo sistema de salud; el 30% dijo que no funcionarían juntas; y un 23% que le parece bien dicha iniciativa.

Urge informar, reeducar, transformar al ser humano, imbuirnos de un nuevo concepto de vida, diversos pero complementarios.

**Cuadro N° 7.16 Su centro de salud esta acondicionado para la atención de otro tipo de medicina alternativa (medicina tradicional)**

Alternativas	Absoluto/Acumulado	Porcentaje
no es adecuado	46	77
no sabe	14	23
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

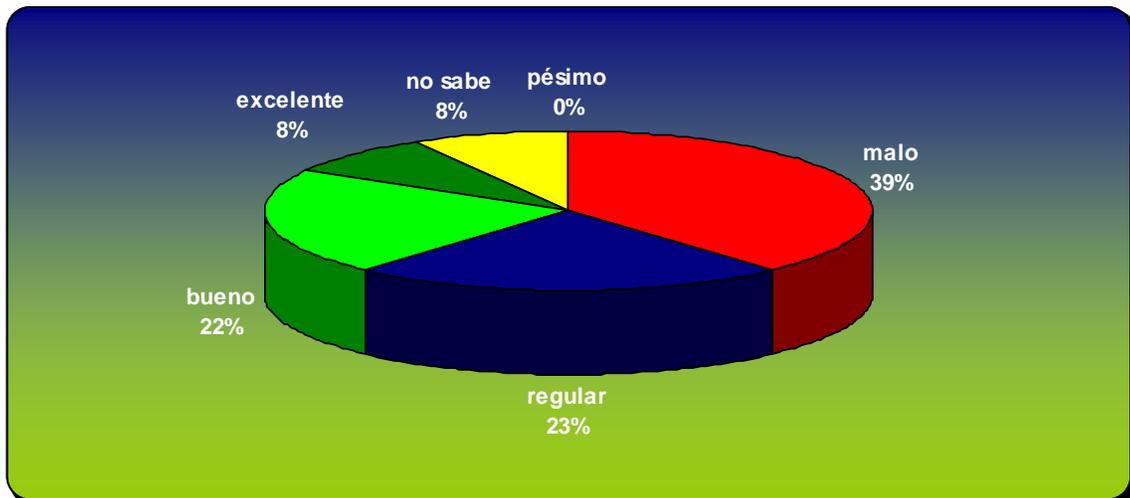


El 77% de la población considera que no es adecuado; mientras que el 23 restante manifiesta que no sabe.

Estas respuestas tienen una gravitante importancia, puesto que si queremos cambiar algo, hay que crear las condiciones necesarias para aquello suceda, caso contrario se cae en una situación de improvisación donde todo tarde o temprano puede volverse insostenible.

**Cuadro N° 7.17 El seguro universal único sería:**

Alternativas	Absoluto/Acumulado	Porcentaje
pésimo	0	0
malo	23	39
regular	14	23
bueno	13	22
excelente	5	8
no sabe	5	8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>



A decir del 39% de la población encuestada sería malo tener que crear un seguro universal único; regular el 23%; bueno el 22%; 8% considera que excelente; no sabe 8% pésimo ninguno.

Se pueden interpretar estas cifras muy por encima de las opiniones en contrario, que hay en la población mayoritariamente hablando una inclinación por aceptar estos cambios estructurales que atañen al sector salud.

## 8. DISCUSIÓN

La concepción del Vivir Bien, propia de las culturas originarias e indígenas de Bolivia, se basa en los elementos comunitarios enraizados en los pueblos indígenas, en las comunidades agrarias y urbanas de las tierras bajas y las tierras altas, y postula una visión cosmo-céntrica que supera los contenidos etnocéntricos tradicionales del desarrollo.

El Vivir Bien expresa el encuentro entre personas y familias en sus comunidades y vecindades, respetando la diversidad e identidad cultural, con solidaridad y protección mutua entre todos y sin asimetrías de poder, armonizando con la naturaleza.

Al finalizar el trabajo de campo realizado, es necesario precisar los siguientes aspectos que sin pretender caer en frases bien pensadas o estructuras lingüísticas confusas requieren que se destaque en ese sentido tratando de consolidar la información proporcionada a través de estas encuestas hay que decir lo siguiente:

La situación social y política actual de Bolivia es la expresión de una brecha histórica entre la sociedad criolla-mestiza dominante y los pueblos-naciones originarias (indígenas) que representan la mayoría del país (62%, según censo 2001) y que se encuentran agrupados en diversas organizaciones de carácter social a lo largo y ancho del país y que en Yacuiba no puede ser la excepción. En los últimos años, en especial desde el año 2000, este antagonismo se expresó de manera violenta en enfrentamientos generados por motivos puntuales (política hidrocarburífera nacional) pero que reflejan a la vez una serie de descontentos de la población indígena hacia las políticas estatales.

