



UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLÍVAR”

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

CURSO DE MAESTRÍA EN “SALUD PÚBLICA”

**“FACTORES QUE DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN DE LA
COMUNIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL
BOLIVIANO HOLANDÉS Y SU RED DE SERVICIOS EN LA
CIUDAD DE EL ALTO”**

Tesis presentada para obtener el Grado Académico
de Magíster en “Salud Pública”

ALUMNA : Dra. Elizabeth Katherine Bustinza Soto

TUTOR : MsC. Carolina Sölle de Hilari

**SUCRE – BOLIVIA
AÑO 2006**



UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLÍVAR”

SEDE CENTRAL

Sucre – Bolivia

CURSO DE MAESTRÍA EN “SALUD PÚBLICA”

**“FACTORES QUE DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN DE LA
COMUNIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL
BOLIVIANO HOLANDÉS Y SU RED DE SERVICIOS EN LA
CIUDAD DE EL ALTO”**

Tesis presentada para obtener el Grado Académico
de Magíster en “Salud Pública”

ALUMNA : Dra. Elizabeth Katherine Bustinza Soto

**SUCRE – BOLIVIA
AÑO 2006**

DEDICATORIA

Con eterna gratitud a mis señores padres Isabel y Víctor, por su constante apoyo en mis estudios, formación personal y profesional.

A mi esposo James y mis hijos André e Isabel.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme vida y salud física, mental, emocional y espiritual.

Un profundo agradecimiento a la Universidad "Andina Simón Bolívar" y a mis profesores por sus sabias enseñanzas impartidas durante mi formación académica.

RESUMEN

Este estudio tuvo como finalidad recoger y analizar las percepciones de una red ciudadana de usuarios de servicios de salud sobre la participación de la comunidad en la gestión del Hospital Boliviano Holandés (HBH) y la red de servicios, centro de 2do nivel de la Ciudad de El Alto.

El Hospital y la red de servicios del distrito 1 de El Alto fueron adjudicados por una parte el Municipio y por otra la Embajada de Holanda a una ONG sin fines de lucro, quién enfatizo en la viabilidad económica del Hospital y dejando de lado los Centros de Salud de la Red. La red de servicios fue perdiendo credibilidad por parte de los usuarios y esto generó desencuentros entre el Hospital, la red de servicios y la comunidad.

Entre los actores del distrito existen distintas percepciones sobre cómo se debería estructurar la red de salud. Mientras unos entienden que la gestión y accionar del Hospital es una cosa y la de los centros de salud otra cosa, existen otras opiniones que argumentan que hay que entender a la red en toda su dimensión.

La pregunta del problema fue: ¿Cuales son las dificultades que tiene la participación de la comunidad en el sistema de salud de la gestión del HBH y la Red de servicios?. Se planteo en base a la necesidad de conocer el descontento general manifestado por los usuarios y el desencuentro que existe entre los diferentes actores de la comunidad participante en la gestión.

El objetivo general del problema fue describir los factores que dificultan la participación en la comunidad. En base a estos objetivos se plantearon los objetivos específicos; el primero es identificar las percepciones de la comunidad sobre la gestión del HBH y la Red de Servicios, segundo objetivo conocer las percepciones de los proveedores sobre la gestión del HBH y la red de servicios, el tercer objetivo conocer las limitaciones de la comunidad en su

participación en el sistema de salud de la gestión del HBH y la red de servicios y como cuarto objetivo identificar las limitaciones del Hospital y la red de servicios en la integración de la comunidad.

Se diseñó un estudio metodológico cualitativo con enfoque en la Investigación Participativa, conocido en las ciencias sociales, este enfoque, hace uso de técnicas participativas donde los estudiados se convierten en investigadores de su propia realidad,

La sistematización de la información fue en base a fichas técnicas, para facilitar las categorías de análisis. Al finalizar la sistematización por técnica de estudio se agruparon estas fichas en una memoria final por Junta vecinal y finalmente se consolidó en un solo documento las memorias finales de la Juntas vecinales.

Los resultados de la Investigación divididos en cuatro categorías de análisis; la percepción de la comunidad sobre la gestión del Hospital y la red de servicios, percepciones de los proveedores sobre la gestión del Hospital y la red de servicios, limitaciones de la participación en la gestión del HBH y la red de servicios y las limitaciones del Hospital y la red de servicios para integrar a la comunidad. Asimismo en este estudio se logró que los participantes reconozcan sus potencialidades que tienen y manifiesten sus sugerencias para mejorar los problemas de salud de la comunidad.

Las conclusiones de este estudio a partir de los resultados obtenidos muestran que la participación de la comunidad en la gestión del HBH y la red de servicios, esta limitada a niveles de representatividad de las organizaciones de base, en tanto que la sociedad civil no es consultada en las demandas de sus necesidades prioritarias en salud; otro factor limitante es tener una comunidad poco informada de sus derechos, como también desconocimiento del contexto social por parte de los proveedores; y finalmente otro factor limitante, la coordinación entre actores e instituciones es poco efectiva, hecho que impide al proceso de integración de la comunidad en el sistema de salud.

Las recomendaciones de este estudio se resumen en fortalecer las organizaciones de base para mejorar el proceso participativo en la gestión en salud, crear mecanismos articuladores para coordinar con los diferentes sistemas, difundir las políticas del nivel central y municipal, generar un aprendizaje, y evaluar el modelo de gestión.

