

Tesis aprobada con distinción
CS.F.C.-40 (Se recomienda su publicación previa revisión)

T-216

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA: CIENCIAS DE LA EDUCACION

**EDUCACION POPULAR Y SALUD EN LAS ZONAS
URBANO-MARGINALES DE LA CIUDAD
DE LA PAZ, 1983 - 1993 .**

(BASES PARA UNA ESTRATEGIA ALTERNATIVA HACIA
LA AUTENTICA PARTICIPACION POPULAR)

Ana Maria Seleme

Ana Maria Seleme
Tribunal

Liliana Goytia Marin
Docente

Tesis presentado

para optar el Título de

Licenciado en Ciencias de la Educación

por

Orlando V. Huanca Rodríguez

Prof. Guía Dra. Lilian Goytia Marin

Retty Arce
Directora de la carrera
Lic. Retty Arce

10 MAR. 1997

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación
Español

Orlando V. Huanca Rodríguez
Pres. Consejo de la carrera

La Paz - Bolivia
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
DECANATO 07-03-97
LA PAZ - BOLIVIA

José Reyes
Tribunal

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento y reconocimiento a la capacidad académica y pedagógica de la Dra. Lilian Goytia, quién en su calidad de Profesora Guía Orientó la ejecución del presente estudio, con un alto espíritu de compromiso social.

"Los ricos tienen dinero y un trabajo seguro, pueden educar mejor a sus hijos, a veces un pobre no puede comprar ni carne ni leche, la muerte es igual para todos, pero la vida no".

(Aurelia R. dirigente de amas de casa mineras, Junio 1980 Colquiri)

Índice

Nº Pag.

INTRODUCCION.....	1
I DISEÑO METODOLOGICO	
1.1. <i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>6</i>
1.2. <i>Objetivos de Estudio.....</i>	<i>9</i>
1.3. <i>Planteamiento de la Hipótesis.....</i>	<i>11</i>
1.4. <i>Metodología de Trabajo.....</i>	<i>12</i>
II. MARCO TEORICO	
2.1. <i>Concepción del Mundo y la Sociedad.....</i>	<i>25</i>
2.2. <i>Estado y Sociedad.....</i>	<i>27</i>
2.3. <i>Proceso Salud-Enfermedad.....</i>	<i>35</i>
2.4. <i>Educación Popular en Salud.....</i>	<i>44</i>
2.5. <i>Formas de Participación de la Comunidad.....</i>	<i>50</i>
III UBICACION DEL ESTUDIO EN EL CONTEXTO NACIONAL	
3.1. <i>Características Demográficas.....</i>	<i>55</i>
3.2. <i>Situación Económica.....</i>	<i>57</i>
3.3. <i>Situación Educativa.....</i>	<i>67</i>
3.4. <i>Situación Comunicacional.....</i>	<i>70</i>
3.5. <i>Situación de Salud.....</i>	<i>73</i>
3.6. <i>Sistema de Salud.....</i>	<i>78</i>
3.7. <i>Políticas de Salud y Estrategias.....</i>	<i>84</i>
3.8. <i>Participación de la Comunidad en Bolivia.....</i>	<i>92</i>

**IV. CARACTERIZACION DE LOS DISTRITOS DE SALUD
ESTUDIADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS**

4.1. *Secretaría Regional de Salud*..... 103
4.2. *Distrito Norte 1*..... 107
4.3. *Distrito Nor Oeste 2*..... 110
4.4. *Distrito Sud Oeste 5*..... 113
4.5. *Participación de las Familias*..... 116
4.6. *Rol del Personal de Salud*..... 138
4.7. *Rol de las Instituciones Complementarias*..... 150
4.8. *Rol de los Servicios Sustitutos*..... 157
4.9. *Observación Participante*..... 164
4.10. *Grupos Focales*..... 171
4.11. *Entrevistas*..... 176

V. DISCUSION DE RESULTADOS..... 183

VI. CONCLUSIONES..... 192

VII. RECOMENDACIONES:..... 199

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE CUADROS

- Nº 1.- Relación de áreas de Salud por distrito de Salud.
- Nº 2.- Resumen trabajo de campo.
- Nº 3.- Relación de ingresos por habitantes.
- Nº 4.- Cuadro de Analfabetismo en Bolivia.
- Nº 5.- Recursos Económicos para los Servicios de Salud.
- Nº 6.- Indicadores Vitales de Salud
- Nº 7.- Actividades Económicas Secundarias distrito 5.
- Nº 8.- FAMILIAS: Nivel de instrucción.
- Nº 9.- FAMILIAS: Categoría ocupacional.
- Nº 10.- FAMILIAS: Nivel de ingresos.
- Nº 11.- FAMILIAS: Grado de organización.
- Nº 12.- FAMILIAS: Tenencia de luz eléctrica en la vivienda.
- Nº 13.- FAMILIAS: Tenencia de agua potable en la vivienda.
- Nº 14.- FAMILIAS: Eliminación de excretas.
- Nº 15.- FAMILIAS: Número de dormitorios en la vivienda.
- Nº 16.- FAMILIAS: Tenencia de baño en la vivienda.
- Nº 17.- FAMILIAS: Tenencia de cocina en la vivienda.
- Nº 18.- FAMILIAS: Principales problemas de salud de la comunidad.
- Nº 19.- FAMILIAS: Número de veces que el personal de salud visita a las familias.
- Nº 20.- FAMILIAS: Conocimiento de los programas de salud del M.P.S.S.P.
- Nº 21.- FAMILIAS: Conocimiento de los programas según nivel de instrucción.
- Nº 22.- FAMILIAS: Conocimiento de los programas según grado de organización.
- Nº 23.- FAMILIAS: Conocimiento de los programas según condición de asalariamiento.
- Nº 24.- FAMILIAS: Utilización de los programas de salud del M.P.S.S.P.

- Nº 25.- FAMILIAS: Conocimiento y utilización de los programas del M.P.S.S.P. por U.S.
- Nº 26.- FAMILIAS: Utilización de los programas según grado de organización.
- Nº 27.- FAMILIAS: Utilización de los programas según grado de organización.
- Nº 28.- FAMILIAS: Utilización de los programas según condición de asalariamiento.
- Nº 29.- FAMILIAS: Lugar de utilización de los programas de salud del M.P.S.S.P.
- Nº 30.- FAMILIAS: Causas de la no utilización de los servicios del M.P.S.S.P.
- Nº 31.- FAMILIAS: Ultimo miembro de la familia que se enfermó según edad.
- Nº 32.- FAMILIAS: Atención que recibió el último miembro de la familia que se enfermó
- Nº 33.- FAMILIAS: Causas por las que se clasifican de regular o malo el servicio.
- Nº 34.- FAMILIAS: Situación actual del enfermo.
- Nº 35.- FAMILIAS: Gastos en salud.
- Nº 36.- FAMILIAS: Medios de información para conocer los programas de salud del M.P.S.S.P.
- Nº 37.- INSTITUCIONAL: Principales causas de los problemas de salud
- Nº 38.- INSTITUCIONAL: Participación en la ejecución de los programas para el niño.
- Nº 39.- INSTITUCIONAL: Participación en la ejecución de los programas para la mujer.
- Nº 40.- INSTITUCIONAL: Participación en la ejecución de los otros programas
- Nº 41.- INSTITUCIONAL: Participación en la ejecución de los programas, por niveles de función.
- Nº 42.- INSTITUCIONAL: Resultados por programas.
- Nº 43.- INSTITUCIONAL: Propuestas para mejorar los programas de salud del M.P.S.S.P.
- Nº 44.- INSTITUCIONAL: Instituciones con las que coordina.
- Nº 45.- INSTITUCIONAL: Coordinación interinstitucional por niveles.

- Nº 46.- INSTITUCIONAL: Intersectorialidad.
- Nº 47.- INSTITUCIONAL: Sistemas de información a la comunidad.
- Nº 48.- COMPLEMENT.: Servicios de salud que ofrecen a la comunidad.
- Nº 49.- COMPLEMENT.: Coordinación del trabajo de Salud.
- Nº 50.- COMPLEMENT.: Conocimiento y participación en los programas del M.P.S.S.P.
- Nº 51.- COMPLEMENT.: Cómo se enteró de los programas del M.P.S.S.P.
- Nº 52.- COMPLEMENT.: Principales causas de los problemas de salud.
- Nº 53.- SUSTITUTOS: Principales causas de los problemas de Salud
- Nº 54.- SUSTITUTOS: Servicios que ofrece a la comunidad.
- Nº 55.- SUSTITUTOS: Causas de las dificultades en l oferta de servicios.
- Nº 56.- SUSTITUTOS: Conocimiento de los programas de salud del M.P.S.S.P.
- Nº 57.- SUSTITUTOS: Conocimiento de los programas según tipo de organización.
- Nº 58.- SUSTITUTOS: Participación en los programas de salud el M.P.S.S.P.
- Nº 59.- SUSTITUTOS: Participación en los programa según tipo de organización.
- Nº 60.- SUSTITUTOS: Coordinación del trabajo en salud según tipo de organización.
- Nº 61.- OBSERV. PART.: Infraestructura de los servicios del M.P.S.S.P.
- Nº 62.- OBSERV. PART.: Condiciones de higiene de los servicios del M.P.S.S.P.
- Nº 63.- OBSERV. PART.: Modalidad de acceso a los servicios del M.P.S.S.P.
- Nº 64.- OBSERV. PART.: Explicación al paciente.
- Nº 65.- OBSERV. PART.: Problemas de comunicación.

LISTA DE GRAFICOS

- GRAFICO Nº 1.- Producción de Servicios Básicos y otros Servicios.
- GRAFICO Nº 2.- Evolución del PIB, Per Cápita Nacional.
- GRAFICO Nº 3.- Desnutrición en Bolivia.

LISTA DE MAPAS

- MAPA Nº 1.- Distrito de Salud I NOR OESTE
- MAPA Nº 2.- Distrito de Salud II NORTE
- MAPA Nº 3.- Distrito de Salud V SUD OESTE

INDICE DE ABREVIATURAS

A.P.S.	:	Atencion Primaria en Salu
C.I.I.	:	Centro Integral Infantil
C.I.L.	:	Centro Infantil de Leche
C.N.P.V.	:	Censo Nacional de Población y Vivienda
CORACA	:	Corporación Agropecuaria Campesina
CONALJUVE	:	Confederación Nacional de Juntas Vecinales
C.P.S.	:	Comités Populares de Salud
CSUTCB	:	Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia.
CyD	:	Crecimiento y Desarrollo
D.N.M.I.	:	Dirección Nacional Materno Infantil
D.N.S.A.	:	Dirección Nacional de Saneamiento Ambiental
D.N.E.	:	Dirección Nacional de Epidemiología
D.N.R.H.	:	Dirección Nacional de Recursos Humanos
D.N.A.N.	:	Dirección Nacional de Alimentación Nutricional
D.G.S.	:	Dirección de Gestión Social
I.N.E.	:	Instituto Nacional de Estadística
I.R.A	:	Infecciones Respiratorias Agudas
INASME	:	Instituto Nacional de Salud y Medicamentos
JUNAS	:	Junta Nacional de Acción Social
M.P.S.S.P.	:	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
O.M.S.	:	Organización Mundial de la Salud
O.P.S.	:	Organización Panamericana de la Salud
ONGs	:	Organización no Gubernamental
P.A.I.	:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIAAS	:	Plan Integral de Acciones en Areas de Salud
SOBOMETRA	:	Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional
SVEN	:	Sistema de Vigilancia Nutricional
TMI	:	Tasa de Mortalidad Infantil
USLP	:	Unidad Sanitaria La Paz
SRSPLP	:	Secretaría Regional de Salud La Paz
UNFPA	:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UROP	:	Unidad de Rehidratación Oral

INTRODUCCION

I N T R O D U C C I O N

¿La salud es igual para ricos y pobres?; los sectores populares: ¿cómo y en qué medida participan en la resolución de sus problemas de Salud?, ¿cómo participan en el sistema de salud vigente en nuestro país?, ¿cómo lograr que controlen su salud y busquen un equilibrio del proceso salud-enfermedad?, ¿cómo lograr una política de promoción y prevención por parte de los sectores populares en la problemática de salud, etc...?.

El conjunto de estas y otras preguntas apuntan a las formas y tipos de discriminación por las cuales atraviesan los sectores populares, en especial de la zonas urbano-marginales de la ciudad de La Paz en el campo de la salud. La investigación que aquí se presenta, pretende dar respuestas a estas interrogantes, respuestas que en verdad no constituyen más que una primera aproximación al problema.

El estudio que se dá a conocer, es la consecuencia lógica es articulada de las acciones por las cuales ha atravesado el proceso de investigación, en este sentido constituye el producto del conocimiento. Pero este producto no es un ente aislado, más al contrario, significa una síntesis teórica práctica y constituye, además, una instancia dentro de un movimiento más amplio y complejo: el del desarrollo social. De la forma, el sentido y la dirección que este producto se inserte en la realidad dependerá, en última instancia su validez.

Por otra parte siendo la participación, y educación de la comunidad el eje que atraviesa los demás componentes, dentro del campo de la salud, llámese recursos humanos financieros organizacionales, etc. Se estableció la necesidad de buscar elementos, tanto en el campo de la comunidad como de la propia Institución de Salud; a fin de especificar la dinámica e interacción que se dá entre ambos y detectar aspectos restrictivos y facilitadores a la participación y educación popular en salud.

Si bien es cierto que la Secretaría Nacional de Salud (ex Ministerio de Previsión Social y Salud Pública), tiene una rica experiencia y además una de la pocas en el área, de participación social, ésta no está sistematizada. Los análisis al respecto, son más de apreciaciones individuales o informes parciales sobre actividades puntuales, por ello la necesidad de hacer un balance frío e imparcial, siendo la mejor vía insertar esta problemática en un estudio que constituye la presente tesis, que permita, objetivamente, ver los factores que están impidiendo un mayor acceso de la población a su derecho a la salud.

La investigación abarca las zonas urbano-marginales de la ciudad de La Paz, constituyendo una primera aproximación en la búsqueda de aspectos cualitativos que tiene que ver con comportamientos y actitudes entre los sectores populares y la Institución.

Por otra parte las zonas urbano-marginales (laderas) al constituirse en receptoras de migraciones, presentan problemas de hacinamiento, ausencia de servicios básicos, etc., constituyendo "poblaciones en riesgo" que deben ser atendidas urgentemente.

Este estudio comprende en el Primer capítulo el diseño metodológico que se empleó para la ejecución de la misma, en él se remarca el planteamiento del problema, los objetivos de estudio, las hipótesis y la metodología de trabajo que se empleó en su desarrollo.

El Segundo capítulo, parte de un marco teórico que orienta el desarrollo de los objetivos y la metodología. Hace incapié en la concepción del mundo y la sociedad, el rol del Estado en la sociedad, el Proceso Salud-Enfermedad, la Educación Popular en Salud y las formas de Participación de la Comunidad.

El Tercer capítulo, ubica el estudio en el contexto socio-económico de la sociedad y de nuestro país y por el ámbito de su competencia, profundiza en lo que es el sector de Salud, el rol de los movimientos sociales y las políticas de participación comunitaria en el campo de la salud.

El Cuarto capítulo caracteriza los distritos de salud estudiados, además contempla la sistematización de los resultados obtenidos en el proceso de investigación, donde se contemplan la información a nivel de la comunidad, el personal de salud, las instituciones complementarias, los servicios sustitutos, etc.

El Quinto capítulo entra en el análisis de los resultados que permitan responder a los objetivos planteados para el presente estudio.

El Sexto capítulo de conclusiones responde de manera específica a dar una respuesta a las hipótesis planteadas en el presente estudio.

Por último en el Séptimo capítulo se hace un énfasis en el planteamiento de recomendaciones viables para el desarrollo de la estrategia de participación y educación popular en salud y de la meta "Salud para todos, el año 2000".

En la parte final se incluyen la bibliografía y los anexos referidos a los instrumentos de trabajo y otros.

I

DISEÑO METODOLÓGICO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Vivimos una profunda crisis en el campo económico social y político; y la medicina no escapa a esa realidad por lo tanto debe ser abordada y discutida por todos los sectores, en especial los sectores populares para elaborar alternativas de solución en la problemática de la salud.

Las enfermedades y la conservación de la salud dependen de las condiciones de vida. Quien puede negar la importancia de la alimentación, de la vivienda, del trabajo, de un salario digno en la vida de un ser humano. Por otra parte, la creciente sofisticación de la medicina, la sobrevalorización pública del médico, el mito de que los conocimientos y las alternativas en cuanto a soluciones globales solo las tienen los profesionales, las posturas elitistas y autoritarias de nuestra sociedad, la creciente especialización; han llevado a implantar el concepto que en lo que hace a la medicina, a la salud o enfermedad y en definitiva a la vida, es patrimonio de los técnicos, intentando por estas razones vetar y/o evitar la participación popular.

El conocimiento da poder y sobre ese mito cabalga el poder médico y el de los dueños de la tecnología médica (multinacionales de medicamentos y equipos).

Es también cierto que vivimos en una sociedad consumista, donde la salud o la enfermedad son consideradas artículos de mercado y de réditos, creándose una falsa imagen del origen real de las enfermedades y las causas generadas. Se ha ido fomentando un deslumbramiento ante el avance del conocimiento humano y la medicina, se hace aparecer el elemento tecnológico como el único que logrará solucionar en el futuro las problemáticas de las enfermedades y la muerte.

Seguimos deslumbrados por descubrimientos maravillosos, pero miles de niños en nuestro país, especialmente proveniente de familias de escasos recursos económicos, sufren las angustias y dolores más primitivos, como el hambre no saciada, la simple diarrea que produce miles de muertes, la desnutrición, tuberculosis, mal de chagas, carencia de atención médica elemental, vivienda, educación y libertad. Todo esto hace que se de lugar a que surjan intereses económicos y de poder médico, la progresión de antigripales que no superan a la aspirina; las "multivitaminas que reemplazan" la buena y correcta alimentación; las "leches artificiales" que superan el pecho materno, las verduras o las frutas regionales, los "Sedantes", que supuestamente eliminan los problemas de salud mental y crean una sociedad alienante, los mentirosos "estimulantes del apetito" que reemplaza una correcta y educativa consulta médica. Por otra parte están los famosos chequeos médicos periódicos (con sofisticados medios de diagnósticos, análisis, tecnología, sólo al alcance de unos pocos, que no han mostrado utilidad real a nivel de medicina de masas que reemplaza a la clínica del médico de familia o de la comunidad. Muchas cosas más se han generado a partir de masificar falsos conceptos sobre las causas generadoras de la enfermedad.

Le atribuyen todos los males a los virus, bacterias, parásitos u hongos, de todo lo que sucede sin entrar a considerar las causas sociales que todas las patologías presentan, incluso algunas más definidas en la sociedad moderna como el infarto, sífilis, tuberculosis, cáncer, etc.

Todo esto, también desarrolla la idea occidental de crear grandes estructuras hospitalarias que generalmente han sido utilizadas como formas de obtener réditos políticos, como alternativas al problema de salud, olvidando el significado

de las estructuras sencillas, insertas en la comunidad como base de un sistema real, efectivo y dirigido a los sectores populares.

En este sentido, muchas profesiones en el campo de la salud pública — e incluso organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaran la necesidad de aumentar o colocar la atención comunitaria como base de cualquier sistema y dentro de esto, como hecho fundamental la educación y participación popular en la salud. Pero para que todo esto pueda ser analizado por los sectores populares, se les debe posibilitar el acceso al conocimiento, o mejor, a un conocimiento alternativo de salud, educación, producción y otros.

Ningún campo del conocimiento humano puede ni debe estar vedado al pueblo y sus organizaciones, a pesar de lo difícil, y prolongado que este proceso puede ser, única forma de caminar a un sistema basado en la salud como un derecho y no en la enfermedad como mercancía.

Es necesario realizar una investigación que nos permita identificar las características de interrelación entre la institución (Sistema de Salud) y la comunidad, para que a partir de ello, se pueda proponer lineamientos básicos que faciliten a la comunidad y el pueblo en su conjunto, comprendan los problemas específicos de salud y que el individuo sea capaz de conocer e interpretar su realidad en salud y transformar la realidad social. El logro de este propósito será el primer paso para ir "Democratizando" las políticas, los programas y los servicios de salud eliminando los factores de manipulación impuestas en el conjunto social por los sectores de poder que no responden a los intereses populares.

A partir de este planteamiento general se concretó el problema de investigación:

¿CUALES SON LOS FACTORES QUE FACILITAN Y RESTRINGEN LA DINAMICA DE EDUCACION Y PARTICIPACION DE LOS SECTORES POPULARES DENTRO LA INTERACCION DEL SISTEMA DE SALUD Y LA COMUNIDAD EN LAS ZONAS URBANO-MARGINALES DE LA CIUDAD DE LA PAZ, DURANTE LA DECADA DE LOS AÑOS 1983-1993?.

LO CUAL NOS PERMITA EL PLANTEAMIENTO LAS LINEAS BASICAS QUE FACILITEN LA "DEMOCRATIZACION" DE POLITICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD".

1.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Objetivo General:

- * Investigar los principales factores que restringen la dinámica de educación y participación de los sectores populares de las zonas urbano-marginales de la ciudad de La Paz dentro de la interacción del sistema de salud y la comunidad.
- * Plantear líneas básicas que faciliten la democratización de las políticas, programas y servicios de salud en el proceso de la comunidad para beneficio de los sectores populares.

Objetivos Operacionales:

- * Demostrar que el binomio salud-enfermedad es un proceso socio histórico en tanto dependan de determinadas condiciones materiales de trabajo y de vida.

- * Determinar las condiciones socio-culturales, socio-económicas, actitudes y conocimientos de los distintos servicios de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y las propuestas para mejorar estos servicios, desde el punto de vida de la comunidad.
- * Detectar, desde la perspectiva de las instituciones, los problemas, causas y propuestas en el proceso de salud de la comunidad.
- * Conocer el nivel de coordinación, conocimiento y participación de los sectores populares en los programas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, los servicios de salud complementarios (alcaldías, escuelas, etc.), identificando problemas, causas y propuestas.
- * Identificar la oferta de servicios de salud, problemas, causas, coordinación, conocimiento y participación en los programas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública que ofrecen los servicios de salud sustitutos (ONG, Comités Populares de Salud, parteras empíricas, etc.).
- * Identificar todo el proceso de atención desde el acceso al servicio, diagnóstico, adquisición de medicamentos, control posterior y otros, etc.
- * Evaluar las condiciones físicas, cumplimiento del trabajo y coberturas logrados por los centros de atención de los distritos de salud en estudio.

1.3 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

Para la realización del presente estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

- a) Las relaciones en que se encuentran los sectores populares con respecto a los medios de producción, el lugar que ocupan en el proceso productivo, el papel que desempeña en la organización social del trabajo y consiguientemente, el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen; son las principales determinantes de las diferencias respecto a la morbilidad, la esperanza de vida, el nivel de consecuencia sobre los problemas de salud y acceso real a los servicios médicos lo cual influye, además de marcar las formas de educación y participación de los sectores populares, en la problemática de salud.

- b) Para los sectores populares en relación al sector dinámico de la economía:
 - Existen situaciones diferenciales en el ingreso económico, que depende del tipo de ocupación o puesto en el trabajo, lo cual repercute en la reproducción de la fuerza de trabajo.
 - Existe menor organización política y más bajo nivel educativo lo que contribuye a mantener el desconocimiento de las causas fundamentales que originan las enfermedades.
 - Carecen de las prestaciones económicas, médicas y sociales del contrato colectivo, lo que provoca mayores dificultades para la conservación de su fuerza de trabajo, con los siguientes daños a la salud, expresado en una mayor tasa de enfermedades infecciosas y una menor esperanza de vida.

- c) El consumo de la fuerza de trabajo de los sectores populares caracterizándose por la intensificación del proceso laboral y por la fatiga física o nerviosa que genera y la lucha por la sobrevivencia ha conducido a los sectores populares a adquirir conciencia de las verdaderas causas que originan los problemas de la salud. Esto les ha permitido luchar en forma organizada para mejorar las condiciones de vida.

1.4 METODOLOGIA DE TRABAJO

En vista de que el país no cuenta con los suficientes estudios de evaluación de los resultados que produce de la interacción de los servicios de salud y la comunidad, y ante la falta de recursos y las peculiaridades de la información requerida, se decidió investigar este tema a través de las técnicas de estudio por muestreo (Samplin Survey) o sondeo de grupos focales y observación participante.

Según Francisco Azorin Poch, se llama muestreo a una parte de la población o a un subconjunto de un conjunto de unidades obtenidas con el fin de investigar las propiedades de la población o conjunto de procedencia¹.

En la medida que una muestra elegida sea representativa permitirá inferir más objetivamente el comportamiento de la población total.

Las características socio-culturales del país y la estructura organizativa del M.P.S.S.P. indujeron adoptar los dos tipos de muestreo:

1

AZORIN POCH FRANCISCO: "Curso de Muestreo Y Aplicaciones", Edit. Aguilar 1969.

- El intencional y opinático, utilizado en la selección de la unidad sanitaria, distritos de salud y la participantes en los grupos focales.
- El probabilístico, con algunas restricciones, se utilizó para la selección de las áreas de salud y las familias de la comunidad a ser encuestadas.

La técnica de los grupos focales, permite explorar las actitudes y opiniones de las personas sobre un tema en particular; sus resultados son básicamente cualitativos y permiten conocer las reacciones en el comportamiento de las personas cuando se discute un determinado tema.

La observación participante es también una técnica cualitativa que permite analizar todo el proceso que involucra la atención en servicio.

1.4.1 MÉTODO DE TRABAJO

DISEÑO DEL MUESTREO

La oferta y la demanda de los servicios de salud está en función de una serie de variable económicas, sociales, especiales culturales e institucionales, de tal manera que la determinación de la participación comunitaria en los servicios de salud, requieren de un tratamiento no sólo intrainstitucional, sino también interinstitucional y multisectorial.

Bajo este criterio, primero se eligió la unidad sanitaria, luego los Distritos de Salud y finalmente las áreas.

Selección de la Unidad Sanitaria La Paz (USLP)

La Unidad Sanitaria La Paz se eligió bajo los siguientes criterios:

- Mayor concentración de la población.
- Representación de las diferencias socio-culturales que se evidencian en las diferentes regiones del país.
- Existencia de mayor infraestructura de salud.
- Grado de participación comunitaria

Selección de los Distritos.

La organización funcional de M.P.S.S.P., divide a las Unidades Sanitarias en Distritos. Los criterios para elegir los Distritos en la Unidad Sanitaria fueron tres:

- Infraestructura del M.P.S.S.P.
- Grado de participación social organizada
- Concentración de la población

Los Distritos de Salud elegidos en la ciudad fueron:

- D. 1= Nor Oeste
- D. 2= Norte
- D. 5= Sud Oeste

Selección de las Areas de Salud

Como los Distritos están conformados por las Areas, la selección del número de Areas por Distritos se realizó aleatoriamente aplicando los dos siguientes criterios:

Los Distritos que tenían más de seis Areas, se realizó aleatoriamente.

Los Distritos que tenían seis o menos de seis Areas, se tomaron todas las Areas.

CUADRO Nº 1

La relación de Areas de Salud por Distrito es la siguiente:

Nº	DISTRITO	DISTRITO AREAS	SECTORES DE SALUD
1	NORTE ESTE	OBISPO BOSQUE INDABORO O. CHAMO CHICO MCAL. STA. CRUZ LA PORTADA MUNAYPATA CALLAMPAYA SAID	O. Indaburo, Los Andes, Gran Poder, Chamoco Chico, Tejar, Callampaya, Villa Victoria, Mcal. Sta. Cruz, La Portada, Munaypata, Pura Pura, Ciudadela Ferroviaria, 14 de Septiembre
2	NORTE	VINO TINTO ACHACHICALA CALVARIO AGUA DE LA VIDA VILLA EL CARMEN VILLA FATIMA ALTO MIRAFLORES	Achachicala, Vino Tinto, 18 de Mayo, La Zarzuela, German Busch, Tacachi, Challapampa, Villa de la Cruz, Agua de la Vida, Villa Pabón, 27 de Mayo, Viscachani, Cupilupaca, Santa Rosa, Las Delicias, La Merced, Rosasani, 24 de Junio, Huaychani, 5 dedos.
3	SUD OESTE	TEMLADERANI TACAGUA VILLA NUEVO POTOSI	Villa Nuevo Potosí (alto, bajo), Tacagua (alto, centro, bajo), San Juan, Cotha Uma, Tembladerani, 8 de Diciembre, Obispo Bosque, Pasankery, Las Lomas, Llojeta.

Fuente: S.N.I.S. Estadística

El relevamiento de la información abarcó a los diferentes agentes que hacen relación con la dinámica interactiva población-institución, para lo cual se elaboraron boletas diferenciadas en su presentación, pero convergentes en el fin y comparable entre sí:

Así se introdujeron los 16 principales programas de Salud del M.P.S.S.P. a los que se hizo un seguimiento desde su definición, ejecución, participación, evaluación, identificación de los problemas de salud, sus causas y sugerencias de solución, etc.

a) Boleta para las familias (Anexo Nº 1)

- Objeto: Determinar las características socio culturales, socio-económicas, su actitud y conocimiento de los distintos servicios de salud del M.P.S.S.P. y las propuestas para mejorar estos servicios.
- Destinatario: Las familias ubicadas en el área seleccionada.
- Tamaño de la muestra: Por razones de tiempo y falta de información actualizada del universo no se pudo establecer ex-ante del tamaño óptimo de la muestra. Por tal razón se decidió hacer 200 encuestas por Distrito. Si bien está decisión no permite calcular algunos estadísticos como la varianza, desviación estándar, los rangos de confianza en la inferencia, etc, se considera la actual falta de información.
- Selección de la muestra: Se eligió probabilísticamente, para lo cual se adoptó la siguiente técnica:
- Una vez elegida el Area, se definió su zona de influencia lo cual permitía determinar el número aproximado de razones por Area.
- Determinar el número de manzanos por Area, se calcula el número de encuestas por manzano de las siguiente manera:

$$\text{MEN} = 200/\text{NMD}$$

Donde: MEN, Número de Manzanos por Distrito

Si el valor de la MEN es fraccionario, se hacen dos grupos de Manzanos, respetando el redondeo y que $\Sigma \text{ MEN} = 200$

- Definido el MEN, se determina los hogares (familias) que se encuentran por manzano, de la siguiente manera:
 - * Ubicar la esquina "Este" (que da al naciente) del manzano elegido.
 - * Barrer el manzano en la dirección que recorren las manecillas del reloj (de izquierda a derecha).
 - * Encuestar los hogares que tengan número impar.
 - * Si las viviendas no tienen numeración, hacerlo saltando una.
 - * Si MEN=1, hacer una encuesta por manzano
 - * Si $0 < \text{MEN} < 1$ y que tienda a cero, reagrupar los manzanos como se explica SUPRA, correspondiendo en este caso, hacer una encuesta cada dos manzanos o más, según el valor de MEN.
 - * Si $1 < \text{MEN} < n$, redistribuir n entre las cuatro cuadras del manzano, aplicando el mismo criterio que para MEN.
 - * Ejecución: Apoyo 3 encuestadores, con experiencia de trabajo de campo.

b) Boleta para las personas claves: Institucional (Anexo Nº 2)

- Objeto: Evaluar los Programas del Ministerio y detectar la existencia de problemas, sus causas y propuestas por lograr mayores coberturas.
- Destinatario: Personal jerárquico y del nivel central, de las U.S., y el personal operativo que trabaja directamente con la comunidad en las Areas de muestras.
- Nivel jerárquico y central:

Director de Unidad Sanitaria
Directores de Hospital
Directores de Distritos
Jefaturas de Programas

- Nivel Operativo:

Médicos de Area
Enfermeras
Auxiliares de Enfermería
Sanitarios
Trabajadoras sociales
Técnicos en Saneamiento Ambiental.

- Tamaño: La muestra del nivel jerárquico y central, abarca el 95% del universo y la muestra del nivel operativo, el 80% dentro del Distrito elegido.

c) **Boleta para las personas claves: Servicios de la Salud complementarios a los ofrecidos por el M.P.S.S.P.**
(Anexo Nº 3).

- Objeto: Detectar los servicios de salud que ofrece a la comunidad, coordinación de su trabajo, conocimiento y participación de los programas del M.P.S.S.P., identificación de problemas de salud, causas y propuestas.
- Destinatarios: Personal de las instituciones estatales y la comunidad, cuyo trabajo hace reacción con el problema de su salud.
- Alcaldía y/o Sub alcaldía.
- * Corporación de Desarrollo
 - * Escuelas y colegios
 - * Comités Cívicos
 - * Fondo de Inversión Social

- Donde: En las Areas en las que se hizo la encuesta a las familias y a nivel central.
 - Tamaño: La muestra abarca el 70% de las instituciones ubicadas en los Distritos elegidos.
- d) **Boleta para las personas claves: Servicios de Salud sustitutos a los ofrecidos por el M.P.S.S.P. (Anexo N° 4).**
- Objeto: Determinar su oferta de servicios de Salud, problemas, causas, coordinación conocimiento y participación en los programas del M.P.S.S.P.
 - Destinatario: Todas las organizaciones o personas que no pertenecen al M.P.S.S.P. pero que participan y/o ofrecen servicios de salud a la comunidad:
 - * Organizaciones no Gubernamentales: Iglesias, Cooperativas y otros.
 - * Organizaciones de base: C.P.S. juntas vecinales, clubes de madres, etc.
 - * Parteras y curanderos.
 - Donde: En los distritos que se hace la encuesta a las familias y algunas organizaciones a nivel central.
 - Tamaño: La muestra abarca aproximadamente el 70% de las organizaciones y personas ubicadas en los distritos elegidos.
- e) **Boleta para observación participante:**
- Objeto: Evaluar las condiciones físicas, cumplimiento del trabajo y coberturas logradas por los centros de atención del M.P.S.S.P.

- Destinatario: Servicios del M.P.S.S.P. según el grado de complejidad:
 - * Puesto médico
 - * Centro de Salud
 - * Hospital
- Donde: El puesto médico y Centro de Salud, en las áreas en que se hace la encuesta a las familias; el hospital, independientemente de su permanencia a las áreas de la muestra.
- Tamaño: La muestra abarca el 90% de las áreas en las que se aplicó a las familias.

f) Boleta para observación participante: (a cargo del paciente).

- Objeto: Evaluar todo el proceso de atención, desde el acceso al servicio, diagnóstico, áreas de medicamentos, control posterior tiempo y costos.
- Destinatario: Usuarios de los servicios del M.P.S.S.P. elegidos al azar en el puesto médico, centro de salud y hospital.
- Donde: El puesto médico y centro de salud, en las áreas en que se hace la encuesta a las familias: los hospitales, independientemente de su pertenencia a las áreas de muestra.
- Tamaño: La muestra abarca el 90% de las áreas en las que se aplico las encuestas a las familias.

Prueba de consistencia de las boletas

Se hizo una muestra piloto de las boletas a objeto de:

- Ordenar la secuencia de las preguntas.
- Detectar malas interpretaciones
- El tiempo requerido por boleta.

Transcripción y procesamiento de las boletas.

Se trabajó con el programa SPSS/PC, que está diseñado especialmente para variables sociales.

Grupos Focales

- **Objeto:** Los grupos focales exploran las actividades y opiniones de las personas sobre la participación comunitaria en los problemas de la salud y las propuestas para mejorar esta participación.

Los resultados obtenidos son cualitativos y si bien la información recabada no es extrapolable, permite generar nuevos conceptos e interpretaciones del comportamiento de las personas frente al problema que nos ocupa.

- **Participantes:** Los grupos focales fueron organizados de acuerdo al sexo y nivel organizativo de los participantes habiendo logrado grupos con las siguientes características:
 - * Grupos focales de mujeres que pertenecen a distintas áreas.
 - * Grupos focales de mujeres que pertenecen a distintas organizaciones.
 - * Grupos focales de hombres y mujeres del mismo Distrito.
- **Donde:** Tres grupos focales por distrito donde aplicaron las anteriores encuestas.
- **Tamaño:** En cada grupo focal participaron un promedio de 10 personas, no sobrepasando el límite superior ni inferior de 12 y 6 personas, respectivamente. Los temas abordados en todas las interrogantes a los Grupos Focales fueron los siguientes:

- * ¿Cuáles son los problemas de salud mas frecuentes?.
- * ¿Cuáles son las causas de estos problemas?
- * ¿A quién recurren cuando se enferman?
- * ¿Qué alternativas proponen para mejorar los servicios de salud?
- * Qué alternativas proponen para lograr una mayor participación de la comunidad en los programas de salud del M.P.S.S.P.

Cada sesión duró entre una y dos horas.

Entrevistas

Finalmente se realizaron entrevistas de opinión a autoridades, tales como:

- Directores Nacionales del M.P.S.S.P.
- Decanos de las Carreras de Medicina y Enfermería.
- Ejecutivos del Colegio Médico Nacional y Departamental.

Estas entrevistas permitieron conocer los puntos de vista institucionales sobre el problema de la salud, además de diferenciar entre los postulados y la práctica que se da en la realidad.

Análisis Documental

Además de la recolección de información primaria se consultó la bibliografía y documentos que hacen relación al trabajo realizado. Este material bibliográfico permitió definir el marco teórico de análisis, la ubicación de la temática dentro del movimiento social boliviano e información estadística existente para los Distritos estudiados.

En el cuadro siguiente se hace una relación del trabajo de campo realizado en los Distritos.

- Número de encuestas según tipo de boleta
- Número de grupos focales.
- Número de entrevistas.

CUADRO Nº 2
Resumen del trabajo de campo

BOLETA	TOTAL	DISTRITO		
		1	2	5
BO1 FAMILIAS	610	210	200	200
BO2 INSTITUCIONAL	60	20	20	20
BO3 COMPLEMENTARIOS	20	7	7	6
BO4 SUSTITUTOS	41	15	15	11
BO5 OBS.PARTICIPANTE (T)	20	7	7	6
BO6 OBS.PARTICIPANTE (P)	20	7	7	6
GRUPOS FOCALES	9	3	3	3
ENTREVISTAS	10	3	3	4
	790	272	262	256

II

MARCO TEORICO

2.1. CONCEPCION DEL MUNDO Y LA SOCIEDAD

La concepción de la naturaleza y la sociedad ha sido distinta a lo largo de toda la historia de la humanidad, enfrentándose dos corrientes que interpretan y explican la realidad en forma totalmente diferente. Estas dos corrientes se expresan principalmente en el funcionalismo donde:

"El hecho social o cultural es concebido como el intermediario y prolongación de las conciencias individuales"².

y el marxismo, cuya tesis principal señala que:

"No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, por el contrario, su ser social es lo que determina su conciencia"³.

La concepción de la realidad social entonces es distinta debido a la presencia de ideologías que representan intereses de clase, corrientes y se expresa en planteamientos generales que están presentes de una u otra forma en el discurso respectivo; se considera a la sociedad capitalista:

- 1) Como un sistema social dado sin posibilidad de cambio que afecta su estructura, cuyas partes (instituciones, subsistemas) se encuentran en interdependencias y cumplen determinadas funciones para el mantenimiento del orden social establecido (Teoría funcionalista).

² Nicole Laurin Frenette: "Las Teorías Funcionalistas de las Clases Sociales", pp. 6-7.

³ Marx, Carlos "Prólogo: Contribución a la Crítica de la Economía Política", pp. 12

- 2) "La sociedad actual no es algo pétreo o incommovible, sino un organismo susceptible de cambios y sujeto a un proceso constante de transformación"⁴ impulsado por la presencia de elementos contradictorios que están en unidad relativa y en conflicto permanente (teoría marxista).

La estructura conceptual de ambas corrientes contiene implícitamente una determinada concepción de la sociedad. En el funcionalismo el aparato conceptual da cuenta de una realidad sin conflictos en el que cada una de sus partes interactúa con las demás y desempeña determinadas funciones a fin de mantener el equilibrio necesario para el mantenimiento del sistema social. Los individuos pueden ascender de estrato a otro (movilidad social) por la existencia de recompensas según los méritos que se tengan. En caso de haber perturbaciones-disfunciones-el sistema social cuenta con mecanismos de control social para evitar que peligre la estabilidad social.

En el marxismo, en cambio, la sociedad se concibe como un organismo en el actúan fuerzas internas antagónicas en una lucha en que una parte (la burguesía) busca mantener relaciones de explotación que permitan extraer la máxima plusvalía posible al trabajo asalariado a fin de incrementar la acumulación capitalista, en tanto que la otra clase (la trabajadora) trata de terminar con las relaciones sociales existentes impuestas por el modo de producción capitalista, a través de la revolución social.