En este sentido, la política nacional de salud monocultural y mono paradigmática no responde a la realidad pluricultural del país, lo que implica que la atención de salud sea vivida por la población indígena como una agresión y un mecanismo de dominación que no hace sino aumentar el descontento general. Por eso repensar el Sistema de Salud a partir de la composición étnica del país, a mayoría indígena, es una responsabilidad de todos para evitar que se acreciente la brecha entre culturas en el país.

De acuerdo al análisis de cada cuadro y la información proporcionada por estos se desprende que en el campo de la salud, existe en Bolivia *un profundo desencuentro entre sociedad criolla y sociedades indígenas instituidas* en sus propias organizaciones sociales debido a:

Exclusión política y social: Situación colonial no resuelta (neocolonialismo) que implicó la exclusión de la mayoría de la población en la elaboración de política de salud (entre otros), y el desconocimiento de un Sistema de Salud Tradicional (partería, medicina natural, medicinas naturales) basado en las medicinas tradicionales.

Hegemonía del Paradigma Médico Académico: Confrontación de dos paradigmas de civilización, que implican dos paradigmas de salud (concepciones, representaciones, prácticas), y la hegemonía del paradigma Médico Académico, y por ende la marginación del paradigma medico tradicional (PMT).

Es decir que las causas un problema político (relaciones de poder) y un problema epistemológico (paradigmas distintos).

Estas dos variables han implicado que: La Medicina Académica que se adoptó en el país como Superiora y hasta Única, Verdadera, frente a toda aproximación indígena

de la salud, considerada como supersticiosa, errónea, inferior. La Medicina Académica se introdujo como una imposición de tipo colonial, lo que implica que para las comunidades la Medicina Académica sea considerada como un mecanismo de dominación y de control sobre la población originaria-indígena de parte del Estado, en el marco de relaciones de poder tensas y conflictivas, de más de 500 años, entre poblaciones originarias y Estado boliviano (se expresa además este control explícitamente, mediante los términos “control” de natalidad, “control” prenatal, “control” postnatal como si su objetivo principal fuese efectivamente el de “controlar” a la población).

Ahora bien para romper con estos esquemas es que se pone en vigencia el modelo SAFCI, el mismo que implica establecer la demanda y la oferta de servicios integrales de atención al riesgo social y biológico con participación comunitaria partiendo desde el núcleo familiar. Asume la cobertura y extensión de programas y actividades de salud de manera que el porcentaje de la población que recibe servicios esté en relación a la población que lo requiera, pero también la cobertura geográfica o poblacional de los servicios, asegurando que esta cobertura no sea “teórica” en el sentido que exista un “centro de salud geográficamente accesible”, sino que llegue al 100% de la población con la plena utilización de los servicios en una comunidad. Sin embargo, estas sanas intenciones mientras que no se ejecute un plan acorde a la realidad de cada comunidad como es el caso de Pocitos/Barrio Nuevo, difícil será alcanzar estos objetivos.

## 9. PROPUESTA

### **Denominación del programa**

Programa de orientación e información a las organizaciones sociales que agrupan a la población del área de Pocitos, Barrio Nuevo sobre el alcance del nuevo modelo de salud vigente en Bolivia denominado SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural)

### **Responsables del programa**

Personal médico y asistencial del Centro de Salud de San José de Pocitos - Barrio Nuevo.

### **Localización física del programa**

Área San José de Pocitos – Barrio Nuevo

### **Duración**

4 meses

### **Fundamentación**

El programa de orientación e información a la población quechua, aimara y guaraní del área de Pocitos, Barrio Nuevo tiene un propósito concreto: hacer conocer el alcance del nuevo modelo de salud vigente en Bolivia denominado SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural).

Cuando la población tome conocimiento de los beneficios que brinda el nuevo modelo de salud vigente en Bolivia denominado SAFCI, entonces muchas de las patologías que hoy son tratadas a nivel de curación podrán prevenirse, asimismo no será necesario que dichas enfermedades sean necesariamente vistas por médicos científicos, sino que gracias a la incorporación de los médicos tradicionales estos se constituirán en elementos coadyuvantes a la prevención y tratamiento.