ABREVIATURAS

M.S.D.	=	Ministerio De Salud y Deportes
H.B.H.	=	Hospital Boliviano Holandés
DILOS	=	Directorio Local de Salud
ONGs	=	Organizaciones no Gubernamentales
APS	=	Atención Primaria de Salud
GS	=	Gestión Social
SUMI	=	Seguro Universal Materno Infantil
POA	=	Plan Operativo Aval
INE	=	Instituto Nacional de Estadística
GMA	=	Gobierno Municipal del Alto
SEDES	=	Servicio Departamental de Salud
C.V.	=	Comité de Vigilancia
PNS	=	Política Nacional de Salud
CNS	=	Caja Nacional de Salud
LPP	=	Ley de Participación Popular
DA	=	Descentralización Administrativa
SBS	=	Seguro Básico de Salud
MSPS	=	Ministerio de Salud y Previsión Social
SBS	=	Sistema Boliviano de Salud

OMS	=	Organización Mundial de la Salud
ODS	=	Organización Panamericana de Salud
IAP	=	Investigación Acción Participación
IP	=	Investigación Participativa
JV	=	Juntas Vecinales
JE	=	Juntas Escolares

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE.....	iii

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 OBJETIVO GENERAL:	4
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	4
4. CONTEXTO	5
4.1. CONTEXTO DEL LUGAR DE ESTUDIO	5
4.1.1. Descripción de la Ciudad de El Alto.....	5
4.1.2. El Hospital Municipal Boliviano Holandés y la Red	8
4.2. CONTEXTO SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE BOLIVIA	10
4.2.1. Niveles de Gestión	10
4.2.1.1 Nacional.....	10
4.2.1.2 Departamental	11
4.2.1.3 Municipal.....	11
4.2.2. El Dilos.....	11
4.2.3. Redes de Salud	13
4.2.3.1. Red Municipal de Salud	13
4.2.3.2. Red departamental de salud	13

4.2.4. Red Social de Salud.....	14
4.2.5. Niveles de Atención en Salud	16
4.2.5.1. Primer nivel.....	16
4.2.5.2. Segundo nivel	16
4.2.5.3. Tercer nivel	16
4.2.6. Indicadores de Salud en Bolivia.....	17
5. INVESTIGACIONES PREVIAS EN ESTE CONTEXTO.....	17

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

I. PARTICIPACIÓN	19
1.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	19
1.2 PARTICIPACIÓN Y EDUCACIÓN	21
1.3. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD	21
1.4. LA CAPACIDAD DEL GOBIERNO PARA INVOLUCRAR A LA SOCIEDAD CIVIL	22
2. DESCENTRALIZACIÓN	22
2.1. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD.....	23
3. GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y TEORÍA DE SISTEMAS	25
3.1. GESTIÓN SOCIAL.....	32
3.2 EL PROCESO DE CAMBIO EN LA GESTIÓN DE SALUD	34
3.3. DEMOCRACIA Y SUS LIMITACIONES EN LA GESTIÓN PÚBLICA	38
3.3.1 Crisis de la capacidad de influencia.....	38
3.3.2 Crisis de Representatividad	39
3.3.3 Crisis en la eficacia del Estado	39

3.4. GESTIÓN HOSPITALARIA.....	40
3.4.1. HOSPITAL	40
3.4.2. Evolución de los hospitales.....	40
3.4.3. Causas de la Crisis Hospitalaria Pública.....	41
3.4.4. Peso de los hospitales en los gastos públicos de salud.....	42
3.4.5. Peso del hospital público en la legitimidad de los sistemas de salud	42
3.4.6. Integrarse a redes	43
3.4.6.1 Las ventajas de integrarse a redes de los hospitales.....	43
3.4.7 Funciones de un hospital	43
4. INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL EN SALUD	44
4.1. NIVELES DE INTEGRACIÓN	45
5. LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR Y LEY DE LA DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA	46
5.1 LEY 1551 LEY DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR	46
5.2 LEY 1654 LEY DE LA DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	46
6. DERECHOS Y EJERCICIOS DE CIUDADANÍA.....	48
7. ORGANIZACIÓN SOCIAL Y ACTORES SOCIALES.....	50
7.1 ORGANIZACIONES SOCIALES COMO IDENTIDAD	51

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y ENFOQUE DE ESTUDIO	53
1.1. DEFINICIÓN DE ESTUDIO DE CASO	56
2. UNIVERSO Y MUESTRA	57
2.1 UNIVERSO DE ESTUDIO	57

2.2 MUESTRA DEL ESTUDIO.....	57
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	58
2.3.1 Criterios de inclusión para entrevistas con participantes claves	58
2.3.2 Criterios de exclusión para entrevista con participantes clave.....	58
2.3.3 Criterios de inclusión en los grupos focales	58
2.3.4 Criterios de exclusión en los grupos focales	59
3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE	59
3.2 PROCESO DE VALIDACIÓN Y CAPACITACIÓN	59
3.3 INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD SOBRE LOS TALLERES.....	60
3.4 CONVOCATORIA A LOS TALLERES	60
3.5 LUGARES DE REALIZACIÓN DE LOS TALLERES.....	61
4. HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
4.1 TÉCNICAS DRP EN LOS GRUPOS FOCALES	62
4.1.1 Mapas parlantes	62
4.1.2 Línea de tendencia.....	64
4.1.3 Diagramas de Venn	65
4.1.4 Mapas del Cuerpo.....	68
4.1.5 Dinámica de trabajo en grupo	69
4.1.5.1 La presentación por partes	69
4.1.5.2 La técnica de doblando papeles	69
4.1.5.3 La técnica de los nudos	70
4.1.5.4 La dinámica en V	70
4.1.5.5 La escucha activa	70
4.2 ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	70

5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	71
5.1 TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	71
5.1.1 Niveles de triangulación	71
5.1.1.1 Según tipos de técnicas	71
5.1.1.2 Según las fuentes de información.....	71
5.1.1.3 Según diferentes lugares de estudio.....	72
5.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	72
5.3 SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	73
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	73
6.1 CONFIDENCIALIDAD.....	73
6.2 BENEFICENCIA O NO MALEFICENCIA	74
6.3 JUSTICIA.....	74
6.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD SOBRE LA GESTIÓN DEL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDÉS	75
1.1 LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL HBH Y SU RED DE SERVICIOS	75
1.2 COSTO DE LA ATENCIÓN	76
1.3 EL TRATO DEL PERSONAL Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN	76
1.4 DESCONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	77
2. PERCEPCIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO SOBRE	