⁴ Marx, Carlos: "El Capital" Vol. I pp. XVI

2.2 ESTADO Y SOCIEDAD

Referirse a la situación mundial significa hablar de muchas interpretaciones sobre lo que está sucediendo en el planeta, de cambios tan veloces que las teorías se han mostrado suficientes para interpretarlas, entre las que destacamos algunas:

- Está ocurriendo un proceso acelerado de globalización económica y de modificación geopolítica de las relaciones internacionales, integración de los países ricos del norte y desintegración de los países del sur.
- Revolución tecnológica: avance de la tecnología en forma acelerada en los países desarrollados.
- Predominio del pensamiento liberal en su versión "neoliberal".
- En el tercer mundo las economías están agobiadas aun por la crisis de la deuda y las políticas de ajuste, se han abandonado antiguas estrategias de desarrollo proteccionistas y se ha instalado claramente una apertura hacia el exterior. El mundo avanza hacia la globalización económica, el cual se basa en el proceso acelerado de desarrollo científico y tecnológico en comunicaciones y transporte con lo que se facilita la labor de las corporaciones. El impulso que se le da proviene de fracciones poderosas del capital de las naciones desarrolladas y del tercer mundo, así como de sus grupos gobernantes y de los otrora países socialistas. Estos grupos demandan espacio económico internacional abierto de preferencia sobre bases multilaterales. Tenemos ante nosotros a un nuevo capitalismo "más agresivo y salvaje". Se ha dado paso a un sistema económico globalizado cuya regulación está a cargo de los países hegemónicos hoy: Estados Unidos, Alemania y Japón, Este nuevo orden es cada vez más asimétrico y concentrado de riquezas lo que agrava aun más la polarización entre países ricos.

"El grupo de los siete y el capitalismo central, con unos 800 millones de habitantes, controlan y hegemonizan más poder económico tecnológico informativo y militar, que el resto de los aproximadamente 400 millones de personas que viven en Asia, Africa, Europa Oriental y América Latina, donde también una exclusiva minoría participa de las relaciones y standard de vida del norte"⁵.

Una interpretación política del término globalización, nos dice que es la estrecha interdependencia económica, política, social y cultural de los diversos países del mundo, violentado y traspazando fronteras. Los aspectos centrales de la actividad económica, social y política de los países están pasando a ser parte del ámbito mundial, se intenta globalizar las pautas del consumo, las culturas y estilos de vida entre los países.

Los países dependientes de la economía internacional buscan integrarse en el mercado aceptando reglas de juego cuyo centro es la mercancía colocando al hombre como parte del proceso productivo como una "pieza" de la gran maquinaria del mercado que requiere eficiencia, eficacia, desarrollo de nuevas tecnologías.

"El nuevo modelo es económicamente dinámico, socialmente excluyente y funcionalmente planetario"⁶.

Por otra parte en el ámbito cultural, a partir de la influencia de los medios de comunicación, los cambios permiten no solo una información rápida de lo que pasa en cualquier

5 GOROSTIAGA JAVIER "Entre el Desastre y la Esperanza" Caracas 1991 p.32

6 CASTELLS M. "La Producción Flexible y en Nuevo Modelo de Acumulación Capitalista" Lima 1991 p. 17.

parte del mundo, sino interrelacionamos e integramos a una cultura de mercado, a una racionalidad occidental. Para el sistema capitalista tienen poco valor los particularismos culturales y nacionales de los diferentes países. Con la globalización las fronteras culturales tienden a desaparecer. Emerge un solo mercado. El mundo es cada vez más pequeño, los productos se venden en todo el mundo, por ejemplo las aspirinas hechas en Chile se venden en Bolivia. Por ello se habla de una cultura mundial que emerge, una cultura de dominación universal que afectará aun más las costumbres, los valores, las formas de consumo de las mayorías nacionales.

Las políticas económicas en América Latina se sustentaron en el crecimiento económico a partir de las exportaciones.

Entre los años 45 y 50 América Latina experimentó una tasa de crecimiento anual de 15,5% por las demandas de materia prima necesarias para la reconstrucción de Europa. En el año 50 se puso en práctica la estrategia de "Industrialización por sustitución de importaciones" recomendada por la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). Además de materias primas América Latina empieza a elaborar también productos manufacturados. Se moderniza el sector agrario. En esta década la teoría de la modernización no era conservadora sino que por el contrario proponía cambios radicales. Por ejemplo, acabar con el poder oligárquico retomar el estado y otros.

Hasta los años 70 se ejecutó lo que se conoce como el modelo de "Desarrollo hacia adentro". El estado asumió un papel activo fomentando la industrialización sustitutiva de importaciones; se invirtió en obras de infraestructura y en servicios públicos y se promovieron reformas en diversos campos: Educación, Agricultura, Empresa, etc.

Dos son las características de intervención estatal:

- No se opone a una economía capitalista de mercado.
- Representa una iniciativa política, aunque se apoye en el Keynesianismo y en el desarrollo de la CEPAL.

La teoría de Keynes, es la teoría de la demanda:

"El Estado juega un papel de protector dando una serie de medidas sociales, se crearon condiciones de demanda para desarrollar el llamado estado de bienestar"⁷.

En la década de los 60 se planteó la estrategia de integración al darse problemas de inflación y crisis de balanzas de pagos en el mundo avanzado, otro factor fue el predominio del capital financiero y nuevos patrones de acumulación. Entonces surgió la estrategia de participación a partir del problema de la marginalidad y pobreza. Se trata de integrar a los pobladores marginales migrantes que vivían en carencias y dificultades para satisfacer sus necesidades. Su propuesta de salida fue la participación social.

En 1961 Estados Unidos planteo la "Alianza para el Progreso". Se establecieron programas de bienestar social desde el Estado con la ayuda exterior pero bajo ciertas condiciones.

A partir de la década del 70 el modelo entró en crisis, el gasto fiscal se disparó, los ingresos tributarios no recompensaban los gastos, etc. Se iniciaron las reformas que tendían a la liberación de las economías. En esta década se obtuvieron los mayores préstamos. Sin embargo, se percibía un clima de ascendencia del movimiento obrero y campesino.

7

KEYNES: "Teoría de la Demanda de Keynes" pp. 38

Desde finales de los 70 y durante toda la década de los 80 se profundizó el endeudamiento y se generó la crisis en ésta etapa; debíamos obtener más dólares para pagar la deuda para que el sistema funcione a costa del hambre de la población. En los 80 se profundizó la pobreza por el endeudamiento externo y las políticas de ajuste se dieron para forzar a los países latinoamericanos a destinar recursos para que cumplieren con el pago de los servicios de la deuda; en esta década se acentuó el neoliberalismo cuya reglas de juego se aceleraron en el presente decenio en casi toda América Latina.

2.2.1. NEOLIBERALISMO

Es sinónimo de imperio de capital probado y de la iniciativa privada sobre el conjunto de la sociedad es la expresión teórica de la internacionalización, de un nuevo modelo de acumulación y de dominación del capitalismo,

Los rasgos constitutivos del neoliberalismo son:

- Adelgazamiento del Estado, reducción de su participación económica, mediante la privatización de las empresas de propiedad del Estado, con la que se reduce su papel regulador de los mecanismos económicos.
- Apertura de las economías y los mercados al capital extranjero, el cual adquiere un peso mayor en las coordenadas nacionales.
- Aumento del grado de monopolio
- Fuerte aumento de la tasa de plusvalía con caída del salario real y mayor tasa de desocupación.

"Al principio el neoliberalismo se constituyó como una ideología de transición, con el objeto de crear nuevas y favorables condiciones para legitimar la construcción del futuro. Este discurso buscó interpretar la crisis y se apoyó en el proceso de modernización que emergió de ella. Y así la nueva derecha latinoamericana logró colocar las bases para este proyecto justificado por la necesidad de la reinserción de la región en el proceso de globalización de la economía"⁸.

El neoliberalismo no es un regreso al pasado liberal del siglo XIX sino una respuesta nueva al capitalismo, a su crisis de desarrollo.

El neoliberalismo es una versión de la teoría liberal que consta de 5 principios básicos:

- A) *"La superioridad de la economía sobre la política"*
- B) *Una antropología basada en tres hipótesis: a) la escasez hace de la competencia el principio de toda organización social; b) se otorga primacía al individuo sobre el grupo o sociedad; y c) el individuo se comporta siempre racionalmente en función de maximizar sus beneficios.*
- C) *Se reduce el problema de la integración social a la relación del mercado (económico), que concibe a la misma política como un mercado.*
- D) *El supuesto según el cual como el conocimiento humano es siempre limitado y fragmentado, su avance solamente pueden ser obra del "ensayo error" de millones de individuos; el mercado es elevado al rango de un principio epistemológico.*

E) Una nación del Estado que limita su función a contados dominios que no pueden ser regulados por el intercambio privado y que no ve en su extensión sino el interés de la burocracia, el ahogo de la iniciativa privada y la ineficiencia⁹.

Desde este punto de vista el neoliberalismo desarrolla su propuesta a partir de la teoría acerca de como debe funcionar la sociedad entre las que se destaca:

- Reformar el Estado de manera que cumpla una función reguladora para favorecer al mercado.
- Liberalización del mercado; el mercado como centro de la libertad económica y política.

Por último, a nivel general, el neoliberalismo se caracteriza por:

- Ajustes estructurales que responde a las nuevas tendencias globalizadoras de la economía capitalista.
- Apertura comercial, independización de los circuitos monetarios, mercancías, servicios, etc.
- Privatización de las empresas y servicios públicos estatales, para equilibrar el mercado y favorecer la productividad.
- Flexibilización de los procesos productivos a partir de la innovación tecnológica.
- Transformación de las políticas liberales: medidas para controlar los conflictos, para reducir los costos salariales, la concertación y el diálogo, recortando las expectativas en las negociaciones colectivas, mientras los no organizados y los informales que son mayoría, quedan de lado o no son alcanzados por las leyes laborales.

El neoliberalismo necesita el apoyo político de los gobiernos para que su modelo y propuesta "funcionen" y lo consigue. Requiere de modificaciones en las constituciones políticas y lo logra. En general, la mayoría de los gobiernos de la región de Latinoamérica aceptan y aplican los ajustes y por ende el proyecto neoliberal.

De esta manera, el neoliberalismo se constituye en un instrumento del sistema y su impacto puede dar lugar a modificaciones adecuaciones e incluso a cambios cualitativos en función del desarrollo posterior del propio capitalismo. Sin embargo el neoliberalismo universal no es una teoría de desarrollo, ni podrá suscitar el desarrollo de ninguna de sus variantes. Puede reactivar las economías en algunos países y hasta hacerla crecer por un tiempo, pero el costo social anula para las mayorías los efectos positivos de este hecho. Puesto que la aplicación de esta política neoliberal ha traído consecuencias desastrosas en nuestros países. Señalamos algunas:

- Extrema pobreza: los pobres pagan los costos sociales
- Desempleo abierto, principalmente juvenil.
- Desempleo y exclusión social.
- Inestabilidad laboral.
- Desprotección social.
- Desestructuración de los actores sociales de los partidos políticos, de los sindicatos, neutralización de otras alternativas políticas y populares.

2.3 CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

La salud-enfermedad es objeto de estudio de diversas disciplinas (médica, epidemiología, antropología, sociología, entre otros) y dentro de ellas, por ejemplo la sociología, puede haber distintos enfoques teóricos metodológicos en tanto que responden, directa o indirectamente, a determinados intereses de clases . Esto ha conducido a la conformación de la sociología, de la burguesía y la sociología marxista.

La sociología burguesa estudia el proceso salud-enfermedad de acuerdo con un enfoque funcionalista empirista y subjetivista que da cuenta de una concepción del mundo, de la sociedad. De acuerdo con esta concepción de la realidad social-que responde a los intereses y expectativas de las clases que tienen el poder político y económico, en tanto que buscan evitar el cambio de sistema; el análisis y conceptualización del proceso salud-enfermedad adquiere ciertas particularidades que responden al enfoque y a los elementos teóricos del funcionalismo. Exponemos a continuación algunas consideraciones teóricas sobre la conceptualización de la salud y la enfermedad, la ideología de esta, y el carácter de la práctica médica a fin de reforzar lo antes dicho.

"La salud casi por definición esta dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad hasta el extremo de que desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional. Esto se debe a que en primera instancia la enfermedad incapacita para desempeñar las clases sociales"¹⁰.

¹⁰ PARSONS, Talcott: "El Sistema Social" p. 432

Por lo tanto:

" La enfermedad no es simplemente un peligro externo ante el cual hay que ponerse en guardia, sino una parte integral de equilibrio social mismo la enfermedad puede ser considerada como un modo de respuesta a las presiones sociales entre otras cosas, como un modo de eludir responsabilidades sociales... la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento "normal" del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como un sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personales y social. La enfermedad se define, pues en parte biológicamente y en parte socialmente ¹¹.

Y ¿Cómo surgen las enfermedades? para dar respuesta a esta pregunta el funcionalismo recurre a elementos de tipo subjetivo sin señalar que estos se encuentran condicionados por el ser social. De acuerdo con este enfoque puede decirse que:

"Factores motivacionales accesibles al análisis sobre la base de la acción (que) se encuentran implicadas en la ideología de muchas enfermedades: y a la inversa aunque sin exacta correspondencia muchas condiciones se pueden tratar terapéuticamente a través de canales motivacionales. En el caso mas simple exponerse a sufrir heridas o infección es algo ciertamente motivado y el rol de los deseos inconcientes de ser herido o caer enfermo en esos casos ha sido claramente demostrado¹².

No se puede negar la importancia de los aspectos subjetivos (motivacionales, deseos, expectativas) en la conceptualización de la salud-enfermedad y en la práctica médica. Sin embargo es necesario dejar claramente establecido que tales elementos

11 IBID, p. 434

12 IBID, p. 433

1

tienen una base objetiva, es decir dependen de una realidad material histórica: determinadas condiciones de trabajo y de vida que influyen en mayor o menor medida, en el surgimiento de lo subjetivo. Esto a su vez se materializa, se vuelve objetivo en determinados momentos y bajo ciertas circunstancias.

Como se ve, este enfoque resalta lo subjetivo, lo externo de la problemática social que origina la enfermedad. Asimismo la práctica médica se considera como una forma de control social de la enfermedad.

"La práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la "salud" del individuo es decir la "enfermedad"... (es por lo tanto) un "mecanismo" en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros. Implica una serie de roles institucionalizados... La moderna práctica médica esta organizada en torno a la aplicación del conocimiento científico a los problemas de la enfermedad y la salud, es decir a controlar la enfermedad"¹³.

Este último se vuelve una necesidad en tanto que la enfermedad es disfuncional para el sistema social y amenaza con alterar su funcionamiento y equilibrio.

Según la teoría y método del materialismo histórico y dialéctico el proceso salud-enfermedad es considerado como un proceso social históricamente determinado, es decir que se presenta en sociedades y grupos sociales específicos que trabajan y viven en circunstancias condicionadas por el modo de producción prevaleciente. De igual manera, las leyes y teorías marxistas permiten explicar aquellos elementos con los que la salud-enfermedad se encuentra relacionada: características de las políticas de salud de los sistemas de atención médica y de la práctica médica.

¹³ IBID, p. 432-434

A continuación se exponen algunos elementos del marco teórico marxista en que se apoya lo arriba señalado:

" La producción de la plusvalía o extracción del trabajo excedente constituye el contenido específico y el fin concreto de la producción capitalista, cualquiera que sean las transformaciones del régimen mismo de producción que puedan brotar la supeditación del trabajo al capital"¹⁴.

En la actualidad, como sabemos, la plusvalía la produce la clase trabajadora por lo que el capitalista busca por todos los medios explotar al obrero sin tomar en cuenta los daños a la salud que ocasiona su afán desmedido de extraer trabajo excedente.

"El capital no pregunta por el límite de vida de la fuerza de trabajo. Lo que a él le interesa es única y exclusivamente, el máximo de fuerza y trabajo que pueda movilizarse y ponerse en acción durante una jornada. Y para conseguir este rendimiento máximo, no tiene inconveniente en abreviar la vida de la fuerza de trabajo"¹⁵.

El consumo de fuerza de trabajo en el proceso productivo implica un desgaste de energías, de cerebro, de stress, que repercute directa o indirectamente, mediata o inmediatamente en la salud de los sectores populares: mayores y más frecuentes enfermedades, envejecimiento prematuro y reducción de la vida. Marx relacionó lo anterior con las características indiferentes al modo de producción capitalista:

"La producción capitalista, que es una sustancia producción de plusvalía, absorción de trabajo excedente no conduce solamente al empobrecimiento de la fuerza humana de trabajo despojada de sus

14 MARX K. "El Capital", Vol. I p. 237.

15 IBID, p. 208

*condiciones normales de desarrollo y de ejercicios físico y moral. Produce además la extenuación y muerte prematura de la misma fuerza de trabajo*¹⁶.

Al capitalista le tiene sin cuidado el empobrecimiento físico y espiritual de los sectores populares, porque lo que más le interesa es abarcar el máximo de trabajo excedente con el menor costo posible a fin de incrementar la acumulación del capital; de lo contrario perecería, como clase, y esto algo que bajo ningún concepto pasa por su mente Marx es claro cuando señala :

*"Al capital le importa poco la salud y la duración de la vida del obrero, a menos que la sociedad le obligue a tomarlas en consideración"*¹⁷.

Por lo expuesto considero que es importante tomar en consideración el planeamiento materialista para analizar la salud-enfermedad de los sectores populares, es decir, la necesidad de considerar la base económica de la sociedad (el modo de producción capitalista que se basa en la explotación de los trabajadores para explicar los daños a la salud de los sectores populares.

2.3.1 MEDICINA CAPITALISTA

El instrumento de desarrollo capitalista en el terreno de la salud es la medicina capitalista, que se refiere a los procesos más o menos científicos y sofisticados de curación de enfermedades que abren campo a la rentabilidad del capital; se trata del resultado de la fusión de la medicina científica occidental con la ley de la acumulación del capital.

16 IBID, p. 209

17 IBID, 212

Es fundamental para el desarrollo de esta medicina, no solo en tanto precisa un terreno de desarrollo científico y tecnológico, sino y principalmente, en cuanto le asegura un mercado propio donde el enfermo queda cautivo en su función de demandante de mercancías de salud.

El conocimiento científico de la medicina capitalista ha sufrido el impacto de su naturaleza mercantilista y en tal sentido se ha mostrado incapaz de recuperar los aportes de experiencias milenarias de salud, que justamente por su antigüedad, se desarrollaron más ligadas a la naturaleza.

No obstante lo anterior, hay que reconocer el enorme aporte del desarrollo de la medicina científica occidental a la comprensión del organismo humano y su fisiología así como su invaluable contribución a la humanidad en el terreno de la identificación y curación de enfermedades.

"El hombre que vive a finales del siglo XX no puede imaginarse con facilidad los padecimientos que sufrieron sus antepasados, ni su impotencia ante males que hoy son fácilmente reducibles. Es justamente en el terreno de desarrollo de la medicina científica donde la creatividad humana a dado muestras de una capacidad de realización insospechada. Su vinculación con otras ciencias como la física, la química ha dado resultados alentadores para el futuro de la humanidad"¹⁸.

Hay que reconocer, sin embargo, que la medicina científica es solo una parte del fenómeno de la medicina capitalista, es su instrumentos más efectivo. La necesidad de producir mercancías es decir, objetos de mercado, sujetos a la oferta y la demanda, a significado una dura imposición a la

investigación científica-medica en el capitalismo. De ahí que el acceso directo a la naturaleza, el cuidado cotidiano y sencillo de la salud, la curación de enfermedades potencializando las posibilidades del organismo individual del hogar y la familia, la transmisión de avances científicos médicos y las grandes masas y, la oferta de servicios gratuitos y extensos de curación especializada han tenido mucho menor atención desde el punto de vista investigativo y de implementación. La medicina capitalista como los electrodomésticos ha quedado reducida a la implacable lógica del mercado: invertir un dolar para obtener dos.

Así la salud dejó de ser objetivo principalmente de la industria capitalista. La penetración de esta medicina en las sociedades capitalistas dependientes ha cumplido una función articuladora del conjunto de los sistemas curativos, incluyendo los que rigen la salud de los sectores populares.

Esto en la medida en que ha sido la herramienta más eficaz para la expropiación de las tradiciones, conocimientos e incluso del lenguaje en que se plasman las concepciones y prácticas de la salud popular, actuando como eficiente instrumento de imposición de la "verdad excluyente" de la concepción consumista del mercado de la salud, la cual rige la cotidianeidad de la curación de enfermedades.

Según Ana Boggio Carrillo tres son los mecanismos centrales de penetración de la medicina capitalista las cuales operan simultáneamente y en los hechos es difícil distinguir por separado; los mecanismos se identifican bajo las siguientes términos:

"Expropiación depredadora: consiste en tomar el conocimiento popular que es susceptible de ser transformado en mercancía y condenar el resto o destruirlo.

Imposición Autoritaria: consiste en imponer a los médicos y su ciencia como una verdad indiscutible y superior, ante lo cual la población no tiene más que su enfermedad y su ignorancia, por lo que debe someterse y obedecer a la medicina capitalista bajo la promesa implícita de curar sus enfermedades de calmar sus dolores y de vivir largamente.

Externalización: Consiste en destruir la confianza en el potencial curativo del propio organismo y en construir un sistema externo de donde hace provenir la curación de enfermedades. En el fondo reproduce las funciones del organismo, pero fuera de el y luego las industrializa y las vende¹⁹.

A partir de estos mecanismos, señalamos que la salud materializada en el conocimiento médico y su aplicación es convertida por esta sociedad en una mercancía más y como todas las mercancías está destinada única y exclusivamente a quienes puedan comprarla.

Por esta razón la relación médico-paciente entendida como una transacción más debe estar y está regida, de hecho, por las leyes del mercado, por las leyes del capitalismo.

Estas leyes del capitalismo, imperantes en la denominada sociedad neoliberal, no solo condicionan la relación médico-paciente, sino que requieren de una serie de situaciones de creencias, de ideas que permiten y justifican esa relación específica.

La aparición del trabajador libre hace aparecer a los hombres como iguales entre sí y toda una ideología se desarrolla para materializar esa imagen (hombre iguales y libres; participación de todos en el gobierno a través del voto) ocultando las diferencias de clase.

19 BOGGIO CARRILLO, Ana: "Al Encuentro de la Salud Popular", Lima/86 p.13

"El médico percibe a sus pacientes como seres iguales que pueden o no solicitar sus servicios. Los pacientes ven a los médicos como diversas posibilidades en las cuales pueden esperar la satisfacción de su demanda siempre y cuando claro está, tenga con que pagar"²⁰.

El médico aparece entonces en el mercado ofreciendo su mercancía: la salud. A este mercado acuden miles de personas que necesitan esa mercancía. Se trabaja por cuenta propia, si es dueño de su propio negocio se puede abrir o cerrar a cualquier hora, atender al que quiera, cobrar en cualquier forma.

Por otra parte se dice que la "medicina es costosa porque es escasa", pero indudablemente esta escasez no se debe a una distribución natural de los médicos en la corteza terrestre sino que aún determinado tipo de relaciones sociales impone limitaciones al desarrollo y proporción de las actividades que se ejecutan bajo dichas relaciones, a la vez que, cada grupo social tiene que velar por la famosa escasez para poder mantener cierto nivel socio-económico.

De ahí la persecución que se hace contra todas las formas de medicina no institucionales, bajo las banderas ideológicas del peligro para la salud del "hombre que se pone en manos de un charlatán". De ahí que a la enfermera no se le permite el acceso al conocimiento médico recurriendo a la ideología de la división del trabajo.

"El valor de trabajo de un médico es igual a sus conocimientos en la materia, estos solo pueden representarse en general, en el tiempo promedio invertido para adquirir tal conocimiento. Según esto aparece ante los ojos del observador empírico que a más tiempo

*dedicado a la adquisición del conocimiento más valor tendrá el trabajo realizado con ese conocimiento. Así el trabajo de un médico con siete años de estudio tendrá más valor que el de una enfermera con cuatro años y menor valor que el del especialista que ha estudiado diez años*²¹.

De ahí el lenguaje misterioso de los médicos. De ahí su celo profesional y el cuidado que tienen de no interferir, por lo menos aparentemente, con los clientes de sus colegas, pese a que en el fondo piensen lo contrario, de ahí la enorme diferencia en sus hábitos y moda, de ahí también la necesidad de todas las profesiones de mantener la escasez permanente en aras de un perfeccionamiento y un científicismo que deriva en la especialización o super-especialización.

*"En medicina es clásica la encarnizada lucha de especialidades por quedarse con una porción del cuerpo del paciente, los ginecólogos se disputan las ramas con los cirujanos generales, estos el estómago con los gastroenterólogos, estos las hernias disfragmáticas con los cardiovasculares, etc"*²².

Es visible la impotencia de los avances de la ciencia y la tecnología médica contemporánea frente al reto de mejorar los niveles de salud de los sectores populares latinoamericanos para los cuales el empobrecimiento severo que padecen resulta ser el virus más fatal.

2.4 EDUCACION POPULAR EN SALUD.

La educación popular viene constituyendo un campo propicio de reflexión y desarrollo de una posibilidad de enfrentar la

21 IBID, p. 35

22 IBID p.49

realidad social como materia de conocimiento científico por los sectores populares y trabajadores de la cultura comprometidos con el pueblo; de esta manera se puede:

*"Partiendo de la práctica concreta de los pobres descubrir científicamente sus causas estructurales y transformarlas de acuerdo a sus intereses inmediatos e históricos, integrando la teoría con la práctica en el desarrollo de la lucha de clase"*²³.

Un aspecto importante de esta realidad social, de esta práctica concreta de los pobres, es el relacionado con la salud. A partir de una revisión de los objetivos características y alcances de algunas experiencias de educación en salud, tanto del sector oficial (Ministerio de Salud), como del sector popular, se pueden esbozar elementos metodológicos y técnicas importantes para el logro de la meta de educación popular. Entendemos esta como una forma de educación política que aspira a erigirse en instrumento de desarrollo de conciencia de clase de los sectores populares en su enfrentamiento cotidiano e histórico. Por consiguiente, es entendida como un proyecto alternativo al sistema dominante.

Según Verá Gianotten la educación popular tiene algunos objetivos generales:

- *"El desarrollo de la conciencia del pueblo en todas las esferas de la vida o sea, el desarrollo de la capacidad histórica de los sectores populares para construir su propia alternativa.*
- *El desarrollo del saber popular y de control sobre el conocimiento común y científico que conduzca a la ruptura del saber, es decir, la socialización de conocimientos existentes y de socialización de la generación de nuevos conocimientos.*

- *El desarrollo crítico y creativo de la cultura popular, a partir de sus propios intereses inmediatos e históricos como formas de poder organizado alternativo*²⁴.

Estos objetivos generales exigen un mayor entendimiento y análisis de conceptos como cultura popular , saber popular, organización popular y, consecuentemente, participación popular.

2.4.1 DE LA EDUCACIÓN HIGIÉNICA DEL PÚBLICO A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los sectores oficiales relacionados con la salud de la población tiene sus objetivos, acciones y metas en relación con la educación. Una muestra actual del desarrollo logrado en este campo, la hemos podido observar con la campaña televisiva de las Sales de Rehidratación Oral, llamada "salvadora" o con los afiches de Materno Infantil (por el personal de salud).

La primera formulación sobre educación higiénica del público por los organismos del estado fue anunciada por la Organización Mundial de la Salud en 1953 y planteaba:

*"La finalidad de la educación higiénica es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzos. La educación higiénica empieza por lo tanto con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida, y aspira a crear un sentido de responsabilidad por su propio mejoramiento, ya sea individualmente o como miembro de la familia de la colectividad o como ciudadano de la colectividad"*²⁵.

24 VERA GIANATTEN, "Organización Campesina: Objetivo de la Educación Popular", TAREA 1987

25 Organización Panamericana de la Salud: "Educación Higiénica del Público", 1963 p. 2.

Es decir que la acción educativa iba dirigida al individuo para interesarlo en su salud, para mejorar sus condiciones de vida y asumir sus responsabilidades por el mejoramiento de la salud propia y colectiva.

Se trataba de capacitar a las personas para el desempeño de las actividades que deben emprender por si mismas ya sea individualmente o en pequeños grupos con el fin de alcanzar plenamente el estado de salud como lo define la constitución de la Organización Mundial de Salud:

"Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad"²⁶.

El proceso educativo se centra en el educador sanitario que enseña aquello que la gente debe saber para proteger su salud. Pero los actuales tiempos son otros y con la estrategia de atención primaria de salud²⁷ y la meta "Salud para todos en el año 2000" se han reformulado estos modelos que se tiende a denominar educación para la salud.

En el marco de esta estrategia mundial el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia resaltó:

"La transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos a fin de solucionar los problemas de salud que afectan a la comunidad"²⁸...

26 O.P.S. 1980 P.2

27 Atención Primaria de Salud, es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con plena participación.

28 MINISTERIO DE SALUD: "Bases para la Política de la Salud del Gobierno Democrático y Popular", Julio/1983. pp 3

Plantea la capacitación de agentes de la propia comunidad para garantizar su permanencia, desarrollo y continuidad. En relación a los contenidos educativos:

*"Obedecer a lo normado a nivel nacional, pudiendo éstos ser reformulados o adecuados, en base a la realidad sanitaria social y económica de las comunidades apoyadas"*²⁹.

Estos agentes de la comunidad, junto con el personal de salud de los servicios, asumen el rol de educadores para la salud. Sin embargo se ha evidenciado que las instituciones sanitarias del estado le asignan al desarrollo de las acciones de promoción y prevención de la salud en el nivel colectivo, por mucho que los discursos y planes estén plagados de enunciados de hondo contenido preventivo-promocional.

2.4.2. ROL DE LOS ESPECIALISTAS EN LA ACCIÓN COLECTIVA POPULAR

La acción educativa en salud se sigue centrando en la figura del médico, el médico es quien asume la producción de los contenidos y generalmente quien desarrolla la actividad educativa. Reconociendo el enorme aporte profesional y su real compromiso con la causa popular, debemos decir que percibimos algunos sesgos metodológicos en este aspecto concreto del trabajo. Se sigue manteniendo la separación entre trabajo manual e intelectual, el proceso de conocimiento recae en el médico o en la enfermera, aunque el carácter popular está dado principalmente por el objetivo y punto de vista del análisis. Los alumnos son generalmente madres de familia y ellas reciben los contenidos ya elaborados.

La formación que los médicos y enfermeras reciben actualmente en las universidades, institutos o escuelas de enfermería no brinda los elementos metodológicos en educación, sociología, ni en investigación científica (que no sea desde una postura biologista) y mucho menos una actitud de trabajo comprometido con el pueblo.

La salud es uno de los ámbitos importantes de trabajo de educación popular y es conveniente señalar las diferencias del enfoque popular frente al enfoque oficial dominante. Los sectores populares deben conocer como premisa básica, cuales son los problemas principales de salud que los aqueja para que a partir de allí se desarrolle una reflexión hacia la conciencia de la naturaleza colectiva del problema (frente al llamado individual del modelo dominante), hacia la identificación de las causas estructurales y también las inmediatas que determinan sus malas condiciones de vida y salud, hacia la identificación de las limitantes que deben ser superadas para ascender a mejores niveles y a la organización para hacerles frente.

"El pueblo aprende a partir de la reflexión sobre su propia experiencia, con el objetivo de transformar su realidad o sea que el punto de partida y el punto de arribo del proceso educativo es la practica: en medio de ambos extremos se ubica el análisis científico de los problemas y la búsqueda de soluciones"³⁰.

30 CULTURA POPULAR-CEPA Nicaragua: Trascendencia Revolucionaria de una Metodología Educativa y Liberadora, p. 107.

2.5. FORMAS DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

La participación de la comunidad en asuntos que conciernen a su supervivencia es tan antigua como la historia del hombre, ya que es una parte esencial del desarrollo de todas las sociedades humanas.

La idea de que la participación es un proceso susceptible de estimularse desde afuera y que la mayor o menor movilización de la población puede ser manipulada por agentes externos, es un concepto moderno. La idea y la práctica de la participación de la comunidad dependen de la concepción ideológico-política de quienes promueven un determinado programa, esa participación puede servir para la domesticación de la gente, para mejorar el orden social o bien para transformarlo.

La idea de que la participación de la comunidad es una noción fundamental del desarrollo de toda comunidad, es generalmente admitida y no es cuestión que sea discutida como característica esencial del desarrollo de la comunidad. El problema se plantea "cuando se trata de precisar su contenido y alcance y cuando se trata de llevarlos a la práctica" con todas las implicaciones políticas e ideológicas que tiene la participación de la comunidad.

En un documento de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) se indican las diferentes interpretaciones de la participación de la comunidad:

- *"Práctica de la democracia política, mediante el voto y la acción partidaria.*

- *Participación de la comunidad en el libre juego del mercado de trabajo, de bienes y servicios.*
- *Organización cooperativa y la organización de los gremios.*
- *Acción organizada de las pequeñas comunidades³¹.*

En otro orden de cosas se debate sobre si la participación de la comunidad se plantea sólo en la ejecución de los planes o comprende también la formulación de los mismos. Además, señalaba dos objetivos de la participación de la comunidad:

- *"Obtener cooperación para el cumplimiento de las metas fijadas.*
- *Reducir la resistencia al cambio tanto de los individuos como de las comunidades³².*

Lo planteado arriba es una idea restringida de la participación de la comunidad. Esta noción de participación consiste en que los planificadores de un determinado gobierno llaman al pueblo o algunas de sus categorías para legitimar determinados proyectos, para concertar determinadas decisiones tomadas a nivel técnico o político, o para captar simplemente con medidas ya decididas fuera del ámbito de la comunidad.

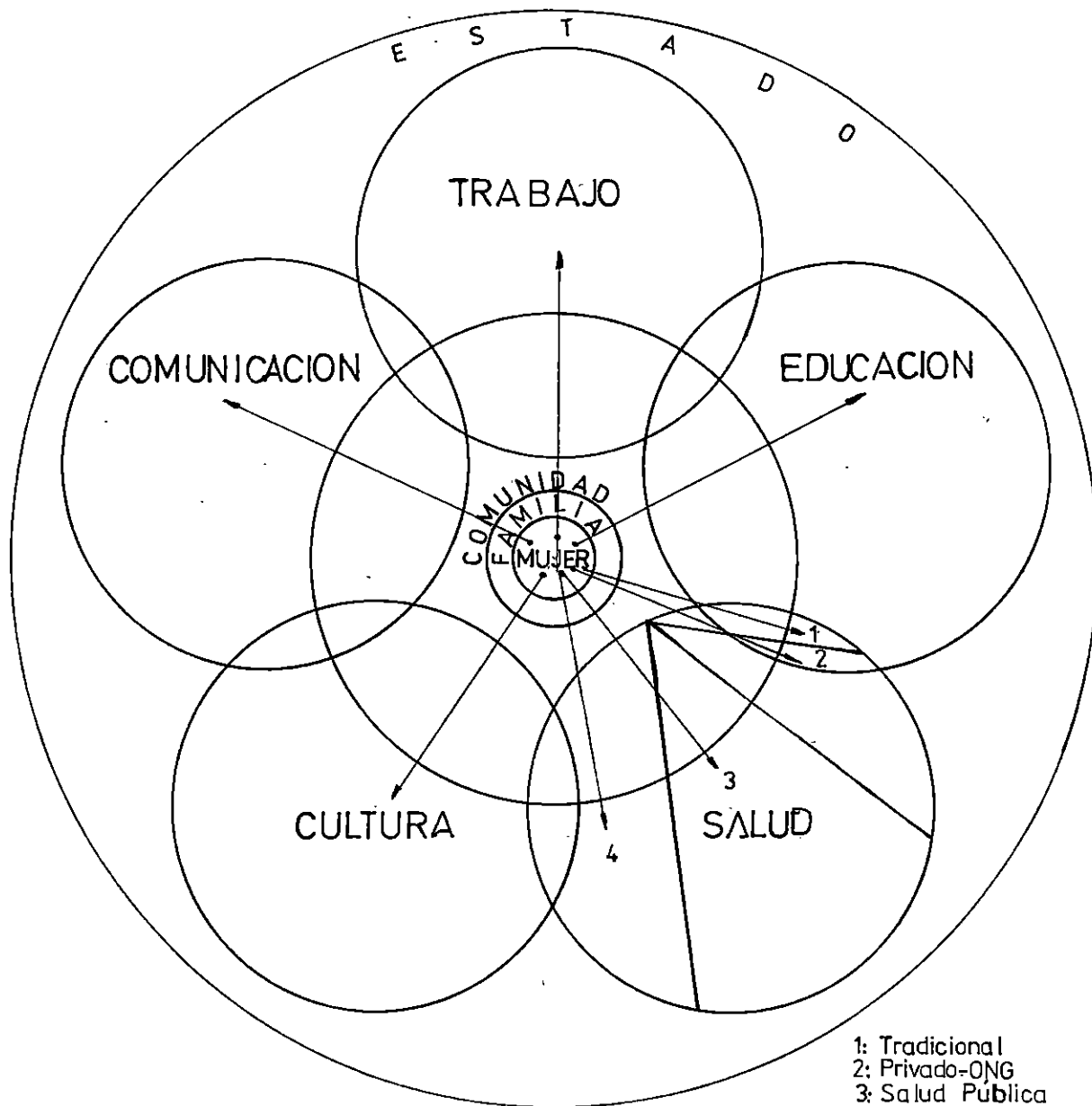
"Apenas significa llamar a sectores comunitarios para la ejecución de tareas derivadas de planes elaborados sin la participación de la comunidad"³³.

31 CEPAL "La Participación Popular y los Principios de la Comunidad", Santiago de Chile, 1964 p.18

32 IBID P. 19

33 CORNELLY "Ideas sobre el planteamiento participativo" Buenos Aires" 1978 p.31

LA COMUNIDAD Y SU ENTORNO



- 1: Tradicional
- 2: Privado-ONG
- 3: Salud Pública
- 4: Seguridad Social

En contraposición a tal planteamiento, se da una efectiva participación de la comunidad, cuando se realiza una acción de la comunidad (la gente toma decisiones y asume la elección final) y no cuando se lleva a cabo una acción sobre la comunidad (la gente realiza lo que otros realizan).

Esta última en algunos casos es una participación engañosa, en otras es una práctica restringida de la participación. La auténtica participación de las comunidades se configura por tanto como:

- *"Una acción personal y original, que responde a las exigencias de la propia conciencia y expresa las propias convicciones. Sino se cuenta con estos rasgos se corre el peligro de caer en una manipulación enmascarada, montada artificialmente por una minoría en el poder o en la oposición que lo único que pretenden es captar más adeptos para vanagloriarse del número de aficionados o seguidores.*
- *Dota permanentemente de un sentido crítico que no acepta probablemente cualquier propuesta, sino que la pondera y sabe decidir, superando antes los pro y contra. Dado que toda participación supone una renuncia de si mismo para integrarse en el quehacer comunitario, hay que estar siempre alerta para no caer en la trampa de un conformismo despersonalizado y mecanicista, que termine convirtiendo nuestras personas en una rueda mas del engranaje del sistema.*
- *Potenciadora y enriquecedora de la persona y de la comunidad. Falsa participación sería aquella que en vez de promocionarlo libera, encadena o esclaviza. Esto supone contar con un proyecto de sociedad tanto político como económico que aspira a que se de un mayor respeto de poder³⁴.*

34 ANDER EGG, Ezequiel: "Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad" México, 1982 p. 70

La concepción de participación de la comunidad depende en última instancia de un marco económico político desde el cual se propicia y realiza un programa (aún cuando existan contradicciones y desviación y la realizaciones concretas). La concepción del desarrollo de la comunidad, varía según las coordenadas políticas e ideológicas desde las cuales se conciben y desarrollan los programas como ser:

- *A partir de un marco ideológico político conservador, la participación de la comunidad tiene por finalidad integrar a la gente para el funcionamiento armonioso del sistema, de acuerdo a lo que establece la clase de dirigente y el liderazgo tradicional.*
- *Desde un marco reformista-desarrollista, la participación de la comunidad tiene por finalidad mejorar el orden social con la intervención de la misma gente a través de un proceso en el cual el pueblo tiene posibilidades de negociar con el gobierno aquellos aspectos que interesan a su propio bienestar.*
- *En una concepción más avanzada y revolucionaria la participación de la comunidad tiene por finalidad transformar el orden social mediante un proceso de creación del poder popular.*

III
UBICACIÓN DEL ESTUDIO
EN EL
CONTEXTO NACIONAL

3. UBICACION DEL ESTUDIO EN EL CONTEXTO NACIONAL

3.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

La población total de Bolivia, según los resultados del Censo Nacional de Poblacion y Vivienda, efectuado el 3 de junio de 1992 (CNPV.1992) alcanzó a 6,420.792 habitante. De ese total 2, 808.684 viven en las ciudades capitales y el Alto; 886,162 residen en el resto de las localidades urbanas y 2,725.946 habitantes en el área rural.

En 1976, el 31% de la población residía en las nueve ciudades capital de departamento y la que es hoy la ciudad de El Alto, para 1992 estos centros urbanos concentraron el 43.7% en contraposición. En 1976, el 58.3% de la población total del país habitaba en el área rural y en 1992, el 42.5%. Vemos que la población de la ciudades capitales aumentó desde 1976 en 1,378.747 habitantes, el área rural apenas se elevo en 38,300 personas. Según los datos del CNPV. 92 el 13.8% restante de la población residen en el resto de las localidades urbanas.

Este resultado expresa, para el período intercensal 1976 -1992 una tasa anual de crecimiento promedio de 2.11%. El índice de masculinidad registra a nivel del país, para el período 1976 y 1992, valores cercanos al 97.5%, los datos del CNPV.92 permiten establecer una diferencia notable de este indicador entre áreas, ya que en el área rural existen 102 hombres para cada 100 mujeres, mientras que en el área urbana existen 94 hombres por cada 100 mujeres.

A nivel nacional siguen el CNPV.92 la tasa global de fecundidad es de 5.0% siendo que en el área urbana es de 4.2% y en el área rural de 6.3%.