El papel de los responsables de llevar a cabo el programa es asegurarse que la población en su conjunto alcance su propósito. Para tal efecto las personas encargadas de llevar a la práctica el programa sugerido deben tener las siguientes habilidades:

- Saber escuchar
- Poder entender
- Saber respetar la idiosincrasia de las personas
- Ayudar a cambiar de actitud
- Saber orientar e informar

### **Base legal**

Decreto Supremo Nº 29601 del 11 de junio de 2008 - Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia - "MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL"

### **Objetivo General**

Mejorar la percepción y la funcionalidad del sistema de salud SAFCI (salud – familiar, comunitario intercultural) por parte de las organizaciones sociales y población del área de Pocitos - Barrio Nuevo durante el segundo semestre del 2011

### **Objetivos Específicos**

Describir e informar a la población de los aspectos más resaltantes del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural esto es finalidad de la medicina preventiva e incorporación de la medicina tradicional

Orientar y planificar las actividades para conservar la salud de manera preventiva garantizando el Autocuidado y la asistencia a los programas preventivos de la red de salud.

Identificar las necesidades de las familias a través de las visitas domiciliarias y la interrelación entre el personal médico y la población que asiste a los centros de salud

### **Metas**

Sistematizar la percepción de las organizaciones sociales del área de Pocitos, Barrio Nuevo respecto al sistema de salud SAFCI (salud – familiar, comunitario intercultural)

## **Servicios que se proponen**

De prevención

De orientación

De información

## **Usuarios**

Familias del área de Pocitos Barrio Nuevo, Usuarios que acuden al centro de salud.

## **Organización administrativa**

Para la ejecución del presente programa no se puede dejar de lado el aspecto administrativo, por tal motivo lo que se sugiere es que el responsable principal del mismo sea el médico autor de la presente investigación, quien delegaría funciones específicas a cada uno de los profesionales que conformarían el equipo multidisciplinario, equipo que estará integrado por Médicos, Personal de Enfermería y personal administrativo de los centros de salud de San José de Pocitos y Barrio Nuevo.

## **Programa de trabajo**

El presente programa se desarrollará de manera sistemática en el término de 4 meses, para lo cual se tendrá en cuenta una segmentación de este período en cuatro momentos específicos como ser: un primer momento en el que se identificara a la población meta y las necesidades de una medicina preventiva; un segundo momento que corresponderá a la información propiamente dicha sobre el alcance el modelo de salud – familiar, comunitario intercultural; un tercer momento en el que se desarrolla el trabajo específico de orientación sobre las ventajas del salud – familiar, comunitario intercultural; y un cuarto momento en el que se orientará y capacitará a los padres de familia en los diversos temas que entraña los cuidados de la salud y el rol de la medicina tradicional en este nuevo escenario.

De manera concreta cada momento tendrá el siguiente procedimiento:

**PRIMER MOMENTO: identificación de la población meta y las necesidades de una medicina preventiva**

Esta es la oportunidad en que los profesionales de la salud, pueden recabar información valiosísima respecto a las características de la salud de la población, enfermedades más frecuentes, formas de tratamiento, a quienes recurren para su curación.

El procedimiento con el propósito de identificar estos indicadores de la manera más adecuada es el siguiente:

Solicitar:

1. Nombre
2. Edad
3. Fecha de la última vez que algún miembro de la familia enfermo
4. Identificación del profesional que trato al enfermo
5. Que enfermedad es más común
6. Con que frecuencia se enferman en la familia
7. Recurrencia a médicos tradicionales
8. Conocimientos acerca del nuevo modelo de salud

**SEGUNDO MOMENTO: información propiamente dicha sobre el alcance del modelo de salud – familiar, comunitario intercultural**

Se desarrollaran charlas aprovechando los minutos en las salas de espera de los centros de salud así como en las consultas externas y visitas domiciliarias para dar a conocer los principios, objetivos y finalidad del modelo de salud – familiar, comunitario intercultural.

Para esto se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Identificar las funciones y estructura de la familia, su ciclo vital y las características de las familias sanas
- Establecer una relación de ayuda con las personas, familia y comunidad, frente a diferentes cuidados
- Enseñar estilos de vida saludables a la persona, familia y comunidad.

**TERCER MOMENTO: orientación sobre las ventajas del nuevo modelo de salud – familiar, comunitario intercultural**

Para este momento es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Informar y orientar a la población de que el modelo SAFCI tiene como objeto político técnico promover el VIVIR BIEN (bienestar con solidaridad, armonía, equidad, calidad de vida individual, familiar y comunitaria)

- Para el cumplimiento del objetivo anterior establece redes de servicios de salud, redes sociales y redes intersectoriales a fin de que con carácter integral (prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud) se atiendan las demandas de la salud individual y de la salud colectiva.
  
- La integración del sector con la organización económica social, sus sectores y la propia población en la identificación y solución de los problemas y en la proyección de las mejoras continuas de su salud y calidad de vida.