LA GESTIÓN DEL HBH Y LA RED DE SERVICIOS	79
2.1 NO FUNCIONA BIEN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA.....	79
2.2 INESTABILIDAD LABORAL.....	80
2.3 DESCONOCIMIENTO DE LOS PROVEEDORES DE LAS ORGANIZACIONES DE BASE	80
3. LIMITACIONES DE LA COMUNIDAD EN SU PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL Y LA RED DE SERVICIOS	81
3.1 POCO PODER DE CONVOCATORIA POR PARTE DE LAS DIRECTIVAS DE LAS JUNTAS VECINALES.....	81
3.2 DESORGANIZACIÓN EN LAS JUNTAS VECINALES	82
3.3 PODER CONCENTRADO	83
3.4 CONFUSIÓN DE ROLES AL INTERIOR DE LAS JUNTAS VECINALES ..	84
3.5 PARTICIPACIÓN INTERSECTORIAL	85
3.5.1 La familia y su rol en la salud.....	85
3.5.2 La participación de la Iglesia.....	86
3.5.3 Instituciones Educativas.....	87
3.5.4 Relación de las Juntas Escolares con los Vecinos	88
3.5.5 El DILOS	88
4. LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS DE LA RED PARA INTEGRAR A LA COMUNIDAD	89
4.1 DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	89
4.2 LUGARES DE ACCESO RÁPIDO PARA BUSCAR ATENCIÓN EN SALUD	90
4.3 LA MEDICINA TRADICIONAL AL ALCANCE DE LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD.....	90
4.4 CONCEPCIONES DE LOS VECINOS SOBRE SALUD	91

4.4.1 Enfermedad	91
4.5 PRIORIDADES EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD.....	93
4.5.1 Presencia de Basurales	93
4.5.2 Inseguridad Ciudadana.....	95
4.5.3 La falta de alumbramiento público	95
4.5.4 La falta de alcantarillado	96
4.5.5 Deslizamientos.....	96
4.5.6 Cables de alta Tensión	96
4.5.6 Falta de asfalto en las vías	97
4.5.7 Falta de áreas verdes	97
4.5.8 Otros problemas al interior de las Juntas Vecinales	97

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES:	100
2. RECOMENDACIONES	108
BIBLIOGRAFÍA	110

ANEXOS

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

	Pág.
Mapas Parlantes	63
Línea de Tendencia	65
Diagrama de Venn	67
Mapas del Cuerpo	69

ÍNDICE DE ANEXOS

MAPA DE LA RED DE SALUD

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL HOLANDÉS

FASES DE LA INVESTIGACIÓN

SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS PERSONAS CLAVE

GUÍA DE PREGUNTAS PARA GRUPOS FOCALES

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema público de salud en Bolivia carece de una serie de lineamientos que desvirtúa la calidad de atención dentro de los Servicios de Salud a todo nivel. Bolivia es un país pluricultural y por lo tanto su sistema de salud debería reflejar esta realidad (poblaciones mayoritarias de etnias de origen) en sus políticas de gestión.

Existe actualmente sobre todo en las áreas rurales y marginales desencuentros entre el sistema de salud convencional y los conceptos de salud que tienen muchas culturas asentadas en el país. Esos desencuentros generan interpretaciones polarizadas por parte de los que dan los servicios como también de los que los reciben.

Es el caso del Distrito 1 de El Alto que es un asentamiento humano pluricultural, existiendo gente que viene de áreas rurales tanto de habla aymará como quechua cada uno con concepciones diferentes de la salud, el origen de las enfermedades y sus tratamientos. Estos pobladores se resisten a asistir al Hospital porque conciben que en el Hospital no reciben buen trato por parte de los médicos y personal administrativo. Y por otro lado que los centros de salud correspondientes a la red no cuentan con los requerimientos necesarios para funcionar como centros de primer nivel ya que todo está centralizado en el Hospital.

Por otro lado, el HBH, cuenta con personal de salud entre médicos y personal administrativo, que en su mayoría vienen de la ciudad y tienen una concepción occidental y a menudo discriminatoria hacia los habitantes en la zona, esto debido en gran parte a que existe desconocimiento del contexto social del lugar

de trabajo, que es muy ajeno al de ellos. Los médicos y el personal administrativo conciben por su parte que la gente suele recurrir a los centros de salud cuando ya no se puede hacer nada por ellos; y que los centros de salud están a disposición de los usuarios para tratamientos que tengan que ver con un centro de primer nivel y que solamente el Hospital atenderá casos que competen a un Hospital de 2º nivel o 3º nivel.

Sin embargo se conoce también que la gestión del hospital tiene una política participativa, de acorde con las políticas públicas del estado; donde representantes de la sociedad civil representados a través de los comités de vigilancia son los principales articuladores entre el estado y la sociedad civil y así mismo intervienen en la toma de decisiones en la gestión en salud.

El problema por lo tanto se centra en una amplia brecha de percepción entre diferentes grupos, lo cual genera desencuentros que afectan significativamente la relación entre comunidad y el Hospital generando un descontento generalizado por ambas partes y que afectan en la calidad de atención del Hospital. Así mismo se habla de una gestión de una red de salud, donde la comunidad participa en la toma de decisiones.

La pregunta principal que surge de la descripción del problema es:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SISTEMA DE SALUDEN LA GESTIÓN DEL HBH Y LA RED DE SERVICIO?

2. JUSTIFICACIÓN

Se partió de una necesidad de parte de la nueva gestión del Hospital Boliviano Holandés, de conocer el descontento general manifestado por los usuarios y el desencuentro que existe entre los diferentes actores de la comunidad participante de esta gestión.

Tratándose de una sociedad desigualitaria como es la ciudad de El Alto, donde existe mucha gente migrante del campo, ex mineros reubicados y muchos de ellos desprotegidos y sin muchos recursos; ciudadanos que se ven obligados a cambiar sus estilos de vida, perdiendo sus vínculos sociales y familiares. La metodología de la Investigación Participativa altamente valorada por las ciencias sociales y que cada vez más, se va usando por otras ramas, ayudó en este proceso de estudio porque ha permitido abrir un espacio para poner al descubierto las demandas de una comunidad excluida y analizar las limitaciones del sistema de salud.