La población boliviana crece un promedio de 2.3% es decir que se incorporan 150.000 nuevos habitantes que sobreviven a la mortalidad infantil y materna. Eso quiere decir que Bolivia incorpora a sus necesidades cada año una ciudad que requiere a su vez de más de 83 mil nuevos empleos y 43 mil nuevas viviendas.

Las estadísticas fueron reveladas por Rainer Rosenbaum, Director en Bolivia del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

"Bolivia vive una crisis en materia de población porque su problemática es sumamente aguda en el sentido de que el crecimiento de la población es acelerada a nivel nacional, pero contrariamente, no se registra un crecimiento de los servicios en esa misma proporción.

En la actualidad ya se registra un desequilibrio muy marcado entre el tamaño de la población, número de seres humanos y los recursos disponibles y la capacidad de soporte del medio ambiente³⁵"

3.2. ASPECTOS ECONOMICOS

3.2.1. SITUACION PRODUCTIVA

Bolivia tiene una economía dependiente, insertándose al mercado internacional desde la conquista de los españoles como proveedora de materias primas, inicialmente solo con productos mineros y en estos últimos años con hidrocarburos y otras exportaciones no tradicionales como la madera, cueros, café en grano y la coca.

Esta vocación productiva, determinó el funcionamiento de una economía de enclave, provocando serias distorsiones internas que hasta el momento no pueden superar:

- *Desvinculación de las economías de enclave con las actividades internas, tal es así que toda la infraestructura de transporte está orientada a la exportación de minerales.*
- *La falta de integración, con el resto de la economía, no permitió el desarrollo de la agricultura ni de la industria nacional, que podría permitir un mayor componente del valor agregado.*
- *Estas economías de enclave generan concentración del ingreso, lo cual permite desarrollar una demanda efectiva en el mercado interno. La concentración del ingreso posibilita la existencia de grupos marginales de extrema pobreza, como se verá más adelante.*

La revolución de abril de 1952 logra importantes transformaciones sociales, destinadas a integrar a las mayorías nacionales a la economía del país, de modo que se permita diversificar la producción y se genere un mercado interno de consumo. A partir de este momento se inicia el funcionamiento de una economía mixta con preponderancia del Sector Público.

Sin embargo, la falta de respuesta de la burguesía manufacturera nacional y la poca eficiencia mostrada por el Estado no lograron diversificación económica, es así que a fines de 1985 nuevamente se restringe la participación estatal y se habilita a la burguesía nacional e internacional para jugar un rol protagónico.

Lo cual se evidenció con la puesta en vigencia del D.S. 21060, que sustituyó un modelo económico llamado "hacia adentro" por otro orientado hacia el exterior.

El 29 de agosto de 1985 se puso en vigencia la nueva política económica, que basada en las leyes del mercado, orientaba la economía hacia el exterior y daba al sector privado una mayor participación en las actividades productivas.

3.2.2. EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA BOLIVIANA

La disponibilidad de información confiable solo permite analizar el comportamiento de la economía boliviana en estos 24 últimos años.

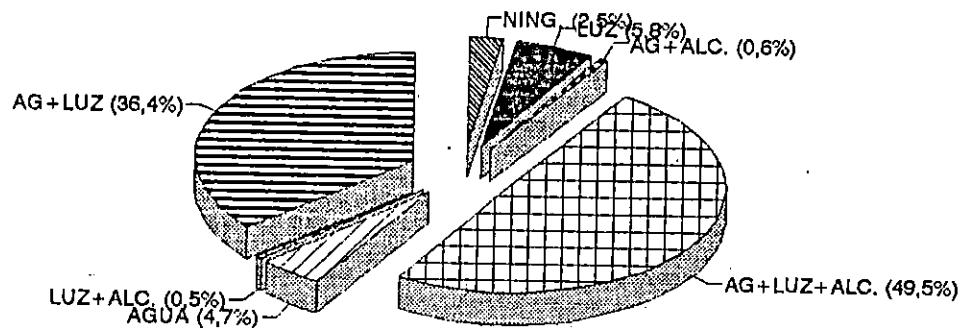
Entre 1970 y 1994 el PIB registro una tasa de crecimiento promedio (líneal) de 1,75% al año, crecimiento insuficiente si se considera que en este período de población creció a una tasa de 2,71% (Gráfico N° 2).

Sin embargo esta situación es aún más cuestionable cuando se observa que la producción de bienes solo creció a una tasa promedio (líneal) del 0.71% al año, mientras que la producción de Servicios Básicos y otros Servicios, crecieron al 5.83% y 5.55% por año, respectivamente (Gráfico N° 1).

Si se observa la evolución del destino que se dió al PIB, se tiene que el mayor dinamismo correspondió a los gastos de consumo final de las administraciones públicas, frente a un crecimiento moderado sin fines de lucro, las exportaciones e importaciones de bienes de servicio, y una caída en la formación bruta de capital fijo (Gráfico N° 2).

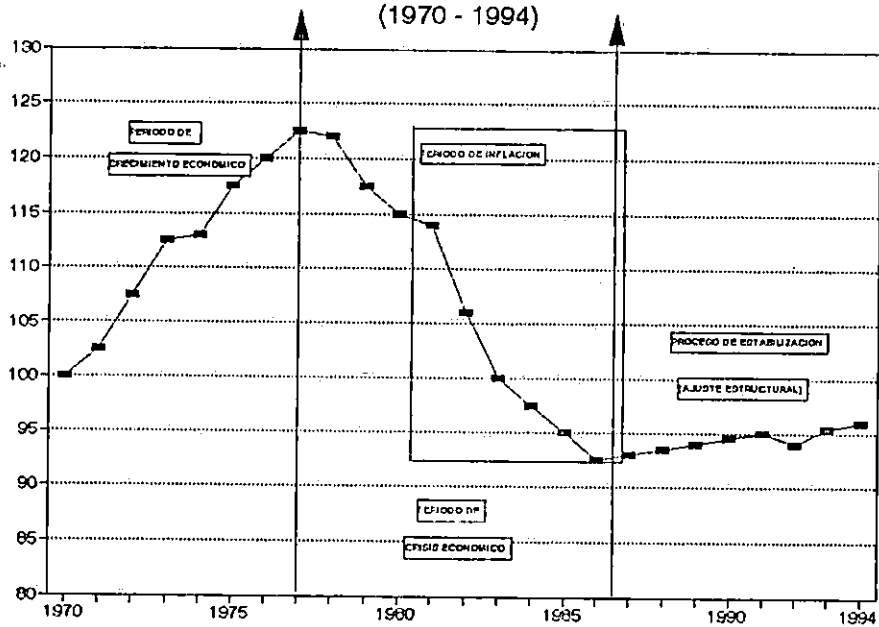
Esta tendencia en la economía boliviana determinó cambios en la estructura tanto de producción como utilización.

PRODUCCION DE SERVICIOS BASICOS



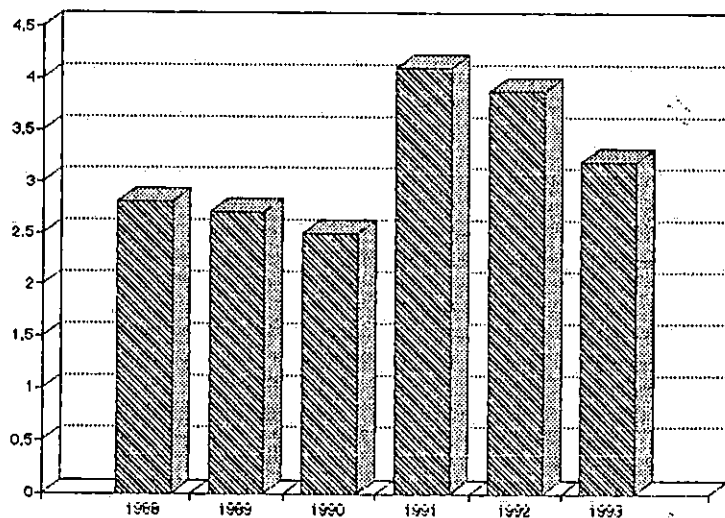
FUENTE: INE, EIH'89

Elaboración: Müller & Asociados



ELABORACION: AGRODATA en base a datos del INE y BCB. La Paz-Bolivia 1995.

CRECIMIENTO %



AÑO	%
1182	-4.40
1183	-6.50
1184	-0.30
1185	-0.10
1186	-2.90
1187	2.10
1188	2.80
1189	2.70
1190	2.50
1191	4.10
1192	3.88
1193	3.20

3.2.3. LA CRISIS ECONÓMICA

La situación productiva del país hace que su economía sea muy vulnerable a los cambios en el medio internacional: en efecto el agotamiento de algunos yacimientos de recursos naturales que se explotan en Bolivia, la caída en los precios de estas materias primas en el mercado internacional y/o la sustitución de estos, por otros insumos por parte de los países consumidores, determinaron el inicio de la actual crisis y en la que todavía se debate el país.

En efecto, la caída de producción de los Sectores Mineros de Hidrocarburos que se registran en 1974 determina el inicio de un período depresivo que se pone en evidencia en 1976 y que arrastró al resto de sectores, hasta 1988. Si bien estos últimos años se registra una ligera recuperación, los niveles del PIB aun no alcanzan a los niveles de 1976.

Con el fin de superar la crisis se aplicaron distintas políticas de ajuste, desde las ortodoxas (1979-1981), populistas (1982-1985) hasta las neoliberales (1985-hasta la actualidad).

- Período 1979 - 1981:
 - * *Sucesivas devaluaciones*
 - * *Control de precios de los artículos de primera necesidad.*
 - * *Disminución de los gastos del TGN*
 - * *Elevación de las tasas de interés*

- Período de 1982 - 1985
 - * *Desdolarización de la economía.*
 - * *Control de cambios.*
 - * *Reposición del salario mínimo obligado y la puesta en vigencia de la escala móvil de salarios, es decir, de compensaciones salariales al incremento de los precios de los bienes de consumo.*

Es de observar que en este período se presentó un proceso hiperinflacionario pues además de contraerse la producción de bienes y servicios, el PIB cae a una tasa promedio (lineal) del 2,37% por año, el país se enfrentó a un proceso hiperinflacionario con una tasa del 614'675.1% habiendo alcanzado el máximo en 1985 con un incremento promedio anual de 11'749.6%

- Período fines de 1985 a la fecha:

- * *Eliminación del control de precios de la economía interna.*
- * *Libre importación de bienes y servicios.*
- * *Eliminación de control de cambios.*
- * *Congelamiento de salarios, relocalización de trabajadores y vigencia de la libre contratación.*
- * *Contracción del aparato estatal, especialmente con la reducción del gasto y la transferencia de empresas estatales a manos de empresarios.*
- * *Reforma tributaria*
- * *Reforma Constitucional.*
- * *Ley de Participación Popular.*
- * *Ley de Capitalización.*
- * *La Descentralización.*

En la instrumentación de la nueva política económica las tasas de crecimiento empiezan a ser positivas a partir de 1986 y desde 1991 son superiores al crecimiento de la población boliviana esta creciendo a una tasa estimada de 2.3% promedio anual.

Sin embargo se señala:

"La economía formal legal y registrada en términos de PIB real significa el 47% La economía informal es legal pero no registrada y está constituida por los pequeños productores de bienes y servicios.

La ilícita es la economía ilegal y no registrada esta configurada en un 80% por narcotráfico 15% por el contrabando y el 5% por la corrupción detectada.

En términos del PIB las economías informales e ilícitas juntas llegan al 53% . Vale decir que los programas, proyectos, informes oficiales del gobierno, de los organismos internacionales, al dar los datos de la economía nacional, únicamente están refiriéndose al 47% de la verdad económica y social³⁶.

3.2.4. IMPACTOS DE LA CRISIS ECONOMICA

Es necesario hacer resaltar que la mayoría de las políticas de ajuste aplicadas en este período de crisis, son regresivas, puesto que afecta a los grupos de mas bajos ingresos como los asalariados, los campesinos y la pequeña industria, en efecto:

- Al contraerse el gasto del gobierno se reducen las posibilidades redistribuidas progresivas especialmente a través de los servicios de salud y educación.
- El congelamiento de salarios, frente a un permanente incremento en los precios, erosiona el poder adquisitivo de la clase trabajadora.
- El deterioro de los términos de intercambio entre el campo y la ciudad, y entre el país y el resto del mundo.
- La imposibilidad del pequeño agricultor y el industrial artesanal de poder competir con las economías de escala del resto de mundo.
- La terciarización de la economía, traducida en un incremento de la informalidad, lo cual no contribuye de una manera efectiva en el incremento de la oferta de bienes.

36

IBID pp. 73

La crisis económica de principios de los años 80 y el proceso de ajuste y estabilización posterior afectaron los niveles de ingreso y consumo de la mayoría de la población boliviana, profundizando su situación de pobreza previa.

El crecimiento de la pobreza está asociado a los efectos de la crisis de los años 80 y de las políticas de estabilización y ajuste que produjeron una contracción del empleo y de los ingresos.

El 50 por ciento de las familias de Bolivia, apenas recibe el 15% de los ingresos del país, mientras que un 15% de las familias más pudientes del país acaparan el 50% de la riqueza.

"Nueve años de neoliberalismo y la pobreza hace estragos. Jamás hubo tantos mendigos en las calles, para sorpresa de los que se creyeron el estribillo aquel de que: "En Bolivia hay pobreza, pero no miseria".

Hoy la miseria es descarnada, lacerante, imposible de ocultar.

"El Alto, las laderas de La Paz, los cinturones de Cochabamba, el norte de Potosí, selvas de Pando los campos de Chuquisaca, los desiertos de Tarija, los lagos de Oruro, son bombas de tiempo"³⁷

La pobreza de Bolivia se ha urbanizado. En 1976 del total de la población pobre, el 34% se encontraba en el área urbana, en 1988, el 45% de los pobres vivían en las ciudades.

En las ciudades capitales donde vive el 78% que la población urbana, la pobreza está correlacionada con la falta de ingresos en el hogar.

37 IBID pp. 115

Esta se constata por el método de la línea de la pobreza (L.P.) calculada en función a una canasta mínima de alimentos.

Cerca del 63% de los hogares de las ciudades capitales son pobres y un poco más del 26% son indigentes, cuyos ingresos no les alcanzan ni para cubrir sus gastos de alimentación.

De cada diez hogares, dos no llegan a cubrir, al menos, sus requerimientos alimenticios y tres, si bien cubren sus necesidades alimentarias, no satisfacen otras, como vivienda, educación, salud.

El tamaño medio de los hogares de los pobres es mayor que de los no pobres por ejemplo: las familias más pobres en promedio se componen de 5,8 miembros, el 85% de los hogares más pobres no paga alquiler mientras que el 1,78% de los pobres tampoco lo hacía cuando fue elaborado el estudio sobre el problema de la indigencia en Bolivia.

Otro aspecto constatado, es la relación que existe entre niveles de pobreza y educación. Al parecer la falta de educación es resultado de la pobreza. En los hogares más pobres solo 7.3% de los jefes de familia tenía algún nivel de educación básica y 14,8% era analfabeto.

En los hogares no pobres, la relación es completamente diferente puesto que 40% tenía educación superior, en tanto que 39% contaba con el nivel medio o intermedio. Apenas 4,5% era analfabeto.

En base a una población proyectada para 1990 de 7 millones de habitantes y según los parámetros de pobreza utilizados por UNICEF, se tendría el siguiente cuadro:

CUADRO Nº3

Población con confort	5%	350.000 Hab.
Población en		
la frontera de la pobreza	15%	1.050.000 Hab.
Población pobre no indigente	20%	1.400.000 Hab.
Población indígena no extrema	40%	2.800.000 Hab.
Población indígena externa	20%	1.400.000 Hab.

3.3. EDUCACION

Las formas del desarrollo económico y social han determinado, en conjunto, un país que se caracteriza por el analfabetismo. Estos indicadores sumados a otros, como niveles de ingreso, condiciones habitacionales, salud y empleo conforman un cuadro que demuestra claramente las malas condiciones de vida de la mayoría de la población de Bolivia.

En 1950, el 57,6% de los hombres de 15 años no sabían leer ni escribir mientras que las mujeres analfabetas alcanzaban el 77.2%. Para 1976 este indicador fue de 20.8% para los hombres y 42.6% para las mujeres. Comparando los niveles de analfabetismo de 1950 y 1976 se observan que han habido mejoras sustanciales respecto a la proporción de población que no sabe leer ni escribir. Sin embargo, en este sentido habría que recordar los importantes volúmenes de población analfabeta por desuso o analfabeta funcional, aunque no se cuenta con datos para hacer afirmaciones contundentes. Al mismo tiempo el hecho de que hayan disminuído los porcentajes del analfabetismo no garantiza que se hayan incrementado los niveles de instrucción del conjunto de la población, ya que ésta se concentra fundamentalmente en los ciclos básicos e intermedios y no ha habido cambios fundamentales en los ciclos

medios y el nivel de instrucción superior, más bien puede decirse que con la crisis económica se ha iniciado un proceso de abandono del sistema de instrucción y aumento de los porcentajes de población que no asiste a la escuela.

Sin embargo, los últimos datos de una evaluación de las tasas de deserción y reprobación en las áreas urbana y rural, en el período de 1980-1991, realizada por el Ministerio de Educación, señala que el nivel primario del sistema educativo, atiende aproximadamente el 60% de los niños del área rural en edad escolar y al 87% en el área urbana.

Las tasas de marginalidad aumentan en el ciclo intermedio y aún más en el medio y superior. Sólo el 43% de estudiantes admitidos en la escuela primaria continúa sus estudios más allá del quinto grado.

Entre los factores relacionados con la escasa cobertura se encuentra el hecho de que 55% de las escuelas rurales ofrece solo los tres primeros grados del nivel primario.

Un estudio reciente preparado por OREALC/UNESCO, revela el alarmante fracaso de la educación en los primeros grados de la escuela primaria. El estudio constató una tasa de repitencia que supera el 30% entre los estudiantes del primer grado. El costo para los niños y sus familias y para el propio sistema educativo es muy alto, la población en edad escolar entre 5 a 19 años es de 2.457.502, de los cuales solo un 63% están matriculados en escuelas y colegios.

Queda fuera del sistema escolar un 36,32% por distintas razones aunque la Constitución Política del Estado, en su artículo 177 señala que la educación es la más alta función del Estado.

A esta serie de problemas se suma, además la mala asignación y distribución del presupuesto, ya que el 97% de los recursos de la educación se destina a cubrir salarios.

Los desalentadores indicadores muestran también que existe una tasa de repetición de 2.1 años por estudiante. Ello genera una partida anual al Estado de 25 millones de dólares, solo en el nivel primario.

Si hiciéramos un cuadro de analfabetismo en Bolivia podríamos aproximarnos a los siguientes datos:

- a) *De cada 3 bolivianos mayores de 15 años 1 no sabe leer*
- b) *De cada 3 analfabetos bolivianos 2 son de área rural*
- c) *De cada 10 analfabetos en la ciudad 7 son mujeres*
- d) *De cada 5 analfabetos del área rural, 4 sin mujeres³⁸.*

La tasa oficial del analfabetismo de mayores de 15 años alcanza al 36.79% pero tomando en cuenta la marginalidad escolar, la incidencia de la deserción y el analfabetismo por desuso, el porcentaje real llega al 55% de la población mayor de 15 años, o sea, alrededor de 2 millones de 500 mil personas, lo que nos coloca a Bolivia como el país sudamericano con más de analfabetos.

Por otro lado las diferencias educativas por sexo también resultan evidentes cuando se analiza el promedio de años de estudio. "Existe una diferencia de dos años entre hombres y mujeres: los hombres han estudiado un promedio cinco años y las mujeres tres años (Morales, Rolando, 1985).

³⁸ GOYTIA, LILIAN; REYES JAVIER: "Inter" 1983.

Es claro que en el contexto socio-económico de Bolivia la mujer presenta uno de los sectores de la población más postergados. La educación es uno de los aspectos donde se demuestra claramente la discriminación de la que la mujer es objeto. Este hecho cobra importancia si tomamos en cuenta que es la misma mujer la que es responsable de la producción social en el contexto de la familia trasmitiera valores, cuidando la salud, etc. Es ella la que juega un rol fundamental en lo que se ha llamado educación informal.

3.4. TIPOS DE COMUNICACIÓN

La confusión que conlleva el término comunicación ha probado una clasificación que divide a esta actividad en dos clases: Comunicación Oficial y Comunicación Alternativa.

La primera se refiere a los medios de información que por su carácter y su compromiso con las reglas sociales, cumplen una función persuasiva por excelencia. El objetivo de este tipo de comunicación es el de colectivizar las normas establecidas por el sistema y el conjunto de valores homogéneizantes. Dentro de los países regidos por economías liberales del propósito comercial de estos medios aumenta las distorsiones dentro de las funciones de estos medios, ya no solo se persiguen los objetivos del sistema para persuadir a la población acerca de su validez, sino que se busca el lucro empresarial.

El sello ideológico y la venta de mensajes configuran una conducta comunicacional vertical, persuasiva autoritaria e interventora que puede ser ejercida por el estado o por grupos de poder privados.

Aquí cabe mencionar excepciones notables que se relacionan con la estructura de propiedad de algunos medios, que siendo de la iglesia buscan cumplir una función distinta a la de los medios comerciales. Podemos citar a Radio San Gabriel, Acción Cultural Loyola-Aclo, la red de emisoras educativas ERBOL, el trabajo de diversas instituciones no gubernamentales como Qhana CIPCA, etc. También podemos citar al sistema de canales universitarios, que intentan cumplir similar labor.

Mientras tanto la comunicación alternativa se opone a estos valores para poner los medios al servicio de la comunidad y sus intereses inmediatos. No se descarta la posibilidad de un uso ideológico de los mensajes porque intervienen seres humanos en su elaboración, el riesgo es constante. Sin embargo se trata de acercarse al concepto de Pascuali y de generar un proceso en el que la emisión de los mensajes sea bidireccional y no una imposición autoritaria. De ahí que al intervenir la sociedad civil en el manejo de los medios, se prevé la intervención de tantas corrientes ideológicas existan entre los individuos de un país. Se habría abierto la posibilidad real de comunicarse y no solo de comunicar.

Pero aquí es necesaria una distinción, tecnológicamente es en la actualidad muy difícil poder recibir la respuesta del público receptor de forma inmediata y en igualdad de condiciones. El carácter masivo de la prensa, la TV y el cine impiden la comunión y el diálogo. La incursión de nuevos mecanismos tecnológicos tal vez modifique en el futuro esta situación.

Por lo tanto hay que distinguir la comunicación alternativa, real, que se aproxima efectivamente al concepto de partida referido a la participación social en los medios y que descansa en la propiedad de los mismo y en el grado de intervención de la sociedad en la elaboración de los mensajes.

Por ejemplo, las emisoras sindicales pese a su carácter masivo se acercan al concepto de lo alternativo real y posible, porque pertenecen a todos, mediados por el sindicato. Pero además la propiedad determina que todos los oyentes sienten que lo que se dice en los micrófonos sea controlado por cada individuo y que el uso personal de cada uno en relación al medio sea un derecho aceptado colectivamente.

El uso de otros medios como el teatro, las ferias populares, las fiestas y la propia comunicación interpersonal en las comunidades de base, forman también parte de lo alternativo real o posible porque la relación con los receptores es directa.

Pero, ¿Cuál es la comunicación alternativa no real, no posible, es decir aparente? Aquella que olvidando el punto de vista tecnológico que impide la respuesta del público, dice defender los intereses sociales y colectivos mediante formas tradicionales de persuasión y adoctrinamiento ideológico.

Es por eso que se hace necesario adecuar las formas a los propósitos o contenidos cuando se trata de coordinar la actividad comunicacional con el logro de objetivos colectivos. Finalmente, resulta lógico pero no por eso innecesario, reiterar que la salud, como problema colectivo de primer orden y como la tarea social y participativa más importante, requiere de la colaboración militante de los medios, si estos dicen enmarcarse dentro de los códigos de la ética periodística.

¿Qué hacer entonces para lograr esa colaboración?, ¿Cómo vencer el contexto determinado por medios de comunicación comerciales?.

Las respuestas o sus iniciales balbuceos se encuentran presentes en este diagnóstico:

- *Si los medios son omnipotentes, hagamos que prevalezca el contexto, él debe ser nuestro mejor aliado. Toda campaña de salud que los medios permitan deben estar acorde el contexto de los receptores para que estos comprendan que la defensa de la salud está en el verdadero marco de sus intereses.*
- *Debe buscarse comunicar más e informar menos. El diálogo está por encima de la persuasión. Si ambos sujetos de la comunicación llegan a ponerse un objetivo en común, como el de defender la salud, el éxito será una realidad. Esto nos obliga a elegir los medios adecuados.*
- *Tampoco puede prescindirse de los medios masivos si el objetivo es llegar al pueblo en sus capas mayoritarias. Deberían combinarse los mecanismos informativos con aquellos que permitan el diálogo.*
- *Es fundamental recoger los resultados de investigaciones sobre el tema. Es el caso del trabajo del CEDOIN y UNICEF realizado en septiembre de 1986, en el que se corrobora que la radio principalmente y después la televisión impacta con mayor fuerza en la población mientras que los impresos son sólo material de apoyo. El mismo estudio recomienda poner más énfasis en la educación, que en la simple información.*

3.5. . SALUD

3.5.1. CONSIDERACIONES GENERALES

Uno de los índices más elocuentes para conocer la pobreza de un país es el de la salud. Si un Estado cuida el capital humano, está asegurando el desarrollo de su pueblo.

La crisis económica por la que atravieza el país agudiza de manera alarmante los problemas de salud y desnutrición sobre todo en el niño y la mujer.

Según estimaciones hechas por UNICEF, el 80% de la población no tiene capacidad de satisfacer sus necesidades básicas y en estos últimos años, un 25% de la población económicamente activa esta sin un trabajo estable, La injusta distribución de la riqueza en Bolivia agudiza por encima de los límites de lo tolerable, la crisis social, la que especialmente es reflejada en el área rural.

Gregorio Iriarte en su Análisis Crítico de Realidad, expresa que: Bolivia gasta en la salud de sus habitantes apenas 25 dólares, situándose entre los países que menores recursos destinan para tal efecto.

Ese nivel es inferior al destinado en América Latina y el Caribe en promedio por la atención sanitaria de su población, que alcanza a los 105 dólares per cápita.

De acuerdo a las estadísticas, el gasto per cápita de Bolivia en salud es inferior al que destina para ese propósito el país más pobre de la región, Haití que invierte 30 dólares por persona.

La población Boliviana tiene una esperanza de vida al nacer de 60 años que es inferior a la de América Latina que es de 70 años superior a la de países del Africa, pese a que en 1960 tenía la misma esperanza de vida que era de 43 años.

3.5.2. PERFIL EPIDEMOLÓGICO - PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

Datos preliminares del sistema de vigilancia Epidemiológica nutricional (SVEN 93) indican que la tasa global de desnutrición moderada y grave para niños menores de cinco años en Bolivia es de 11,67%, medida según el indicador de peso por edad (Gráfico Nº 3).

La información de la Encuesta Nacional de Demografía Y Salud (ENDSA 94) demuestra un incremento de la desnutrición aguda, de 1,6% (ENDSA 89) a 4,4% considerando el indicador peso por talla.

En Bolivia más de la mitad de los menores de 5 años tienen desnutrición crónica, las tasas más altas se registran en niños entre 6 y 24 meses, las cuales están relacionadas con una inadecuada alimentación.

Las afirmaciones correspondientes al informe de UNICEF en el cual se explica que las tasas de desnutrición están relacionadas con la incidencia de enfermedades diarreicas e infecciosas.

La escasa higiene en la preparación de los alimentos complementarios aumenta el riesgo de contraer enfermedades diarreicas. En 1993 la desnutrición general fue de 35,5% es decir que de 100 niños menores de 5 años, 35 están desnutridos.

3.5.3. MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad Infantil (TMI) que indica la proporción de fallecidos menores de un año por mil nacidos vivos, ha tenido un descenso importante en los últimos 20 años habiendo declinado de 151 a 75 por mil nacidos vivos, en los contextos urbanos y en los rurales de 23 a 58 y del 170 a 94 por mil nacidos vivos respectivamente, de acuerdo a estimaciones efectuadas con datos provenientes de los censos de población de 1976 y 1992. A pesar de la importante disminución de los riesgos de muerte, Bolivia se mantiene aún entre los países de más alta mortalidad infantil de América del Sur.

De las 10 principales causas de mortalidad el 60,6% corresponde a enfermedades transmisibles, de las cuales el 33% son por acciones del medio ambiente. Si bien el índice de fecundidad en Bolivia es muy alta (6.1 hijos por mujer), la tasa de mortalidad también es muy alta.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la tasa de mortalidad materna en Bolivia, es la más alta del hemisferio occidental, estimándose entre 480 y 600 por 100 mil niños nacidos vivos. El riesgo de morir para una mujer boliviana durante el embarazo o parto es aproximadamente 60 veces mayor que para una mujer en Europa o Estados Unidos.

- *Muchos de los niños que están aun en el seno materno tienen alto riesgo de morir por desnutrición de la madre.*
- *48 madres por 10.000 mueren por abortos inducidos, infecciones y hemorragias, anemias, desnutrición y trabajo físico excesivo durante el embarazo (Gráfico Nº 3).*

Según Jorge Domic, del Comité Ejecutivo de la Coordinadora Nacional del Menor, cerca de 700.000 niños y adolescentes son analfabetos, más de 400.000 han desertado del sistema educativo, 471.000 no van a la escuela, 569.000 trabajan en las calles, talleres, fábricas, y el campo. Los menores soportan la miseria estructural.

GRAFICO Nº3
DESNUTRICION EN BOLIVIA

La "pirámide del hambre" nos muestra las calorías de la alimentación por sectores. Se parte para el análisis del ideal promedio recomendado por la FAO de 2.500 calorías por persona adulta al día.

SECTORES	CALORIAS	
EMPRESARIOS PRIVADOS, BANQUEROS ALTOS FUNCIONARIOS, ALTO COMERCIO	CON SUMO SUNT UARIO	MAS DE 2.500
PROFESIONALES, COMERCIANTES, BUROCRACIA MEDIA	CONSUMO URBANO PROMEDIO	2.500
HOBRERO, PEQUEÑOS COMERCIANTES., ARTESANOS, EMPLEADOS	CONSUMO URBANO DE SUBSISTENCIA	1900 1800
BARRIOS MARGINALES, SUB EMPLEADOS, DESOCUPADOS, MENDIGOS	CONSUMO URBANO DE INFRA SUBSISTENCIA	1500 1350
PROPIEDAD DE TIERRAS, DE RELATIVA PRODUCTIVIDAD	CONSUMO RURAL DE INFRA SUBSISTENCIA	1800 1500
CAMPESINOS MAS POBRES	CONSUMO RURAL DE INFRA SUBSISTENCIA	1500 1350
CONSUMO URBANO		CONSUMO RURAL

"Los pobres no tienen una mayor reserva de recursos económicos energías, salud, conocimiento y confianza para intervenir en posibles mejoras. El problema se perpetúa a través de un ciclo de desnutrición, mala salud, bajo rendimiento escolar y laboral, baja productividad, bajos ingresos, ningún excedente de dinero, que conducen a una pobreza extrema y desnutrición permanente"³⁹.

La crisis económica obliga a los hogares bolivianos de las ciudades a destinar un 46% de sus ingresos a gastos de alimentación, afirma el Instituto Nacional de Estadística (INE) en tres estudios que realizó para 1991.

Esto significa que en la alimentación, el trabajador tiene que gastar entre 43 y 47% de lo que ha ganado en un mes.

Por último el bocio y el cretinismo afecta a un 65% de la población, siendo Bolivia uno de los países de mayor nivel endémico de América Latina. En cuanto al consumo calórico-día, tenemos que los estratos bajos de las áreas rurales y urbano-marginales apenas alcanzan a 65% de los requerimientos. Por último señalamos que la desnutrición aumenta el riesgo de enfermar y morir de toda la población.

3.6. SITUACION SALUD

3.6.1. CONSIDERACIONES GENERALES:

El sector salud en Bolivia, al ser una parte integrantes de la estructura política y de los principios generales de gestión que rige la vida nacional, está constituido por la multiplicidad de organismos que brinda servicios de salud.

39

ALIANZA DE MEDICOS SIN FRONTERA, "INFORME DE ACTIVIDADES" 1988 pp. 14

Estos organismos se caracterizan por un crecimiento fragmentado e individualista de sus partes que resalta la ausencia de políticas nacionales y de un plan regulador; este crecimiento sin control determinó la separación de las actividades públicas, de la privada, de la Seguridad Social, de las ONG's y de la medicina tradicional o nativa.

A esto se suman las variantes y fragmentaciones producidas en cada una de ellas, con las consecuentes disparidades que marcan la conducta de trabajo, el tipo de modalidad en la entrega de servicios.

Asimismo, los recursos humanos, físicos y sociales invertidos en cada una de las partes integrantes del sector no corresponden a la magnitud de población a servir.

Esta falta de coordinación y la ausencia de la directriz global provoca duplicidad y gastos inútiles que bien podrían superarse, un ejemplo de esto es la concentración de recursos humanos y físicos en los grandes centros urbanos de todos estos organismos y la poca o ausente atención en las áreas rurales, que quedan desprotegidas.

3.6.2. AMBITO DE COMPETENCIA

Si bien la conceptualización social del proceso salud-enfermedad involucra mecanismos de intervención con implicancias políticas y económicas, estas escapan del ámbito de competencia del sector, pero no la desligan de su corresponsabilidad.

En tal virtud y para fines de orden operativo se concluye que el sector "formal" tiene por objetivo velar por el cuidado de la salud a través de servicios en términos de equidad, oportunidad y eficiencia, mediante acciones transformadoras, que se reflejan en los niveles de salud.

3.6.3. DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL SECTOR SALUD

El sector salud está compuesto fundamentalmente por los siguientes subsistemas:

- Salud Pública.
- Seguridad Social.
- Organizaciones No Gubernamentales.
- Medicina Tradicional.

Esta descripción la analizaremos a partir de los siguientes elementos:

- Desarrollo de los recursos
- Cobertura de Servicios
- Apoyo Económico Y Gestión Administrativa

3.6.3.1. SUBSISTEMA PÚBLICO

El sistema de Salud Pública cuenta con un sistema regionalizado de servicios de apoyo y administrativo, que establece niveles de atención según su complejidad, siendo el área de salud, el principal efecto, las áreas constituyen los Distritos y estos a su vez las Unidades Sanitarias o niveles regionales, (actualmente llamadas Secretarías Regionales de Salud).

El límite de acción es urbano-rural, la estrategia adoptada es la Atención Primaria que actualmente se desarrolla básicamente en su componente horizontal es decir: extensión de cobertura, para cuyo efecto han incrementado el número de puestos médicos aunque el equipamiento y la infraestructura aún es insuficiente.

Se estima que el acceso a los servicios de Salud Pública es de 33.5% (R. Morales, 1985).

El financiamiento de los servicios de Salud provienen fundamentalmente del Tesoro General de la Nación.

CUADRO N°5
RECURSOS ECONOMICOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

FUENTE	PORCENTAJE
Aportes del TGN	49.4%
Recursos propios	22.2%
Cooperación externa	28.4%

FUENTE: Documento de Barcelona

El sector de Salud Pública es el principal captador de los RR.HH. formados por el sistema universitario nacional de ahí la importancia de lograr la integración docente asistencial a objeto de capacitarlos de acuerdo al perfil epidemiológico del país, ésta iniciativa se la está empezando a desarrollar prometiéndole grandes avances.

3.6.3.2. SUBSISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Su estructura está dada por un nivel asesor, normador y coordinador que es el Instituto Boliviano de Seguridad Social y los niveles operativos constituidos por las cajas de salud y los fondos de pensiones, siendo las más importantes: la Caja Nacional de Salud, la Caja de Salud Petrolera, Bancaria, Ferroviaria; existiendo otras con tratamiento especial como la Caja de Choferes, Seguro Universitario, el Seguro Militar y otros.

La cobertura global de las mismas alcanza un 19% de la población total.

El sistema de aportes a partir de la ley financiera de 1987 es el siguiente: aporte patronal 15%; laboral 5% y el estatal que corresponde al 1%.

3.6.3.3. SUBSISTEMAS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Constituyen un sector importante en la prestación de servicios a la comunidad, en su mayoría se hallan agrupadas en la Asociación de Organizaciones No Gubernamentales en Salud (ASONGS).

Existe el interés tanto de la Secretaría como de las ONG's de completar el censo de las mismas, a objeto de evaluar y hacer seguimiento de las actividades realizadas por ellas, así como el de reglamentar o normar su funcionamiento en términos de aplicación de estrategias, normas técnicas y de ubicación territorial según las necesidades.

El directorio con que cuenta el ex-M.P.S.S.P., hoy Secretaría Nacional de Salud, señala la existencia de 300 ONGs de las cuales 265 se hallan plenamente identificadas, se desconoce su ubicación de 35. El 40% de las ONGs se hallan en el Departamento de La Paz (en un 50% en la ciudad de el Alto y la hoyada y un 50% en Areas Rurales accesibles), y el 60% en el resto del país.

Formalmente se sostiene que las ONG's, para desarrollar sus actividades, deberían suscribir convenios con los niveles correspondientes, sometiéndose a las políticas de salud vigentes, pero esto, se cumple en forma anárquica: Convenios con la ex-Unidad Sanitaria, con el nivel central, con la Cancillería y algunos sin ningún tipo de convenio.

El financiamiento de esta ONG's es fundamentalmente extranjero, desconociéndose los montos de los mismos.

Las diferentes Iglesias aportan con infraestructura y recursos financieros en gran magnitud.

Por últimos, es importante señalar que existe una fuga de recursos humanos del sector público a este sector, fundamentalmente por motivaciones económicas.

3.6.3.4. SISTEMA DE MEDICINA TRADICIONAL

Dentro del sector salud, por las características y tradiciones culturales, se cuentan con personas dedicadas a la medicina nativa y tradicional que reciben diferentes nombres de acuerdo a la región y la actividad: Kallaguaya, Colliris, Hueseros, Hierberos, Curanderos, Parteras, Comadronas, etc. En los últimos años se ha fundado la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional (SOBOMETRA) que cuenta con personería jurídica y sin fines de lucro.

Se ha calculado que existe un curandero Tradicional por cada 500 habitantes (USAID-1988).

En cuanto a la atención al parto se estima que un 70% son atendidas por curanderas y parteras (R. Morales, 1985).

La peculiaridad de SOBOMETRA y otras instituciones es que combinan la medicina tradicional y la occidental participando inclusive en la atención primaria en salud.

3.7. POLITICAS Y ESTRATEGIAS

3.7.1. ANALISIS RETROSPECTIVO

La Constitución Política del Estado establece que el:

*"Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de todos los habitantes y/o estante en cualquier punto del territorio nacional"*⁴⁰.

Para conseguir este objetivo el Estado, a través del ex-M.P.S.S.P., se delinearón políticas, estrategias, planes, programas, y actividades.

Para fines del estudio haremos el análisis a partir de 1978 por dos razones:

- En el marco internacional se produce la declaración de "Alma-Ata"⁴¹, a la que el país se suscribe.
- En el contexto nacional se vive un proceso de democratización con gran impulso participativo.

PERIODO PRE-UNIDAD DEMOCRATICA POPULAR. (UDP)

Sin duda alguna, la declaración del Alma-Ata marca un hito histórico dentro de las acciones de protección y promoción de la salud de todos los pueblos y en particular de la población menos favorecida y marginada. A partir de este momento se define con claridad el concepto del proceso salud-enfermedad: se puntualiza la diferenciación existente entre el estado de salud de la población de países en desarrollo y desarrollados.

40 CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

41 ALMA ATA: Ciudad de la ex-URSS, donde se plasmó la Declaración Internacional del compromiso moral que llama a la perenterioridad de lograr: "META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000".

Se tocan aspectos que hacen a la dependencia económica y social de los países en desarrollo y la importancia, como países a ella, se establece y profundiza un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) como indispensable a la salud del pueblo, en el marco de paz mundial y la práctica democrática en los países.

En cuanto a la participación comunitaria en el capítulo IV, se dice textualmente:

"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud"⁴².

De otra parte en el capítulo V, en el último párrafo se dice:

"Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva"⁴².

También se asume que la Atención Primaria de Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud y se constituye en el primer contacto con los individuos, la familia y la comunidad con los mismos.

Finalmente en el capítulo VII, en el punto 5:

"Se exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos disponibles y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada, la capacidad"⁴³.

42 Declaración de ALMA ATA: 1978 URSS pp. 4

43 IBID pp. 4

Esta-declaración ha servido de marco para nuestro país puesto que los lineamientos matrices para desarrollar políticas de salud en los términos de equidad, eficiencia y eficacia. Y es precisamente en este período que el país vive un proceso de democratización después de un largo período autoritario, y encontramos el documento denominado "Atención Primaria de Salud" (1978). El mismo plantea aspectos en relación a la participación comunitaria y parte de la constatación de que la formación de profesionales universitarios y sobre todo el campo de la salud no guarda relación con las necesidades del país, descuidándose la formación de profesionales medios y auxiliares que exige la población. El documento habla de la necesidad de coordinar con la llamada "cobertura tradicional" es decir con curanderos herbolarios y con los Usuyiris que atienden el parto.