**CUARTO MOMENTO: orientación y capacitación a los padres de familia en los diversos temas que entraña los cuidados de la salud y el rol de la medicina tradicional en este nuevo escenario.**

Para tal efecto se seguirán los siguientes procedimientos:

- Es necesario concienciar el hecho de que todos admitamos que lo mejor para la salud es ocuparse de ella cuando la enfermedad no está presente
  
- Los médicos reconozcamos que la práctica de la prevención es la más noble de las actividades médicas, como ya lo señalaban los grandes maestros de la medicina griega, ya que al no educar para la prevención, se pierde una oportunidad y hay que comenzar a tratar con la enfermedad

- Las instituciones, obras sociales, centros de salud pública y privada deben comprender que gastar en prevención es disminuir los costos en salud
  
- La población debe entender que para el tratamiento de una enfermedad en particular no necesariamente debe recurrir a la medicina científica, sino que debe recordar que de acuerdo a sus propios usos y costumbres existe la medicina tradicional, la cual en el actual modelo cobra especial vigencia

## **Metodología**

Estudios e intervenciones directas que permitan identificar, comparar y analizar los diferentes contextos sobre los cuales se han desarrollado programas que fueron aplicados en la prevención, atención y recuperación de personas con ciertas enfermedades

## **Recursos humanos**

Para la puesta en marcha del programa se requiere los siguientes profesionales:

Un Médico General

Una enfermera

Una trabajadora social (*al no contar con esta profesional en el área se verá la posibilidad de coordinar el trabajo de forma externa*)

## **Materiales**

Respecto a los materiales a ser empleados para el desarrollo del programa, se sugiere lo siguiente:

5 paquetes de 500 hojas cada uno de papel bond tamaño carta, para elaboración de formatos de identificación, elaboración de material instructivo etc.

Bolígrafos en numero de acuerdo a la necesidad (10 aproximadamente),

Material para impresión de los diseños finales de los instructivos, guías y manuales para los pacientes de los centros de salud así como para la población en su conjunto

## Institucional

Llevar adelante el programa, solicitando y comprometiendo la participación de las instituciones que en la actualidad ya realizan alguna labor en pro de la prevención de enfermedades como el Ministerio de Salud y Deportes

## Presupuesto

CONCEPTO	COSTO ESTIMADO EN BS.
Estipendio para 3 personas por 88 días a 30 bs. Por día.	7.920
5 paquetes de 500 hojas cada uno de papel bond tamaño carta, para elaboración de formatos de identificación, elaboración de material instructivo etc.	175
Bolígrafos en numero de acuerdo a la necesidad (10 aproximadamente),	35
Material para impresión de los diseños finales de los instructivos, guías y manuales tanto para los niños así como para los padres de familia.	2.000
<b>TOTAL</b>	<b>10.130.- Bs.</b>

Fuente: elaboración propia en base a estimación de precios al consumidor

## **Financiamiento**

Se espera obtener el apoyo de la sociedad civil organizada, así como de instituciones públicas locales (Gobierno Municipal y Gobernación Regional) como el propio Ministerio de Salud y Deportes.

## CONCLUSIONES

La transformación del sistema de salud es un proceso lento y progresivo, que implica estrategias de corto, mediano y largo plazo. Pero, a la vez, es fundamental pensar las partes (componentes) de este nuevo sistema de manera integral, para que cada componente esté relacionado a los demás.

En otras palabras, si bien la construcción de un Nuevo Paradigma de Salud, basado en el pluralismo médico y la diversidad cultural del país, constituye una meta a largo plazo, es importante sin embargo que desde el inicio sea una meta común a todos los/las actores de la salud pública.

De acuerdo a los resultados obtenidos el factor educación es un componente que debe tenerse muy en cuenta, porque si hasta el momento empíricamente se ha podido corroborar que la población oriunda de los barrios Pocitos y Barrio Nuevo no han percibido el alcance del nuevo modelo de salud, se podría anticipar un dato importante que se debería a la falta educación de la propia población. Saber escribir y leer no es suficiente para personas del siglo XXI.

La situación que llama la atención porque si ahora que estamos hablando de la existencia de un nuevo modelo y comparado con esta expresión del seguro materno – infantil no es percibido aún, que podemos esperar acerca del conocimiento que puedan tener las personas sobre el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Los datos obtenidos ponen en evidencia que la población no está caminando al ritmo de los cambios que en el sector salud se vienen dando y menos aún de aquellos que están estrechamente ligados a la cosmovisión, saberes y costumbres de las propias

personas, esto es una realidad que de modo alguno tendrá que ser respondida por las autoridades, existe demasiada desinformación o indiferencia a estos cambios desde los mismos centros de salud de la propia red.

Se desprende de estos resultados que urge la necesidad de actuar de llevar los programas, las políticas del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural al campo y a la ciudad, porque la población debe saber más, la población tiene que conocer a ciencia cierta que es lo que le ofrece el Estado como tal en bien de su salud, y romper con estas barreras que quizá por el momento están impidiendo su plena aplicación.