El conocimiento generado servirá para mejorar las relaciones entre la comunidad y el sistema de salud, que la participación de la comunidad sea entendida desde varios ángulos, para una gestión compartida y donde tanto proveedores y comunidad se beneficien mutuamente.

Se pretende también que sea un estudio piloto para poder mejorar los servicios de salud a nivel nacional y se pueda mejorar la gestión conjunta entre comunidad y centros de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Describir los factores que dificultan la participación comunitaria en la Gestión del Hospital Boliviano Holandés

3.2 Objetivos Específicos:

- 1. Identificar las percepciones de la comunidad sobre la gestión de salud del HBH y la Red de servicios.**

- 2. Identificar las percepciones de los prestadores de servicios sobre la gestión de salud del HBH y la Red de servicios.**

- 3. Identificar las limitaciones y potencialidades de la comunidad en su participación en la gestión del HBH y la Red de servicios.**

- 4. Identificar las limitaciones del HBH y la Red de los servicios para integrar a la comunidad al sistema de salud.**

4. CONTEXTO

4.1 CONTEXTO DEL LUGAR DE ESTUDIO

4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO

4.1.1.1 Ubicación:

La ciudad de El Alto se encuentra situada al oeste de la ciudad de La Paz, en el altiplano boliviano. Geográficamente comprende la subcuenca del Titicaca con altitudes entre 6088 m.s.n.m y 4015 m.s.n.m (GMA, 2004)

Político-administrativamente responde a la provincia Murillo del Departamento de La Paz.

4.1.1.2 Limites:

Según su delimitación realizada por la ley N° 2337 de 12 de Marzo del 2002 la ciudad cuenta con una superficie 35,040 hectáreas y 20,934 son urbanas y el resto comprende el área rural. Se divide en 9 distritos de los cuales 6 son urbanos y el resto rurales. La nueva división por distritos es producto de la ley N° 2337. Al Norte limita con la Cordillera de la Paz. Al Sur con el Municipio de Achocalla. Al Este limita con la Ciudad de La Paz. Al oeste con los municipios de Pucarani y Laja.

4.1.1.3 Historia:

Lo que hoy es ciudad de El Alto nace juntamente con la ciudad de La Paz, ya que la primera fundación de esta se realiza en lo que hoy es la ciudad de Laja en 1548.

Los primeros antecedentes de la ciudad surgen a partir del siglo XVI fecha en la que se define como territorio de paso o punto intermedio para facilitar las comunicaciones y el comercio entre el Cuzco, Arequipa, el Norte Potosí, Chuquisaca, es decir y entre el Pacífico y los centros de acopio agrícola.

En la época colonial, durante el sitio de la ciudad de La Paz en 1781 sirvió tanto para los sitiadores como para las tropas realistas de José de Resequin como plaza fuerte de los contendientes. En el siglo XIX y XX, hace como prolongación de La Paz ya que antiguamente, las villas estaban próximas al casco central y se fueron expandiendo hasta llegar a lo que ahora es la ciudad.

El Alto es una ciudad receptora de migración minera y rural. Se inicia a partir del año 1984 con los efectos de la sequía producto del fenómeno del niño y se incrementa en el marco de la política generada a partir del dictamen del Decreto Supremo 2106 a cuyo efecto principal la relocalización de trabajadores mineros de la Cooperativa Minera Boliviana (COMIBOL) implicando una colonización caótica, es decir que las masas migrantes no dirigidas llegan por sus propios medios y se asientan como pueden al no conseguir su asentamiento en la ciudad de La Paz.

Alrededor de los asentamientos es que se da un proceso de población espontánea, es decir con independencia absoluta de cualquier instancia estatal, que si bien fue continua durante los años posteriores se registra un fuerte incremento a partir de los años 80, siendo los distritos 5 y 2 los principales receptores. El aumento de las migraciones y el crecimiento vegetativo han hecho de que El Alto se convierta en ciudad.

Desde su inicio la ciudad de El Alto fue un lugar de paso. Progresivamente se convirtió en un centro de servicios que alojaba a entidades públicas y privadas.

Hoy se puede distinguir claramente tres zonas de la ciudad de El Alto: La zona Norte, con alta densidad poblacional, y con habitantes de origen principalmente campesino aymara. El Alto Sur es una zona de asentamientos más recientes, con una densidad poblacional más baja con habitantes de origen migratorio que provienen de la ciudad de La Paz, mineros relocalizados y campesinos del departamento de La Paz, así como de otros departamentos. La zona central es considerada de clase media y es la mejor provista de servicios básicos y equipamiento urbano. En esta se ubica la mayor parte de establecimientos industriales, medianos y pequeños. (GMA-2004)

4.1.1.4 Salud.

Analizando la situación de salud alteña se puede observar una insuficiente infraestructura de servicios de salud, ya que sólo cuenta con dos hospitales y 48 establecimientos de salud, entre postas sanitarias, centros de salud y clínicas (CEP, 1998) En general estos cubren sólo atención primaria. Los recursos médicos y profesionales que atienden estos centros son limitados en calidad y en número de horas de prestación de servicios. El costo del servicio es relativamente bajo.

Desde el punto de vista de los usuarios del servicio médico público, existe poca confianza en estos debido a que muchas veces sienten que han sido maltratados y discriminados (de la quintana 1998). A consecuencia de esta situación solo una parte de la población acude a los centros de salud públicos, el resto lo hace a través de servicios privados ya sean centros vinculados a la iglesia, farmacias, yatiris, o curanderos, etc. Sobre estos últimos, según datos del (CEP), existirían unas 1200 personas dedicadas a la medicina tradicional. Finalmente existe un 20% de personas que no atienden a su salud.