Esto nos demuestra el interés de tomar en cuenta las prácticas y tradiciones socio-culturales en la atención de la salud sin embargo, notamos un desfase conceptual, cuando afirma "Los bajos niveles de educación y patrones culturales, actúan como el mayor freno en comprensión de los problemas de salud".

Finalmente termina afirmando que la participación comunitaria debe darse en las etapas de ejecución desvirtuándose de ésta manera la incorporación de la población como sujeto de las políticas.

El Plan Nacional 1976-1980, presta una atención especial a la medicina preventiva, prioritaria a la población rural y plantea la necesidad de fomentar la participación activa de la comunidad organizada educada y consciente.

Estos propósitos no pudieron ser plasmados por la turbulencia política, que se debatía en una lucha por la democracia.

Terminando en un período regresivo dictatorial (1980-1982) en el que se conculcaban los derechos mínimos de libertad de expresión y agrupación, por lo tanto las políticas de salud reflejan esa situación.

Información secundaria de la época refiere las bajas coberturas de los servicios incluso de algunos programas prioritarios como el de vacunación (70%).

PERIODO DE LA UNIDAD DEMOCRÁTICA POPULAR.

(Recuperación de la Democracia)

Con la recuperación de la democracia (10 de octubre de 1982) se inicia una nueva etapa en la vida nacional que se caracteriza por un ascenso del movimiento popular y encontramos el documento denominado: "Bases para la política de salud del Gobierno Democrático Popular", en el que se hallan conceptos con clara definición ideológica identificada con el carácter popular del gobierno.

En la parte introductoria dice:

"La vigencia del derecho a la salud, no obstante estar expresamente reconocida se encuentra restringida por la persistencia de la discriminación social, la miseria y la explotación a lo cual se suma habitualmente la existencia de un sistema anárquico de servicios médicos donde la responsabilidad del Estado se diluye en múltiples formas"⁴⁴.

En cuanto a la participación comunitaria establece que, "el motor de los países de los múltiples problemas sociales, la salud entre ellas, en base a dos aspectos: la extensión del conocimiento y la solidaridad social y esto enmarcado en el régimen democrático y popular"⁴⁴.

44

M.P.S.S.P.: "Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular", julio 1982 pp.

12

El criterio básico se refiere al esfuerzo conjunto con los sectores populares, sin sectarismos, pero con una definida ideología de liberación nacional y de nacionalismo revolucionario.

En este documento se recupera la trayectoria de los organismos populares de carácter sindical y campesino, vecinal y comunitario. Todos estos postulados se viabilizan a través de dos pilares: Los Comités Populares de Salud (C.P.S.) y el Plan Integral de Servicios de Areas de Salud (P.I.A.A.S.).

El período 1983-1985 se caracteriza por una amplia movilización social en tanto a acciones concretas de salud como son las campañas de inmunización, cuyas coberturas llegan hasta el 92%; la instalación de Unidades de Rehidratación Oral Populares (UROP); las farmacias populares y además se realiza el Primer Congreso Nacional de los Comités Populares de Salud.

Los éxitos alcanzados por estas movilizaciones, con resultados que pasan el 85% de la población cubierta, frente a escasas coberturas del 30% con el método tradicional, impactan internacionalmente y por esa "vía" se destaca la eficiencia organizacional del viejo "Programa Ampliado de Inmunizaciones" (PAI).

Aquí se demuestra como la "Eficiencia Técnica" del viejo aparato estatal puede ser utilizada en un proyecto de transformación concreto, si es que se da un contenido nacional a las políticas de salud.

La tensión cogestionaria al expresarse mayores niveles de organicidad a través de congresos democráticos, presiona en el programa de Malaria, con éxito y logra la legitimación del

primer reparto de sobres hidratantes con su tipificación como Unidades de Rehidratación Oral - Populares (URO-P). Naturalmente no cabía otra alternativa y por no quedar atrás se impulsa la formación de las URO institucionales, a las un número importante de médicos remite pacientes, se rompe el mito de la "sacro santa técnica médica".

Otro elemento fundamental que se tensiona es la política de medicamentos, en la que luego de una gestión confusa se logra plasmar los objetivos teóricos en una práctica real.

Así, ante el boicot de las farmacias privadas que se niega a recibir los productos ofrecidos por el Instituto Nacional de Suministros Médicos (INASME), por la presión popular se abre la primera farmacia popular, con control institucional en la sede de la Central Obrera Departamental de La Paz.

La concreción de la política de salud se expresa en el establecimiento de las primeras áreas de salud con cogestión popular, luego de un breve periodo experimental. El Programa Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAAS), tropieza con una serie de obstáculos. Sin embargo el área de salud se enriquece en medio del pueblo: transforma y genera "El Médico de Nuevo Tipo", jóvenes entusiasmados que asumiendo la política de salud como patrimonio demuestran su vocación de servicio a la realidad de un pueblo lleno de pobres laboriosos. Ejército de médicos del "Derecho a la Salud", que constituyen parte de la dinámica colectiva de la lucha de los Comités Populares de Salud.

PERÍODO POST-UNIDAD DEMOCRÁTICA POPULAR.

En 1985, se produce el cambio de Gobierno, dentro del esquema democrático, pero con carácter diferenciado del anterior sobre todo en materia económica, las medidas de ajuste plantean un

gran costo social que afecta incluso a la propia organicidad del movimiento popular con fuerte repercusión en los Comités Populares.

Las políticas de salud están expresadas en el documento denominado "Plan Global de Salud" 1985-1989, el mismo que tiene un contenido tecnocrático aunque se autocalifica de movilizador y participativo "por recuperar la tradición y accionar de las mayorías", además pretende eliminar la concepción de que la participación es sólo un instrumento coadyuvante, sin embargo no encontramos elementos que reflejen en el campo operativo esta intencionalidad.

Dentro del mismo período y gobierno, pero con el cambio de la primera autoridad del Ministerio, encontramos nuevos planteamientos que hacen a la participación comunitaria, recogidas en el Plan de Acciones Inmediatas. Entre las estrategias operacionales figura la "Movilización Y Participación Popular", fundamentada en los mandatos internacionales, parecería como un respaldo para mantener los aspectos relevantes del documento: Proceso de gestión de salud de "retomar" la capacidad del pueblo de producir salud, etc.

El plan trienal de salud vigente entre 1987-1989, en su parte declarativa establece estar enmarcado en la declaración de Alma-Ata y por lo tanto busca el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución del riesgo de enfermar y morir y de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad.

Este documento, expresa su inclinación por una acción cogestionaria en salud, tal es así que en el capítulo 3.2 dice:

"Se debe lograr la total participación del pueblo organizado en la investigación, planificación, programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades y servicios de salud"⁴⁵.

Y para esto se propone apoyar a los C.P.S. en la consolidación de sus estructuras capacitar Responsables Populares de Salud (R.P.S.), apoyar a movilizaciones programadas por los C.P.S.

En el período 1989-1992 asume el gobierno el Lic. Jaime Paz Zamora (MIR-ADN) el nuevo gobierno define en su política de salud tres líneas de fuerza:

- El Plan Nacional de Desarrollo Infantil y Salud Materna.
- La Descentralización.
- Gestión Social.

La participación social que era denominada en la anterior gestión del gobierno a la participación de la comunidad en salud, ahora es denominado Gestión Social que tiene por objetivos:

"Desarrollar un proceso Integral (político-social y administrativo) entre el Estado y la Sociedad Civil a través de la interacción y concentración permanente de las diferentes instituciones sectoriales de la sociedad (tanto productivas como sociales) y del sistema político, así como de las estructuras de poder local para contribuir al potenciamiento y desarrollo integral de la comunidad a fin de mejorar la calidad de vida de la población.

En este período es donde los CPS se reducen a su mínima expresión en virtud a que las políticas de salud no contemplan su participación como necesaria, instruyendo que en vez de los

45 M.P.S.S.P.: "Plan Trienal de Salud, Agosto 1987 pp. 7

CPS deben conformarse los Consejos de Salud que "aglutina a toda la sociedad civil", (sectores populares, trabajadores informales, Empresarios, Policías y Fuerzas Armadas en un solo grupo) bajo el lema de la concertación.

Dicho planteamiento de la gestión social no tuvo resultados positivos, si bien se sacó el instructivo de conformar los consejos de salud a nivel nacional, en la práctica ninguno de ellos resultó efectivo, excepto que podemos mencionar como una experiencia la del Distrito 5ºto. de la ciudad de La Paz, en la que se generó una división a nivel de las organizaciones de base por lo cual, en aras a la unidad, se tuvo que replantear los objetivos, especialmente el fin que debe tener un consejo de Salud (ver documentos de Congreso del Consejo de Salud del Distrito 5ºto.).

3.8. LA PARTICIPACION SOCIAL EN BOLIVIA

Para hacer un análisis de la participación social en el país, es necesario partir de los siguientes conceptos:

- Entiendo por participación a la capacidad de los grupos sociales organizados de tomar parte o acceder a los centros de decisión.
- El Estado como cúspide de la superestructura de la sociedad es la instancia mayor de decisión.
- La democracia, en tanto institución cuanto como práctica incorporada en la vida cotidiana que hace posible la participación.

Entrelazados estos conceptos se concluye que para una real participación debe existir:

- Una mayor democratización de la sociedad.
- Las propuestas y proyectos de las organizaciones sociales.
- La capacidad y aptitud del Estado a recoger y tratar estas propuestas y proyectos.

Este marco permite diagnosticar las relaciones de conflicto entre Estado y Sociedad Civil que hacen a la participación social.

En el caso de Bolivia la herencia democrática oficial es escasa y casi espacial entre prolongados espacios de experiencias autoritarias. Además la democracia oficial no puede hacerse constitutiva y duradera, por cuanto no se articula con las tradiciones democráticas de los grupos y movimientos sociales.

Si analizamos los movimientos sociales y su participación observamos que en Bolivia es visible el conflicto entre la tendencia de los aparatos de poder (Estado) hacia su concentración y por lo tanto verticalidad excluyente, por otro lado la tendencia de los movimientos sociales a la participación por tanto, su movilización en los sistemas de decisión.

Dentro del tema de análisis, es innegable el rol de la revolución de 1952, que elevó al rango de protagonistas a grandes masas, hasta entonces relegadas y minorizadas; por la profundidad de los cambios se constituyó en motor impulsor de participación tendencialmente autodeterminada de las masas. A partir de este acontecimiento histórico florecen las primeras experiencias de formas de participación, desde el control obrero, hasta la cogestión obrero mayoritaria.

Es importante referirse a la experiencia del llamado co-gobierno entre 1952-1956 y los proyectos del 70 y del 83, en los que el movimiento obrero estuvo en las fronteras estatales. En cambio el impulso participativo de los campesinos surge posterior al movimiento obrero. Los sindicatos obreros y campesinos son las formas más representativas del poder participativo autodeterminado de los movimientos sociales.

Además de estas experiencias masivas y centrales, la sociedad boliviana conoce otras formas de participación democrática, en efecto, las universidades, nutridas por capas medias, conocen y practican una forma de participación conocida como el co-gobierno paritario, en base a la autonomía respecto al Estado y autogobierno interno.

Si a estos ejemplos de participación agregamos otros, aunque limitados como las Juntas de Vecinos, Clubes de Madres, Comités Populares de Salud y otros, observamos que la comunidad boliviana se destaca por una gran disponibilidad de formas de participación, cada vez más amplias, profundas e inéditas. Por lo tanto, el problema, al decir de René Zabaleta "no es el de la inducción a la participación, sino su cristalización institucional".

3.8.1. EXPRESIÓN OBRERA.

Los aportes más importantes en las modalidades de participación, son de los sectores obreros: el control obrero con derecho a veto (1952) fue la experiencia más grande en participación, porque permitió a los trabajadores supervisar e inspeccionar el desarrollo de las actividades de las empresas estatales. En 1963, fue derogada la ley que permitía esta práctica.

En 1971, La Federación de Mineros elaboró el proyecto de "co-administración" en COMIBOL que fue propuesto a la Asamblea Popular y luego al Gobierno.

El documento decía lo siguiente:

"Co-participación paritaria en todos los niveles":

- Gerente General propuesto en terna por la FSTMB y a elegir por el Directorio.
- FSTMB asegura que capacidad profesional del Gerente garantizara nueva política administrativa.

El golpe de agosto de 1971, interrumpió el proceso democrático iniciando un largo período de autoritarismo.

Otra experiencia aportada por la UDP, es que antes de asumir funciones de gobierno hace suyo el planteamiento de la Co-gestión y en 1982 crea la Comisión Nacional de la Co-gestión Obrera, presidida por el Ministerio de Trabajo.

Es necesario referirse a la diferenciación de las formas participativas entre los trabajadores de los distintos tipos de empresas ejemplo: control obrero en la empresa privada, la autogestión obrera en el sector cooperativo y en organismos que se desenvuelven con aportes laborales como la Caja de Salud.

La estructura de participación está dada a través de sindicatos, federaciones, confederaciones, y fundamentalmente la Central Obrera Boliviana, como expresión máxima de los trabajadores bolivianos.

3.8.2. EXPERIENCIA CAMPESINA

El sector campesino también realiza aportes al movimiento social sobre todo en su evolución, que va desde la heteronomía a su autonomía organizativa e ideológica, que no es simplemente el rescate puro y simple de sus tradiciones, sino una reapropiación de su pasado rompiendo de esta manera el clientelismo político al que estuvo sujeto.

Es interesante remitirse a los documentos del V ampliado Nacional de la Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) del año 1982; que en el ámbito de la autodeterminación cultural dice:

"Desde hace siglos las mayorías nacionales fuimos sometidos y sojuzgados por potencias colonialistas con la explotación económica, discriminación social, alineación cultural exigiendo por otra parte, el respeto de nuestras más grandes nacionalidades, Quechua, Aymara, Tupiguarani y otros".

Los campesinos proponen tres formas de participación: autogestión es decir autonomía de decisión, co-gestión en los proyectos de desarrollo rural, co-participación, política y estatal con dos especificidades: gobierno y participación limitada en las instancias y organismos del Estado relacionadas con el sector agropecuario.

El proyecto y experiencia más importante es el de la Corporación Agropecuaria Campesina (CORACA): creada para controlar y vencer el minifundio, mediante nuevas formas de producción basadas en la organización comunitaria y lograr la autosuficiencia alimentaria nacional.

Todas estas formas de participación son viables solo a través de sus organismos representativos como sus confederaciones, federaciones y sindicatos de base.

3.8.3. LAS JUNTAS VECINALES

Como entidad aglutinadora barrial, orienta su práctica organizativa hacia reivindicaciones zonales. Su relación con el Estado está dada a través de las Alcaldías que se limitan a dar asistencia técnica y financiera, por cuanto la fuerza de trabajo son los mismos vecinos, soportando en muchos casos, incluso el aporte financiero.

Las juntas de vecinos se autocalifican como organizaciones "Cívico-Patrióticas" por lo que su participación social se limita a conseguir mejoras urbanas.

La experiencia acumulada, permite detectar objetivos que ubican a la actividad reivindicativa dentro de políticas asistencialistas que se programan desde el Estado y algunas organizaciones probadas, asignando el papel de "receptores pasivos" a todas las organizaciones vecinales.

La participación vecinal no se da en la elaboración de proyectos en la planificación y administración, su tarea se reduce a "aceptar" las propuestas previamente elaboradas.

El organismo aglutinador es la Confederación de Juntas Vecinales (CONALJUVE) creada dentro de un proceso político democrático (mayo de 1979), que intenta ser el instrumento cohesionador de los intereses sociales-barriales.

3.8.4. CLUBES DE MADRES

Estas organizaciones existen tanto a nivel rural como urbano, en algunos casos se las conoce como Centros de madres, la característica fundamental es que no surgen como respuesta a las necesidades de las mujeres de base, sino impulsadas por programas de ayuda alimentaria con un fuerte contenido paternalista y asistencial.

Los clubes de madres, además de recibir alimentos de donación, deberían mejorar su nivel educacional para la atención adecuada de la familia en los aspectos nutricionales y de salud.

Por la trayectoria larga (datan de los años 60) se han constituido en organismos estatales y de influencia en el quehacer de las zonas y comunidades rurales puesto que participan activamente en el mejoramiento urbano a través de los programas de "alimentos por trabajo".

En razón a que el tema de los clubes de madres nos permite abordar la problemática de la mujer, podemos decir que existen otras formas de organización como la Federación de Mujeres Campesinas "Bartolina Sisa", los Comités de amas de casa de las minas, esposas de relocalizados, comités de mujeres de los barrios populares con reivindicaciones clasistas claramente definidas e involucradas en el movimiento popular y por lo tanto en clara discrepancia con los clubes de madres.

También es importante mencionar que la participación de la mujer se da, aunque no masivamente, en los organismos representativos de los sectores a los que pertenece: sindicatos, juntas de vecinos, comités populares de salud, etc.

3.8.5. PARTICIPACIÓN JUVENIL

Debido a la heterogeneidad, las masas juveniles se mantienen entre si incomunicadas y dispersas, sin embargo, desarrollan experiencias muy variadas de organización y de participación. En las zonas populares se ha dado origen a una serie de agrupaciones juveniles ligadas a inquietudes no solo propias de la juventud sino también a las necesidades del conjunto poblacional. Existen experiencias como la de Cochabamba, donde ha surgido la Federación de Jóvenes de los Barrios Populares, que ha logrado un espacio, tanto en la Central Obrera Departamental (COD) como en el Comité Cívico. A nivel gremial los jóvenes estudiantes se han organizado alrededor de las Confederación Universitaria Boliviana (CUB) en Federaciones Universitarias Locales (FUL) y Federación de Estudiantes de Secundaria (FES). Debe remarcarse el hecho que estos gremios forman parte de la organización matriz de los trabajadores bolivianos (COB).

3.8.6. COMITÉS POPULARES DE SALUD. (C.P.S.)

En el estudio realizado por Julio Mantilla "Salud y Conciencia Nacional", se analiza que la salud pública tradicional da un cambio significativo con la experiencia boliviana en los últimos años, a partir del gobierno de la UDP, reemplazando al profesional elitista, por el médico PIAAS que trabajan en las áreas de salud, cogestionado con los Comités Populares de Salud.

Los Comités Populares de Salud surgen sobre la experiencia y tradición de las organizaciones sindicales, campesinas, vecinales y comunitarias, en base a una reivindicación central:

"La salud es un derecho social, como tal, no se compra ni se recibe de regalo, se conquista con la movilización popular organizada".

La experiencia de los C.P.S. en base a la concertación de los sectores populares y concebida dentro del movimiento popular ha ido sufriendo modificaciones de acuerdo al contexto político y a la introducción de programas de apoyo alimentario.

Dada la corta vida en términos históricos, encontramos diferentes situaciones y grados de desarrollo de los C.P.S. desde el ser "receptores" hasta "cogestionarios" en las políticas de salud.

Esta experiencia participativa de salud, es única en el sector social, por lo que es necesario realizar estudios y análisis más profundos.

Los Comités Populares de Salud están organizados de acuerdo a la regionalización del ex - M.P.S.S.P. es decir a nivel nacional departamental, distrital, de área y de sector. Sus estatutos establecen como objetivo estratégico la cogestión aplicando por lo tanto la participación desde la definición prioridades, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación en las acciones de salud.

De manera general, sin entrar en experiencias puntuales, podemos decir que la participación de los C.P.S. se da sólo en la fase de ejecución y por otra parte han perdido la labor de coordinación de las organizaciones de base conforman más bien una nueva organización.

Los C.P.S. están aglutinados en el Consejo Nacional de Comités Populares de Salud, el mismo que ha realizado, a lo largo de su existencia dos congresos nacionales de donde han salido los lineamientos generales de su accionar.

La dirigencia de los C.P.S. participaban en los Consejos Técnicos a nivel central y en las Unidades Sanitarias dependientes del M.P.S.S.P. en la actualidad está restringida por diversos factores, en especial los políticos.

IV
CARACTERISTICAS DE LOS DISTRITOS
DE
SALUD ESTUDIADOS
Y
ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 SECRETARIA REGIONAL DE SALUD LA PAZ.

(Antes Unidad Sanitaria La Paz).

El Departamento de La Paz, tiene una extensión territorial de 128, 985 Km², ocupando el 12, 2% de la extensión territorial nacional, se encuentra a un altura de 3,577 m.s.n.m.

Políticamente está dividido en 18 provincias con una población de 1,519.941 habitantes y una densidad de 12 H/Km² .

El desarrollo de la ciudad de La Paz fue favorecido desde su fundación por su ubicación estratégica tanto que en lo que a comunicación se refiere como por ser sede de gobierno, sin disminuir el peso que tiene la diversidad ecológica y la producción agrícola del Departamento.

El incremento poblacional por el crecimiento vegetativo acelerado, así como por los flujos migratorios importantes se expresa en los diferentes asentamientos humanos urbanizados o no en la periferia de la ciudad.

Es de mucha importancia mencionar que en fecha reciente (20 de septiembre de 1989) fue aprobado el Proyecto de Ley 651 por el cual se eleva a rango de ciudad a El Alto de La Paz. En virtud a este hecho, la desconcentración administrativa y de servicios es una realidad.

4.1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La ciudad de La Paz, para 1992 tenía 739,915 habitantes, que constituye al 48% del total del departamento, de los cuales un 51% corresponde al grupo de mujeres y el 48.6% al grupo de hombres.

La estructura poblacional por edades representada en una pirámide de base ancha, implica un mayor porcentaje de población joven, siendo que 43,2% de la población total de mujeres se concentra en el grupo de 15 a 45 años es decir en edad reproductiva, la esperanza de vida al nacer oscila alrededor de los 52 años.

Por último, el crecimiento vegetativo para 1976 era de 25.6%.

4.1.2. ASPECTOS ECONÓMICOS

Para 1987 el PIB producido por la industria paceña era del 25% frente al 75% del sector terciario, es decir la característica de este centro urbano es la terciarización de su economía.

De la población económicamente activa, el 87% se encuentra dentro la categoría ocupada y 13% de desocupada, porcentaje que en los últimos años tiende a incrementarse.

La distribución de empleo por clase de ocupación nos muestra que un 21,6% está consignado en la categoría de vendedores y afines un 19.5% a artesanos y operarios, constituyendo ambas el 41,1% del total.

4.1.3. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES

Para 1992 el porcentaje de analfabetismo para la ciudad de La Paz es de 19,3% donde un 15.5% corresponde a las mujeres y un 3.8% a los varones.

El 39.5% de la población migrante habla el idioma castellano, pero el 49.1% es bilingüe, es decir habla castellano y aymara, es importante la influencia de la cultura aymara, en el resto de la población.

La tendencia de la población a concentrarse en grandes centros urbanos como el caso de la ciudad de La Paz, implica la superposición y coexistencia de diferentes paradigmas culturales, siendo predominante el de la cultura aymara y en menor proporción el de la cultura quechua. Por consiguiente el arraigo de las creencias y costumbres tradicionales es importante aún en estas épocas, donde la occidentalización embate sin ningún control.

Esta es la explicación del fuerte sentido pagano-religioso que existe en la población paceña.

La acentuación de estas características se da en los cordones periféricos y en la ciudad de El Alto de La Paz, por estar constituida básicamente por migrantes, la mejor prueba de ello es de que en cada Villa, zona y sector adoran a una imagen religiosa en medio de festejos pagánicos, celebrados frecuentemente.

Estos paradigmas culturales implican asimismo diferentes comportamientos frente al proceso salud-enfermedad, desde el punto de vista de origen, de asistencia y de resolución de las enfermedades.

4.1.4. SERVICIOS BÁSICOS

Según datos del INE el 70.74% de la población tiene viviendas no habitables, vale decir, sin servicios y sin una planificación previa, de ahí que el porcentaje de instalación en zonas negras es elevado (zonas no aptas para la construcción).

La luz eléctrica tiene una cobertura de 87% en las zonas urbanizadas en tanto, los que tiene el servicio de agua potable por cañería es de 60% y por instalación domiciliaria el 24%. El mismo panorama se observa con el alcantarillado, ya que solo un 32% de la población cuenta con este servicio.

4.1.5. SITUACIÓN DE SALUD

La ciudad de La Paz en el contexto de la crisis económica del país expresa deterioro de sus condiciones de vida que se reflejan en la salud que muestra finalmente las características de la pobreza, así tenemos que la tasa general de mortalidad es de 13.5/1000: la tasa de mortalidad infantil es de 75/1000 donde la gastro enteritis y las infecciones respiratorias son las primeras causas de enfermedad y muerte infantil a pesar de constituir estos, elementos blandos de la mortalidad infantil tardía, fácilmente superables con acciones eficientes y oportunas.

Estas enfermedades tiene como marco general la desnutrición que alcanza niveles alarmantes que constantemente se agudizan así lo demuestra un estudio realizado por el S.V.E.N. en centros de madres que reciben ayuda de alimentación complementaria donde la prevalencia de desnutrición en 1992 fue de 37.5%, este estudio nos permite hacer aproximaciones respecto a la agudización del deterioro en la ciudad de La Paz.

El 24% de la población del Departamento de La Paz, para 1984 contaba con seguro médico en la C.N.S.S. siendo el 75.2% atendido por el sistema de Salud Pública en una mayor proporción y en menor por el sistema privado y el de medicina nativa.

El sector público cuenta con una estructura de 6 distritos y 35 áreas los cuales se encuentran en la ciudad de La Paz.

CONSIDERACIONES SOBRE EL ESPACIO HUMANO MARGINAL EN ESTUDIO

Para efectos del presente estudio se han tomado tres Distritos de salud, que se caracterizan por tener bajo su jurisdicción a las denominadas "Laderas" de la ciudad de La Paz, en donde considero que se encuentran los sectores populares mas deprimidos.

Los Distritos de Salud son:

- Distrito 1 Nor Oeste
- Distrito 2 Norte
- Distrito 5 Sud Oeste

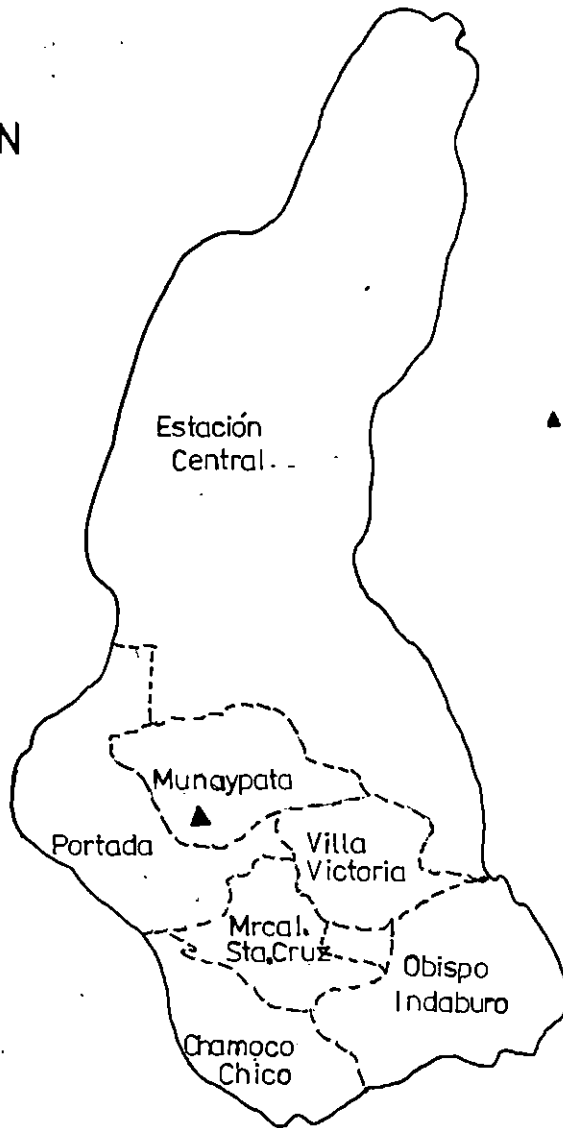
4.2. DISTRITO NOROESTE 1

Se encuentra en el nor-oeste de la ciudad de La Paz y tiene una población de 173,363 habitantes. Sus límites son al Norte con la Autopista y la Av. Montes, al sud con la Calle Ricardo Bustamante y con la Av. Manco Kapac, al Oeste con la Ceja de El Alto (Mapa Nº 1).

La cabecera del Distrito está en el Area de Obispo Induburo cuenta con 7 áreas:

- Obispo Indaburo
- Chamoco Chico
- La Portada
- Munaypata
- Mariscal Santa Cruz
- Callampaya
- Said.

DISTRITO NOROESTE 1



REFERENCIAS

▲ Hospital

Existe un buen porcentaje de analfabetismo en la población adulta, la mayoría de la población es bilingüe, es decir aymara y castellano la fuente de ingresos de la población proviene de actividades terciarias y trabajos por cuenta propia.

Existe una marcada diferencia cualitativa y cuantitativa entre las viviendas de áreas centrales del Distrito con las periféricas; encontrándose la misma diferencia en lo que a vías de acceso se refiere, sin embargo el índice de nacimiento es elevado en todo el distrito.

El personal con que cuenta el Distrito es dependiente del Ministerio de Salud, los cuales son:

- 12 Médicos
- 3 Auxiliares de Enfermería
- 6 Odontólogos
- 1 Bioquímico
- 1 Auxiliar la Contabilidad
- 2 Trabajadores Manuales

Cada área cuenta con un Comité Popular de Salud y existe también un Comité Popular de Salud Distrital, que recientemente tiene una mayor participación en el proceso de gestión del Centro de Salud Garita de Lima, hecho que debe ser destacado.

En la zona Garita de Lima se encuentra el Centro de Salud Nº 1 que atiende a los Distritos 5 y 2 por otro lado en este Distrito se encuentra el policlínico Manco Kapac que depende de la Caja Nacional de Salud.

4.3. DISTRITO NORTE 2

El Distrito se encuentra ubicado al Norte de la ciudad de La Paz.

Límite al norte con el río Kalahuira, al sud con el río Canado y la Plaza Villarroel, al este con el río Orkohauira, al oeste con la Serranía de El Alto y Achachicala, con una población de 160,881 habitantes. (Mapa Nº 2).

La cabecera de Distrito Villa el Carmen, tiene 7 areas:

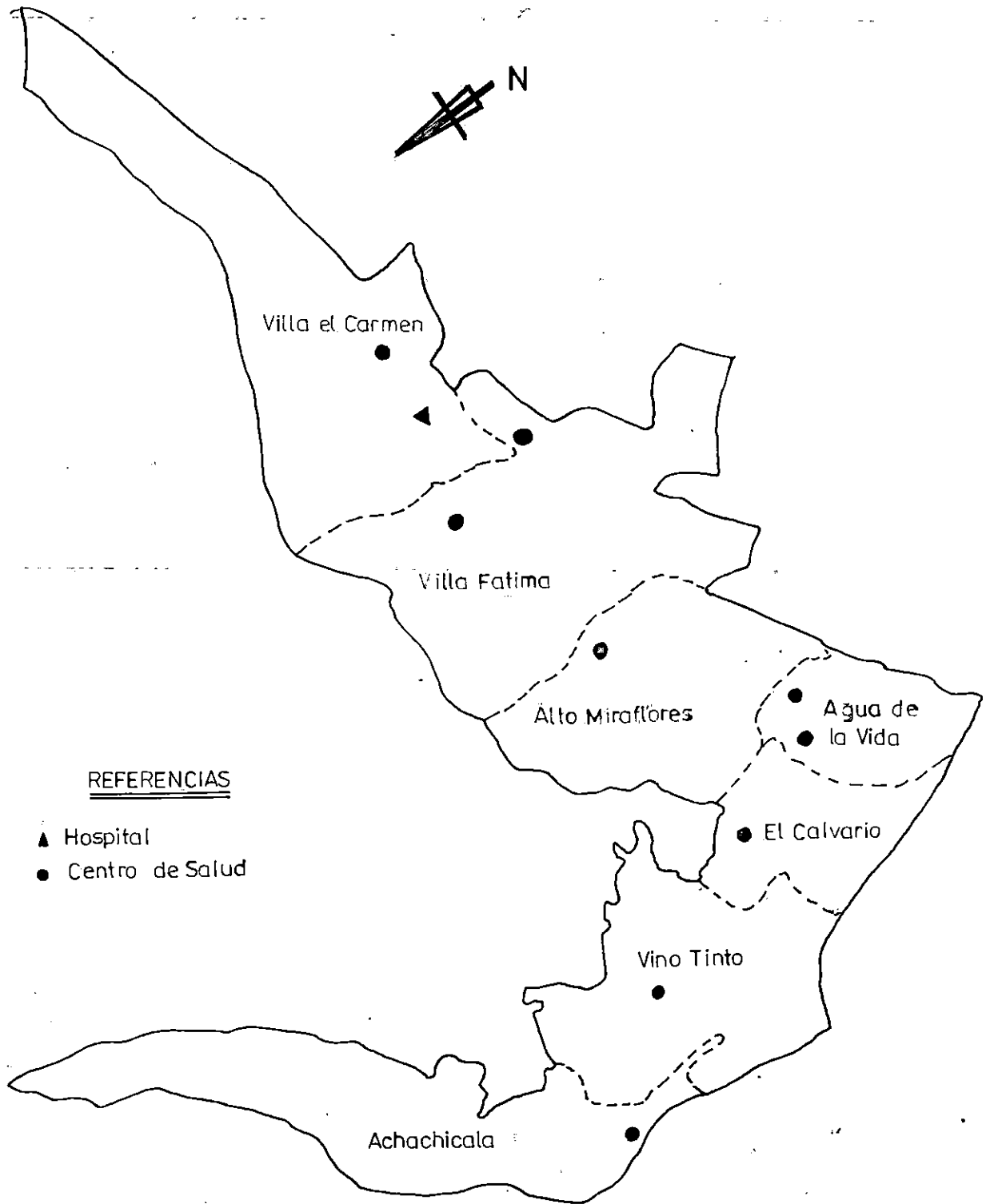
- Achachicala
- Vino Tinto
- Villa El Carmen
- Alto Miraflores
- Calvario
- Agua de la Vida
- Villa Fatima

Las poblaciones de Villa Fátima, parte de Alto Miraflores, y San Francisco de Asis, tienen de 30 a 45 años de antigüedad; las poblaciones de Villa El Carmen, Chuquiaguillo y San José de Natividad son asentamientos jóvenes de 10 a 15 años.

El 40% de la población son empleados públicos entre ferroviarios, petroleros y otros, un 40% de artesanos, comerciantes y fruticultura, un 20% de mineros relocalizados y desocupados.

En cuanto a las viviendas un 40% están construidas de ladrillo y un 60% de adobe.

DISTRITO NORTE 2



En las poblaciones de antiguo asentamiento, un 85% de las familias tienen instalación domiciliaria de agua y un 15% de las familias recurre a piletas públicas, en cambio en las poblaciones de recién asentamiento solo un 40% tienen instalación domiciliaria y un 60% se surte con agua de las piletas públicas, pozos y vertientes.

En las poblaciones de antiguo asentamiento un 80% tiene alcantarillado y un 20% no cuenta con el servicio, pero en los asentamientos recientes un 60% no tiene alcantarillado, solo un 40% cuenta con este servicio.

Respecto a eliminación de basuras, los asentamientos antiguos tienen la recolección de basura de 2 ó 3 veces a la semana, en cambio los asentamientos recientes no cuenta con el servicio, además en los asentamientos recientes un 60% no tiene alcantarillado, sólo un 40% cuenta con este servicio.

En los asentamientos antiguos el 90% tiene luz eléctrica y sólo un 10% usa lámparas o velas.

En lo que se refiere a la organización del Distrito, cuenta con la representación de una junta de vecinos central y de 7 subjuntas que son representantes de las villas o sectores tiene 28 clubes de madres dependientes de OFASA o CARITAS.

Existen grupos juveniles y 4 C.P.S. cuya participación es sobre todo en el reparto de leche y las campañas de movilización de Vacunación. Solo un C.P.S. trabaja con el médico de Area en el resto no.

El Distrito cuenta con:

- 7 Médicos
- 2 Médicos Especialistas
- 2 Auxiliares de Enfermería
- 1 Odontólogo
- 1 Técnico de Administración
- 1 Auxiliar de Estadística

4.4. DISTRITO SUD OESTE 5

El Distrito de Salud V se encuentra ubicado en la ladera sud oeste de la ciudad de La Paz, limita al norte con el Distrito de Salud 1 , avenida 9 de abril y Avenida Sánchez Bustamante, al sur con la quebrada Wallisani en Llojeta: al este con el Distrito de Salud VI Avenida Buenos Aires, calle Moxos, Av. Jaimes Freyre y al oeste Av. Panorámica, Ceja del Alto La Paz (Mapa N° 3).

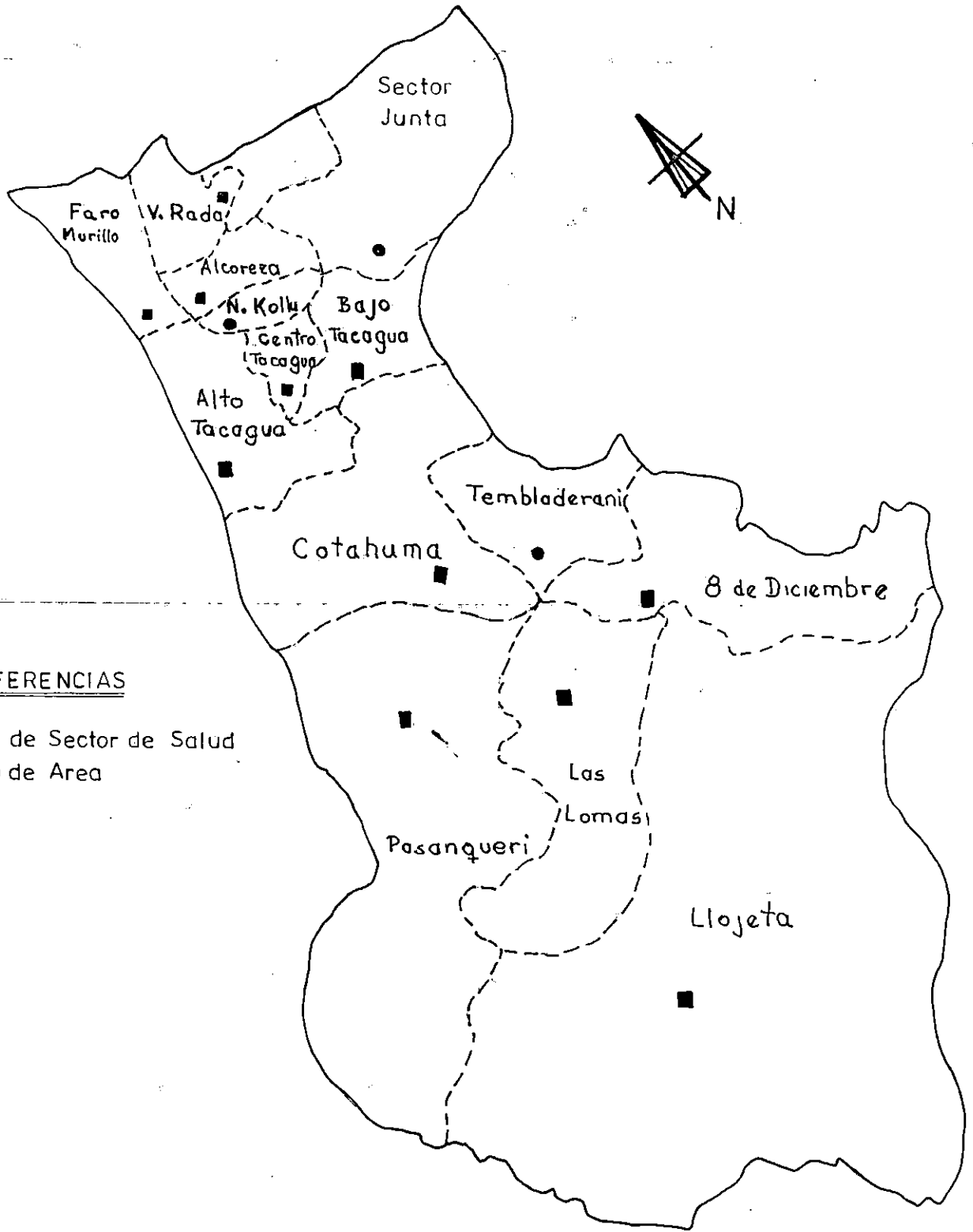
El Distrito de Salud V se encuentra sobre una superficie de ocho kilómetros cuadrados aproximadamente. La topografía del Distrito se caracteriza por ser muy accidentada en fuertes pendientes, pedregosa, con terrenos deleznable, los lugares que se describen, son comúnmente denominados laderas.

Actividades económicas

Según el censo realizado en el Distrito en 1990, se evidenció que:

- No se cuenta con actividades económicas primarias debido a que las condiciones demográficas no favorecen a su desarrollo porque el Distrito se caracteriza por atender toda la ladera oeste, donde el terreno es accidentado.

DISTRITO SUD OESTE 5



REFERENCIAS

- Centro de Sector de Salud
- Centro de Area

La cabecera del Distrito Sudoeste tiene tres áreas y 11 sectores:

- Tembladerani
 - Tacagua
 - Villa Nueva Potosí
- Con respecto a las actividades económicas secundarias, se sacó los siguientes indicadores en lo que respecta a las principales actividades económicas que se detalla:

CUADRO Nº7
ACTIVIDADES ECONOMICAS SECUNDARIAS D.S.