Aunque resulte paradójico, decirlo que un 8% diga que No quieren ser capacitados, es preocupante, pero comprensible, en Bolivia durante muchos años sus organizaciones sociales, barriales, cívicas, organizaciones, etc., han estado inactivos, sólo eran convocados para votar, pero no para participar en un proceso que más allá del color político de quien pueda liderarlo hoy en día era necesario, no se podía seguir gobernando desde la ciudad para la ciudad y aquí hay que ser puntuales, la población se acostumbro a eso, a sólo ver, sólo esperar y no dar, a recibir y no acompañar y ahora más que nunca eso es lo que se necesita, difundir, promover, consensuar, debatir la mejor manera de que estos programas lleguen a todos, no hay que olvidar que existe una razón de fondo en el SAFCI, que es su espíritu intercultural, no importa el color político, lo que importa es cómo en la diversidad podemos complementarnos, articularnos en pro de nosotros de mismos.

Tal y como se ha dicho anteriormente, no es sólo la educación de la población donde falla el sistema, sino desde su propio interior, el aparato nacional, departamental, provincial y regional del Estado no logra consolidarse de manera monolítica en su afán de llevar adelante su propósito de llevar la salud a todo rincón del país con un enfoque

intercultural, mucho bien le haría al propio Estado empezar por auditar la función y compararla con evaluaciones que provengan de la misma sociedad, de las organizaciones sociales pero no las corporativizadas, sino levantando elementales muestras como la presente para diagnosticar de cerca una realidad.

## **RECOMENDACIONES**

La Unidad de Post Grado - Especialidad en Interculturalidad de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, debe remitir el presente estudio al Ministerio de Salud y Deportes para su análisis, difusión y aplicación en el ámbito nacional.

Se debe realizar una consulta nacional a los sujetos activos del problema aquí expuesto para que coadyuven a su sistemática implementación.

Se deben programar jornadas académicas para discutir y analizar el alcance del Modelo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

## **BIBLIOGRAFÍA**

EQUIPO EDITORIAL PANAMERICAN BOOKS, GRAN ATLAS DE BOLIVIA, ED. PANAMERICAN BOOKS 2DA. EDICION 2009.

DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Asamblea General ONU, aprobada el 13 de septiembre de 2007.

DECRETO SUPREMO N° 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo. Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara. CIPA Cuadernos de investigación No. 51. La Paz. Bolivia. 1999.

GARZA, A. Manual de Técnicas de Investigación para Estudiantes de Ciencias Sociales, 7ª. reimp., Ed. Harla, México. 1988.

KERLINGER, F. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología, 2ª. ed., Ed. Interamericana, México. 1983.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, alcances de la medicina tradicional, MSD, La Paz Bolivia, 2010.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, Unidad de Planificación, “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020, “Hacia la Salud Universal” La Paz Bolivia, 2009.

OPS, Serie Informes Técnicos, No. 13. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base.

OPS Serie de los Pueblos Indígenas No. 15. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala

OPS Serie de los Pueblos Indígenas No. 24. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud.