El problema de salud en el Alto no sólo está relacionado a factores económicos, sino también a factores culturales y aparentemente, a una falta de conciencia respecto a la importancia del cuidado de la salud.

4.1.1.5 Indicadores

El número de habitantes de El Alto es de 649,258 hab. (INE, 2001).

Los indicadores en salud:

Tasa global de fecundidad, 4 hijos por mujer en edad fértil.

Tasa de mortalidad infantil que refleja la muerte de 86 niños de cada mil nacidos vivos.

Esperanza de vida, 62 años.

Por otro lado existen 54 establecimientos, inequitativamente distribuidos en la ciudad de El Alto.

La Ciudad de El Alto tiene una tasa de crecimiento anual de 9,4%, debida principalmente a la migración hacia la ciudad desde el altiplano rural. La población de El Alto es joven, con un 60% entre 14 y 30 años, principalmente bilingüe, y la familia media tiene 4,4 miembros. La tasa de pobreza es muy alta: se estima que 70 a 73% de la población vive en condiciones de pobreza y un 78% no tiene acceso a uno o más servicios básico (INE, 2001).




4.1.2 El Hospital Municipal Boliviano Holandés y la Red de Servicios

El HBH es un establecimiento de 2º nivel, pero al no existir ningún Hospital público de 3er nivel en la ciudad de El Alto, y ante la gran demanda existente, se ha incorporado en el Hospital algunas sub especialidades correspondientes a nivel superior, cumpliendo de esta manera parte de las funciones de un Hospital de 3er nivel. (HBH, 2004)

La Red está conformada por cinco Centros de Salud de 1er nivel y a diferencia de otras redes, en el Distrito 1 se realiza una gestión conjunta del Hospital y los centros de salud, tanto en el área administrativa, logística como en la médica.

El HMBH está ubicado en la Avenida Satélite esquina Diego de Portugal de Ciudad Satélite, Distrito 1 de la Ciudad de El Alto.

La Red de servicios se encuentra distribuida en diferentes zonas del Distrito 1 de la Ciudad de El Alto.

-  Centro de Salud 12 de Octubre
-  Centro de Salud Santiago I
-  Centro de Salud Rosas Pampa

- ✚ Centro de salud Villa Dolores
- ✚ Centro de Salud Villa Exaltación

Dentro del Distrito 1 y la Red de Servicios se encuentran otros centros de salud que pertenecen al sector privado como son:

- ✚ Hospital Agramont.
- ✚ Clínica Buen Samaritano.
- ✚ Clínica San Silvestre.
- ✚ Clínica Central.

Además se cuenta con un policlínico de la Caja Nacional de Salud (CNS).

Creación del Hospital

El HBH es de reciente construcción (1999), construido con fondos de la Embajada de Holanda y transferido posteriormente al Municipio de El Alto.

Es importante notar que este distrito se benefició de un apoyo internacional poco común en el resto del país. La cooperación holandesa invirtió alrededor de US\$ 7 millones en la organización de un sistema de atención primaria con ocho centros de salud. El Hospital se encuentra ubicado sobre una superficie total de casi 10.000 m² y un área construida de aproximadamente 5.000m² distribuidos en tres plantas.

El antiguo Hospital público tenía 33 camas actualmente cuenta con 101 camas y los 8 centros de salud tenían en total 8 camas de maternidad que en la actualidad solo están en funcionamiento 5 centros.

Los Centros de Salud, pertenecientes a la red de servicios, fueron construidos con anterioridad gracias a un convenio entre el entonces denominado Ministerio de Salud, Previsión Social (MSPS) y la Embajada de Holanda con el propósito de mejorar la salud de los habitantes del distrito¹.

El área de influencia del HBH es sobre una población de aproximadamente 155,000 habitantes (población del Distrito 1 de El Alto). Por la demanda de servicios se ha constituido en un centro de referencia de otros Centros de Salud de la ciudad de El Alto y poblaciones aledañas.

Antecedentes de la Institución

Con el fin de mejorar el sistema de salud orientando sus políticas hacia las demandas de los usuarios y con el fin de aumentar la cobertura de los servicios y la satisfacción de los usuarios se inició un proyecto piloto en El Alto mediante un contrato de gestión se transfirió la gestión integral de una red de servicios a una Organización No Gubernamental (ONG) sin fines de lucro.

La experiencia piloto tenía que tomar en cuenta varios factores que obstaculizaban el buen funcionamiento del sistema público de salud del país orientando sus políticas hacia la eficiencia y eficacia de los servicios públicos de salud.

4.2 CONTEXTO SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE BOLIVIA

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD), define al Sistema de salud: “como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, en Bolivia”.

4.2.1 Niveles de gestión

Establece cuatro niveles de gestión:

4.2.1.1 Nacional, correspondiente al MSD, es el órgano rector de ámbito nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales.

4.2.1.2 Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura. El SEDES es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal; coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento. Es el encargado de establecer los acuerdos con las entidades privadas que intervengan en el sector salud en el departamento, entre ellas las ONG's (Organizaciones no gubernamentales) de Cooperación Internacional que quieran trabajar en la zona. Tiene un Director Técnico que depende técnicamente del MSD.

4.2.1.3 Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS). En los Municipios la estructura encargada de gestionar la saludes el DILOS; existe uno por municipio.

- ✚ El gobierno municipal conjuntamente con el SEDES y la comunidad organizada son responsables de la gestión compartida en salud.

- ✚ El gobierno municipal es responsable de la administración de las cuentas municipales en salud a través de la gestión compartida del DILOS.

4.2.2 El DILOS (Directorio Local de Salud)

Se ha desarrollado un proceso entre el nivel central y el nivel regional para poder adaptar los distritos a la propia estructura político-administrativa que tienen las regiones. (MSPS, 2003).

El Dilos está conformado por:

- ✚ Alcalde Municipal.
- ✚ Director Técnico del SEDES.
- ✚ Representante del Comité de Vigilancia (Juntas Vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios, organizados según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias).