RUBRO	PORCENTAJE
Economía informal	50.0%
Artesanos	25.0%
Mano de Obra Calificada	10.0%
Desocupados	10.0%
Empleados dependientes	5.0%

FUENTE: CENSO DISTRITAL 1991.

Cuenta con una población total de 80.797 habitantes

El Distrito cuenta con:

- 15 Médicos
- 2 Odontólogos
- 2 Licenciadas de Enfermería
- 15 Auxiliares de Enfermería
- 1 Técnico de Administración
- 1 Bioquímico
- 1 Auxiliar de Estadística

Establecimientos de enseñanza públicas y/o privadas.

En el distrito existen 28 establecimientos educativos fiscales en su mayoría. Sin embargo la carencia de centros educativos específicamente en las partes altas (laderas) del Distrito, que permitan satisfacer y acoger a la población de estudiantes existentes, lleva a que el estudiante tenga que acudir a establecimientos fuera del distrito determinando un alto costo para los padres de familia.

4.5 PARTICIPACION DE LAS FAMILIAS

Para cumplir con los objetivos del estudio, era de fundamental importancia conocer lo que opinaba la población de los servicios:

- ¿qué programas del Ministerio conocía?
- ¿qué tipos de prácticas de salud tenía?
- ¿qué programas eran los más utilizados?
- ¿qué recomendaciones proponían para el mejoramiento de los servicios de salud?

Para lo cual se diseñó una boleta pre-codificada que permitió obtener ésta información los resultados de las respuestas los analizaremos a continuación.

Antes de entrar en el análisis de las respuestas de salud es necesario presentar un breve perfil de las características generales de las personas entrevistadas. Sin embargo también deseo hacer notar que todos los cuadros que a continuación se presentarán son producto de la investigación que se realizó para la sistematización de la presente tesis.

4.5.1. ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS

4.5.1.1. NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Podemos observar que en términos de nivel de instrucción, la población encuestada presenta una distribución heterogénea. Si bien los porcentajes de analfabetismo son altos (12.8% total; Distrito 1: 11.3% respectivamente), una importante proporción de la población de los tres distritos han alcanzado niveles medios y superiores de instrucción especialmente en el Distrito 1 (Cuadro Nº 8).

CUADRO Nº8
Nivel de Instrucción

	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Analfabeto	12.8	11.3	14.5	14.1
Básico	26.2	27.3	18.2	32.9
Intermedio	17.4	15.8	14.2	23.8
Medio	29.1	27.0	37.7	24.5
Superior u otros	14.5	18.6	15.4	4.7
T O T A L	100%	100%	100%	100%

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.1.2. TRABAJO

Del total de la población investigada el 55.3% declaró realizar alguna actividad económica que le reporte ingresos.

Se debe hacer notar que las personas encuestadas eran mayormente mujeres las mismas que se dedican a las labores de hogar. Además se declararon estar ocupadas, se concentran básicamente en dos categorías ocupacionales: cuenta propia o empleados.

Del total de ocupados en los tres Distritos el 64.6% desarrolla actividades por cuenta propia y un 26.9% es empleado. Si bien este porcentaje es significativo cabe aclarar que en este grupo se consideran también a empleados de talleres artesanales y otros servicios. Esta característica se fundamenta en los Distritos 1 y 5 donde el 65.6% y 70.5% respectivamente declararon ser trabajadores por cuenta propia. En el caso del Distrito 2º, el porcentaje de este tipo de trabajadores es de 58.2% un 30.6% son empleados y un 10.6% son obreros (Cuadro Nº 9).

CUADRO Nº9
Categoría Ocupacional
(en %)

	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Patrón	0.9	1.8	---	----
Obrero	5.1	3.8	10.6	1.4
Empleado	26.9	26.2	30.6	23.7
Cuenta Propia	64.6	65.6	58.2	70.5
Trabajo de Fam. y Rem.	1.1	1.2	----	2.2
Empleada Doméstica	1.4	1.4	0.6	2.2
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

El nivel de ingreso de la mayor parte de la población encuestada está por encima del salario mínimo vital; sin embargo existe un 4.3% que registran ingresos inferiores a los 180.00 Bolivianos por mes. La población del Distrito 1 tiene los niveles de ingresos más bajos (Cuadro Nº 10).

CUADRO N° 10
Nivel de Ingresos
(en %)

INGRESOS	TOTAL	D1	D2	D5
0-159	4.3	6.4	2.3	2.4
180-200	21.0	26.2	20.0	11.6
201-600	63.0	54.0	71.9	71.1
600-MAS	11.7	13.4	5.8	14.9
T O T A L	100	100	100	100

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.2. GRADO DE ORGANIZACIÓN

En general es posible advertir que una proporción de la población escuestada no se encuentra aglutinada en alguna organización sin embargo, es de destacar que alrededor de un tercio de las mismas, están vinculadas a instancias organizativas. Entre estas últimas resaltan los clubes de madres, las juntas de vecinos y los clubes de vecinos mientras que los porcentajes de personas organizadas alrededor de los comités populares de salud son mínimos esto se explica por el corto período de vida que aún no ha permitido su consolidación, (Cuadro N° 11).

CUADRO N° 11
FAMILIAS: Grado de Organización
(en %)

ORGANIZACIONES	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
NINGUNO	67.7	61.3	71.5	76.5
CLUB DE MADRES	10.6	9.0	12.3	12.2
CLUBES DEPORTIVOS	4.6	5.6	5.7	1.4
JUNTA DE VECINOS	9.8	15.6	2.6	5.9
C.P.S.	1.2	0.8	0.9	2.0
SINDICATO	2.4	3.7	1.9	0.3
OTROS	3.7	4.0	5.1	1.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.3. CONDICIONES DE VIVIENDA

En relación a servicios básicos es posible advertir las siguientes características. La gran mayoría de la población entrevistada cuenta con servicios de luz eléctrica en sus viviendas la población. Con mayor déficit en este servicio, está el Distrito de salud 5 (zonas Pasankery, Llojeta). (Cuadro N° 12).

CUADRO N°12

Tenencia de Luz Eléctrica en la vivienda (en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Tiene Luz	85.3	86.6	93.2	74.7
No Tiene Luz	14.7	13.4	6.8	25.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

La tenencia de agua en la vivienda, si bien no es generalizada, es un servicio del que gozan dos terceras partes de la población. Esta situación presenta leves diferencias de los tres distritos de salud (Cuadro N° 13).

CUADRO N° 13

Tenencia de agua potable en la vivienda
(en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Tiene agua	64.6	62.2	64.5	69.8
No tiene agua	35.4	37.8	35.5	30.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

El mayor problema de servicios básicos se presenta en el campo de la eliminación de excretas ya que, el 64.6% de la población encuestada no cuenta con alcantarillado. Esta situación es más crítica aún en el distrito 5 donde solamente el 15.5% tiene este servicio (Cuadro Nº 14)

CUADRO Nº 14
Eliminación de Excretas
(en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Tiene alcantarillado	35.3	44.2	36.9	15.5
No tiene alcantarillado	64.7	55.8	61.1	84.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

FOENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

La información relacionada a algunas características de la vivienda presenta el siguiente perfil: la distribución porcentual de personas entrevistadas según el número de dormitorios de la vivienda refleja la precariedad de las mismas así por ejemplo, prácticamente la mitad de la población encuestada en los tres distritos, o no tienen un espacio específico destinado a dormitorio o sólo cuenta con uno. (Cuadro No 15).

CUADRO Nº 15
FAMILIAS: Nº de Dormitorios en la familia
(en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
0 dormitorios	0.4	0.9	35.3	0.3
1 dormitorio	45.8	46.9	24.9	54.8
2 dormitorios	28.7	32.1	22.0	25.5
3 dormitorios	15.1	13.9	10.7	10.3
4 dormitorios	5.9	3.8	4.2	5.2
5 dormitorios	2.4	1.4	2.9	2.4
6 dormitorios	1.7	1.0	----	1.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FOENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

De igual manera, en el caso de la tenencia de baño propio es posible advertir un déficit en el Distrito de Salud 1 el 51.1% de la población no tiene baño propio estos porcentajes se reducen en el caso de los distritos de salud 2 y 5 donde el 25.5% y 17.0% respectivamente no cuentan con baño propio, (Cuadro Nº 16).

CUADRO Nº 16
Tenencia de baño en la vivienda (en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Baño propio	63.6	48.9	73.5	83.0
No tiene baño	36.4	51.1	26.5	17.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Finalmente en el caso de la tenencia de un espacio especial en la vivienda destinado a la cocina, el distrito de salud 5 presenta mayores niveles de deficiencia 39.3% (Cuadro Nº 17).

CUADRO Nº 17
Tenencia de cocina en la vivienda (en %)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Tiene cocina	78.2	85.1	81.8	80.7
No tiene cocina	21.8	14.9	18.2	39.3
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.4. PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD

Es interesante observar la percepción que tiene la comunidad sobre los principales problemas de salud, en el distrito de salud 1 el 35.1% corresponden a definiciones de saneamiento ambiental, seguida por un 23.7% que se refiere a problemas

económicos. Esta respuesta estaría indicando que la población, primero ubica la salud dentro de un contexto global de la sociedad y segundo prioriza intuitivamente las causas estructurales del proceso Salud - Enfermedad. Similares respuestas se obtuvieron en los Distritos de Salud 2 y 5, aunque en el distrito 5, el 40.7 % afirman que el principal problema es la falta de un adecuado saneamiento ambiental (Cuadro Nº 18).

CUADRO Nº 18

Principales problemas de salud de la comunidad (en %)

P R O B L E M A S	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Saneamiento ambiental	35.1	35.7	40.7	28.9
Problemas de Servicios	19.0	20.5	18.5	18.0
Problemas de Salud	20.6	10.1	30.9	20.8
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.5. TIPOS DE ATENCIÓN

Cuando el M.P.S.S.P. adopta como eje central de su política la Atención Primaria En Salud, se plantea la necesidad de que el modelo de atención en Bolivia asumiera sus características. En este sentido a nivel operativo de médicos de área estos deberían utilizar 40% de su tiempo al trabajo con la comunidad. Es por esta razón, que se incluyó en el cuestionario la pregunta correspondiente, para poder detectar las coberturas del trabajo de extensión comunitaria. Sólo el 20% del total de personas entrevistadas fueron visitadas al menos una vez por el personal de salud.

El Distrito 1 es el que tiene los porcentajes más altos de no visitas a domicilio (94.4%) y el distrito 5, los más bajos 60.2%. (Cuadro Nº 19).

CUADRO Nº19

Visita del personal de salud a las familias

Nº DE VISITAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
0 veces	79.3	94.4	67.9	80.2
1 vez	10.1	3.3	15.9	17.8
2 veces	5.6	0.9	8.2	12.6
3 veces	3.7	0.6	6.1	7.7
4 y más veces	1.3	0.8	1.9	1.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Es decir que no se estaría cumpliendo con el trabajo en la comunidad especialmente en lo referente a la extensión educativa en salud y otras actividades complementarias.

4.5.6. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL M.P.S.S.P.

4.5.6.1. CONOCIMIENTO

Si se compara las respuestas que afirman conocer los programas con el número óptimo de respuestas, sólo el 27.9% son de conocimiento de la comunidad, esto implica que las 2/3 partes de la población ignoran la actividad que realiza el M.P.S.S.P.

CUADRO Nº 20

Conocimiento de los programas de salud del M.P.S.S.P.

(en %)

PROGRAMA	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Atención al niño	16.8	17.9	14.5	17.0
Atención a la mujer	6.3	7.7	5.0	4.8
Otros programas	4.8	5.0	4.1	4.9
T O T A L	27.9	30.6	23.6	26.7

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Nivel de Instrucción.

De estos bajos niveles de conocimiento corresponde hacer un análisis causal del conocimiento de los programas por nivel de instrucción, grado de organización y condición de salarios se puede observar lo siguiente:

Las familias de mayor instrucción tienen un mejor conocimiento de los programas aunque estos porcentajes no son significativos si se los compara con las personas de niveles más bajos de instrucción. En el caso del conocimiento de al menos un programa del niño los porcentajes son de 44.5% frente a 38.5% en referencia a los programas de atención a la mujer estos son de 39.8% en ambos casos (Cuadro N°21).

Es coherente el hecho de que las personas con mayor escolaridad estén más informadas de los programas de salud, así como también los porcentajes de conocimiento de las personas de bajo nivel de instrucción encuentra su explicación en el hecho de que este grupo humano es población objetivo de los mismos y por lo tanto han estado más expuestos especialmente a las campañas de movilización.

CUADRO N° 21

Conocimiento de los programas según nivel de Instrucción
(en %)

Nº DE PROGRAMAS	TOTAL	ANALFABETO O BASICO	INTERMEDIO	MEDIO O SUPERIOR
Conoce al menos un programa de niño	100.0	38.4	17.0	44.5
Conoce al menos un programa de mujer	100.0	39.8	20.4	39.8
Conoce otros programas	-----	-----	-----	-----

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Grados de Organización

El Cuadro N° 22 referido al conocimiento de los programas según el grado de organización de la población pone en evidencia que la población toma contacto de los programas directamente a través de las campañas de movilización. En este sentido los porcentajes más altos del conocimiento de todos los programas están en la población organizada, alrededor de dos terceras partes.

Debe llamar la atención este hecho que implica la necesidad de encarar un trabajo sistemático con las organizaciones de base de la comunidad para la planificación y ejecución de los programas.

CUADRO N° 22

Conocimiento de los programas según grado de organización (en %)

GRADO DE ORGANIZACION	TOTAL	ESTA ORGANIZADO	NO ESTA ORGANIZADO
Conoce al menos un programa de niño	100.0	31.40	68.6
Conoce al menos un programa de mujer	100.0	30.10	69.9
Conoce otros programas		-----	-----

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Condición de asalaramiento

Igualmente las 2/3 partes de la familias que conocen los programas de Ministerio no están asalariadas (Cuadro N° 23).

CUADRO Nº 23

Conocimiento de los programas según condición de asalariamiento.
(en %)

CONOCIMIENTO	TOTAL	ASALARIADO	NO ASALARIADO
Conoce al menos un programa de niño	100.0	30.8	69.2
Conoce al menos un programa de mujer	100.0	24.4	75.6
Conoce otros programas	100.0	29.5	70.5

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Esto se explica por el hecho de que la población asalariada cuenta con seguro de salud por lo tanto recurre a esos servicios; y la población no asalariada fundamentalmente trabajadores por cuenta propia tiene como una opción los programas del ex-Ministerio.

Puede agregarse que los programas del seguro son netamente asistenciales, presentan un divorcio con los programas que ofrece el ex-Ministerio, en especial con aquellos de atención primaria de salud.

4.5.6.2. UTILIZACIÓN

Si el conocimiento de los programas de salud fue bajo, la utilización de los mismos por la comunidad, fue mucho menor. En efecto, sólo el 19.1% de las familias encuestadas manifiestan haber utilizado los programas del M.P.S.S.P.; o sea que de las familias que conocen estos programas sólo lo utilizaron el 68.6%; ésta conducta se explica más adelante en la observación participante. (Cuadro 24).

CUADRO Nº 24

Utilización de los programas de Salud del M.P.S.S.P.

(en %)

PROGRAMA	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Atención al niño	12.1	10.9	12.9	13.6
Atención a la mujer	4.5	4.5	4.5	4.6
Otros Programas	2.5	2.6	1.3	3.7
T O T A L	19.1	18.0	8.7	21.9

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Al estudiar la variable utilización de los servicios según el nivel de instrucción, grado de organización y condición de asalariamiento, se registró similar comportamiento que con la variable conocimiento; o sea que a nivel mayor de instrucción, menor grado de asalariamiento y menor grado de organización, mayores los niveles de utilización. (Cuadros 25-26-27)

CUADRO Nº 25

Utilización de programas según nivel de instrucción.

(en%)

UTILIZACION	TOTAL	ANALFABETO BASICO	INTERMEDIO	MEDIO O SUPERIOR
Utiliza al menos un programa de niño	100.0	37.8	17.4	44.8
Utiliza al menos un programa de mujer	100.0	39.6	19.8	40.8
Utiliza al menos otros programas	-----	-----	-----	-----

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

CUADRO Nº 26

Utilización de programas según grado de organización
(en%)

UTILIZACION	TOTAL	ESTA ORGANIZADO	NO ESTA ORGANIZADO
Utiliza al menos			
un programa de niño	100.0	31.4	68.6
Utiliza al menos			
un programa de mujer	100.0	30.8	69.2

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

CUADRO Nº 27

Utilización de programas según condición de asalariamiento.
(en%)

UTILIZACION	TOTAL	ASALARIADO	NO ASALARIADO
Utiliza al menos			
un programa de niño	100.0	31.9	88.1
Utiliza al menos			
un programa de mujer	100.0	24.4	75.6

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Para fines de análisis se cruzaron las variables de utilización de servicios de programa URO con las variables referentes a servicios básicos. Se observa que aquellas familias que no tienen alcantarillado tienen una mayor utilización del programa de URO que aquellos que tienen este servicio (72.3% frente a 27.7%, respectivamente) no siendo significativas las diferencias por porcentaje de las personas que tienen los otros servicios, agua, baño propio etc, con aquellas que carecen de ellos.

En el Distrito de Salud Nº 5, las personas que habitan en viviendas que no tienen baño presentan una mayor incidencia en el uso del programa de URO (61.6%) frente al 38.4% de las que tiene baño.

Con respecto a la tenencia de agua 50.7% de los que no tienen, no utilizan el programa, en contraposición al 49.3% que tienen agua a domicilio.

4.5.6.3. ¿DONDE UTILIZARON?

La comunidad obtuvo el servicio de los programas de salud del ex-M.P.S.S.P. en los puestos médicos centros de salud, etc. El 53.6% de las familias encuestadas, declararon haber obtenido el servicio en los centros permanentes que tiene el ex-Ministerio, puestos médicos, centros de salud y hospitales. Si a estos centros permanentes se agrega el servicio que ofrece las campañas de movilización por medio de los C.P.S. este porcentaje asciende al 69.3%.

Es destacable la utilización de estos programas a través de "otras" organizaciones (16.5%) dentro de las cuales juegan un rol importante las ONGs.

Llama la atención los bajos porcentajes de utilización en los colegios, clínicas y consultorios privados y los practicantes de la medicina tradicional. La baja participación de los colegios se justifica por el hecho de que no cuentan con la infraestructura ni el personal necesario y más bien su participación coadyuva al éxito de las campañas de movilización que en la presente encuesta la tomamos en forma separada.

La escasa participación de las clínicas o consultorios privado y los curanderos y parteros, evidencian una vez más su falta de interés por la atención primaria de la salud de la comunidad mediatizada por el cobro.

La desagregación del lugar de utilización por Distritos de salud y grupos de programas, se puede observar en el Cuadro Nº 28.

CUADRO Nº 28

FAMILIAS : Lugar de Utilización de los Programas de Salud del M.P.S.S.P
(en %)

LUGAR	TOTAL				D1				D2				D5			
	TOTA	NIÑO	MUJER	OTROS	TOTAL	NIÑO	MUJER	OTROS	TOTAL	NIÑO	MUJER	OTROS	TOTAL	NIÑO	MUJER	OTROS
1 Puesto médico	20.1	25.7	9.9	12.5	11.1	14.4	16.7	5.8	16.5	19.0	18.8	18.2	39.1	50.7	18.0	21.5
2 Centro de Salud	18.8	19.6	21.7	10.5	20.4	19.6	29.9	8.7	27.7	29.8	22.5	25.8	8.2	10.0	3.2	8.1
3 Hospital	14.7	8.2	36.5	6.9	8.4	3.9	23.4	1.6	24.6	17.0	43.6	33.2	17.2	7.0	57.7	6.5
4 Clínica o Cons.Priv	7.3	5.2	15.5	2.8	7.8	6.8	14.0	2.3	9.0	6.7	15.9	7.6	4.8	1.0	18.5	2.1
5 Colegio	6.6	10.3	---	1.4	5.2	8.7	----	0.3	5.9	8.0	----	6.1	9.8	15.2	----	1.6
6 Camp. de movilización	13.8	18.1	0.4	17.1	18.4	24.2	0.4	24.8	10.0	14.0	0.4	3.0	9.0	11.7	0.4	9.1
7 CPS	1.9	2.7	0.5	0.9	2.4	3.4	0.6	1.6	1.2	1.4	0.9	---	1.7	2.8	----	----
8 Curandero o Partera	0.3	0.1	1.2	---	0.6	0.2	2.0	---	----	----	----	----	0.1	---	0.4	----
9 Otros	16.5	10.1	14.3	47.9	25.7	19.0	23.0	54.9	5.1	4.1	7.9	6.1	10.1	1.6	1.8	51.1
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION DE LA PRESENTE TESIS

De las familias encuestadas, que no demandan los servicios, exponen como causa para ello lo siguiente: inadecuado horario y el mal trato el 51.6% y el 34.4% respectivamente. (Cuadro Nº 29)

4.5.7. PREFERENCIAS EN LA DEMANDA DEL SERVICIO DE SALUD

Con el fin de detectar las preferencias, de la comunidad por la demanda del servicio de salud, cuando se presenta un enfermo en la familia, se insertó, en la boleta una secuencia de preguntas a objeto de identificar la edad del enfermo donde lo trataron y la autoevaluación de esa decisión; los resultados son los siguientes:

- Los enfermos más recientes eran menores de 5 años, (40.2%) y mayores de 15 años 39.9% (Cuadro Nº 30).
- La primera decisión que adopta la comunidad cuando se presenta un enfermo en la familia es la automedicación (23.4%), le siguen en importancia la consulta privada y la asistencia a un hospital (18.7 y 13.4%, respectivamente).

CUADRO Nº 29

Causas de la no utilización de los servicios del M.P.S.S.P.
(en%)

CAUSAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Muy lejos	2.1	2.8	2.1	0.7
Horario inadecuado	51.6	46.9	51.0	61.2
Mal Trato	34.4	31.8	38.3	35.2
Cambio de personal	0.1	0.1	0.1	0.1
Servicio Caro	0.3	0.2	0.5	0.3
Otros	11.5	18.2	8.0	2.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

CUADRO N° 30

Ultimo miembro de la familia que se enfermo según edad
(en%)

EDAD	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Menor de 5 años	40.2	43.6	34.7	39.3
de 5 a 15 años	19.9	22.5	15.8	19.0
Mayor de 15 años	39.9	33.9	49.5	41.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

La primera decisión que adopta la comunidad cuando se presenta un enfermo en la familia es la automedicación (23.4%), le siguen en importancia la consulta privada y la asistencia a un hospital: 18.7% y 13.4%, respectivamente.

Llama la atención la poca prioridad que le asignan a los puestos médicos, especialmente en el Distrito de Salud 5. Este hecho estaría reflejando que, primero la familia se automédica, evitando visitar al médico y cuando la salud del enfermo se agrava, en primera instancia acuden al curandero más cercano y por último acuden a los servicios de un Centro de Salud o médico. La preferencia por los curanderos se encuentra en último lugar con el 0.7% sin embargo, esta participación es relativa, porque en la práctica de la decisión de automedicación directamente, subyace la influencia de la medicina tradicional (Cuadro N° 31).

La preferencia de la demanda del servicio de salud está condicionada en parte al nivel educación de la población estudiada. En efecto puede verse que las personas con niveles de instrucción medio o superior prefieren asistir al seguro, hospital o a consultorios y clínicas privadas aunque este hecho estaría condicionado más por el ingreso económico de las familias o la pertenencia de algún seguro, que el nivel de instrucción en sí.

CUADRO Nº 31

Atención que recibió el último miembro de la familia que se enfermó.

(en%)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Nadie	6.4	7.0	5.5	6.1
Automedicación	23.4	24.9	10.7	34.0
Seguro	12.2	13.6	15.5	6.1
Puesto Médico	12.3	10.1	10.4	18.4
Caja de Salud	6.7	8.9	7.8	1.0
Hospital	13.4	8.6	19.1	17.0
Cons.Privado	18.7	17.2	27.5	12.6
Farmacia	2.1	1.5	1.9	3.4
Curandero	0.7	0.7	0.6	0.7
Otros	4.1	7.5	1.0	0.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Por otra parte si bien la automedicación es una práctica común de todos los niveles, se observan porcentajes más altos en aquellos grupos familiares con una baja instrucción. Es interesante hacer notar que los centros de salud absorben preferentemente a la población de bajos niveles de educación. (Cuadro Nº 32)

CUADRO N° 32

FAMILIAS : Lugar de Utilización de los Programas de Salud del M.P.S.S.P

(en %)

NIVEL DE INSTRUCCION	NADIE O SE AUTOMEDICA				SEGURO				PUESTO DE CENTRO				HOSPITAL				OTROS			
	TOTAL	D.1	D.2	D.5	TOTAL	D.1	D.2	D.5	TOTAL	D.1	D.2	D.5	TOTAL	D.1	D.2	D.5	TOTAL	D.1	D.2	D.5
Analfabeto	16,4	17,8	14,3	15,4	6,3	3,8	10,4	5,6	19,6	14,5	34,1	15,8	10,6	8,2	10,2	14,3	12,2	13,6	0,0	0,0
Basico	30,6	34,4	20,4	29,1	27,8	25,6	20,8	55,4	27,8	26,3	26,7	31,6	26,1	24,5	18,6	36,7	14,3	15,9	0,0	0,0
Intermedio	20,7	18,3	12,2	27,3	9,0	11,5	6,3	5,6	20,1	19,1	14,3	26,3	19,1	16,3	22,0	18,4	22,4	18,2	33,3	100,0
Medio	23,7	18,2	44,9	23,9	32,6	26,9	47,9	15,7	24,5	28,2	19,6	22,8	30,6	34,7	28,8	28,6	36,8	38,6	33,3	0,0
Superior	8,4	10,3	8,2	4,3	24,3	32,2	14,6	16,7	8,0	11,9	5,3	3,5	13,6	16,3	20,4	2,0	14,3	13,7	33,4	0,0
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION DE LA PRESENTE TESIS

En esos casos que clasificaron como regular o malo del servicio recibido por terceros, identificaron como causas de la falta de entendimiento, mal trato, alto costo, la distancia, y otros. Como vimos anteriormente, las preferencias de la comunidad no se dirigen precisamente a los servicios que ofrece el ex-M.P.S.S.P.; sin embargo, las diferencias de los servicios sustitutivos estarían adoleciendo de iguales o mayores restricciones evidentes. (Cuadro N° 33)

CUADRO N° 33

Causas por las que clasifican de regular o malo el servicio.
(en%)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Mal trato	17.8	15.0	25.0	20.0
Muy lejos	11.5	14.2	9.1	10.0
No le entendiaron	23.0	20.0	29.5	25.0
Muy caro	11.5	11.0	9.1	10.0
Otros	36.2	39.8	27.3	35.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

- Finalmente averiguada la situación actual del enfermo el 81.9% manifestó que se encuentra sano, el 16.2%, que continua enfermo y el 1.9% que falleció, hecho que confirma lo aseverado. (Cuadro N°34)

CUADRO N° 34

Situación Actual del Enfermo.
(en%)

CARACTERISTICAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Sano	81.9	80.6	82.5	84.0
Enfermo	16.2	17.7	14.6	15.0
Murió	1.9	1.7	2.9	1.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.8. GASTOS EN SALUD

El 58.9% de las familias no gastaron más de 25 bolivianos en salud en el último mes. Este monto representa aproximadamente el 10% del ingreso familiar total, sin embargo se pudo observar que este porcentaje se torna mayor en la medida que el nivel de ingreso es más bajo, llegando en algunos casos a representar la tercera parte del ingreso. Esta situación se explica, por el hecho de que son precisamente los grupos marginales, los que están expuestos a la desnutrición y a las adversidades de las deficiencias del saneamiento ambiental, quedando de esta manera expuesto a contraer mas enfermedades. (Cuadro Nº 35).

CUADRO Nº 35
Gastos en Salud (en%)

RANGO	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
0 a 25 Bs.	58.9	63.9	54.5	56.1
26 a 50 Bs.	22.8	15.6	26.9	30.1
51 a 100 Bs.	12.6	11.9	15.8	9.8
101 a 200 Bs.	3.6	4.5	2.5	3.2
201 a más Bs.	2.1	4.1	0.3	0.8
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.5.9. MEDIOS DE INFORMACIÓN

El 52.5% de las familias encuestadas prefieren informarse de los programas a través de los medios masivos de comunicación: Televisión y radio. Se destaca que aproximadamente una tercera parte prefieren informarse a través de sus organizaciones de base; CPS, juntas de vecinos y clubes de madres. Conforme se constató en la observación participantes y en los grupos focales este medio de información es más efectivo y perdurable. (Cuadro Nº 36).

CUADRO Nº 36

Medios de Información para Conocer los Programas de Salud del M.P.S.S.P.

(en%)

MEDIOS INFORM.	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Comités Populares	4.5	4.8	5.7	2.8
Junta de Vecinos	11.4	14.0	6.3	11.0
Club de Madres	14.7	9.6	11.1	29.0
Radio	19.0	24.2	19.4	7.9
Televisión	33.5	30.7	40.6	32.2
Periódicos	2.2	2.1	2.2	2.5
Cartillas	3.2	4.2	3.8	0.6
Afiches	2.0	1.5	4.4	0.6
Otros	9.5	8.9	6.5	13.4
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.6. EL ROL DEL PERSONAL DEL MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA.

La medición y evaluación del trabajo que realiza el personal del M.P.S.S.P. en favor de la comunidad dentro de un contexto integral, tal como lo plantea el presente estudio, no era posible con la información tradicional o sea:

- Número de médicos o enfermos
- Número de camas o centros médicos
- Número de pacientes por cama
- Cantidad de medicamentos distribuidos, etc,

entonces se diseñó la boleta B02 destinada exclusivamente para el personal que trabaja en los distritos de la USP. Se realizaron 60 encuestas entre el personal Jerárquico y

operativo de la Ex-Unidad Sanitaria (Directores de U.S., Jefes de Programas, Directores de Distrito, Médicos de área, Enfermeras y otros). La encuesta permite obtener frecuencias de tópicos que corresponden a la identificación de los problemas de salud, sus causas, niveles y tipos de coordinación, sistemas de información a la comunidad, etc. Los resultados obtenidos son los siguientes:

4.6.1. PROBLEMAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS CAUSAS:

El 89.8% del personal encuestado reconoce la existencia de problemas en los servicios de salud que ofrecen el ex-M.P.S.S.P., de este porcentaje, el 57.6% son atribuibles a la institución o sea, problemas tales como: falta de infraestructura, insuficiente provisión de insumos, bajos salarios, excesivo centralismo y poca continuidad en la fuente de trabajo. El 42.4% restante son atribuidos a la comunidad y las deficiencias existentes en el saneamiento ambiental. (Cuadro N° 37).

4.6.2. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL M.P.S.S.P.

- * Existe un bajo nivel de participación, del personal del M.P.S.S.P. en la definición de los programas. En efecto, del personal encuestado sólo el 0.8% manifiesta haber participado en la definición de los programas.
- * El 56.2% del personal participa en la ejecución de los programas de salud. En la mayor parte de los casos son participaciones coyunturales y puntuales, fundamentalmente en los momentos de las campañas. Esta participación del personal por programas es la siguiente:

CUADRO Nº 37

Principales causas de los problemas de salud (en%)

CAUSAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Saneamiento ambiental	11.0	12.2	9.7	11.1
Falta de respuesta de la población	6.7	7.2	7.8	4.0
Bajo nivel de Instruc/población	9.7	9.9	7.8	12.7
Bajo nivel de Ingreso/población	12.2	10.8	12.4	14.3
Falta de Infraestructura del M.P.S.S.P.	13.3	11.7	13.4	15.9
Insuficiente Provisión de Insumos	12.0	12.2	12.4	11.1
Baja remuneración del personal de salud	11.5	12.6	11.5	9.5
Poca continuidad en la fuente de trabajo	5.3	4.5	5.1	7.1
Inadecuada Administración	3.9	4.1	4.1	3.2
Falta de Planificación	3.5	5.0	2.3	3.2
Excesivo Centralismo	6.0	5.4	8.3	3.2
bajo Nivel de Capacitación	2.1	2.7	1.8	1.6
otros	2.8	1.7	3.4	3.1
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

- Los programas de atención al niño absorben la mayor participación del personal (59.0%), de los cuales los que requieren de mayor tiempo del personal, son los programas de: Inmunizaciones, Control de Diarreas, Infecciones Respiratorias y Desparasitación, y el programa que observe la menor participación del personal Institucional es el del Centro Integral Infantil.
- Si bien los programas de atención a la mujer son más regulares, sin embargo parecería que el principal atractivo para la población femenina es la distribución de alimentos, hecho que estaría provocando una distorsión de los fines del programa; en efecto, si observamos la participación del personal en estos programas, vemos que la menor proporción se

da en el parto gratuito, y esto se debe a la falta de confianza de la comunidad por los servicios del ex-Ministerio y la deficiencias en la referencia y contrareferencia de las áreas de salud hacia las maternidades y viceversa; y como la distribución de alimentos abarca todo el proceso perinatal, la asistencia es mayor en el control Pre y Post Natal.

CUADRO Nº 38

**Participación en la ejecución de los programas para el niño
(en%)**

ATENCIÓN AL NIÑO	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Centro Infantil de Leche	10.7	10.4	13.7	7.3
Centro Integral Infantil	4.3	9.3	0.5	0.7
Control de Diarreas	16.7	16.2	15.3	19.3
IRA	14.0	13.9	13.7	14.7
Programa Ampliado de Inmunizaciones	17.4	14.7	17.9	21.3
Desparasitación	13.5	11.6	10.5	20.7
Crecimiento y desarrollo	13.4	14.3	13.7	11.3
Salud Oral	10.0	9.6	14.7	4.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

CUADRO 39

**Participación en la ejecución de los programas para la Mujer
(en%)**

ATENCIÓN A LA MUJER	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Control Pre-natal	46.7	37.1	55.3	59.5
Parto Gratuito	14.3	10.5	6.0	10.0
Control Post-natal	39.0	35.7	44.7	40.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

- La participación del personal del M.P.S.S.P. en los otros programas: Bocio, Tuberculosis, Anemias, Sarna y Educación; es sólo del 44.9%. De estos programas, los que exigen una mayor participación del personal Institucional son la lucha contra la tuberculosis y la anemia, mientras que las que observan una menor participación:

- * Lucha contra la sarna, programa que por sus características cuenta con el apoyo de las escuelas, colegios y cuarteles.
- * Lucha contra el bocio, porque una vez que se realiza la campaña educativa para el uso del sal yodada este producto es adquirido por la población en los mercados, recurriendo a los centros médicos sólo en casos agudos.
(Cuadro Nº 40)

CUADRO Nº 40

Participación en la ejecución de los programas (en%)

OTROS PROGRAMAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Lucha contra el bocio	9.7	9.1	8.3	10.1
Contra la tuberculosis	27.4	27.7	25.2	33.3
Contra la anemia	26.0	27.5	26.0	23.2
Lucha contra la sarna	11.9	12.0	11.7	10.1
Educación	24.9	23.8	28.2	23.3
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

- Si analizamos la participación, en la ejecución de los programas de salud, por niveles, es decir: jerárquico y operativo, podemos observar que estos se dan más en el nivel operativo, lo que significaría que hay correspondencia con el perfil ocupacional, aunque con algunas excepciones, como el caso del programa de "lucha contra el bocio", que observa a un 50% del personal jerárquico encuestado, esto nos demuestra que todavía existe verticalidad en la ejecución, generando

una confusión entre actividades normativas y operativas. En el caso del "Parto Gratuito", arroja un 34.6% de participación del nivel Jerárquico, esto se debería a que Directores de Distrito, participan en la referencia de las embarazadas a los Centros de Atención al Parto.

En el rubro de "Educación", el hecho de que personal jerárquico (30.4%) esté desarrollando esta actividad nos demuestra cierta debilidad operativa, que ya fue evidenciada en la encuesta a las familias y los grupos focales, en relación a las acciones de educación del M.P.S.S.P. que ofrece a la comunidad sobre los programas que desarrolla, (Cuadro 41).

CUADRO 41

INSTITUCIONAL: Participación en la ejecución de los programas, por Niveles de Función (en%)

PROGRAMAS	TOTAL	JERARQUICO	OPERATIVO
CIL	100.0	27.4	72.6
CII	100.0	25.0	75.0
URO	100.0	21.2	78.8
IRA	100.0	21.7	78.3
PAI	100.0	26.2	73.8
Desparasitación	100.0	25.0	75.0
C y D	100.0	22.8	77.2
Salud Oral	100.0	22.0	78.0
Pre-natal	100.0	22.6	77.4
Parto Gratuito	100.0	34.6	65.4
Post-natal	100.0	31.4	68.6
Lucha contra/bocio	100.0	50.0	50.0
contra/tuberculosis	100.0	27.6	72.4
Contra/anemias	100.0	25.3	74.7
Contra la sarna	100.0	21.2	78.8
Educación	100.0	30.4	69.6

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Los resultados de los Programas de Salud que fueron ejecutados por el personal del ex-M.P.S.S.P., en la función de la cobertura alcanzada, un 63.1% fue adecuado, mientras que el 36.9% fue deficiente, en efecto:

- De los programas de atención al niño, el 69.% de los resultados fueron adecuados, siendo el programa del PAI, Desparasitación, Crecimiento y Desarrollo y Salud Oral los que mejores coberturas tuvieron, por ser programas sustentados a través de movilizaciones, mientras que los CIL y CII muestran coberturas deficientes por ser programas no masivos y estar sujetos a presupuestos y las donaciones internacionales.
- En el caso de los programas de atención a la mujer el 55.1% de los resultados fueron adecuados. El parto es el programa que tiene una baja cobertura, por dos motivos, por un lado existe el cobro por este servicio y por otro no existe un respeto a las costumbres tradicionales ocasionando que la población prefiera ser atendida por algún familiar o partera.
- En los otros programas, el 56.0% de los resultados fueron adecuados. Los programas de lucha contra la tuberculosis y la sarna son los que presentan bajas coberturas. En el caso del primero, la principal razón es el abandono que hacen los pacientes del tratamiento que impide un seguimiento y del segundo por tratarse de un programa que no cuenta con los recursos. (Cuadro Nº 42)

CUADRO Nº42
Resultados por Programas
(en %)

PROGRAMAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	EJECUCION
1 CIL	5.9	35.3	51.4	7.4	100.0
2 CII	0.0	29.2	54.2	16.6	100.0
3 URO	1.0	58.6	35.6	4.8	100.0
4 IRA	6.7	64.0	28.2	1.1	100.0
5 PAI	14.8	67.0	16.5	1.7	100.0
6 Desparasitación	14.6	67.1	18.3	0.0	100.0
7 C y D	7.9	73.0	18.0	1.1	100.0
8 Salud Oral	7.7	63.1	27.7	1.5	100.0
Sub-total Prog. niño	8.2	60.8	28.0	3.0	100.0
9 pre-natal	12.0	48.9	33.7	5.4	100.0
10 Parto	7.1	35.8	46.5	10.7	100.0
11 Post-natal	6.4	46.6	43.6	3.8	100.0
Sub total Prog. Mujer	9.1	46.0	39.4	5.5	100.0
12 Bocio	8.3	54.2	37.5	0.0	100.0
13 T B C	3.5	36.0	51.2	9.3	100.0
14 Anemia	6.0	61.5	31.3	1.2	100.0
15 Sarna	0.0	46.2	43.6	10.2	100.0
16 Educación	8.0	57.3	34.7	0.0	100.0
Sub total Otros Progr.	5.2	50.8	39.7	4.3	100.0
TOTAL	7.5	55.6	33.1	3.8	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Finalmente, de las repuestas obtenidas, el personal institucional considera que los programas de salud podrían mejorarse a través de ciertas medidas administrativas que incrementen las ventajas relativas y evidentes que posee el M.P.S.S.P., tales como:

- Mejorar la provisión de insumos.
- Descentralizar las decisiones técnico-administrativas.
- Elevar el nivel profesional del personal.
- Dar mayor participación a las organizaciones de base en la planificación, ejecución y elevación de los programas.

Y en otros casos, con medidas que superen algunas restricciones evidentes, tales como:

- Mejorar la infraestructura del M.P.S.S.P..
- Mejorar el nivel salarial del personal. (Cuadro Nº 43)

CUADRO Nº 43

Propuestas para mejorar los programas de salud del M.P.S.S.P.
(en%)

PROPUESTAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Mejorar Infraestructura	13.6	14.3	12.9	13.6
Mejorar Prov.Insumos	14.5	14.7	13.9	14.9
Mejorar Nivel Salarial	12.7	12.2	14.9	11.0
Descentralizar decisiones				
Técnico/Administrativos	9.6	7.6	12.4	8.8
Participación/comunidad	10.0	10.9	9.3	9.8
Elevar nivel/capacitación	10.4	10.5	9.3	11.4
Mejorar sistemas/Inform.	13.6	14.7	11.9	14.2
Otros	5.1	5.0	3.0	7.3
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.6.3. COORDINACIÓN

El 95.1% del personal de los distritos de salud, coordinan sus actividades con otras instituciones que trabajan en salud, observándose un promedio de cuatro instituciones, por personal institucional encuestado. Sin embargo se pudo constatar que ésta coordinación es muy discontinua e inorgánica.