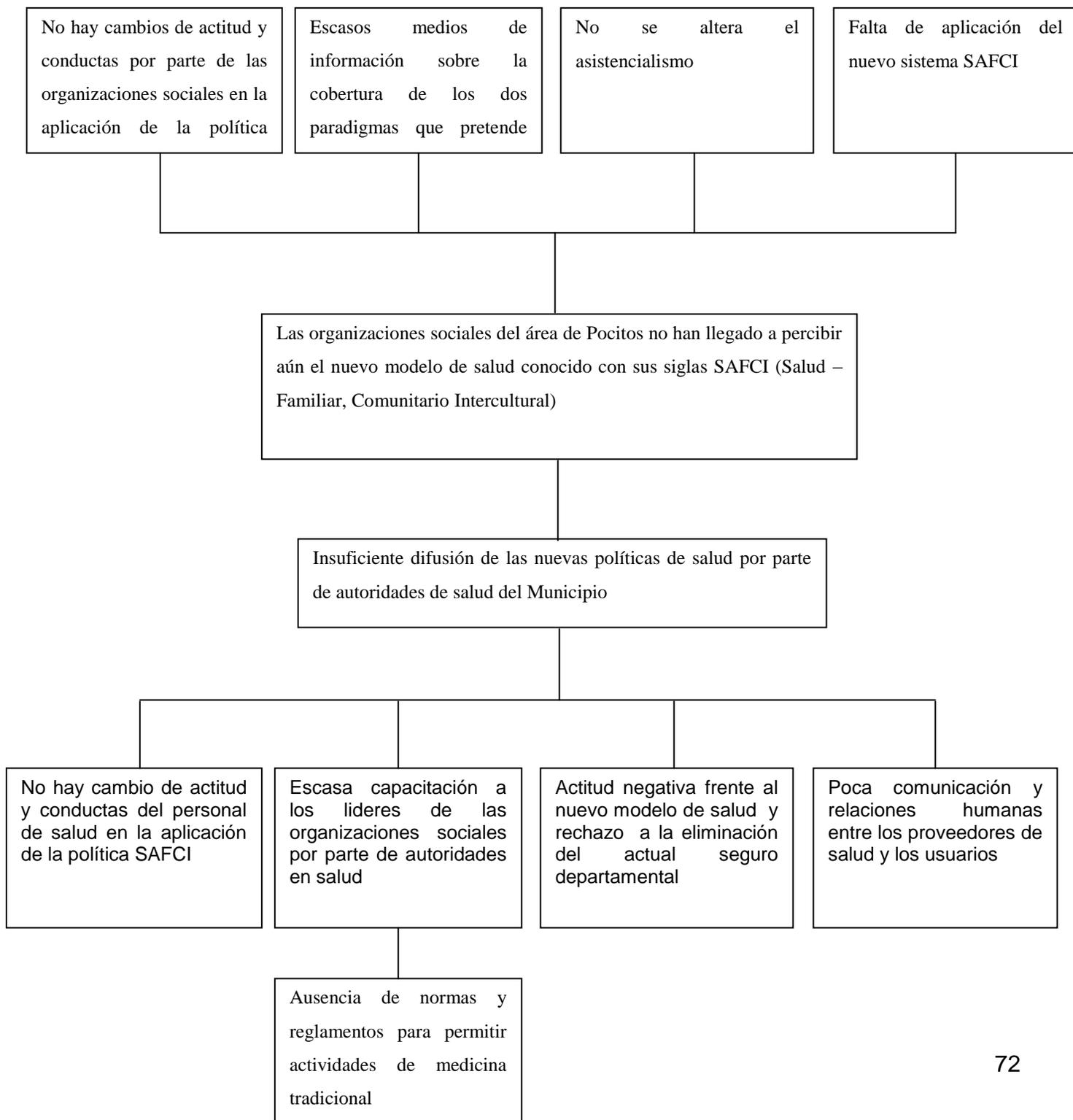
OPS. Serie salud de los Pueblos Indígenas No. 18: Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú. OPS, 2001.