El DILOS, tiene bajo su dependencia al gerente de Red.

En la gestión del sistema público de salud, el DILOS tiene la siguiente responsabilidad: (MSD, 2004)

- Establece los mecanismos de acción basados en contratos de gestión entre los diferentes gestores.

En cada uno de los municipios constituye la máxima autoridad en la gestión compartida para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud (PNS); tiene como funciones principales:

- ✚ Implantación del SUMI y aplicación de programas priorizados por el municipio.
- ✚ Promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud.
- ✚ Elaborar compromisos de gestión con el gerente de red.
- ✚ Evaluar la situación de salud, la red de servicios, ejecución de programas como el SUMI y la calidad de atención.
- ✚ Realizar auditorías financiero-contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios.
- ✚ Apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de cuentas municipales promoviendo la generación de informes periódicos dirigidos a los concejales la comunidad.

- ✚ Gestionar recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios de salud.
- ✚ Para su financiamiento el DILOS podrá utilizar las instancias técnico-administrativas y sociales existentes en el gobierno de salud municipal, red de salud y servicio departamental

4.2.3 REDES DE SALUD

Administrativamente se crean las Redes de Salud. Cada una de ellas está conformada por el sistema público y seguridad social. Las iglesias, ONG's privadas, ONG's sin fines de lucro y de medicina tradicional forman parte de esta de las redes de salud según convenio, donde corresponda y de acuerdo a su nivel. Existen dos tipos de redes:

4.2.3.1 La Red Municipal de Salud, conformada por uno o varios Centros Sanitarios de primer nivel (Centros de Salud y Postas de Salud) y por un Hospital Básico de Apoyo de referencia. El responsable operativo de la red es el Gerente de Red.

El equipo de trabajo de gerencia de red esta conformado por:

- ✚ Profesional de salud pública
- ✚ Un estadístico
- ✚ Un conductor

4.2.3.1 La Red Departamental de Salud, conformada por Redes Municipales y por los Centros Sanitarios de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de departamento. Es responsable de su organización el Director Técnico del SEDES.

Los recursos

Los recursos empleados están definidos por la Ley y se pueden resumir en:

- ✚ Recursos Públicos de Estado y de los Municipios.
- ✚ Recursos generados por los establecimientos de salud: cobro de servicios (consultas, laboratorio, curas, internamiento...).
- ✚ Créditos y contribuciones de la Cooperación Nacional e Internacional (ayudas al desarrollo desde organismos oficiales o estados y ONG de desarrollo).

La realidad de la salud de la población boliviana ofrece un patrón similar al de cualquier país en desarrollo. Hay un alto nivel de pobreza y los recursos invertidos por el Estado para mejorar la salud de la población son muy escasos.

Es fundamental fortalecer las estructuras de la Atención Primaria de Salud (APS), con especial interés en zonas rurales e indígenas. Estos grupos de población no tienen acceso a ningún recurso sanitario o sólo acceden a los muy elementales.

La cooperación al desarrollo, a través de Proyectos de Cooperación en Salud, puede contribuir a paliar en las zonas de intervención la difícil situación de salud de la población. Actualmente en Bolivia trabajan ya varias ONG que trabajan en salud, tanto españolas como de otros países; pero como las necesidades son muchas, es necesario seguir potenciando estos proyectos.

4.2.4 RED SOCIAL DE SALUD

La red social de salud conformada por (MSD-2004):

OTBS (organizaciones territoriales de base), las cuales representan la sociedad civil organizada desde la ley de Participación Popular (1994).

Responsabilidades de las OTBS:

- ✚ Desarrollo de la GS (Gestión Social) en salud de su comunidad y articulación con la red de servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho ciudadano a la salud.

Funciones:

- ✚ Control social comunitario, de tal manera que las prestaciones de todos los programas de salud y del SUMI tengan calidad humana, denunciando ante los DILOS al proveedor de salud en caso de maltrato, falta de respeto a la autodeterminación y discriminación en razón de género, cultura y clase.
- ✚ Identificar las barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios (relaciones interpersonales, gratuidad del SUMI, transporte, horarios de atención y aspectos culturales) y contribuir a la red de salud con acciones que permitan mayor accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y demanda de los mismos por parte de la comunidad.
- ✚ Participar activamente en las mesas de negociación del DILOS, así como en la elaboración de planes y proyectos de salud locales basados en epidemiología comunitaria, potenciando las capacidades de organizaciones de base.
- ✚ Promover la movilización social en defensa de la salud e incorporar a las mujeres en los procesos de identificación de problemas y generación de propuestas para mejorar el cuidado de la salud sexual y reproductiva y desarrollo integral del niño.

PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

La gestión compartida con participación popular se realiza a través de la planificación participativa.

La gestión de la red realiza el Plan Operativo Anual (POA) con participación de la comunidad y todos los actores involucrados en la fase de defensa de la salud en el área de influencia. El cual tiene que responder las necesidades de la

salud de la población. Cada POA se constituye en el compromiso de gestión con el DILOS.

4.2.5 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Son tres los niveles de atención de la salud que se estructuran en la práctica en la organización de las Redes de Salud. (MSD, 2004)

4.2.5.1 Primer nivel: La oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud con o sin camas, policlínicas y poli consultorios. Se constituye en la puerta de entrada al sistema de atención de salud.

4.2.5.2 Segundo nivel: Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente, traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico de Apoyo.

4.2.5.3 Tercer nivel: Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los roles generales e institutos y Hospitales de especialidades.

4.2.6 INDICADORES DE SALUD EN BOLIVIA

Bolivia, en el último Censo que se realizó el año 2001, cuenta con 8.274.325 habitantes, de los cuales 4.150.475 son mujeres (50,16%) y 4.123.850 son hombres (49,84%). El 62,43% vive en el área urbana y el 37,57% en el área rural. La tasa anual de crecimiento Inter-censal es de 2,74%. (INE, 2001).