La mayor coordinación se da con las organizaciones de base: Clubes de madres, Comités populares de salud, con el 39.4%, seguido por las organizaciones no gubernamentales, (ONG's), parteras o curanderas con el 35.0% correspondiendo a las instituciones gubernamentales: Subalcaldías, Corporaciones, Escuelas y Colegios el 25.5% hecho que llama la atención por cuanto la mayor debilidad de coordinación se da con las instancias dependientes del propio aparato estatal. (Cuadro 44)

CUADRO Nº 44
Instituciones con las que coordina
(en%)

INSTITUCIONES	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Alcaldía	8.1	7.5	5.6	11.2
Corporación/Desarrollo	3.7	2.9	2.8	5.4
Escuelas	13.7	13.8	14.0	13.3
Org. No gubernamental	13.9	15.5	15.6	10.6
Consultorios privados	5.4	5.7	6.7	3.8
Parteros Curanderos	3.7	5.7	3.4	2.0
Club de madres	16.1	14.9	17.3	16.1
C.P.S.	15.8	16.1	12.3	19.0
Otros	7.6	5.8	9.5	7.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Esta coordinación se ejecuta mayormente a través de las campañas de vacunación. Con el fin de dar mayor continuidad a los programas, se observa la necesidad de formalizar convenios con las ONG's e Instituciones Estatales; en otros casos como las cajas de Seguridad Social, para quienes la ley establece obligaciones hacia la comunidad, se debería apelar al instrumento legal para su cumplimiento.

Cuando tomamos aspectos de coordinación interinstitucional, en función a lo jerárquico y operativo, podemos observar que no existe una norma del "cómo y qué vía" se debe seguir para establecer un mecanismo de coordinación. Por ejemplo en relación a las Corporaciones de Desarrollo, la coordinación se da más a nivel jerárquico (75.0% y en menor grado con los Clubes de Madres (25.7%). Este fenómeno nos dice que a nivel jerárquico se prioriza la relación institucional y no así con los organismos de base, en cambio en el nivel operativo, se identifica un mayor relacionamiento con los Clubes de madres (74.3%) y con la Iglesia (69.8%) (Cuadro Nº 45).

CUADRO Nº45

Coordinación Interinstitucional por Niveles (en %)

INSTITUCIONES	TOTAL	JERARQUICO	OPERATIVO
Alcaldía	100.0	51.4	48.6
CORDEPAZ	100.0	75.0	25.0
Escuelas/colegios	100.0	31.6	68.4
ONG`s	100.0	44.1	55.9
Iglesia	100.0	30.2	69.8
Consult.privados/Clínicas	100.0	56.5	43.5
Parteras/Curanderos	100.0	50.0	50.0
Clubes de Madres	100.0	25.7	74.3
C.P.S.	100.0	31.9	68.1
Otros	100.0	43.8	56.2

FOENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Este fenómeno nos dice que a nivel jerárquico se prioriza la relación Institucional y no así con los organismos de base , en cambio en el nivel operativo se identifica un mayor

relacionamiento con los Clubes de Madres (74.3%) y con la Iglesia (69.8%). Esto se explicaría en la necesidad de los servicios de atención primaria, de buscar mecanismo de apoyo tanto en infraestructura como de recursos humanos para la ejecución de determinadas acciones, sobre todo en las movilizaciones sociales para las campañas de vacunación.

4.6.4. INTERSECTORIAL

El 100% del personal institucional es consciente de la necesidad de coordinar con todas las organizaciones o personas que también ofrecen servicios de salud. Esta coordinación no sólo debe propender a incrementar coberturas, sino a la detección de problemas y a la complementariedad en los servicios. Conformando la coordinación que ya se da, el personal encuestado recomienda que se debería intensificar ésta, especialmente como:

- O.N.G.'s Parteras y Curanderos 47.1%
- Subalcaldías, Corporación y Escuelas 32.3%
- Organizaciones de base 20.6%

CUADRO Nº 46
Intersectoriales (en%)

INSTITUCIONES	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Parteras	9.5	11.7	9.8	4.4
Curanderos	6.1	7.7	6.5	2.2
Cooperativas	7.9	8.0	7.7	8.1
ONG`s	11.6	11.7	12.2	10.3
Iglesias	12.0	10.9	12.6	13.2
CORDEPAZ	8.5	8.8	8.9	7.4
Escuelas	14.0	14.6	12.6	15.4
Alcaldías	9.8	9.5	9.3	11.0
C.P.S.	16.6	15.7	15.4	20.6
Otros	4.0	1.4	5.0	7.4
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.6.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD

El 53.1% sugiere informar a la comunidad de los programas a través de los medios masivos de comunicación, especialmente radio y televisión. El 46.9% restante se inclina por una información más personalizada a través de los C.P.S. y charlas directas. (Cuadro 47)

CUADRO Nº 47
Sistemas de Información a la Comunidad (en%)

SIST. DE INFORMACION	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
C.P.S.	16.1	21.5	7.8	15.1
Inf.Directa	12.6	9.7	9.8	17.9
Radio	23.6	24.3	29.4	19.8
Televisión	22.9	18.8	33.3	23.6
Periódico	6.6	8.3	0.0	7.5
Cartillas	9.6	11.1	7.8	8.5
Otros	7.8	6.3	11.9	7.6
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.7 EL ROL DE LAS INSTITUCIONES COMPLEMENTARIAS

Identificado el problema de la salud como un problema integral, que por tanto no es atribución exclusiva del M.P.S.S.P., se vio por conveniente determinar el rol que le corresponde a otras instituciones, que si bien no ofrece directamente el servicio de salud a la comunidad, sus actividades se convierten en facilitadoras o restrictivas para el trabajo que realiza el M.P.S.S.P. a través de los distritos de salud. Dentro de las instituciones complementarias están comprendidas, La Alcaldía, la Prefectura, CORDEPAZ, el Fondo de Inversión Social, JUNAS, Escuelas, Colegios, Cruz Roja, Comités Cívicos, etc. Los aspectos que se abordan en esta boleta, son los siguientes:

4.7.1. SERVICIOS DE SALUD QUE OFRECEN A LA COMUNIDAD

Como la encuesta se realizó con Instituciones de distinta naturaleza, se observa que los Servicios que ofrecen a la comunidad tienen una frecuencia semejante entre ellos, conforme se ve en el Cuadro No 48.

CUADRO N° 48

Servicios de salud que ofrecen a la comunidad.
(en%)

SERVICIOS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Agua Potable	7.6	8.0	6.9	7.7
Alcantarillado	10.9	14.0	6.9	7.7
Recol. Basura	9.8	12.0	6.9	7.7
Baños Públicos	6.5	8.0	3.4	7.7
Prog.Educación	20.7	22.0	20.7	15.7
Enseñanza en				
Salud	12.0	18.0	6.9	0.0
Control Calidad				
de alimentos	6.5	2.0	13.0	7.7
Serv.Asistenciales	6.3	12.0	17.2	30.8
Otros	9.7	4.0	17.3	15.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Se puede descartar que el 34.8% de servicios que ofrecen son de saneamiento ambiental: agua potable, alcantarillado, recolección de basura y baños públicos, esta actividad, es ejecutada principalmente por las Subalcaldías y Corporación de Desarrollo. Los servicios de difusión educativa de salud, que son realizados preferentemente por las escuelas y colegios, a través de programas educativos y, de la enseñanza curricular, representan el 32.7%.

4.7.2. COORDINACIÓN

El 92.5% de las instituciones complementarias coordinan sus actividades con los Distritos de Salud y con las otras instituciones que están vinculadas al tema de la salud.

De este porcentaje, la mayor coordinación se da con los Distritos de Salud, con el 25.8% a través de las campañas de salud, situaciones en las que estas instituciones participan con su infraestructura y recursos humanos. Se debe destacar el trabajo de los estudiantes de la UMSA y de la Escuela Nacional de Salud Pública, no sólo en las campañas de vacunación, sino en la detección de algunas enfermedades, tales como sarna, caries, etc.

La participación de los estudiantes no sólo es efectuada con los distritos de salud, sino también con el resto de instituciones.

Después del M.P.S.S.P., la mayor coordinación entre estas instituciones se da con las ONG's (17.7%), seguido por la Iglesia (12.1%).

El 54.9% de la coordinación interinstitucional se realiza con las instituciones que dependen del Estado, el 29.8% con los ONG's y, sólo el 15.3% restante con las organizaciones de base. Llama la atención la poca coordinación de los CPS, puesto que precisamente son estos grupos los que deben detectar y hacer conocer los problemas de salud de la comunidad. (Cuadro N°49)

CUADRO Nº 49

Coordinación del Trabajo de Salud (en%)

INSTITUCION	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
M.P.S.S.P.	25.8	32.6	19.3	28.6
Alcaldía	10.5	10.9	12.3	4.8
CORDEPAZ	8.1	8.7	8.8	4.8
Escuelas	10.5	6.5	14.0	9.5
ONG`s	17.7	23.9	14.0	14.3
Iglesia	12.1	8.7	12.3	19.0
C.P.S.	9.7	4.3	12.3	14.3
Otros	5.6	4.4	7.0	4.7
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.7.3. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL M.P.S.S.P.

4.7.3.1 CONOCIMIENTO

Sólamamente el 44.2% de los programas del M.P.S.S.P., son conocidos por las instituciones complementarias; de este conocimiento, el más preponderante es el referido a los programas de atención al niño, en especial, al PAI.

Los programas de atención a la mujer, son los menos conocidos, al interior de los cuales el del Parto Gratuito, tiene los menores porcentajes.

4.7.3.2. PARTICIPACIÓN

Si el conocimiento de los Programas era bajo, la participación es mucho menor, en efecto, sólo participan en el 18.3% de los Programas de Salud ejecutados por el MPSSP. De las que declaran conocer, sólo participaron el 41.3%.(Cuadro Nº 50).

CUADRO Nº 50

Conocimiento y participación en los programas del M.P.S.S.P.
(en%)

PROGRAMAS	CONOCIMIENTO	PARTICIPACIÓN
1 CIL	13.0	7.7
2 CII	4.8	2.6
3 URO	12.4	12.8
4 IRA	12.4	10.3
5 PAI	20.1	23.1
6 Desparasitación	13.0	16.6
7 C y D	11.3	10.3
8 Salud Oral	13.0	16.6
Total de Programas		
Atención/niño	100.0 59.7	100.0 66.7
9 Prenatal	48.7	54.5
10 Parto	18.3	9.1
11 Postnatal	32.4	36.4
Total de Programas		
Atención/Mujer	100.0 13.1	100.0 9.4
12 Bocio	23.3	10.37
13 TBC	26.6	28.6
14 Anemia	15.6	14.3
15 Sarna	19.5	21.4
16 Educación	15.0	25.0
Total Otros Programas	100.0 27.2	100.0 23.9
T O T A L	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.7.3.3. CÓMO SE ENTERARON

De los programas conocidos, el 51.6% de las Instituciones Complementarias entrevistadas fueron informadas a través de los funcionarios del M.P.S.S.P. Por lo que se puede observar, las instituciones complementarias no se dan por enteradas de

los programas del M.P.S.S.P., cuando se informan de éstos a través de los medios masivo de comunicación personalizada y "Oficial", para que recién "Oficialicen" su participación. (Cuadro Nº 51).

CUADRO Nº51

Cómo se enteró de los Programas del M.P.S.S.P.
(en %)

PROGRAMAS	CPS	FUNCIONARIO M.P.S.S.P.	RADIO	TV	PERIODICOS	CARTILLAS	OTROS	TOTAL
1 CIL	4.3	19.1	4.3	25.5	14.9	4.3	27.6	100.0
2 CII	12.5	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.5	100.0
3 URO	10.5	52.6	5.3	15.8	10.5	0.0	5.3	100.0
4 IRA	11.8	58.8	11.8	11.8	0.0	0.0	5.8	100.0
5 PAI	0.0	50.0	14.7	29.4	0.0	0.0	5.9	100.0
6 Desparasit.	10.5	63.2	0.0	26.3	0.0	0.0	0.0	100.0
7 CyD	7.1	71.4	7.1	0.0	0.0	7.2	7.2	100.0
8 Salud Oral	11.1	61.1	0.0	11.1	0.0	0.0	16.7	100.0
Total programas de atención								
al niño	6.8	47.2	6.3	19.3	5.1	1.7	13.6	100.0
9 Prenatal	6.3	62.5	6.3	6.2	0.0	6.2	12.5	100.0
10 Partos	14.3	42.9	14.3	0.0	0.0	28.5	0.0	100.0
11 Post-natal	10.0	70.0	10.0	0.0	0.0	10.0	0.0	100.0
Total Programas atención								
mujer	9.1	60.6	9.1	3.0	0.0	12.1	6.1	100.0
12 Bocio	5.9	41.2	5.9	35.3	0.0	11.7	0.0	100.0
13 TBC	5.9	58.8	0.0	11.8	5.9	5.9	11.7	100.0
14 Anemia	0.0	72.7	0.0	9.1	0.0	9.1	9.1	100.0
15 Sarna	0.0	61.5	0.0	7.7	0.0	7.7	23.1	100.0
16 Educ.	0.0	83.3	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	100.0
Total de otros								
Programas	3.1	59.4	1.6	15.6	1.6	7.8	10.9	100.0
T O T A L	6.2	51.6	5.5	16.5	3.7	4.4	12.1	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.7.4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA

La mayor parte de las instituciones entrevistadas coinciden en reconocer la existencia de problemas de salud en la comunidad, siendo los principales la desnutrición, tuberculosis, diarreas, caries dentales y parasitosis. Al igual que el punto 2.1, las causas tienen una distribución casi homogénea entre ellas, conforme se puede observar en el Cuadro N° 52.

CUADRO N° 52

Principales Causas de los Problemas de Salud (en %)

CAUSAS/PROBLEMAS	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Falta de alcantarillado	12.7	13.1	13.0	10.3
Falta de agua potablê	12.2	14.1	8.7	13.8
Erradicación/basurales	13.2	12.1	14.5	13.8
Condiciones de vida	13.2	13.1	14.5	10.3
Insuficientes servicios prestados por M.P.S.S.P.	16.2	16.2	14.5	20.7
Falta de medicamentos	9.1	6.1	16.6	7.8
Bajo nivel/instrucción de la comunidad	15.7	18.2	14.5	10.3
Otros	7.7	7.1	8.7	7.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Se debe anotar que las instituciones tienen la tendencia de detectar las causas de los problemas de salud en las otras instituciones y no así en la suya.

4.8 EL ROL DE LOS SERVICIOS SUSTITUTIVOS

Conforme se pudo observar en la boleta aplicada a las familias, la población tiene distintas preferencias en sus demandas por el servicio de salud, las mismas que están en función del ingreso, costumbre, niveles de instrucción, etc. Existe una variedad de organizaciones y personas que prestan servicio de Salud, algunas con gran arraigo en las tradiciones ancestrales como los curanderos y parteras; otras totalmente identificadas con la medicina curativa, cuyo principal fin es el lucro, como son los consultorios y clínicas privadas; y otros como las ONG's que demuestran mayor preocupación por la Atención Primaria de la Salud, aunque sin control del M.P.S.S.P. lo que dificulta delimitar sus alcances y fines. Para recabar la información relativa a los servicios sustitutivos, se aplicó la boleta, cuyos resultados son los siguientes:

4.8.1. PROBLEMAS DE SALUD Y CAUSAS

El 93.9% de las personas u organizaciones denominadas sustitutivas que fueron entrevistadas manifiestan que existen problemas de salud en la comunidad. De este 93.9%, el 39.4% atribuye estos problemas a deficiencias en el saneamiento ambiental: falta de agua, alcantarillado y la no erradicación de basurales. El 36.1% los atribuye a la comunidad: bajo niveles de ingreso de la población, (19.1%) y bajo nivel de instrucción (17.0%). La insuficiencia de los servicios prestados por estos grupos sólo estarían representando el 7.3%. (Cuadro Nº 53)

CUADRO Nº 53

Principales causas de los problemas de salud (en%)

CAUSAS	TOTAL
Falta de agua	9.9
Falta de alcantarillado	14.4
No erradicación de basura	15.1
Bajo nivel de Instrucción	17.1
Bajo nivel de Ingresos	19.1
Insuf. de los Serv.Prestados/M.P.S.S.S.P.	15.6
Insuf. de los Serv.Prestados/ONG`s	7.3
Otros	1.5
T O T A L	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.8.2. SERVICIOS QUE OFRECEN

Los servicios de medicina preventiva son marginales, concentrándose en la práctica de la medicina curativa. De la medicina curativa se observa una mayor frecuencia en los servicios de primeros auxilios, perinatal y diagnóstico general con el 20.4, 23.3 y 21.9%, respectivamente. (Cuadro Nº 54)

CUADRO Nº 54

Servicios que ofrece a la comunidad (en%)

SERVICIOS	TOTAL
Diagnóstico especializado	9.6
Diagnóstico general	21.9
Perinatal	23.3
Cirugía	1.4
Primeros Auxilios	27.4
Otros	16.4
T O T A L	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Las dos terceras partes de los entrevistados manifestaron tener dificultades en la prestación de sus servicios, constituyéndose según ellos en la mayor restricción, el bajo nivel de ingresos de la población. Esto debido a que el servicio debe ir acompañado de exámenes complementarios que no son ofrecidos por estas instituciones.

A diferencia de los que está ocurriendo en otros sectores económicos, los que se están adecuando a las reglas de juego de la libre competencia, los servicios de salud no gubernamentales, se muestran más impenetrables a las leyes de oferta y demanda, en efecto, sólo el 3.8% identifica a la competencia como restricción a la prestación de sus servicios. Un hecho que se debe destacar y que también fue registrado en las boletas institucionales y complementarias, es la falta de coordinación con los servicios del M.P.S.S.P. (Cuadro Nº 55)

CUADRO Nº 55

Causas de las dificultades en la oferta de servicios
(en%)

CAUSAS	TOTAL
Falta de Infraestructura	30.2
Bajos ingresos	32.7
Restricciones	3.1
Falta de Coord./Serv.Salud	20.8
Excesiva competencia	3.8
Otros	9.4
T O T A L	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.8.3. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL M.P.S.S.P.

Sólamamente el 44.5% de los encuestados declararon conocer los programas de salud del M.P.S.S.P. Los programas más conocidos, al igual que en las otras boletas, son los de atención al niño 63.1%.

Se debe destacar el poco conocimiento que se tiene de los programas de atención a la mujer, puesto que son precisamente los casos de parto los que más remiten a los puestos médicos del M.P.S.S.P. con lo cual nuevamente se estaría reflejando la falta de coordinación inter-institucional. (Cuadro Nº 56).

CUADRO Nº 56

Conocimientos de los programas de salud del M.P.S.S.P. (en %)

PROGRAMAS	TOTAL
1 CIL	16.5
2 CII	4.1
3 IRA	9.9
4 URO	16.8
5 PAI	20.9
6 Desparasitación	14.7
7 Crecimientos y Desarrollo	8.9
8 Salud Oral	8.2 100.0
9 Control pre-natal	46.8
10 Parto Gratuito	18.3
11 Control Post-natal	34.9 100.0
12 Bocio	26.1
13 Tuberculosis	22.7
14 Anemias	21.0
15 Sarna	8.5
16 Educación	21.7 100.0
TOTAL	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Puede observarse al analizar el conocimiento de los programas por tipo de organización, que las organizaciones de base tenían un mayor conocimiento de los mismo ya que tres cuartas partes conocían los programas de salud del Ministerio. (Cuadro Nº 57).

CUADRO Nº 57

Conocimientos de los programas según tipo de organización.
(en %)

PROGRAMAS	TOTAL	ONG	ORGANIZACION/BASE
1 CIL	100.0	25.9	74.1
2 CII	100.0	23.8	76.2
3 URO	100.0	30.2	69.8
4 IRA	100.0	19.6	80.4
5 PAI	100.0	29.9	70.1
6 Desparasitación	100.0	17.3	82.7
7 C y D	100.0	21.7	78.3
8 Salud Oral	100.0	21.4	78.6
9 Prenatal	100.0	37.9	62.1
10 Parto gratuito	100.0	39.1	60.9
11 Post Natal	100.0	45.5	54.5
12 Bocio	100.0	19.6	80.4
13 Tuberculosis	100.0	20.0	80.0
14 Anemias	100.0	21.6	78.4
15 Sarna	100.0	22.2	77.8
16 Educación	100.0	13.3	86.7

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Al igual que los resultados de la boleta aplicada a las instituciones complementarias, el conocimiento de los programas de salud del M.P.S.S.P. es bajo y la participación de estos grupos sustitutivos es mucho menor, es efecto sólo una cuarta parte declaró haber participado en éstos, viendo desde otro ángulo, sólo la mitad de los que conocen los programas participan en ellos.

La frecuencia de participación es similar a la del conocimiento, y su ponderación por programas se puede observar en el. (Cuadro N° 58)

De igual manera la participación de las organizaciones de base en los programas de salud es mayor que la de las ONG's; la participación de estas últimas sólo se da en una cuarta parte de las entrevistas, (ver cuadro 59)

CUADRO N° 58

Participación en los programas de salud del M.P.S.S.P.

(en %)

PROGRAMAS	TOTAL	
1 CIL	16.1	
2 CII	2.2	
3 URO	17.6	
4 IRA	9.2	
5 PAI	23.5	
6 Desparasitación	17.6	
7 C y D	9.2	
8 Salud Oral	4.7	100.0
9 Prenatal	50.9	
10 Parto gratuito	15.1	
11 Post Natal	34.0	100.0
12 Bocio	17.9	
13 Tuberculosis	27.4	
14 Anemias	20.2	
15 Sarna	7.1	
16 Educación	27.4	100.0
T O T A L		100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

CUADRO Nº 59

Conocimiento de los programas según tipo de organización.
(en %)

PROGRAMAS	TOTAL	ONG	ORGANIZACION/BASE
1 CIL	100.0	15.1	84.9
2 CII	100.0	14.3	85.7
3 URO	100.0	25.9	74.1
4 IRA	100.0	16.1	83.9
5 PAI	100.0	24.4	75.6
6 Desparasitación	100.0	17.2	82.8
7 C y D	100.0	22.6	77.4
8 Salud Oral	100.0	25.0	75.0
9 Prenatal	100.0	53.3	66.7
10 Parto gratuito	100.0	37.5	62.5
11 Post Natal	100.0	44.4	55.6
12 Bocio	100.0	13.3	86.7
13 Tuberculosis	100.0	26.1	73.9
14 Anemias	100.0	29.4	70.6
15 Sarna	100.0	16.7	83.3
16 Educación	100.0	21.7	78.3

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.8.4. COORDINACIÓN

Si bien una gran parte de las instituciones y personas entrevistadas manifestaron que coordinan su trabajo con otras instancias, parecería que más bien se trata de una declaración de deseos, porque por lo analizado en las boletas aplicadas al personal del M.P.S.S.P. y las instituciones complementarias, esta coordinación no se efectiviza.

Al cruzar las variables de coordinación con el tipo de organizaciones, las ONG's coordinan fundamentalmente con otras ONG's y la Iglesia, mientras que las organizaciones de base lo hacen con sus similares y cooperación, Alcaldía, y ex-Ministerio de Salud . (Cuadro Nº 60)

CUADRO Nº 60

Coordinación del trabajo en salud según tipo de organización.
(en %)

INSTITUCION	TOTAL	ONG	ORGANIZACION/BASE
Ministerio de Salud	100.0	29.7	70.3
Alcaldía	100.0	15.4	84.6
Coorporaciones	100.0	-----	100.0
Escuelas y Colegios	100.0	30.8	69.2
ONG`s	100.0	42.3	57.7
Iglesia	100.0	16.3	83.7
C.P.S.	100.0	32.6	67.4
Otros	100.0	60.0	40.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.9. OBSERVACION PARTICIPANTE.

Como quiera que uno de los objetivos de este estudio es detectar restricciones en la participación de la población a los servicios de salud y factores restrictivos de la institución hacia la población; se utilizó la técnica cualitativa de "observación participante" que permitió analizar: infraestructura, horarios, costos, trato de los servicios y modalidades de atención en la medida que la población pudo percibir elementos que impidan su asistencia al servicio y su participación en los mismos. Se amplió la observación a los centros de salud y hospitales.

Para esto se diseñaron dos boletas, una para ser llenada por el tesista con sus observaciones y otra por pacientes recién atendidos en los lugares visitados. Los resultados fueron enriquecidos por las visitas a las áreas de salud hecho que permitió globalizar el análisis.

4.9.1. INFRAESTRUCTURA

Al analizar la infraestructura de las postas puede observarse que el 27.1% de los puestos médicos de áreas, de las tres estudiadas, están en malas condiciones; si además se agrega el 40.7% que esta en regulares condiciones, se tiene que más de la mitad (67.8%) de los servicios presentan deficiencias, siendo el Distrito 1 con un 25.9% que presenta mayormente este problema, seguida el Distrito 5 con 21.1% y Distrito 2 con 12.5%. (Cuadro Nº 61)

CUADRO Nº 61

Infraestructura de los servicios del M.P.S.S.P.

(en %)

E S T A D O	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Excelente	6.8	8.3	6.3	5.3
Bueno	25.4	16.7	31.3	31.6
Regular	40.7	50.0	25.0	42.1
Malo	27.1	25.0	37.4	21.0
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Es importante, señalar que en el caso de los Distritos 1 y 2 y en menor cantidad en el Distrito 5, que además de las condiciones de infraestructura, muchos de los puestos médicos funcionan en locales prestados ya sea de la Iglesia, ONG's o de la propia comunidad.

Otro hecho a resaltar es la ubicación de los puestos médicos porque algunos de ellos son inaccesibles a la población objetivo, por la topografía de las laderas.

En otros casos es tan difícil, llegar que este factor se constituye en restrictivo para la atención. Muchos de los puestos médicos tienen un solo ambiente donde deben compartir las atenciones materno-infantiles con odontología u otros servicios presentando incomodidad, tanto para el personal que atiende como para los usuarios.

Las condiciones de infraestructura, son inseparables de las condiciones de higiene, de los servicios por cuanto se observa una relación directa, entre mala infraestructura y malas condiciones de higiene.

El 47.4% de los servicios de atención muestran malas o regulares condiciones de higiene porcentaje que llama la atención si se toma en cuenta que se trata de servicios de salud, y que la higiene podría estar condicionando contagios en el mismo servicio. Algunos puestos médicos no cuentan con agua lo que dificulta la esterilización de material.

Este problema es más destacable en el Distrito 2, donde el 49.9% de los puestos médicos presentan el problema de higiene; el Distrito 1 con un 48.4% esta en segundo lugar y en menos proporción, el Distrito 5 con un 31.6%. Para la población, el no recibir un servicio bueno de salud está íntimamente ligado con estos factores; dejadez, falta de limpieza y estrechez de los ambientes. (Cuadro Nº 62)

CUADRO Nº 62
Condiciones de higiene de los servicios de M.P.S.S.P.
(en %)

E S T A D O	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Excelente	13.6	18.3	18.8	15.8
Bueno	39.0	33.3	31.3	52.6
Regular	37.3	30.0	37.5	21.1
Malo	10.1	18.4	12.4	10.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

4.9.2. HORARIOS

Los horarios de atención de los diferentes servicios no son homogéneos. Mientras que los hospitales y algunos Centros de Salud tienen servicios de emergencia que funcionan las 24 horas del día, los puestos médicos tienen horarios parciales que se diferencian en cada distrito.

Trabajan de 9 a 15 p.m. Los horarios de atención son de 6 horas continuas, se pudo percibir que aproximadamente la mitad del personal cumple adecuadamente el horario de trabajo, el resto lo hace irregularmente y en algunos casos deficientemente.

Según el perfil ocupacional del equipo de salud, el 60% del tiempo del personal debe estar dedicado a las actividades propiamente asistenciales y el restante 40% a actividades de proyección a la comunidad esto en la practica se cumple parcialmente y depende más que de una disposición, de una predisposición del equipo a cumplirla por compromiso con la comunidad.

Uno de los defectos de los servicios con respecto al horario independientemente del horario fijado, es que no se cumple, por varios factores, muchas veces los médicos de área deben asistir a seminarios o a recoger suministros de la ex-U.S, dejando el Puesto Médico sin atención. Otras veces los médicos llegan tarde o atienden solo unas horas. Esto se traduce en un malestar de la comunidad hacia los servicios porque no pueden saber con anterioridad si el Puesto Médico estará abierto o no.

Además si se analizan los horarios de atención de los tres distritos de salud podrán observarse que los servicios están abiertos fundamentalmente en horas de la mañana, dejando las tardes y noches sin atención. Este hecho fue destacado por la población en la encuesta que se hizo, donde un 51.6% señaló como problema de los servicios de salud, el horario de atención.

4.9.3. MODALIDAD DE ATENCIÓN

La modalidad de atención en los tres distritos es similar, el sistema de fichas es el más utilizado. (Cuadro Nº 63)

CUADRO Nº 63

Modalidad de acceso a los servicios del M.P.S.S.P.
(en %)

MODALIDAD	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Carnet Especial	46.9	60.0	30.8	55.5
Sistema de fichas	53.1	40.0	69.2	44.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

La atención es pagada, los precios oscila entre Bs. 2 a 8 por consulta. Algunas veces cuando se constata que el paciente no puede asumir el costo del servicio se lo exonera del pago (previa conversación con el Director del Distrito o servicio social existente).

A esto se agrega, que se han encontrado algunos casos de médicos de área que derivan pacientes a sus servicio privados con el pretexto de que recibirán mejor atención en ellos, pero en la realidad no se tiene datos concretos si eso es verdad.

4.9.4. TRATO HUMANO

Siendo la salud un derecho ciudadano, la población que asiste a los servicios de salud debería ser claramente informada sobre la afección que viene a consultar. En la observación un 26.8% de usuarios declararon que no se les explicó el porque de su enfermedad o que enfermedad tenían.

En el Distrito de Salud Nº 1 se presentan los porcentajes más altos (33.3%) de ausencia de información al paciente, seguida por el Distrito Nº 5 con 29.4% y Distrito Nº 2 con 13.3%. (Cuadro Nº 64).

CUADRO Nº 64

Explicación al paciente (en %)

EXPLICACION	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
Si	73.2	66.7	86.7	70.6
No	26.8	33.3	13.3	29.4
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

Es importante relacionar los porcentajes analizados anteriormente con los problemas de comunicación que manifestaron tener los pacientes con el personal de servicio.

Del total de pacientes entrevistados en los tres Distritos un 16.1% declaró haber tenido este tipo de problemas. Son los pacientes del Distrito Nº 5 los que en mayores porcentajes anotan esta falta de comunicación (23.5%) seguido del Distrito Nº 1 (12.5%) y de los pacientes del Distrito Nº 2 (12.3%). (Cuadro Nº 65)

CUADRO Nº 65
Problemas de comunicación (en%)

PROBLEMA/COMUNICACIÓN	TOTAL	DIST.1	DIST.2	DIST.5
SI	16.1	12.5	12.3	23.5
No	83.9	87.5	87.7	76.5
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Sistematización de información de la presente Tesis

En general puede inferirse que existe una serie de aspectos que entorpecen una relación fluida y de respeto a las personas que acuden a los Puestos Médicos, podemos resaltar algunos factores que consideramos deben ser tomados en cuenta:

- Bajos salarios del personal de servicio.
- Actitudes de rechazo a personas de menores ingresos.
- Actividades de rechazo a las costumbres tradicionales.

Estas actitudes se evidencian en mayor grado en el personal auxiliar hecho que llama la atención por ser el M.P.S.S.P., el principal formador de estos recursos.

4.9.5. AFLUENCIA DE PACIENTES

Los aspectos anteriormente analizados sirven como marco de referencia para estudiar el flujo de pacientes a los servicios.

Se observa en general que alrededor de un 56.7% de los Puestos Médicos en las tres distritos de salud estudiados, tienen una regular o baja asistencia de pacientes.

Debemos anotar que se introdujo en el análisis, la estimulación con alimentos, que tienen algunos puestos médicos, en el programa de control perinatal para observar,

si este elemento tenía alguna incidencia en el aumento de su cobertura. Si bien es cierto que se ha producido un aumento de afluencia de pacientes especialmente en el Distrito N° 5, donde hay este factor, se observa, que la afluencia de pacientes está más relacionada con la infraestructura y las condiciones de higiene del servicio.

Hemos encontrado una situación, que si bien ha sido única, por sus características, merece reflexión; en un centro médico, que participa en la regionalización, varios de los ítemes son de la Alcaldía; existe apoyo financiero y de insumos, cuentan con material educativo, etc., tienen buenas coberturas y accesibilidad en la comunidad, sobre todo por tener horario permanente, tal es el caso del Distrito de Salud N° 5.

4.10. GRUPOS FOCALES

Esta técnica de carácter estrictamente cualitativo, permite lograr un diagnóstico integral de la problemática a analizarse, siempre y cuando se logre una preparación y motivación previa en la comunidad.

En el trabajo de campo se pudieron observar algunas restricciones que merecen ser reflexionadas, como ser: la dependencia de los alimentos, muchas personas negaron su participación porque no se les iba a dar nada.

Por otra parte el excepticismo sobre este tipo de actividad, que posiblemente no conduciría a superar de inmediato las deficiencias visualizadas en el diagnóstico colectivo.

Pese a estas restricciones se realizaron los Grupos Focales, uno por área en los tres distritos de salud. La conformación

de los grupos fue diversa, en algunos casos por personas de ambos sexos, en otras sólo por mujeres, la representatividad fue fundamentalmente de las organizaciones barriales, como juntas de vecinos, clubes de madres, Comités Populares de Salud y otros; en cuanto de edad, hubo mayor presencia de personas entre 20 y 39 años.

4.10.1. DINÁMICA

Las técnicas utilizadas en los Grupos Focales fueron participativas habiéndose generado una rica dinámica, aunque con algunas peculiaridades que deben tomarse en cuenta:

- En algunos grupos mixtos, se observa un predominio de la opinión del varón frente al de la mujer.
- La mujer participa más en los grupos conformados por mujeres.
- La opinión del "Líder", es secundada por los demás.
- La heterogeneidad en el grado de escolaridad, influye para que los "más letrados" se impongan con sus opiniones.
- La mujer no tienen una autovaloración, por lo que sus intervenciones son tímidas.
- Algunas organizaciones de base están politizadas, y producen fuertes controversias que se contrastan con la actividad pasiva, sobre todo de los clubes de madres.

4.10.2. PROCESO

En base a las preguntas guías se obtuvo el siguiente panorama.

4.10.3.1. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE SALUD EN EL BARRIO

- La mayoría de los participantes asocian la enfermedad con el niño, posiblemente porque consideran a los niños la población más vulnerable.
- En los tres Distritos de Salud, citaron como enfermedades frecuentes: la desnutrición, diarrea, parasitosis, sarcoptosis, caries dental y resfriados.
- Cuando se refieren a los adultos, ubican a la tuberculosis, gripes y afecciones vesiculares, como las enfermedades más frecuentes.
- Otros aspectos que se destacan en los grupos es la confusión que existe entre síntoma y enfermedad, por ejemplo creen que el dolor de estómago es enfermedad.

4.10.3.2. CAUSAS

Los participantes, en el análisis, mencionaron como causas de enfermedad a los siguientes factores:

- Falta de servicios básicos como alcantarillado, agua potable, servicios higiénicos, eliminación de basuras.
- Falta de higiene de las madres, los niños y de los alimentos. Alguien interpretaba así, la situación: "La gente y las calles no son aseadas".
- Los escasos recursos económicos: varios participantes dijeron "apenas tenemos para comer".
- Insuficientes servicios médicos en la zona.

4.10.3.3. A QUIÉN RECURREN CUANDO SE ENFERMAN

- La mayor parte de los participantes refieren que se curan solos.

- Algunos se asesoran de los vecinos.
- Otros toman remedios caseros.
- Cuando están graves, van al puesto médico o al naturista.

Esta tercera pregunta fue complementada con una adicional. "Por qué no van a los servicios del Ministerio", la misma que generó amplia discusión mencionándose lo siguiente:

- Cobran
- Tratan mal
- No curan bien
- Los que atienden no parecen médicos
- Las enfermeras son malas
- No hay medicamentos y en la farmacia cuesta caro
- Mucho cambian de personal

4.10.3.4. QUÉ ALTERNATIVAS PROPONEN PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD

Esta pregunta mereció una presentación amplia de alternativas destacándose las siguientes:

- Dotación de agua, luz, alcantarillado.
- Cursillos de capacitación.
- Dotación de medicamentos.
- Que vuelvan a funcionar las farmacias populares.
- Que la atención sea permanente, incluyendo la noche.

4.10.3.5. QUÉ ALTERNATIVAS PROPONEN PARA QUE PARTICIPE LA COMUNIDAD

- En este punto surgió nuevamente el aspecto de la información y capacitación a la comunidad.
- Impulsar a las organizaciones de base.

- Fortalecer los Comités Populares de Salud, siempre y cuando se de mayor integración con las organizaciones del barrio.

4.10.4. RESUMEN DE LOS GRUPOS FOCALES

- En general las respuestas, en los Grupos Focales de los tres distritos de salud, nos permiten afirmar que pese a algunas características específicas, la situación de los barrios peri-urbanos son similares.
- Los problemas fundamentalmente están relacionados a los servicios básicos.
- La poca información y educación que se da a la comunidad, conduce a su distanciamiento de los servicios de salud y en muchos casos deserción en el tratamiento.
- En cuanto al personal, el común denominador es el trato deshumanizado, que implica incluso el mal trato.
- No se toma en cuenta a los recursos de la propia comunidad como apoyo, no sólo en la atención, sino también en la información y la referencia de pacientes. A nivel de la comunidad, observamos que existen deficiencias en la capacidad propositiva, se mantiene actitudes dependientes porque sólo "piden", falta una mayor coordinación al interior de las propias organizaciones de base.
- El hecho de que miembros de la comunidad se trasladen de una zona a otra impide un relacionamiento estable con los servicios.

4.11. ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas a Directores Nacionales del M.P.S.S.P., a dirigentes del Colegio Nacional de La Paz, y Nacionales y a autoridades Universitarias, tuvieron el objetivo de realizar un sondeo de opinión de lo que significa la Participación Social, desde el punto de vista conceptual y de praxis, que nos permita detectar factores restrictivos institucionales.

Para el efecto se formularon preguntas guías, a fin de poder sistematizar comparativamente las respuestas.

El análisis de las entrevistas nos permitió develar ciertas posiciones que tienen que ver con actitudes frente al Estado, adoptando posturas de "critica", y por otra, la posición de asumir las políticas del M.P.S.S.P., sin contenido autocrítico. En relación a la pregunta guía, tenemos el siguiente panorama:

4.11.1 Qué opina de la Participación Comunitaria?

Las respuestas fueron las siguientes:

- "El problema de la salud sólo puede resolverse con la participación de la comunidad" (Colegio Médico - La Paz)
- "La comunidad debe participar desde el análisis de sus problemas, alejada de todo paternalismo y manipulación político - partidaria" (Colegio Médico de Bolivia)

- "La población, que no es personal de salud, puede participar en educación, divulgación de conocimientos y también en la recuperación del daño" (D.N.M.I)
- "La participación comunitaria es importante por que con ella se logra la ejecución de un proyecto" ((D.N.S.A.)
- "Se entiende a la participación comunitaria, como fortalecimiento de las organizaciones de base, en esa medida las actividades pueden ir más allá de salud y además tensionar el Sistema de Salud" (D.N.E.)
- "La participación en salud rompe el mito de que sólo los profesionales pueden curar" (D.N.R.H.)
- "La participación es el substrato fundamental para que las acciones de salud se desarrollen con un cierto grado de éxito" (D.N.A.N.)
- "La participación se ha estado dando de manera coyuntural, esto considero que es un paso: pero debe darse el segundo paso en base a un esquema educativo, en la planificación y control de las acciones de salud y la última fase sería en la toma de decisiones en los distintos niveles: político, técnico y administrativo; y para esto se necesitan ciertos instrumentos, sobre todo la organización" (D.G.S.)
- "En los últimos tiempos es la cosa más efectiva que ha podido ocurrirle al país" (Universidad)

Como podemos observar, las concepciones son variadas y expresan las diferentes corrientes existentes desde las socio-médicas hasta las biologicistas; esto nos hace ver la necesidad de continuar la discusión entre los que definen políticas, los ejecutores y los formadores de recursos y la propia comunidad y para ello habrá que buscar los espacios adecuados que vayan más allá de los "convenios", que tienen carácter formal que de concertación.

4.11.2 Qué Aportes Realiza, desde su Organización o Dirección, al Desarrollo de esta Estrategia?

Veamos las respuestas:

- "El Colegio Médico Departamental, forma parte del Comité Regional de Salud, donde se ha exigido la participación de los Comités Populares de Salud". (Colegio Médico - La Paz)
- "Al luchar por el Servicio Unico de Salud, que incluya la descentralización técnico-operativa, estamos pensando en crear las condiciones para la participación popular". (Colegio Médico de Bolivia)
- "Se produce material educativo, se adiestra a parteras empíricas". (D.N.M.I.)
- "Se promueven asambleas para motivar a la comunidad en base a la relación que existe entre salud, agua y excretas". (D.N.S.A.)
- "Las movilizaciones sociales de vacunación son actividades tangibles que dan la alternativa a un desarrollo participativo". (D.N.E.)
- "Apoya al personal capacitándolo en técnicas de comunicación activa-participativo". (D.N.R.H.)
- "Desde hace un año se proporciona material de información y formación y se comparte en algún grado experiencia con la prestataria de los servicios de salud". (D.N.A.N.)
- "Se apoya a todas las actividades que vayan relacionadas con la organización popular, en la búsqueda de estrategias que hagan posible la promoción del conocimiento". (D.G.S.)
- "Lo que nosotros hacemos es aportar con material humano en las campañas de vacunación; además de estudiantes, participan docentes". (Universidad)

Todas las preguntas, tienen relación con las anteriores y muestran la misma variedad, es decir, la estrategia se corresponde con el marco conceptual, aunque algunas respuestas nos demuestran que la manera de pensar y concebir la participación es una y el accionar es otro, es decir que no existe una correspondencia entre el concepto y la actitud.