PDM 2005-2010 DIAGNOSTICO URBANO FACILITADO POR LA HONORABLE ALCALDIA MUNICIPAL DE YACUIBA

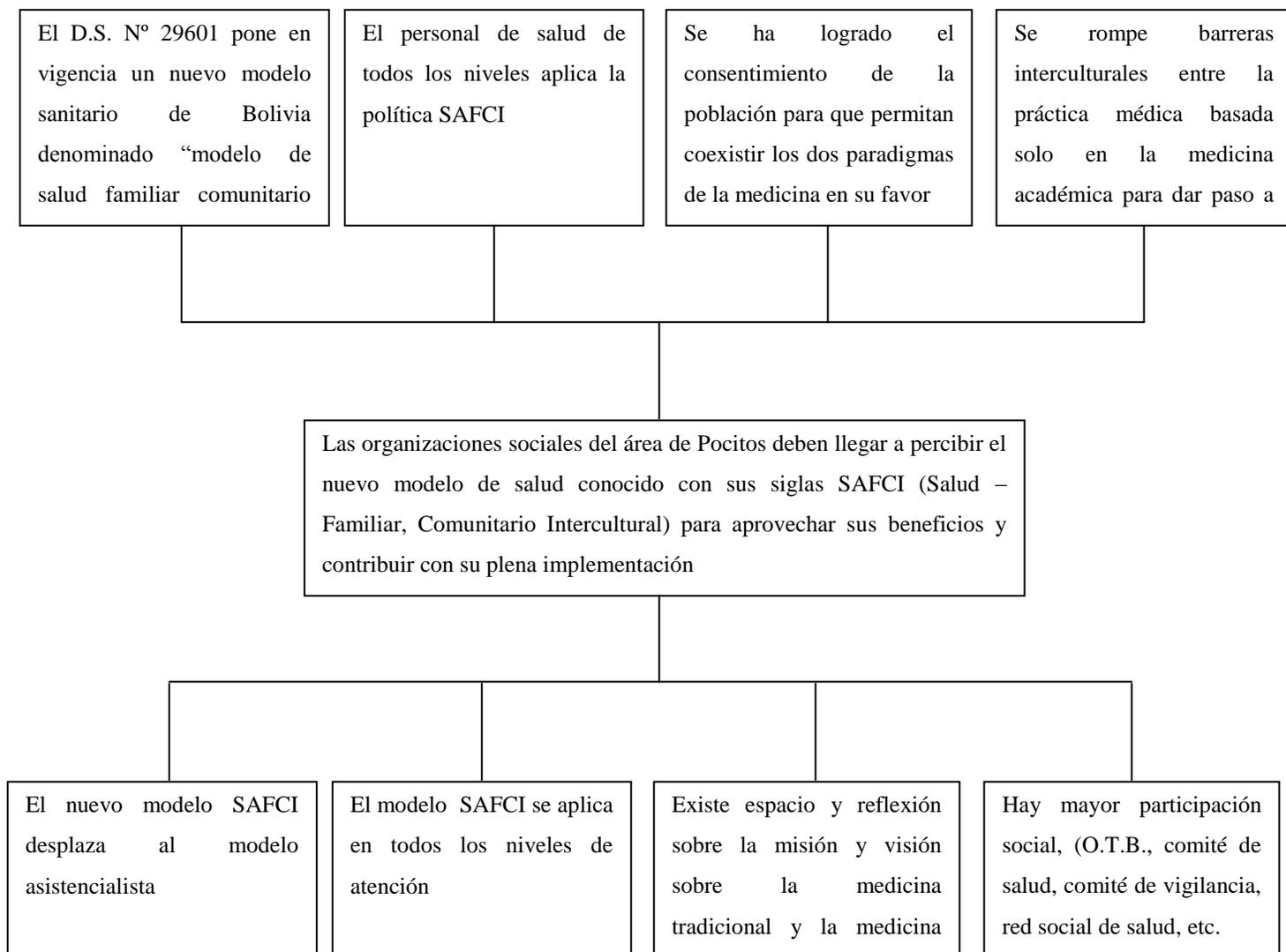
PLAN SE DESARROLLO MUNICIPAL, ordenamiento territorial y uso de suelo para el Gobierno Municipal de Yacuiba.

VAN DER LAAT, Carlos. Hacia la construcción de servicios de salud específicos: Análisis de los determinantes de la salud, basado en la perspectiva de la población indígena cabécar de Chirripó. UCR, San José, Costa –Rica 2005.

## ANEXO N° 1 ARBOL DE PROBLEMAS



## ANEXO N° 2 ARBOL DE SOLUCIONES



### ANEXO N° 3 MARCO LOGICO

A través del programa de orientación e información a la población de Pocitos y del barrio Nuevo, coadyuvara a conocer los alcances del nuevo modelo de salud Familiar, Comunitario Intercultural y así mismo los comprometerá a participar en su implementación de manera plena

Problema específico – causa	Producto final específico	Producto intermedio	Indicador objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación de logro	Responsable	supuesto
Las organizaciones sociales del área de Pocitos no han llegado a percibir aún el nuevo modelo de salud conocido con sus siglas SAFCI (Salud – Familiar, Comunitario Intercultural)	Se ha logrado mejorar la percepción que sobre el SAFCI deben tener los pobladores de Pocitos y Barrio Nuevo	Se da información a los representantes de las organizaciones originarias sobre las ventajas del modelo SAFCI	Representantes de organizaciones informados x 100 / sobre el total de representantes de organizaciones sociales del área	Inventario de la documentación recopilada		Álvaro Romero	Falta de cooperación de dirigentes. Paros, huelgas y feriados. No se encuentran a dirigentes. Falta de presupuesto. Incumplimiento del personal de salud.
	Se ha presentado y aprobado un informe de salud comunitario e intercultural en la zona de Pocitos y Barrio Nuevo a las organizaciones sociales	Se ha revisado y analizado la información de las encuestas sobre la percepción que tiene la población de pocitos y Barrio Nuevo sobre el SAFCI	Representantes de organizaciones sociales presentes en reunión de evaluación de encuestas x 100 / sobre total de Dirigentes sociales del área	Informe previo sobre el resultado de encuestas 100 % de la información recopilada leída y analizada en 30 días		Álvaro Romero	Inasistencia de representantes sociales. Choque con otras actividades de los dirigentes o personal de salud.
		Se ha consensuado una propuesta en la metodología de atención con enfoque intercultural entre el personal de salud y los usuarios de Pocitos y Barrio Nuevo	Número de usuarios participantes x 100 / sobre número de usuarios del período en los C.S. de Pocitos y Barrio Nuevo	Documentos elaborados impresos en medios magnéticos.		Álvaro Romero	Falta de cooperación de usuarios. Falta de tiempo por ocupaciones de usuarios. Falta de tiempo del personal de salud. Emergencias
		Se ha implementado la propuesta.	Talleres realizados x 100 / Talleres de intercambio planificados.	Informe de actividades sobre Talleres de intercambio de saberes entre el personal de salud y el usuario		Álvaro Romero	Inasistencia de usuarios a los talleres
		Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	Encuestas aplicadas y evaluación del proceso	Informe del resultado del proceso		Álvaro Romero	Acumulación excesiva de documentos.