Ocupa el puesto 114 en la clasificación del Índice de Desarrollo Humano, de un total de 175 países. El PIB per. cápita en 2002 fue de 802 euros. La inversión total en salud en el año 2000 (sector público más privado) fue de 131,80 euros por habitante. (INE, 2001)

Se considera que el 64,1% de la población boliviana es pobre (5.296.395 habitantes); en la zona rural este porcentaje sube al 80,06%. Estos ciudadanos residen en viviendas que no reúnen las mínimas condiciones apropiadas, carecen o presentan inadecuados servicios de agua y saneamiento, utilizan combustibles no adecuados, tienen bajos niveles de educación y de salud, y una inadecuada atención de salud.(INE, 2001)

5. INVESTIGACIONES PREVIAS EN ESTE CONTEXTO

Existen varios estudios cualitativos enfocados en el levantamiento de las percepciones de la comunidad con respecto a la atención brindada en los centros de salud, investigaciones previas que se hicieron utilizando la misma metodología pero en poblaciones pequeñas y se obtuvieron resultados favorables.

Una de ellas un estudio realizado en Riberalta que también fue para mejorar la calidad de atención de salud en los Hospitales y la red de servicios de esa. Teniendo resultados favorables porque fueron los propios usuarios quienes identificaron las falencias en la atención médica también fueron ellos, quienes propusieron alternativas de entendimiento para mejorar sus relaciones entre usuarios y personal de salud.

“Encuentros con la propia Historia Interculturalidad y Trato Humano”, es otro estudio que estuvo a cargo de las investigadoras Dibbits I, Boer M (2000) donde también se recogieron las percepciones de la comunidad respecto a demandas de atención en salud y expectativas hacia los servicios de salud pública. Donde también hubo un trabajo con el equipo de salud del Hospital de Patacamaya. Las autoras han incorporado en su estudio una visión cualitativa con el enfoque participativo y de acción y con el fin poder contribuir al desarrollo de las capacidades de comunicación interpersonal.

El Programa Acceso Público realizó un estudio que tuvo como objetivo medir la satisfacción de los usuarios de los servicios que brindan tanto en el Hospital municipal Julio Manuel Aramayo como el Hospital Santa Isabel de la diócesis de San Ignacio. Fue un estudio cualitativo donde se implementó la Libreta de Calificación Ciudadana (LCC). Es un instrumento de evaluación participativa que captura opiniones y percepciones, fundamentadas en experiencia, de los usuarios sobre el grado de satisfacción de los diferentes programas y servicios.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

1. PARTICIPACIÓN

Epistemología.- la participación se fundamenta en la teoría del conocimiento y que aplicada al desarrollo de la participación comunitaria conceptualiza al hombre como fuente principal del conocimiento el cual al confrontarse con el medio que lo rodea desarrolla sus propias fuentes de conocimiento por lo tanto en el proceso de participación comunitaria. El conocimiento del mundo es algo que debe transferirse o depositarse en los educandos cuando en verdad la confrontación con el mundo es la verdadera fuente del conocimiento.

El conocimiento exige la presencia del sujeto frente al mundo. Requiere su acción transformadora sobre la realidad. Reclama reflexión crítica sobre lo que se conoce.

Confrontar formas de percepción no es algo sencillo y cualquier esfuerzo por modificarlas y procurar cambios de conducta, es un esfuerzo que se debe realizar y que solo debe ser posible a través de la problematización del hombre en sus relaciones con otros hombres y con el mundo que le rodea del cual debe tomar conciencia cada vez más profunda. Esta toma de conciencia se testimonia en la acción transformadora de la realidad (André, 1980).

1.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la participación de la comunidad es “un componente estratégico para el bienestar”. Sobretodo cuando el país incluye en “la estrategia el desarrollo esos mecanismos de participación de la sociedad y de vinculación con los niveles de decisión, tanto

para la extensión de la cobertura de los servicios de salud, como para el mejoramiento del ambiente o para el desarrollo comunal global”.

La OMS también considera, que la participación de la comunidad “es un instrumento legítimo para el análisis de necesidades, la propuesta de soluciones y de modelos alternativos para la prestación de servicios y para la producción de proyectos de desarrollo regional”.

Es necesario destacar que el desarrollo de la discusión sobre participación comunitaria, popular o social en salud, tomadas como sinónimos, han estado muy fuertemente vinculado con la recomendación de la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta salud para todos en el año 2000, formulada en la reunión de la OMS en Alma-Ata en 1980.

A pesar del tiempo transcurrido, poco se ha avanzado en esta política. Los esfuerzos realizados no han sido sistemáticos, los resultados han tenido poca permanencia y las propuestas no fueron viables particularmente en un contexto económico, social y político cambiante como es el caso de Bolivia.

Es importante señalar sin embargo que el desarrollo de la participación social, comunitaria o popular en salud debe darse paralelamente a otros procesos muy importantes, como la democratización de la atención en salud y económicamente de la organización de los servicios de salud; la formación de recursos humanos en forma coherente con el concepto de salud vinculado a las condiciones y calidad de vida; la descentralización del proceso de gestión en salud. Todos estos procesos en la política boliviana están en camino pero todavía no existe una definición concreta en los roles que tienen las partes en el proceso de descentralización en salud.

1.2 PARTICIPACIÓN Y EDUCACIÓN

Un punto clave en el proceso de descentralización es la educación, entendida en dos dimensiones: la educación de quienes están involucrados en la dirección de los sistemas de salud, tanto nacional, regional o local; y la educación en salud de las comunidades.

Educar a la comunidad y mantenerla informada es el mejor medio para lograr su interés y participación en la sujeción de responsabilidades. Difundir sobre los programas y nuevas políticas de gobierno, Se plantean algunas metodologías como las actividades educativas.

1.3 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

Para el Sistema Nacional de Salud Boliviano, “la participación social se constituye en una de las más importantes herramientas para armonizar el trabajo entre la comunidad y el Estado, para lograr conjuntamente el desarrollo de los programas y obtener efectos positivos en términos de mejores niveles de salud”. (MSPS, 1993).