Además observamos que la participación se da sólo en la fase de ejecución de los programas.

Finalmente analizaremos la tercera pregunta, planteada en los siguientes términos.

4.11.3 QUÉ SUGERENCIAS TIENE SOBRE EL TEMA?

Las respuestas obtenidas son las siguientes:

- "Se debe descentralizar los niveles operativos del M.P.S.S.P., para que en las regiones se de mayor relación del equipo de salud con la población, a través de sus organizaciones tales como: Comités de Salud, de mujeres, gremiales, sindicales, etc. En las actuales condiciones no creo que se pueda dar cogestión, puesto que en salud se está sujeto a las recomendaciones del Ministerio de Planeamiento, es decir reducir el gasto fiscal". (Colegio Médico de La Paz)
- "Que el M.P.S.S.P., tenga la capacidad de aplicar lo que dicen sus documentos, que en teoría es excelente; pero choca con la política global de privatización y destrucción de la Seguridad Social". (Colegio Médico de Bolivia)

- "Que se refuerce al capacitación sobre aspectos prioritarios de los programas y además tomar en cuanto a otras instancias de la comunidad como: Sociedades, Cajas, Universidades, etc". (D.N.M.I.)
- "Fortalecer la participación a través de los Comités Populares, sobre todo en el área rural y que se incorpore en los proyectos". (D.N.S.A.)
- "Para que la participación sea práctica cotidiana y efectiva, se debe retomar la capacitación social y no sólo del aprendizaje de las normas de los programas, sino aspectos políticos y de interpretación de la realidad". (D.N.E.)
- Que la Dirección Nacional de Recursos Humanos participe en el seguimiento y evaluación de la capacitación tanto institucional como popular". (D.R.R.H.)
- "Para lograr la participación debemos capacitarnos nosotros mismos" (D.N.A.N.) "De una vez por todas dejar de hacer acciones coyunturales y dar mayor énfasis a la parte de educación a la comunidad". (D.G.S.)
- "Dar mayor énfasis a la participación comunitaria para una planificación científica y conjunta y que no vengán planificaciones verticales". (Universidad)

En ésta parte propositiva, encontramos elementos importantes, que nos demuestran que existe un tácito reconocimiento de la necesidad de hacer enmiendas que signifiquen un salto cualitativo de la participación comunitaria.

Estos elementos están referidos a:

- Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud como marco referencial de la participación efectiva.
- Romper el accionar coyuntural.
- Capacitar al propio personal institucional, de manera que se inserte la metodología adecuada que posibilite una capacidad de análisis de la realidad económica-política y social.
- Entender la participación en términos del fortalecimiento de las organizaciones de base.
- Promover acciones educativas sostenidas.

No podemos dejar de mencionar el excepticismo que manifiestan sobre la factibilidad de la participación dentro del actual esquema político y económico. Al margen de las preguntas guías, se conversó con personeros de la Universidad Mayor de San Simón (CBBA), del Departamento de Medicina Social y Familiar, dirigida por un profesional del área social, lo que implica un avance en el enfoque multidisciplinario del análisis de la problemática de la salud. El objetivo del departamento es: "Lograr que el estudiante del internado en medicina en su trabajo en la Comunidad complete su formación en la práctica de una medicina integral durante dos meses en las poblaciones rurales, teniendo como base de sus actividades los Centros de Salud y Hospitales de dichas poblaciones".

Esta experiencia podría ser generalizada e institucionalizada, de tal manera que la conformación de recursos profesionales incluya la participación de la comunidad.

V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1 RESULTADOS

5.1.2 DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

- A nivel Institucional se ha podido evidenciar que las políticas de salud no son asumidas por el aparato estatal y esto se refleja en la poca coordinación interinstitucional e intersectorial muy especialmente a nivel regional, lo cual dificulta la operatividad de las acciones a nivel de los distritos locales de salud, sin embargo el nivel institucional, asume la estrategia de atención primaria y participación comunitaria para el mejoramiento de la salud.
- La comunidad no participa en la definición de las políticas globales de salud, que beneficiaría a las mismas. Pero la comunidad tiene un grado de organización y participación. Existe la instancia de los Comités Populares de Salud.

5.1.3 DEL CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO

- A nivel general, el personal de Salud de los Distritos de Salud no es adecuadamente remunerado, hecho que provoca, que estos busquen otras fuentes de ingreso.
- De los resultados obtenidos en el estudio también podemos inferir que la mayor parte de la población cuenta con un nivel inferior de ingreso, situación que estaría impidiendo el acceso a los servicios, dado que en ellos se cobra, incluso los medicamentos, los cuales tienen un alto costo.

El 64.9% de los encuestados son trabajadores por "cuenta propia" lo que dificulta la información de los programas de salud. Además alrededor de un tercio de la población, tiene bajo o ningún nivel de instrucción, lo que dificulta que se informen adecuadamente de los programas, en virtud a que la Secretaría Nacional de Salud (antes Ministerio de Previsión Social y Salud Pública) no produce material educativo fundamentalmente para población analfabeta. La población con nivel de ingreso medio y alto refiere una disposición a pagar por los servicios siempre y cuando estos aportes mejoren la calidad de estos.

En los tres Distritos de Salud existen un porcentaje importante de desocupados, lo que implica que no cuenta con ingresos para destinar a la salud.

5.1.3 DEL COMPORTAMIENTO FINANCIERO

- El Tesoro General de la Nación tienen una baja asignación presupuestaria para salud. Al interior del presupuesto del ex-M.P.S.S.P., al rededor del 65% se destina al área curativa, si a esto se suman los gastos administrativos (aproximado 15%) vemos sólo un 20% es utilizado en el área preventiva. Como resultado de esta asignación presupuestaria, se observa insuficiencia de ítemes para las áreas de salud especialmente para el área de prevención.

Los recursos generales por los ingresos propios no benefician al mejoramiento de la calidad del servicio (22% recursos propios).

Por otro lado, es necesario mencionar que la cooperación técnica y financiera de organismos internacionales que representa el 28.4% del presupuesto para la salud está destinado a acciones preventivas.

5.1.4 DE LOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS

- La estructura organizada del M.P.S.S.P., es incoherente con la participación por tres factores:
 - * Dispersión y superposición de los programas que fragmentan a la población objetivo.
No existe una instancia que lideriza el proceso de participación de la comunidad en las acciones de la salud.
 - * Comunicación Social, Proyección a la comunidad en las divisiones de trabajo Social y Enfermería y las Escuelas de Salud Pública no tienen instancias de coordinación entre sí, situación que se agrava a nivel regional.

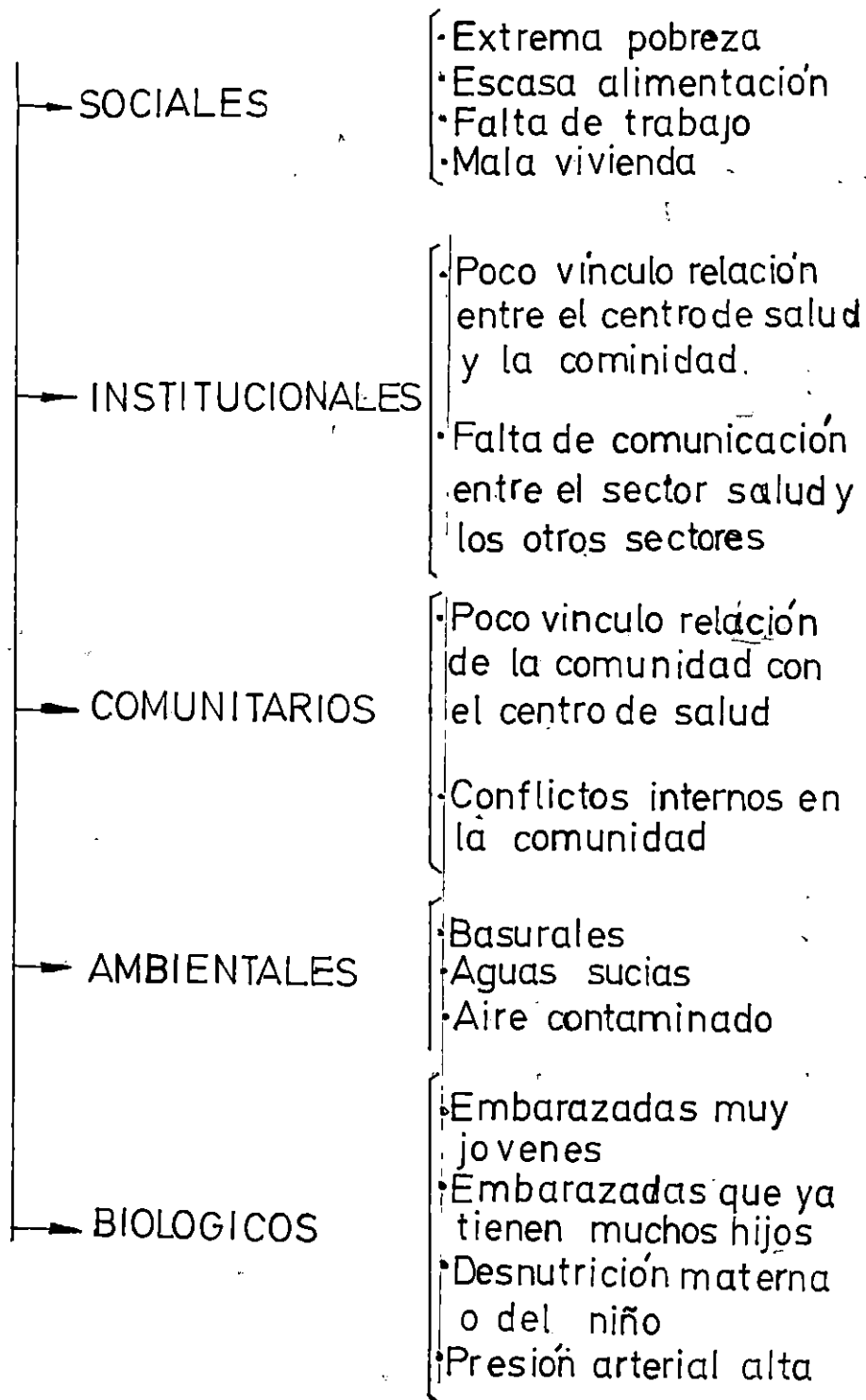
La participación de los Comites Populares de Salud, en relación a los Distritos de Salud, se da más a nivel cupular y no así en las bases (el 1.8% C.P.S.). Sin embargo los niveles de organización de los C.P.S. responde a la regionalización institucional (sector, área, distrito, región, nacional) hecho que permitiría la participación desde la base.

5.1.5 DE LA COORDINACIÓN

- A nivel institucional, se pudo evidenciar que con respecto a la intersectorialidad hay una ausencia de un eje conductor en las políticas sociales, que provoca una falta de coordinación intersectorial.

También se manifiesta la falta de coordinación interinstitucional de los programas de actividades al interior de los distritos de salud, hecho que produce duplicación y superación de actividades.

ALGUNOS
FACTORES
DE RIESGO



Poca coordinación interinstitucional, puesto que esto solo se da, mayormente, para las campañas y movilizaciones.

- A nivel de la Comunidad hay una ausencia de estrategia clara y permanente de coordinación con organismos de base.

5.1.6 DE LA CAPACIDAD INSTALADA

- La infraestructura instalada tiene deficiencias por la:
 - * Mala ubicación
 - * malas condiciones
 - * Insuficiencia infraestructura
 - * Mal equipadas
 - * Falta de un sistema permanente de refacción y mantenimiento permanente.
 - * Una quinta parte de la población encuestada sugiere mejorar e instalar más infraestructura. Existen deficientes condiciones de higiene en la mayoría de los puestos médicos.

- Por otra parte las ONG's e Iglesias, la comunidad, Alcaldía, aportan con terrenos o locales para el funcionamiento de los puestos de Salud.

5.1.7 DE LOS MEDICAMENTOS

- A nivel institucional la dotación de medicamentos a las áreas de salud, se da a través sólo de algunos programas y de manera irregular. No existe provisión de medicamentos críticos para la atención primaria en salud accesibles a la población.

En el estudio se demuestra que tanto las familias y como los funcionarios institucionales detectan como "obstáculo" esta falta de apoyo en medicamentos.

- A nivel de la comunidad los bajos ingresos de la población impiden su acceso a los servicios médicos y la consiguiente compra de medicamentos, prefiriendo recurrir directamente a la farmacia.

5.1.8 DE LOS RECURSOS HUMANOS

- A nivel Institucional, el proceso formativo de los recursos humanos en salud, está orientado hacia el ejercicio profesional fundamentalmente curativo, desvinculándolo de una visión integral del hombre y la sociedad. Se vio que la mayoría que las acciones no se identifica con las estrategias de participación comunitaria, hecho que se traduce en el maltrato referido por la población (34.4%). El programa de educación continua, no incluye la capacitación para la participación. La hegemonía biomédica en el tratamiento del trabajo en la comunidad hace que los pocos profesionales del área social sean absorbidos por la práctica asistencial. La mala asignación de funciones que se expresa en una desigualdad carga de tareas y en algunos casos duplicidad de funciones.
- A nivel comunitario, la existencia de culturas nativas con prácticas milenarias de salud hace que el conocimiento acumulado en salud que tiene la población tanto por factores culturales como por los condicionantes económicas que las obliga al autocuidado. En efecto una cuarta parte de la población se automédica. Sin embargo,

se pudo evidenciar que el idioma limita las posibilidades de comunicación con el personal (16.1%). En los Distritos de Salud 2 y 5 la comunidad manifestó que los cursos de educación se den en sus idiomas nativos.

5.1.9 DE LOS SERVICIOS

- Los horarios son inadecuados y parciales. El 51.6% de las familias encuestadas refiere que no asiste por este motivo y que la atención es sólo de medio día. Los horarios son irregulares cumpliéndose parcialmente el horario establecido.
- Por otra parte la comunidad ha desarrollado sus propios mecanismos de atención en salud, como el autocuidado, el apoyo familiar y comunitario.

5.1.10 DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD

- Con referencia al Saneamiento Ambiental, los diferentes agentes entrevistados coinciden en señalar como "problema" para la salud, la insuficiente dotación de servicios básicos, como alcantarillado, agua, basuras, etc.
- El estudio arrojó los siguientes resultados: institucional 11.0%; complementarios, 38.1%; sustitutos 39.4%; las familias 35.1%. En la relación de estos problemas no intervienen los distritos de salud en forma directa.

Sin embargo la comunidad muestra interés y predisposición a participar con trabajo en la solución de esta problemática. También la Alcaldía y el Fondo de Inversión Social, destinan recursos para solucionar estos problemas.

5.1.11 DE LOS PROGRAMAS

- La verticalidad de los programas que se expresa por la no participación en la definición de los mismo (sólo el 0.8% del personal encuestado de la institución participó) tiene como resultado la aplicación de programas que no son prioritarios para la comunidad. Además no existe continuidad en los programas.
- La comunidad así como las organizaciones de base, no intervienen en la definición y evaluación de los programas. Los diferentes agentes entrevistados refieren su participación en la fase de ejecución especialmente las sustentadas por las movilizaciones.

5.1.12 DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN - COMUNICACIÓN

- En lo que concierne al conocimiento de datos los agentes entrevistados, una mayoría refiere no conocer. Todos los programas menos conocidos, como la atención pre-natal, se debe a la poca difusión y por que no se realizan movilizaciones en torno a ellas. Se vio que existe ausencia de una estrategia de difusión, información y educación de los programas a la comunidad y además agentes intervinientes en acciones de salud.

El estudio ha permitido detectar comportamientos y actitudes tanto en la población como en las diferentes instituciones, sobre el tratamiento de la salud, los mismo que se hallan influenciados por el contexto histórico económico, y social.

VI
CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES

- El desarrollo de las ciencias médicas, no sólo tanto conceptualización sino cuanto practica, han tenido que ver con los comportamientos que van modificándose de acuerdo como los individuos, las familias y la comunidad se va insertando en el aparato productivo y de sus creencias y conceptos sobre la vida, tal es así que pese a tener raíces andinas, aun se conservan valores que combinan lo mágico con lo religioso y todavía en nuestra población periurbana la creencia de que las enfermedades son causadas por espíritus malignos, o como el caso de los niños, que sufren de amartelo porque se fue algún familiar querido; las misas de salud son muy frecuentes, etc. A esto se suma que los sectores populares tienen una concepción totalizante de la relación entre el hombre y su medio, que esta contextualizada en una cosmovisión fundada en la unidad individuo-naturaleza-sociedad como sustento de la salud.

El descubrimiento del poder medicinal de las hierbas, la producción de una imaginativa y variada curandería, la transmisión de tradiciones de cuidado de salud y de curación de enfermedades no son sino algunas de las formas de hacer práctica social de su verdad sobre salud.

- Los avances científico-tecnológicos también tienen influencia en los diferentes comportamientos, hay quienes, tanto en la comunidad como en las instituciones, creen que la salud se resuelve en los hospitales por ello, se ve una acentuada tendencia, que a veces se traduce en "presiones" para construir hospitales o centros de salud que luego no son utilizadas plenamente.

Si bien los hospitales públicos surgieron para atender a la población menesterosa, por lo tanto, entendida como acción de caridad; esta situación ha cambiado, por cuanto en la actualidad se han impulsado los pensionados, no existiendo en la practica gratuidad, siendo este un factor restrictivo para la población.

- En la actualidad hay avances en cuanto a la concepción del proceso salud-enfermedad en el caso de los funcionarios institucionales internalizados a partir del conocimiento adquirido y en la población en base a su vida cotidiana por ello encontramos que la comunidad señala como causas de los problemas de salud, la ausencia de servicios básicos como el alcantarillado, agua, luz, etc, y también los problemas económicos que restringen las posibilidades de las familias a acceder a una adecuada alimentación, vivienda, educación.

Los sectores populares tienen como eje central de su concepción la internalidad del programa de la salud, es decir conciben el organismo humano como unidad individual, social y natural y por tanto, continente de sus propios mecanismos tanto potencializadores de salud, cuanto curativos con respecto a la enfermedad. Esta confianza depositada en el propio cuerpo es generadora de prácticas de salud profundamente vinculadas al medio ambiente y a la colectividad.

- Si bien el ex-M.P.S.S.P. en los últimos años ha impulsado la estrategia de atención Primaria de Salud (A.P.S.) y la participación comunitaria, por los resultados obtenidos en el presente estudio, observamos que estas no son acciones sostenidas, sino más bien de carácter

coyuntural y sustentadas por las movilizaciones sociales, indudablemente tuvieron y tiene un valor histórico en el tratamiento de la salud y en el acceso de la población a acciones concretas, que lograron erradicar algunas enfermedades inmuno prevenibles, pero en desmedro de otros programas que precisan de acciones sostenibles. Por ello la comunidad refiere conocer más los programas de P.A.I. Desparasitación y no así los referidos a la mujer como el de salud materna. Pero lo más lamentable es que el hambre y la falta de saneamiento básico no puede esconderse: las enfermedades gastrointestinales se han colocado en el primer lugar de la morbimortalidad infantil.

El debilitamiento y la mortalidad del potencial energético de la nación expresada en sus recursos humanos, es la parte más dramática de una guerra no declarada.

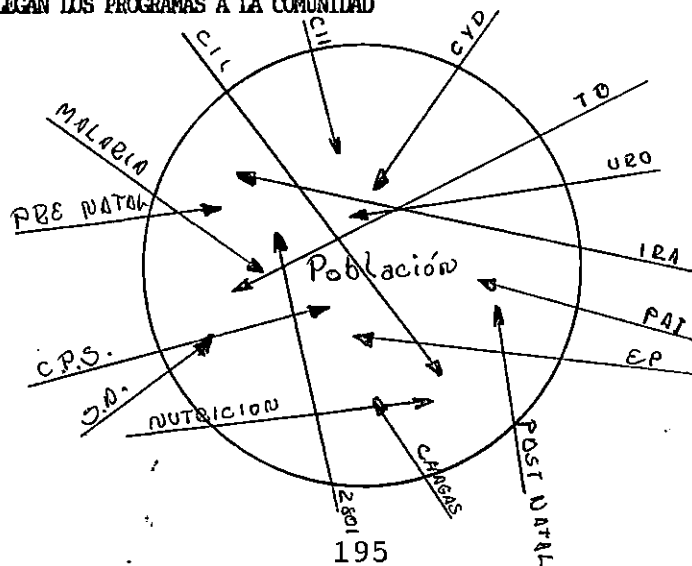
La participación de la comunidad se da a nivel del personal de salud en el sentido convencional, lo mismo consideran la participación como una manera de mejorar la entrega de los servicios normales de salud. Al conseguir que la gente lleve a cabo actividades definidas de antemano los servicios de salud se pueden extender más y aceptarse mejor. Sin embargo en la mayoría de los sectores populares estudiados se considera la participación como un proceso en que los pobre trabajan juntos para superar problemas y ganar más control sobre su salud y sus vidas.

Por otra parte la coordinación e intersectorialidad que debía sostener el ex-M.P.S.S.P. de manera permanente está

dada en torno a las movilizaciones y con carácter muy puntual: apoyo en infraestructura, en algunos casos con recursos humanos, etc. demostrando una acentuada debilidad con las instituciones del propio aparato estatal, lo que estaría traduciéndose incluso en acciones aisladas, duplicando esfuerzos y en algunos casos con contradicciones. Esta situación nos señala la necesidad de buscar políticas sociales globales entre las que debe estar inserto claramente el problema de salud. En este mismo tema se observa, que si bien se dan niveles de coordinación con las ONG's que trabajan en salud, las acciones de estas no son normadas ni reguladas a partir del Estado, demostrando una vez más ausencia de liderato del aparato.

El estudio nos ha permitido constatar la gran capacidad diagnóstica de la comunidad en relación a la estructura e irregular coordinación interna del ex-M.P.S.S.P. En efecto la superposición de programas, la poca continuidad de los mismo, la ausencia de un sistema permanente de insumos etc. producen excepticismo y por otra parte una fragmentación en las poblaciones objetivo. Esto se puede observar en el siguiente diagrama:

COMO LLEGAN LOS PROGRAMAS A LA COMUNIDAD



La difusión y educación en torno a los programas, es considerada como área crítica por la elaboración y los propios agentes institucionales, ésta actividad que debería tener carácter permanente y con coherencia programática es impulsada indiscriminadamente por los programas y en torno a la propagandización de las movilizaciones.

La infraestructura adecuada ha sido detectada por la comunidad como una restricción al acceso a los servicios. El aspecto más relevante es el referido a los horarios de atención, al trato que se da a los pacientes y a la calidad de los servicios situación que nos lleva a cuestionar desde los sistemas de formación profesional, el presupuestario, las escalas salariales, hasta los sistemas de evaluación que no incorporan el desempeño en la comunidad.

Por otra parte el estudio demuestra que no existe una correspondencia entre la estrategia de participación y la operativización de la misma, identificándose como restricción a la propia estructura organizativa del ex M.P.S.S.P.

Es decir, además de la inorganicidad se visualiza lo puntual y coyuntural que expresa una simple utilización de la comunidad en la fase de ejecución de los programas. Finalmente el estudio nos ha permitido determinar niveles de atención a la salud en la comunidad:

- Primer Nivel : Autocuidado que incluye la automedicación.

- Segundo Nivel : Familiar, sobre todo de soporte psicológico.
- Tercer Nivel : Comunitario, a través de las redes desarrolladas por la comunidad.
- Cuarto Nivel : Consulta especializada, que de acuerdo a valores culturales se dirigen al sistema tradicional o institucional sobre todo a los hospitales.

Esta situación deberá ser tomada en cuenta para el desarrollo de políticas adecuadas a la comunidad.

Como comentario general, podemos decir que no son los valores culturales en si los que restringen al acceso de la población a los servicios de salud, sino las características de estos servicios.

VII
RECOMENDACIONES
BASE PARA DEFINIR ESTRATEGIAS

Para efectivizar la Participación y Educación Popular en Salud, no basta el planteamiento de estrategias "formales y exclusivas" sino más bien es necesario lanzar líneas estratégicas que se involucren a lo largo y ancho del modelo sanitario en el contexto de la realidad de nuestro país.

Partimos del supuesto de la existencia de una capacidad autocrítica y reflexiva institucional, por lo tanto de una plena consciencia de la existencia de "restricciones", en la interacción de los sectores populares con la institución, que pueden ser superados en el corto, mediano y largo plazo en la medida en que esa voluntad se exprese "en decisiones políticas", que pueden acortar o alargar los plazos de las medidas a tomarse.

Resultado de la presente investigación pongo a consideración las siguientes líneas estratégicas:

7.1 RECOMENDACIONES GENERALES

7.1.1 DE LAS POLÍTICAS.

La Secretaría Departamental de Desarrollo Humano de la Prefectura de La Paz y la Secretaría Regional de Salud de La Paz, debería impulsar y liderizar la conformación de un Gabinete Social, como el nivel más alto de definición, coordinación, ejecución y seguimiento de políticas sociales globales, de tal manera que los Planes de Desarrollo incluya aspectos que hacen a las condiciones de vida de la población.

- La estructura salarial del personal de salud de la Secretaría Regional de Salud debe ser modificada en base a los siguientes elementos:

- * Mejoramiento General del Nivel Salarial
- * Recategorización en favor de los items destinados al trabajo comunitario.

- Normar el cobro de los servicios de salud, de acuerdo con las posibilidades económicas de las familias, garantizando una atención preferente a la población en situación de pobreza, en el marco de la solidaridad social y evitando que ésto se constituya en un factor restrictivo del acceso a los servicios.

7.1.2 DE LOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA SECRETARIA REGIONAL DE SALUD-LA PAZ

Fortalecer el sistema de regionalización con la descentralización técnico-administrativa, que posibilite la participación desde la base, tanto del personal institucional como del campo popular.

- Reorientar la estrategia de Participación y Educación Popular en Salud, de manera que involucre a todas las instancias que tienen relación con el proceso participativo y que se constituye en la base fundamental de apoyo a todos los programas de salud.
- Institucionalizar la Participación Popular tanto en los niveles de decisión como operativos.
- Que la Secretaría Regional de Salud La Paz asuma su papel de eje del sector salud normando la actividad que realizan instituciones y ONG`s en salud, de tal manera que se de una coordinación interinstitucional definida y estable.

- Aprovechar la capacidad organizativa de los sectores populares para coordinar e incorporar la problemática de salud dentro del conjunto de sus reivindicaciones.

7.1.3 DE LA CAPACIDAD INSTALADA

En la solución del problema de infraestructura básica la S.R.S.L.P. debe participar directa, activa e inmediatamente en la priorización de obras que ejecutan tanto el Fondo de Inversión Social, Alcaldía, Prefectura y otros.

- Aprovechar la disposición de la comunidad de aportar con terrenos locales e inclusive trabajo para la refacción y construcción de puestos médicos, URO-P y otros.
- Los puestos médicos deben contemplar un espacio asignado a las actividades de la comunidad.
- Que se promueva una política permanente de supervisión y refacción de la infraestructura instalada y a instalarse de la S.R.S.L.P.

7.1.4 DE LOS RECURSOS HUMANOS.

- Concertar con el sistema formador de recursos humanos, como la Universidad, a fin de que en la curricula se incorporen 4 elementos:

- * Atención Primaria en Salud
- * Participación Popular en Salud
- * Educación Popular en Salud
- * Contexto socio cultural que hace a la comunidad

- Introducir en la curricula de las Escuelas de Salud Pública el componente de Participación Y Educación Popular con la utilización de técnicas adecuadas dentro el conjunto de los programas.
- Coadyuvar a las organizaciones de base en la capacitación de líderes de relevo en salud.
- Apoyar a nivel operativo y a nivel de Distritos de Salud, con equipos multidisciplinarios, para impulsar la participación de los sectores populares en la problemática de salud.
- Que el reclutamiento, capacitación y evaluación de los recursos humanos incorpore el desempeño en la comunidad.

7.1.5 DE LOS SISTEMAS DE EDUCACIÓN

- Desarrollar una Educación en Salud, como parte de una lucha por una mayor justicia y equidad en la sociedad, fortaleciendo su acción en el ámbito de la enseñanza aprendizaje, mejorando la calidad de sus procesos educativos, de sus resultados y de las competencias cognitivas, sociales, culturales, laborales y políticas necesarias en el mundo de transición que vivimo, a través del mejoramiento e innovación de las propuestas curriculares de los cambios en las metodologías y en la producción de materiales, y de manera especial, de una formación profesional y ética de personal de salud.
- Desarrollar una Educación Popular en Salud que de importancia a sus vínculos con la transformación productiva, el trabajo y la economía de la gente en sus espacios locales, lo que significa una nueva visión educativa, una educación orientada a aprender a aprender, a sacar partido de los beneficios de

la globalización cultural y mediática, a la valoración de trabajo en equipo, a las metodologías participativas y dialógicas, a la capacidad de informar, problematizar los conocimientos y resolver dilemas propios de la problemática de salud, economía y de la ética.

- Los programas de Educación Popular en Salud y de Educación Continua del personal de salud deben rescatar y valorar el conocimiento en salud que posee la comunidad, a objeto de crear un proceso de retroalimentación, sectores populares-Institución (democratización del conocimiento) .
- A fin de lograr una información, educación, participación y movilización de los sectores populares en la problemática de salud, se debe buscar una concertación con los medios de comunicación del estado, coordinación con los medios privados y sindicales; aprovechar los mecanismos de comunicación ya existentes en la comunidad.
- Que la producción del material educativo sea adecuado a las características de los sectores populares y con la participación de los mismos (validación).
- Todo programa de salud y de apoyo alimentario debe ir acompañado de acciones educativas para evitar la distorsión de los fines para los que fueron creados.

7.1.6. DE LOS MEDICAMENTOS

Crear un suministro de los medicametos críticos de tal manera que lleguen a las áreas operativas que sean de costos accesibles a la población.

7.2. OBJETIVOS DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD

Objetivo General

- La participación popular cogestionaria en salud, tiene como objetivo estratégico lograr que la población desprotegida tenga un mayor acceso a los servicios de salud, a través del fortalecimiento de las organizaciones de base, dentro del marco de la regionalización y del modelo sanitario establecido.
- Generar el desarrollo de un poder local en la perspectiva de lograr las reivindicaciones básicas e históricas de los sectores populares en el campo de la salud

Objetivos Específicos

- Incorporar el componente de participación en todos los niveles del sistema, priorizando a los centros de decisión y definición de políticas, programas y acciones.
- Buscar el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.
- Desarrollar mecanismos de concientización y estimulación dirigidos a los equipos multidisciplinarios, ejecutores del proyecto en los diferentes niveles de regionalización.
- Fortalecer la capacidad de liderato de los Comités Populares de Salud como interlocutores de la comunidad.
- Formar Responsables Populares de Salud.
- Democratizar el conocimiento en salud en toda la estructura de las organizaciones de base.

- Coordinar con otros agentes intermedios influyentes en la comunidad, como: profesores, cuidadores populares, promotores, parteras empíricas, etc.
- Recuperar el valor científico de los conocimientos tradicionales y culturales de la población.
- Sensibilizar, motivar, educar, informar y problematizar a la comunidad sobre la salud colectiva.

7.2.1. ESTRATEGIA

Las estrategias que permitirán lograr nuestros objetivos son:

A) Fortalecimiento del sistema regionalizado.

Como mecanismo para incorporar el componente de participación en el modelo sanitario, de manera que nos permita revertir la actual situación de participación cupular a una participación amplia, ensanchando las bases como mecanismos de articulación de identidades múltiples, que requieren de un orden que les asegure una presencia relativamente igual y estén incorporados en la construcción de un orden social democrático.

Dentro de esta estrategia, se implementará la participación constituyendo el Sector la Unidad Básica para la participación, la misma que deberá alimentar a todo el sistema con flujos continuos y dialécticos, de acuerdo a los siguientes niveles:

Sector

Al ser la unidad básica de intervención, deberá generar un proceso participativo amplio, con todas las organizaciones existentes en él, a partir de una adecuada convocatoria e información que logre una motivación y trabajo en salud. Por otra parte, permite detectar líderes susceptibles a ser capacitados para asumir la conducción de los centros populares de salud y el fortalecimiento de las organizaciones de base.

Dentro del componente de participación, el sector desarrollará un trabajo de diagnóstico e investigación participativa, que conlleva procesos de educación popular tendientes a un acercamiento y apropiación colectiva de la realidad del Sector, tanto en sus dimensiones poblacionales económicas, sociales, como organizativas; del liderato detección de instituciones claves y de influencia: radios, iglesia, escuela, parteras, R.P.S., actitudes y prácticas etc, cuya resultante será la jerarquización y priorización de necesidades.

Para fortalecer la capacidad de convocatoria, el Sector deberá brindar a la comunidad un espacio físico que facilite su congregación, organización y participación, de esta manera se logrará una articulación real entre la comunidad y la institución.

En virtud a las funciones asignadas al Sector, los líderes de las organizaciones de base nominarán democráticamente a sus representantes ante el área de salud, donde se conformará el Comité de Salud.

Area

Al ser el Area la unidad de integración de los programas y la presentación de servicios generales que demande la población, deberá constituirse en un nivel de congestión en la planificación, programación, control y evaluación de las

acciones de salud; es decir, los representantes de los Sectores, y en base al mandato recibido en el, junto al personal institucional, participará en el proceso de gestión del Area.

Por otra parte, se constituye en el espacio de intercambio de experiencias entre los Sectores y la base de construcción del diagnóstico de Area.

En el Area se desarrollarán las siguientes actividades coadyuvantes al proceso participativo:

Capacitación de los líderes detectados en el Sector (formación de R.P.S.) de acuerdo a los módulos y perfiles a diseñarse con la participación de la comunidad.

Educación popular a la población usuaria, en servicio y con extensión familiar-visita domiciliaria.

Seguimiento a los usuarios en su vinculación organizativa (en coordinación con el Sector).

Comunicación Alternativa

En el marco del proceso participativo los representantes del Area nominarán 1 o 2 delegados al Distrito para conformar el Comité Distrital de Salud.

Distrito

El distrito se constituye en él vértice administrativo del sistema local de salud, por lo tanto, en el converge el proceso participativo generado a partir del Sector para retroalimentar el nivel jerárquico y normativo, cual es la Unidad Sanitaria.

El Comité de Salud Distrital, junto con el equipo del distrito, serán los responsables de la conducción del proceso de gestión.

El equipo multidisciplinario del Distrito, realizará actividades impulsoras del proceso participativo, tales como:

- Capacitación de líderes de relevo.
- Capacitación de agentes intermedios: maestros cuidadoras populares, parteras empíricas, curanderos, etc.
- Educación continua a los recursos humanos, tanto institucionales como de la comunidad.
- Producción de material educativo-validación.
- Promoción de movilizaciones y otra actividades tendientes a promover la participación y comunicación alternativa.

Para continuar con el proceso de la participación de la base, en el Distrito se elegirán los representantes a la Secretaría Regional de Salud.

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

Es el ente rector de las acciones de salud, dentro del Departamento y por lo tanto, constituye el espacio para la práctica cogestionaria con los representantes de todos los Distritos que conforman la Secretaría, Regional de Salud en las tareas de la planificación de las estrategias y políticas regionales.

A objeto de coadyuvar el proceso participativo, la Unidad Sanitaria contará con un equipo multidisciplinario que cumpla funciones de normalización, supervisión, evaluación y producción de material educativo.

SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD

Constituye el centro mayor de decisiones y donde converge todo el proceso de participación en el marco de la descentralización.

La presencia de la comunidad organizada se da a través de la organización nacional, representada por la sede de gobierno por delegación de las organizaciones departamentales.

SECTOR.

Registro de las organizaciones de base, diagnóstico, investigación participativa, establecimiento de prioridades, elaboración y validación de material, educativo, nominar representantes ante el área y detectar líderes susceptibles a ser capacitados.

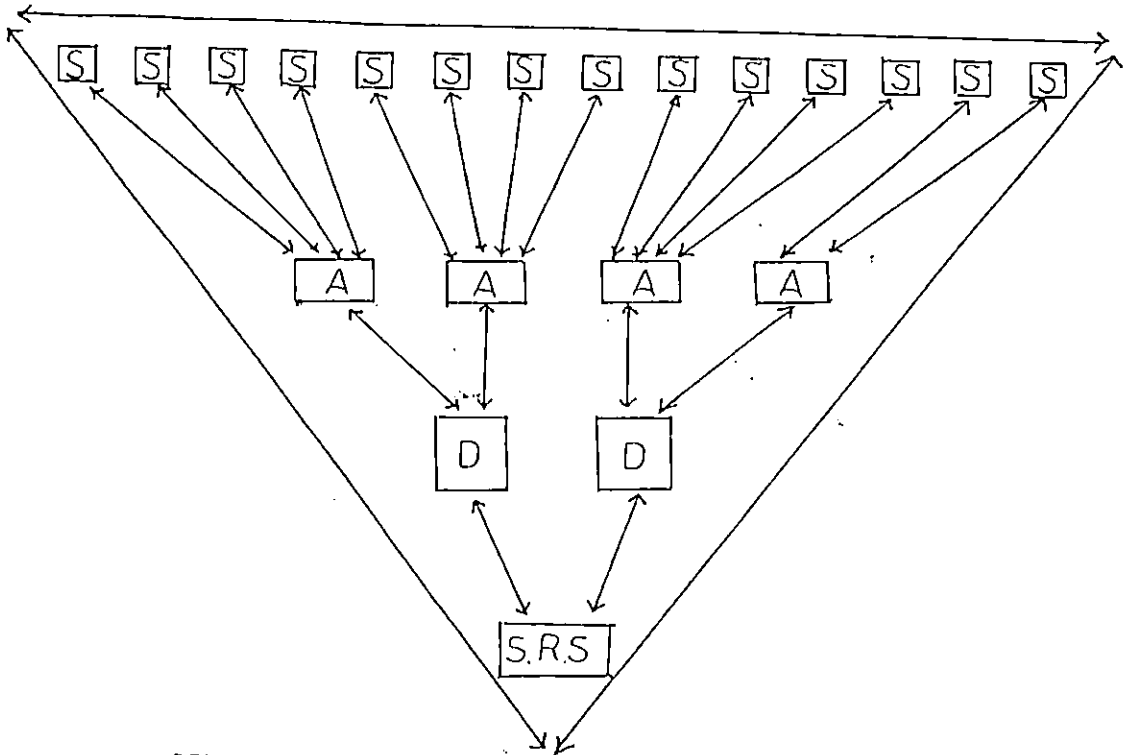
AREA.

Los representantes de los sectores conforman el Comité Popular de Area, realizan diagnóstico de área, participan en el proceso de gestión es decir en la planificación , ejecución y evaluación de acciones.

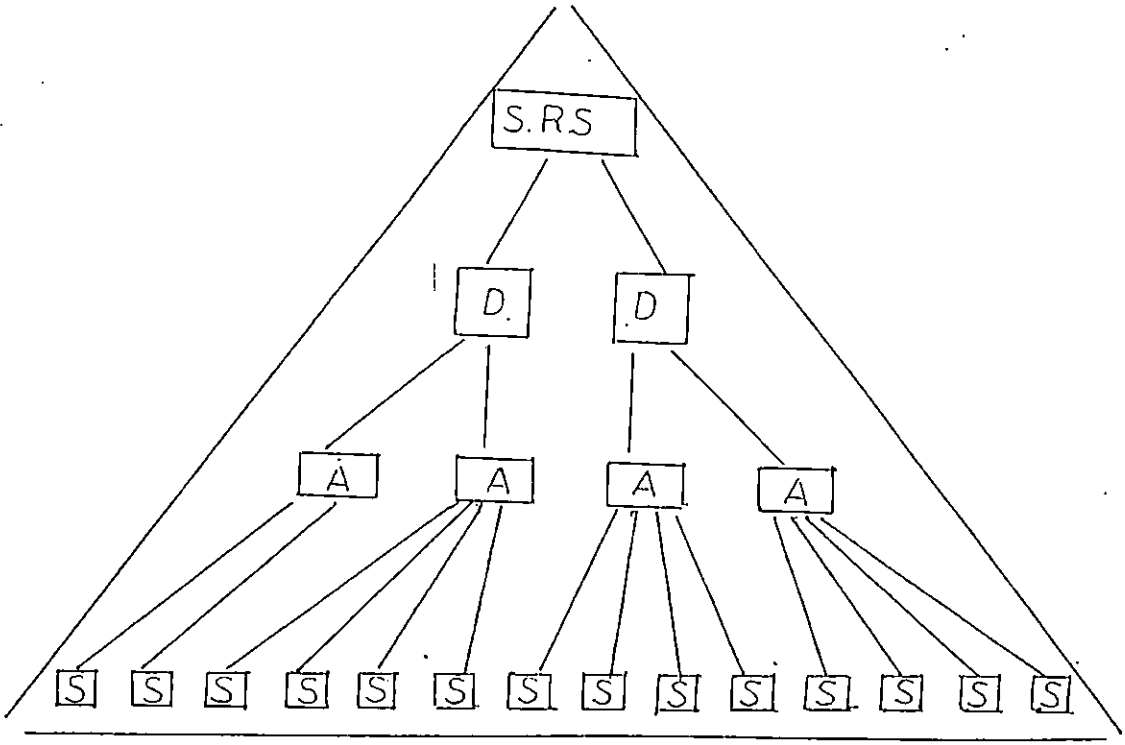
DISTRITO.