## ANALISIS DE INTERESADOS

Por una parte se evidencia alguna forma de rechazo por parte de algunos representantes sociales sobre el alcance del nuevo modelo de salud, y el temor de que una vez aplicado el SAFCI llegue a desaparecer el seguro asistencialista SUSAT, y a que este seguro es de tipo asistencialista y cubre casi en su totalidad las deficiencias en salud del departamento de Tarija.

El equipo o personal de salud que intervendrá en el proyecto forma parte exclusiva del centro de salud de la comunidad, es claro identificar.

## ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Existe los medios necesarios, y las facilidades técnicas para realizar el proyecto, además se escatima un tiempo de cuatro meses para poder realizar el proyecto de intervención.

Además es un proyecto de tipo difusivo, de información y capacitación hacia la población propiamente dicha, teniendo en cuenta que también se realizara el proyecto en el centro de salud de la población, además de las visitas domiciliarias.

## ENCUESTA

Ministerio de salud y deporte del estado plurinacional de Bolivia  
Curso de interculturalidad y salud

Encuestador: Dr. Álvaro Romero Jiménez  
Cursante de la Especialidad de Salud e Interculturalidad

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación es conocer la percepción de las organizaciones sociales del área de Pocitos y barrio nuevo sobre el alcance que tiene el nuevo modelo de gestión de salud implementado por el actual gobierno denominado SAFCI (salud-familiar, comunitario, intercultural) y su finalidad es estrictamente académica por lo que se guardara absoluta reserva sobre el tema.

Fecha.....

Edad:..... Sexo M F Procedencia..... Residencia actual.....

Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Concubina (o) Viuda(o)

Grado de escolaridad: Primaria Secundaria Universitario Ninguno

Encierre en un círculo la opción que a usted le parezca apropiada

1.-¿ Tiene usted algún tipo de seguro de salud?

a) SUMI b) SUSAT c) CNS d) CPS e) Otros. F) ninguno

2.- ¿ Que sabe sobre las nuevas políticas de salud que se están poniendo en practica en la actualidad? Me puede explicar en sus palabras?

R.-

.....  
.....

3. – ¿Usted como representante social sabe que significa el SAFCI y conoce los alcances de esta política de salud?

R.-

.....  
.....

4.- (les voy a leer unas posibilidades y usted escogerá):¿ Cree usted que las políticas de salud implementadas por el estado boliviano en la actualidad son?

A): pésimas B): malas C): regular: D): buenas E): excelentes

Porque?.....

.....

5.- ¿Usted cree que este modelo de salud seria?

R.- Peor que las atenciones que se dan ahora

Igual que las atenciones en salud que se brindan actualmente

Mejor que las atenciones actuales

Porque?.....  
.....

6.- ¿Cree usted que es indispensable los talleres de capacitación sobre el modelo SAFCI a los representantes sociales?

Si No

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

7.- ¿Qué concepto tiene sobre la inclusión de la medicina tradicional al nuevo sistema de salud?

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

8.- ¿En su municipio considera que este tipo de articulación de ambas medicinas sería favorable para su comunidad?

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

9.- ¿Cree que su centro de salud está acondicionado para la atención de otro tipo de medicina alternativa (medicina tradicional)?

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

10.- ¿Considera usted que un seguro único en Bolivia sería?

A): pésimo      B): malo      C): regular:      D): bueno      E): excelente

Porque?.....  
.....

Le agradezco su tiempo y paciencia

**ALGUNAS IMÁGENES FOTOGRÁFICAS QUE GRAFICAN LOS MOMENTOS EN LOS SE TOMABA CONTACTO CON LA POBLACION DEL ÁREA DE POCITOS-BARRIO NUEVO EN LA CIUDAD DE YACUIBA POR PARTE DEL INVESTIGADOR**



CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ CIVIVO DE POCITOS



CON EL REPRESENTANDE DE OTB DEL BARRIO HEROES DEL CHACO - POCITOS



REPRESENTANTE DE MUJERES ORGANIZADAS BARRIO NUEVO



REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VIGILANCIA POCITOS



REPRESENTANTE DEL BARRIO PRIMAVERA DE BARRIO NUEVO



REPRESENTANTE DE LA ESCUELA DE DEPORTES DE POCITOS



CENTRO DE SALUD DE POCITOS 2011