Participan los representantes de área a través el Comité Popular de Salud de Distrito, construyen el Diagnóstico de distrito, cogestionan desde la administración.

FLUJOGRAMA DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD



MODELO DE CAPACITACIÓN EN CASCADA



SECRETARIA NACIONAL DE SALUD

Participan los representantes de distrito a través del Comité Popular Departamental, planifican y definen las políticas regionales dentro de un proceso cogestionario. La retroalimentación se da a través de los mismos niveles de la regionalización, hasta la base de manera bidireccional.

B) CAPACITACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS EQUIPOS INSTITUCIONALES.

Será una estrategia básica para el desarrollo de la participación comunitaria, en este sentido se aplicará el sistema de cascada que busca el efecto multiplicador a partir de los equipos regionales, los que a su vez replicaran en los niveles distritales, estos en áreas y finalmente en sectores.

El desarrollo de la Capacitación al personal, facilitador de la participación, irá en dirección opuesta a la participación comunitaria, es decir, de arriba hacia abajo, mientras que la participación se genera de abajo hacia arriba.

Los ejes temáticos se darán en torno a la concepción de la participación popular, teoría, metodología y técnicas de Educación Popular, investigación de la base, para la acción elaboración de material educativo, validación, etc.

Por otra parte, en las actividades de desarrollo de recursos humanos, referidas al área de complementación, Atención Primaria en Salud, como de Educación Continua, se introducirá el módulo de participación.

Será de vital importancia la revisión de la currícula de formación de auxiliares de enfermería.

C) LA EDUCACIÓN POPULAR COMO INSTRUMENTO GENERADOR DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD.

Aspectos Considerativos.

Partimos del convencimiento que la participación no es un hecho acabado, sino un proceso permanente y de carácter creativo y práctico.

El sujeto que ejecuta la participación, es un sujeto activo en desarrollo de su conocimiento y su consciencia, es decir, la participación creativa implica el por qué y para qué de los objetivos y también implica movilización, por lo tanto, las actividades educativas desempeñan un papel fundamental en la participación de la comunidad.

En virtud a que la participación está ligada a una realidad concreta, la educación para la participación incluye habilidades de organización, trabajo de grupo, administración y debe incluir contenidos que permitan a la comunidad adoptar decisiones sobre las necesidades más sentidas.

Metodología.

El modelo educativo para la aplicación popular en salud, se refiere a que el camino a seguir debe ser aquel que logre una coherencia lógica entre objetivos, métodos y técnicas, a partir de una concepción dialéctica del proceso del conocimiento. En este sentido, debemos partir siempre de la realidad local, para, una vez sistematizada, pasar al análisis de las causas y alternativas de solución que conforman dicha realidad, adquiriendo nuevos niveles de comprensión y teorización que nos permitan regresar a una nueva práctica enriquecida y transformadora. Para mejor comprensión de dicha afirmación describimos el proceso del modelo de cinco etapas.

- **Diagnóstico.**

La institución y la comunidad en forma conjunta entran en un proceso de análisis de la problemática local de salud, identificando problemas concretos.

Elaboración de Alternativas de Solución.

Una vez identificados los problemas, se priorizarán según las necesidades y posibilidades de solución, para luego plantear alternativas de las mismas. Todo esto con la participación de la comunidad

Selección de Alternativas de Solución.

Una vez terminada las dos fases anteriores, pasamos a ver ya la forma de llevar a la práctica las alternativas de solución, ver los cambios reales a dichos problemas identificados, buscando siempre adecuar las estrategias a las propias características de la comunidad en su forma de comportamiento.

Ejecución de Alternativas de Solución.

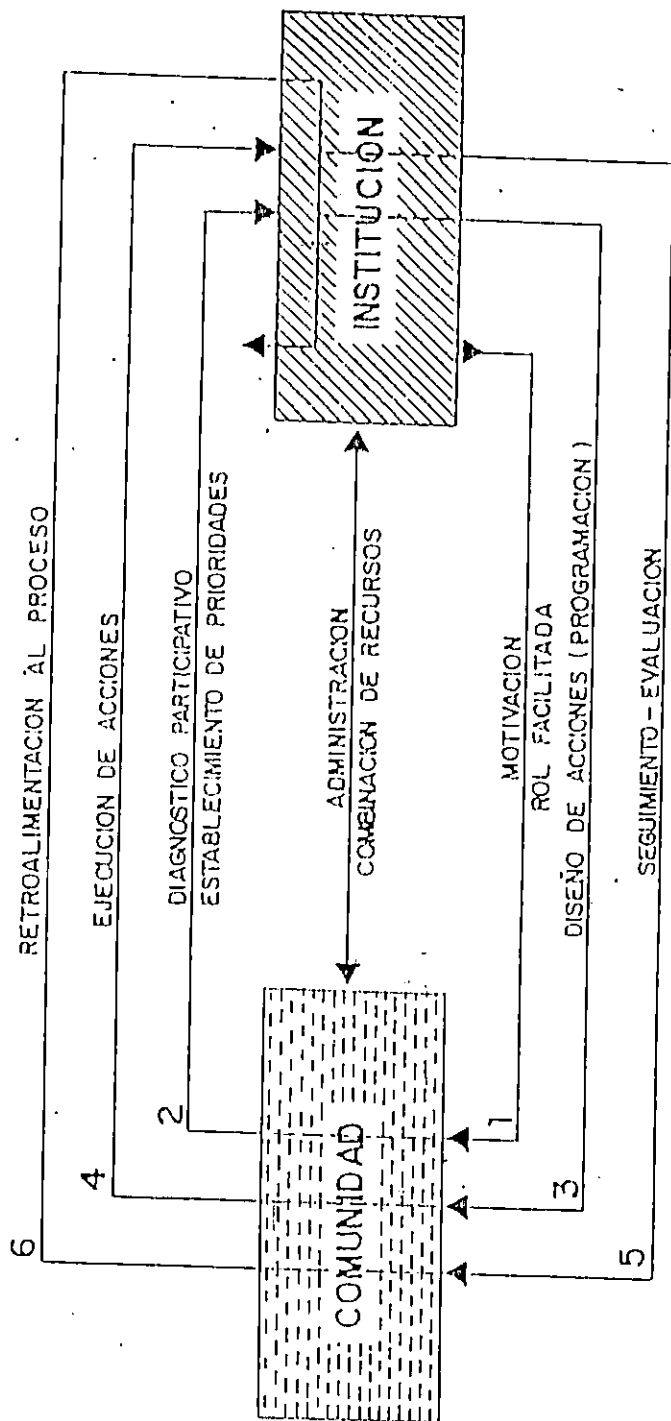
Esta etapa consiste en volver a la realidad local de salud, a los problemas identificados para actuar sobre ellos, buscando transformar dicha realidad. Esta etapa es la aplicación de las alternativas de solución a los problemas identificados. Esta confrontación nos permitirá conocer los efectos de nuestra acción, dando lugar a otra nueva realidad y otro tipo de problema.

Evaluación y Eficiencia.

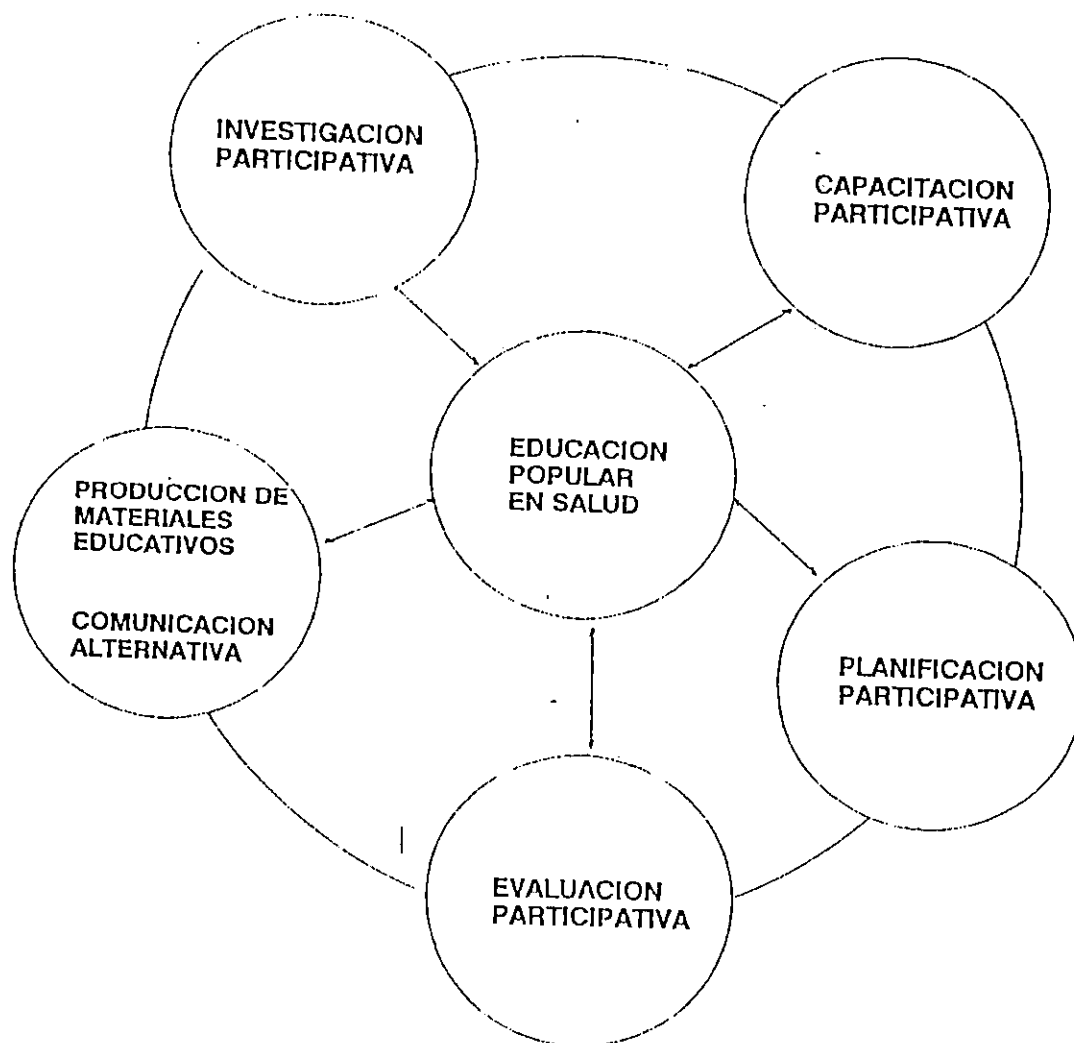
Esta etapa ya nos permite conocer los efectos producidos: el grado de eficiencia de nuestras estrategias, como también ver el margen de error, lo cual en definitiva dará lugar a una nueva realidad más enriquecida para su cambio.

Esta etapa permitirá dar pautas para una retroalimentación, tanto a nivel del diagnóstico y de la aplicabilidad de las estrategias en la práctica.

El modelo educativo estratégico a aplicarse, puede resumirse en el siguiente esquema:



IMPLICANCIAS METODOLOGICAS



ESTRUCTURA CURRICULAR.

Para la formación utilizaremos, una estructura curricular que genere una actividad pedagógica que debe estar en base a tres factores: información, ejercitación y/o aplicación y evaluación.

- A través de la información, se ponen en contacto las capacidades del educando con el conocimiento en salud y la investigación de la realidad en salud que vive una determinada comunidad; lo que exigirá que dichas capacidades se vean presionadas a desarrollarse dentro de las estructuras de pensamiento formal y el razonamiento, posibilitando de esta manera una tarea de consciencia por parte de la comunidad.

Por medio de la ejercitación y aplicación se estimulará el análisis reflexivo y el despliegue de la acción hacia la transformación del problema detectado en salud de una manera más integral, lo que exige el desarrollo de habilidades y destrezas en el R.P.S y la comunidad toda.

Por medio de la evaluación, tanto el educando como el educador, toman consciencia del nivel de educación del desarrollo individual con las demandas del currículum y la identificación de dos aspectos que merecen cambio, modificación y refuerzo.

Tomando en cuenta estos tres factores, los contenidos dentro del campo de la Educación Popular en Salud estarán en base a cuatro módulos.

- Módulo y Realidad Social:-
 - Conociendo el país
 - Conociendo la región
 - Conociendo la comunidad

- Módulo de Educación Popular en Salud :
 - Diagnóstico participativo.
 - Planificación participativa.
 - Capacitación de Recursos Humanos de la comunidad.
 - Evaluación y seguimiento con participación de la comunidad.
 - Elaboración de materiales educativos con participación de la comunidad.

- Módulo en Salud :
 - Atención Integral a la Salud de la Mujer.
 - Atención Integral a la Salud del Niño.
 - Atención Integral a la Salud del Adulto.
 - Atención del Ambiente.
 - Utilización Racional de Medicamentos.

- Módulo de Gestión :
 - Organización Popular
 - Administración Participativa
 - Utilización Racional de Medicamentos

La información sobre lo que se debe enseñar y aprender, así como el orden que debe seguir el aprendizaje se hará en base a tres criterios: Necesidad, Utilidad, Posibilidad de Aprendizaje y tiempo disponible de la comunidad.

Población Sujeto Y Objeto De La Educación.

La formación está dirigida a toda la Población priorizando al núcleo familiar de los barrios urbano-periféricos y de las áreas rurales tomando como punto de partida a las organizaciones de base, la capacitación de líderes en salud (responsables populares de salud), a los niños a través de las escuelas también se coordinará con otras instituciones de servicio ONG's, Iglesia, etc. Finalmente se aprovecharán los programas que se ejecutan en la comunidad como atención prenatal, prestación de servicios en áreas, distritos y hospitales de distrito por cuanto permiten la aglutinación de la Población.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS

Las técnicas que se usan en el proceso de Educación Popular sirven de instrumentos de apoyo y procuran crear y recrear el conocimiento, por lo tanto estimulan la participación del grupo con el que se trabaja.

Como toda herramienta de trabajo se debe saber como y cuando debe utilizarse, en este sentido se pueden citar algunos tipos de técnicas.

- **Técnicas o dinámicas vivenciales**, nos permiten conocer una determinada situación (dinámica de animación).
- **Técnicas de actuación**, con dramatización de roles, nos permite realizar diagnósticos situacionales (sociodramas, cuentos dramatizados).

- Técnicas auditivas y audiovisuales, permiten presentar un tema definido (radio, foro, películas, diagramas, etc.).
- Técnica Visuales: escrituras gráficas, que permiten recoger las intervenciones del grupo, como ser: papelógrafos, lluvia de ideas, lectura de textos, etc.

PRODUCCIÓN DE MATERIAL

A fin de garantizar una apropiada democratización de conocimientos a la comunidad, que al mismo tiempo signifique un rescate de los conocimientos acumulados por ella, se desarrollará la estrategia de producción de material educativo bajo la modalidad de investigación-acción con la propia comunidad de manera que se incorpore sus manifestaciones culturales.

De esta manera se logrará el rescate crítico de sus prácticas culturales en salud y la devolución sistemática y de retroalimentación a los servicios de salud.

La producción de material educativo involucrará los diferentes medios: cartillas, rotafolios, videos, sociodramas, radioteatros, etc.

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

Se opone al sistema tradicional de investigación, ya que el objeto de investigación se convierte en sujeto de la investigación y sus funcionalidad radica en que va dirigida a la solución de una necesidad concreta e inmediata.

La Investigación Participativa es aplicada en las metodologías participativas y forma parte de nuestras estrategias para el desarrollo de la participación comunitaria permitiéndonos el conocimiento específico de problemas concretos de donde emanan respuestas también concretas que serán revertidas a la comunidad, motivando su participación dan acciones a desarrollar.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARTICIPATIVA

Será una actividad permanente, será una estrategia más que servirá para cuantificar y cualificar los efectos multiplicadores del proyecto y para su retroalimentación.

Se realizará:

a. A partir de la comunidad misma.

Se evaluará:

- El impacto.
- La participación de los Grupos.
- El interés de los Grupos.
- El fortalecimiento de las acciones.
- El cumplimiento de los objetivos.

b. A partir de una visión globalizadora.

Se evaluará:

- El efecto multiplicador.
- El fortalecimiento del sistema regionalizado.
- La formación de responsables de salud, de líderes, de agentes intermediarios favoreciendo a la referencia y contrareferencia, de una manera cuantificada.

Bibliografía

- AZORIN POCH FRANCISCO "Curso De Muestreo Y Aplicaciones", Edit. Aguilar 1969.
- ANDER EGG "Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad", México, 1982.
- BOGGIO CARRILLO "Al Encuentro de la Salud Popular", Edit. Celats, Lima/86.
- CASTELLS M. "La Producción y un Nuevo Modelo de Acumulación Capitalita" Lima-Perú 1991.
- CARNOY, M. "La Educación como Imperialismo Cultural", Edit. Siglo XXI, México 1977.
- CULTURA POPULAR-CEPA Nicaragua Trascendencia Revolucionaria de una Metodología Educativa y Liberadora.
- CEPAL "La Participación Popular y los Principios de la Comunidad", Santiago de Chile, 1964 pp.
- CORNELY "Ideas Sobre el Planteamiento Participativo", Buenos Aires, Edit. Aguilar, 1978.
- GUIDO LEA "Participación de la Comunidad en Programas de Salud", Edit. O.P.S. O.M.S., 1987.
- GOITIA LILIAN; REYES JAVIER "Inter" 1983.
- GOROSTIAGA JAVIER "Entre el Desastre y la Esperanza" Caracas, 1991.

GREBE HORST	"Análisis de la Nueva Política Económica", Caracas Venezuela, 1985.
IFEJANT	"Teoría de la Demanda de Keynes", Edit. Puerta del Sol, Lima-Perú, 1985.
ILDIS	"Temas de Política Social: Políticas Alternativas de Salud", La Paz - Bolivia, 1986.
INE	"Bolivia en cifras 1985", La Paz, 1986.
INE	"Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda, 1986", La Paz-Bolivia, 1986.
IRIARTE GREGORIO	"Esquemas para la Interpretación de la Realidad Boliviana" Edit. SEAPAS 1995.
JIMENES EDGAR	"Liberalismo y Pobreza en América Latina, Edit. Cultura Popular, Paraguay, 1990.
LABARCA, -GUILLERMO	"Economía Política de la Educación", Edit. Nueva Imagen, México, 1987.
LAURIN FRENETTE NICOLE	"Historias Funcionalistas de las Clases Sociales: Sociología e Ideología Burguesa", Edit. Siglo XXI, 1986.
MANTILLA JULIO	"Bolivia Salud y Conciencia Nacional", 1987 UNICEF.
MANTILLA JULIO	"Análisis de la Nueva Política Económica" (La Pedagogía de lo Antinacional), Edit. UMSA-1989.

MARX, CARLOS	"Contribución a la Crítica de la Economía Política, Edit. PROGRESO, México, 1981.
MARX, CARLOS	"El Capital", Edit. Fondo de Cultura Económica, México D.F. 1980.
MINISTERIO DE SALUD	"Bases para la Política de la Salud del Gobierno Democrático y Popular" Julio/1983.
MORALES ROLANDO	"Bolivia Efectos Sociales de la Crisis y de las Políticas de Ajuste", Edit. ILDIS, La Paz, 1987
M.P.S.S.P.	"Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático y Popular", Julio/1982.
M.P.S.S.P.	"Plan Trienal de Salud, Agosto, 1987
M.P.S.S.P.	"Plan Integral de Actividades en Areas de Salud", PROPECS. Vol. II 1985.
M.P.S.S.P.	"Plan de Salud 1987".
M.P.S.S.P.	"Atención Primaria de Salud", 1978, Bolivia.
M.P.S.S.P.	"Plan Global de Salud", 1985-1988.
M.P.S.S.P.	"Plan de Acciones Inmediatas", Bolivia, 1986.
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	"Educación Higiénica del Público", 1963.
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	"Declaración de ALMA ATHA", URSS-1986.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	"Participación Social en los Sistemas Locales de Salud", 1987.
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	"Plan de Acción Para la Instrumentación de las Estrategias Regionales", México, 1989.
PARSONS, TALCOTT	"El Sistema Social", Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública (mimeo, 1960).
SIME LUIS	"Los Discursos de la Educación Popular", Edit. TAREA, Lima - Perú, 1991.
SPIRIN L.F.	"Métodos de Investigación Pedagógica", Edit. QUINTO SOL, Habanna, Cuba, 1984.
TAREA	"Encuentro Nacional de Educación Popular", Lima-1979, Conclusiones Generales.
TORREZ G. JAVIER	"Políticas Alternativas de Salud", ILDIS, Bolivia 1987.
UNICEF	"La Niñez Abandonada en Bolivia", 1987.
URRUTIA BELONA	"Salud Popular", Edit. Celats, Lima 1985.
VASCO URIBE	"Salud, Medicina y Clases Sociales", Edit. Mosca Azul, México, 1985.
VERA GIANATTEN	Organización Campesina: Objetivo de la Educación Popular", Edit. TAREA 1987.

A N E X O S

FAMILIAS

CODIGO DE ARCHIVO

1. IDENTIFICACION

1.1. Departamento.....

1.2. Distrito.....

1.3. Area.....

1.4. Sexo 1.4.1. Masculino 1.4.2. Femenino

1.5. Cuántos años tiene?.....

1.6. De cuántos miembros se compone su familia?...

2. IDENTIFICACION SOCIO CULTURAL

2.1. Qué idioma (s) habla?

- 2.1.1. Castellano.....
- 2.1.2. Aymara.....
- 2.1.3. Quechua.....
- 2.1.4. Otro (especifique).....

2.2. Hasta qué curso realizó sus estudios?

- 2.2.1. Analfabeto.....
- 2.2.2. Básico.....
- 2.2.3. Intermedio.....
- 2.2.4. Medio.....
- 2.2.5. Superior u otro.....

2.3. A qué organización pertenece?

- 2.3.1. Ninguna.....
- 2.3.2. Club de madres.....
- 2.3.3. Club deportivo o cultural.....
- 2.3.4. Junta de vecinos.....
- 2.3.5. Comité Popular de Salud.....
- 2.3.6. Sindicato o gremio.....
- 2.3.7. Otro (especifique).....

3. INFORMACION ECONOMICA

3.1. Usted trabaja?

3.1.1. Sí

3.1.2. No

Pase a la preg. 3.4.

3.2. Como trabaja?

3.2.1. Patrón...

3.2.4. Trabajador por cuenta propia

3.2.2. Obrero...

3.2.5. Trab. Familiar no remunerado

3.2.4. Empleado.

3.2.6. Empleada doméstica.....

3.3. Cuántos días trabajó el mes de julio?

3.4. Aproximadamente cuánto fue el ingreso total de la familia el mes de julio?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CONDICIONES DE VIVIENDA

4.1. Su vivienda es propia?

4.1.2. Sí.....

4.1.2. No.....

4.2. Cuántos dormitorios tiene?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. Tiene cocina, separada del dormitorio?

4.3.1. Sí.....

4.3.2. No.....

4.4. Tiene baño propio?

4.4.1. Sí.....

4.4.2. No.....

4.5. Tiene luz eléctrica?

4.5.1. Sí.....

4.5.2. No.....

4.6. Tiene alcantarillado?

4.6.1. Sí

4.6.2. No

4.7. Tiene agua?

4.7.1. Sí

4.7.2. No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SERVICIOS DE SALUD

5.1. Está asegurada (o) a algún servicio de salud?

5.1.2. Sí.....

5.1.3. No.....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

6. DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL MINISTERIO:	7. CONOCE?	8. UTILIZO ALGUIEN DE LA FAMILIA	9. DONDE? (VER COD)
ATENCION AL NIÑO			
1. CENTRO INFANTIL DE LECHE (CIL)			
2. CENTRO INTEGRAL INFANTIL (CII)			
3. CONTROL DE DIARREAS (UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL, URO)			
4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)			
5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)			
6. DESPARASITACION			
7. CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)			
8. SALUD ORAL (FLUORIZACION)			
ATENCION A LA MUJER			
9. CONTROL PRE NATAL			
10. PARTO GRATUITO			
11. CONTROL POST NATAL			
OTROS PROGRAMAS			
12. LUCHA CONTRA EL BOCIO			
13. LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS			
14. LUCHA CONTRA LAS ANEMIAS			
15. LUCHA CONTRA LA SARNA			
16. EDUCACION			

CODIGOS PARA LA PREGUNTA 9 .		
1. PUESTO MEDICO	4. CLINICA O CONSULT.PRIV.	7. COMITES POP. DE SALUD
2. CENTRO DE SALUD	5. COLEGIO .	8. CURANDERO O PARTERO
3. HOSPITAL	6. CAMPANAS DE MOV.	9. OTROS

Sólo si contestó pregunta 9 (códigos 4 a 9)

10.1. Por qué no utilizó los servicios de salud del Ministerio?

- 10.1.1. Es muy lejos.....:.....
- 10.1.2. Inadecuado horario de atención.....
- 10.1.3. Mal trato.....
- 10.1.4. Cambio frecuente de personal.....
- 10.1.5. Caro el servicio.....
- 10.1.6. Otro (especifique).....

10.2 A través de que le gustaría conocer los programas de salud?

- 10.2.1. Comités populares de salud?
- 10.2.2. Junta de vecinos.....
- 10.2.3. Clubes de madres.....
- 10.2.4. Radio.....
- 10.2.5. Televisión.....
- 10.2.6. Periódicos.....
- 10.2.7. Cartillas.....
- 10.2.8. Afiches.....
- 10.2.9. Otros.....

10.3 En lo que va del año, cuántas veces ha visitado su casa el personal de Salud del Ministerio?

--	--

10.4 La última vez que se enfermó alguien de la familia, era:

- 10.4.1. Menor de 5 años
- 10.4.2. De 5 a 15 años
- 10.4.3. Mayor de 15 años

10.5. Quién lo atendió?

- 10.5.1. Nadie (pase a la pregunta 10.8)
- 10.5.2. Se automedica (pase a la pregunta 10.8)
- 10.5.3. Seguro de Salud
- 10.5.4. Puesto médico

- 10.5.5. Centro de salud
- 10.5.6. Hospital
- 10.5.7. Consultorio privado
- 10.5.8. Farmacia
- 10.5.9. Curandero o partera
- 10.5.10. Otros (especifique)

- 10.6. El servicio que se le dio fue?
 - 10.6.1. Bueno (pase a la pregunta 10.8.)
 - 10.6.2. Regular
 - 10.6.3. Malo

- 10.7. Por qué fue regular o malo el servicio?
 - 10.7.1. Mal trato
 - 10.7.2. Es muy lejos
 - 10.7.3. No le entendieron lo que explicó
 - 10.7.4. Muy claro
 - 10.7.5. Otros (especifique)

- 10.8. Cómo está ahora el familiar que se enfermó?
 - 10.8.1. Sano
 - 10.8.2. Continúa enfermo
 - 10.8.3. Murió

- 10.9. Qué medio de transporte utilizaría para llegar al puesto médico del Ministerio más próximo?
 - 10.9.1. Caminando
 - 10.9.2. Transporte público
 - 10.9.3. No sabe (pase a la preg. 10.11)

10.10. Cuánto tiempo se demora en llegar (en minutos)

--	--

3. PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD	4. CONOCE?	5. PARTICIPIPO?	6. COMO SE ENTERO (VER CODIGO ABAJO)	7. EN QUE PROGRAMA LE GUSTARIA PARTICIPAR?	8. COMO PARTICIPARIA? (VER CODIGOS ABAJO)
ATENCION AL NIÑO					
1. CENTRO INFANTIL DE LECHE (CIL)					
2. CENTRO INTEGRAL INFANTIL (CII)					
3. CONTROL DE DIARREAS (URO-P)					
4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)					
5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)					
6. DESPARASITACION					
7. CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)					
8. SALUD ORAL (FLUORIZACION)					
ATENCION A LA MUJER					
9. CONTROL PRE NATAL					
10. PARTO GRATUITO					
11. CONTROL POST NATAL					
OTROS PROGRAMAS					
12. LUCHA CONTRA EL BOCIO					
13. LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS					
14. LUCHA/ANEMIAS					
15. LUCHA/SARNA					
16. EDUCACION					

10.11 Cuáles serían los problemas de salud en su comunidad?

- 10.11.1 problemas de saneamiento ambiental
- 10.11.2. Problemas de servicios
- 10.11.3. Problemas de salud
- 10.11.4. Problemas económicos
- 10.11.5. Otros (especifique)

10.12. Qué propondría usted para mejorar los Servicios de Salud del Ministerio?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

--

OBSERVACIONES
.....
.....
.....
.....
.....

9. CONTROL PRE NATAL							
10. PARTO GRATUITO							
11. CONTROL POST NATAL							
OTROS PROGRAMAS							
12. LUCHA CONTRA EL BOCIO							
13. LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS							
14. LUCHA CONTRA LAS ANEMIAS							
15. LUCHA CONTRA LA SARNA							
16. EDUCACION							

CODIGOS PARA LA PREGUNTA 10 (SI CONTESTO REGULAR O MALO)

1. FALTA DE INSUMOS	4. FALTA DE PARTICIPACION SOCIAL
2. FALTA DE PERSONAL DEL MINISTERIO	5. OTROS (ESPECIFIQUE)
3. FALTA DE INFORMACION DE LA COMUNIDAD

11. Qué propondría para mejorar los programas del Ministerio?

11.1. Mejorar la infraestructura

.....

11.2. Mejorar la provisión de insumos

.....

11.3. Mejorar el nivel salarial

.....

11.4. Descentralizar las decisiones técnico administrativas

11.5. Dar mayor participación a las organizaciones de base en la planificación, ejecución y evaluación de programas.

- 11.6. Lograr mayor participación a las organizaciones de base en la ejecución de los programas.
- 11.7. Elevar el nivel de capacitación del personal
- 11.8. Mejorar los sistemas de información a la comunidad de los programas del Ministerio
- 11.9. Otros (especifique).....

12. De haber contestado 11.5 y 11.6 cómo se debe llevar a cabo esta participación?

- 12.1. A través de los representantes de las organizaciones de base.....
- 12.2. A través de entrevistas directas a la población.
- 12.3. A través de los profesionales que hacen práctica privada.....
- 12.4. Otra (especifique).....

13. Qué medios de información recomendaría para que los programas del Ministerio lleguen a la comunidad?

- 13.1. Comités populares
- 13.2. Información directa (visitas a las familias) a cargo del personal del Ministerio
- 13.3. Radio.....
- 13.4. Televisión.....
- 13.5. Periódico.....
- 13.6. Cartillas o manuales
- 13.7. Otros (especifique)

14. Coordina sus actividades con otras instituciones que trabajan con salud?

14.1. Sí No (Pase a la pregunta 17)

15. De ser Si, indicar con qué instituciones

- 15.1. Alcaldía.....
- 15.2. Corporación de Desarrollo.....
- 15.3. Escuela
- 15.4. Organizaciones no gubernamentales.....
- 15.6. Consultorios privados.....
- 15.7. Parteras y curanderos
- 15.8. Clubes de madres
- 15.9. Comités populares de salud
- 15.10. Otros (especifique)

16. Cómo se da esta coordinación?

- 16.1. Convenios
- 16.2. Campañas de vacunación
- 16.3. Reuniones de programación
- 16.4. A iniciativa propia de estas instituciones..
- 16.5. Otros (especifique)

17. De no existir coordinación con otras instituciones, cree usted que debería coordinarse?

- 17.1. Si
- 17.2. No (pase a la pregunta 19)

18. Cómo debería darse esa coordinación?

- 18.1. Convenios de trabajo
- 18.2. En el diagnóstico de los problemas de salud
- 18.3. En la planificación de los programas
- 18.4. En la ejecución de los programas
- 18.5. En la evaluación de los programas
- 18.6. Otras (especifique)

19. Considera usted que las organizaciones o personas que trabajan en salud deberían participar en los diferentes programas de salud?

- 19.1. Si
- 19.2. No (Termina la boleta)
- 20. Qué organizaciones o personas deberían participar?
 - 20.1. Partera
 - 20.2. Curandero
 - 20.3. Cooperativa
 - 20.4. Organizaciones no gubernamentales
 - 20.5. Iglesia
 - 20.6. Corporaciones de desarrollo
 - 20.7. Escuelas
 - 20.8. Alcaldías
 - 20.9. Comités populares de salud
 - 20.10. Otros (especifique)

FECHA -----

SERVICIOS SUSTITUTOS

BOLETA Nº4 (anexo Nº 5)

CODIGO DE ARCHIVO

--	--	--

1. IDENTIFICACION

- 1.1. Distrito

--
- 1.2. Nombre de la organización

--
- 1.3. Cargo que ocupa en la organización

--
- 1.4. Número de miembros que dirigen la organización (oferta)

--
- 1.5. Número de beneficiarios de esta organización (demanda)

--

2. INFORMACION DE SALUD

2.1. Cuáles son los servicios básicos que existen en su zona?

- 2.1.1. Agua potable

--
- 2.1.2. Alcantarillado

--
- 2.1.3. Luz eléctrica

--
- 2.1.4. Baños públicos

--
- 2.1.6. Recolección de basura

--
- 2.1.7. Hospital

--
- 2.1.8. Campos deportivos

--
- 2.1.9. Otros (especifique)

--

2.2. Qué servicios de salud ofrece su Organización a la Comunidad?

Medicina curativa

- 2.2.1. Diagnóstico especializado

--
- 2.2.2. Diagnóstico general

--
- 2.2.3. Perinatal (prenatal, parto y postnatal).....

--
- 2.2.4. Cirugía

--
- 2.2.5. Primeros auxilios

--
- 2.2.6. Otros (especifique)

--

Medicina preventiva

- 2.2.7. Participación en las campañas de movilización
- 2.2.8. Charlas educativas (mitines, etc.)
- 2.2.9. Publicación de cartillas
- 2.2.10. Programa radial o TV
- 2.2.11 Otros (especifique) :.....

2.3. Existen problemas de salud en su zona?

- 2.3.1. Sí
- 2.3.2. No (pase a la pregunta 2.5)

2.4. Cuáles son las principales causas?

- 2.4.1. Falta de agua potable
- 2.4.2. Falta de alcantarillado
- 2.4.3. No erradicación de los basurales
- 2.4.4. Bajo nivel de instrucción de la población
- 2.4.5. Bajo nivel de instrucción de la población
- 2.4.6. Insuficientes servicios prestados por el Ministerio de Salud
- 2.4.7. Insuficiencia de los servicios prestados por ustedes.....
- 2.4.8 Otros (especifique)

2.5. ¿Cuántas organizaciones o personas similares a la suya hay en su zona?

2.6. Se establecen relaciones de coordinación y trabajo con otras instituciones?

- 2.6.1. Sí
- 2.6.2. No (pase a la pregunta 2.8.).....

2.7. Con qué organizaciones?

- 2.7.1. Ministerio de Salud
- 2.7.2. Alcaldía
- 2.7.3. Corporación de Desarrollo
- 2.7.4. Escuelas
- 2.7.5. Organizaciones no gubernamentales

2.7.6. Iglesia	<input type="text"/>
2.7.7. Comités populares de salud	<input type="text"/>
2.7.8. Otros (especifique)	<input type="text"/>
2.8. Existen dificultades en la prestación de su servicio?	
2.8.1. Sí	<input type="text"/>
2.8.2. No (pase a la pregunta 4)	<input type="text"/>
2.9. Cuáles son las principales causas?	
2.9.1. Falta de infraestructura	<input type="text"/>
2.9.2. Bajo nivel de ingreso de la población	<input type="text"/>
2.9.3. Restricciones legales	<input type="text"/>
2.9.4. Falta de coordinación con los servicios de salud del Ministerio	<input type="text"/>
2.9.5. Excesiva competencia	<input type="text"/>
2.9.6. Otros (especifique)	<input type="text"/>

3. DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL MINISTERIO:	4. CONOCE?	5. PARTICI- CIPO?	6. COMO SE ENTERO? (VER COD)	7. COMO PARTICIPA- RIA? (VER COD)
ATENCION AL NINO				
1. CENTRO INFANTIL DE LECHE (CIL)				
2. CENTRO INTEGRAL INFANTIL (CII)				
3. CONTROL DE DIARREAS (UN- IDAD DE REHIDRATACION ORAL, URO)				
4. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)				
5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)				
6. DESPARASITACION				
7. CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CYD)				
8. SALUD ORAL (FLUORIZ- ACION).				
ATENCION A LA MUJER				
9. CONTROL PRE NATAL				
10. PARTO GRATUITO				
11. CONTROL POST NATAL.				
OTROS PROGRAMAS				
12. LUCHA CONTRA EL BOCIO				
13. LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS.				
14. LUCHA CONTRA LAS ANE- MIAS				
15. LUCHA CONTRA LA SARNA..				
16. EDUCACION				
.....				

CODIGOS PARA PREG. 6	CODIGOS PARA LA PREG. 7
1. Comité popular de salud	1. Participando en las campañas
2. Funcionarios del ministerio	2. Ofreciendo infraestructura
3. Radio	3. En la planificación del servicio
4. Televisión	4. Otros (especifique)
5. Periódico	
6. Cartilla	
7. Otro (especifique)	

8. El médico del área participa en el trabajo que Uds. realizan?

8.1. Sí

8.2. No (pase a la pregunta 10)

9. Cómo participó?

9.1. Los visita

9.2. Da charlas

9.3. Otros (especifique)

10. Cuáles son las quejas más frecuentes de la población respecto a los programas de salud del Ministerio?

10.1. Deficiente infraestructura

10.2. Falta de medicamentos

10.3. Poco personal

10.4. Mal trato a los pacientes

10.5. Bajo nivel profesional del personal

10.6. Continuidad del personal médico y paramédico

10.7. Mucha distancia

10.8 Otros (especifique)

<p>OBSERVACIONES</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

OBSERVACION PARTICIPANTE

BOLETA Nº5 (anexo Nº 6)

CODIGO DE ARCHIVO

--	--	--	--

1. IDENTIFICACION

1.1. Distrito.....

--

1.2. Area.....

--

2. INFORMACION DE SALUD

2.1. Infraestructura

2.1.1. Excelente.....

--

2.1.2. Buena.....

--

2.1.3. Regular.....

--

2.1.4. Mala.....

--

2.2. Afluencia de pacientes

2.2.1. Alta.....

--

2.2.2. Regular.....

--

2.2.3. Baja.....

--

2.3. La Unidad Sanitaria estimula con programas de alimentos

2.3.1. Sí

--

2.3.2. No

--

2.4. Cumplimiento de horarios

2.4.1. Adecuado

--

2.4.2. Regular

--

2.4.3. Deficiente

--

2.5. Horario de trabajo: De A

2.6. Condiciones de higiene del Centro de Atención

2.6.1. Excelente

--

2.6.2. Buena

--

2.6.3. Regular

--

2.6.4. Mala

--

OBSERVACION PARTICIPANTE

BOLETA Nº6 (anexo Nº7)

CODIGO DE ARCHIVO

--	--	--

1. IDENTIFICACION

- 1.1. Distrito

--
- 1.2. Area

--

2. INFORMACION DE SALUD

- 2.1. Cómo se inicia el uso del servicio?
 - 2.1.1. Uso de carnet especial

--
 - 2.1.2. Sacar ficha

--

 - 2.1.2. Gratuita.....

--
 - 2.1.2. Pagada.....

--

- 2.1.2. Importe.....

--	--	--
 - 2.1.3. Directamente al consultorio.....

--	--

2.2. Diagnóstico

- 2.2.1. Simplemente preguntas

--
- 2.2.2. Con auscultación

--
- 2.2.3. Piden análisis.....

--

2.3. Le explicó porqué se enfermó?

- 2.3.1. Sí

--
- 2.3.2. No

--

2.4. De precisar recurrir al especialista o análisis

- 2.4.1. Deriva dentro de la unidad sanitaria

--
- 2.4.2. Deriva a consulta externa

--
- 2.4.3. Deja a criterio del paciente

--
- 2.4.4. No le comenta nada

--

2.5. Lo citó para su control

- 2.5.1. Sí

--
- 2.5.2. No

--

2.6. Dónde?

- 2.6.1. Dentro el centro de atención
- 2.6.2. En su consultorio privado
- 2.6.3. Deja a criterio del paciente

2.7. Si le recetaron medicamentos

- 2.7.1. Le proporcionaron en el Centro de Atención ..
- 2.7.2. Tuvo que comprar
- 2.7.3. Importe.....

2.8. Qué medicamentos

2.9. El trato humano que recibió del personal fue:

- 2.9.1. Excelente
- 2.9.2. Bueno
- 2.9.3. Regular
- 2.9.4. Malo

2.10. Qué tiempo duró la consulta?

--

2.11. Tuvo problemas para comunicarse con la persona que le atendió?

- 2.11.1. Si
- 2.11.2. No