La participación de la comunidad es importante porque fortalece y organiza a la comunidad y de esta manera establece mecanismos donde la comunidad se capacita logrando con el tiempo adquirir conocimientos para asumir acciones de auto cuidado personal y familiar, y ser capaz de acudir a los servicios de salud y hacer demandas racionales a los mismos.

La participación comunitaria conlleva un potencial de recursos humanos que puedan ser incorporados en los equipos de Atención Primaria.

La atención primaria, entendida como una forma de trabajo que permite el reordenamiento y la reorganización de los recursos adecuándolos en su complejidad a la magnitud y gravedad de los problemas a partir de las

necesidades identificadas- por la comunidad, puede plantear soluciones que se basan en las propuestas de la misma comunidad.

El sistema Boliviano quiere lograr es “propiciar y fortalecer un proceso de análisis de la propia realidad de las comunidades rurales y marginales, con el fin de que las necesidades y aspiraciones populares en el área de salud sean reconocidas y priorizadas por ellas mismas y aceptadas por los equipos técnicos y trabajadores del sector” (MSPS, 1993). Así la unidad de objetivos y de metas moviliza los recursos y se trabaja con el apoyo de las organizaciones comunitarias y con el aporte de los contenidos tendientes a fortalecer su capacidad de autogestión. Por sus propios medios, entonces podrán lograr respuestas a sus necesidades y aspiraciones.

1.4 LA CAPACIDAD DEL GOBIERNO PARA INVOLUCRAR A LA LA SOCIEDAD CIVIL

La participación y la apropiación en el proceso de diseño e implementación de políticas son importantes (Antezana; 2005). Para este autor no solamente importan los procesos, también tienen importancia y son difíciles de manejarlos. Por lo tanto los gobiernos tienen una tarea muy importante de transparentar toda la información del manejo de las actividades públicas o de su responsabilidad, sean estas licitaciones, presupuestos, resultados, leyes reglamentos etc.

2. DESCENTRALIZACIÓN

La forma de gobierno centralizada acentuada en América Latina, asociada con el autoritarismo, corrupción atraso social y económico. En una región en que el poder local históricamente se acostumbró a la sumisión y a la dependencia, nada más natural que asociar descentralización con desarrollo democrático.

La descentralización pasó a significar el rompimiento con los lazos tradicionales de poder, la agregación más efectiva de los intereses comunitarios y la posibilidad de una gestión pública más eficiente y concordante con las necesidades locales.

La descentralización es vista como una forma de cambio y modernización. A través de la descentralización se espera la restitución de las relaciones políticas, sociales y económicas, por medio de la transferencia de poder y recursos del centro a las entidades locales.

La descentralización pasó a ser vista con las más diversas connotaciones y como una respuesta a casi todos los males del sector público. La descentralización es un concepto amplio dependiendo de la perspectiva que se utilice para definirla.

2.1 DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

El proceso de descentralización en la salud se ha ido dando a partir de las diferentes “características histórico político- técnico-administrativas de cada país, su extensión geográfica, distribución de la población y recursos, debe aceptarse que las definiciones de los Sistemas locales de salud varían de país a país y de región a región” (MSD: 2004).

Desde un punto de vista de desarrollo del estado, el sistema local de salud responde a los requerimientos de la descentralización y desconcentración del aparato estatal en busca de una mayor democratización y eficiencia. Por lo tanto debe ser visto como una respuesta al proceso de desarrollo democrático en que están orientados los países latinoamericanos y especialmente el nuestro.

Desde un punto de vista de desarrollo social y comunitario, un sistema local de salud presupone la existencia de una población determinada que se identifica para actuar en beneficio de una salud colectiva.

Las formas y los mecanismos de interacción de la población con los servicios, así como en su propio comportamiento para proteger su salud y buscar solución a sus problemas, son componentes fundamentales del sistema. Así mismo la estructura social de apoyo a la salud, el plano individual y colectivo, es un elemento esencial para el buen funcionamiento de cualquier plano o programa de política sanitaria.

Para que los sistemas locales de salud logren su completo desarrollo, se requiere la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de salud. Ello lleva a considerar los aspectos de descentralización y desconcentración del Estado en general y del sector salud en particular.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS-2000), en todo proceso de descentralización y desconcentración es necesario considerar también la centralización y concentración como formas armónicas de gestión que no se excluyen sino que se complementan. Todas conforman un modelo dinámico, interrelacionado y continuo que ocurre en cada uno de los niveles de la organización. Dentro de este proceso no existe, en consecuencia, un solo nivel que defina normas, estrategias y prioridades, y otro que las ejecute, sino que cada uno de los niveles de la organización asume estas responsabilidades dentro de una línea de acción común. Por lo tanto la descentralización o desconcentración no implica el fraccionamiento y/o la autonomización de los sistemas de salud, ni debe ser confundida con su disolución anárquica: sino que por el contrario, su adecuado desarrollo fortalece a toda la estructura del sistema a lograr que sus partes constitutivas logren su mayor capacidad de operación.

La experiencia de algunos países latinoamericanos sobre este asunto, por el contrario, demostrará que el uso oportuno y adecuado de la descentralización de salud permitirá la solución de problemas concretos de organización de servicios de salud, recordando que lo único que interesa obtener es el fortalecimiento del Sistema Sanitario y la capacidad resolutoria de los niveles locales.

3 GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y LA TEORÍA DE SISTEMAS

El concepto de sistemas nace en el oriente y occidente.

Desde muy antiguo surge en la mente de los seres humanos la idea de que los seres y los objetos constituyen unidades funcionales interrelacionadas, que no pueden reducirse a simple adición o agregación de sus componentes.

Sorprendentemente, el concepto, aparece en la misma época en lugares tan alejados entre sí como en Grecia clásica y China.

Lao –Tsé

En el Tao-Te- Kin, obra atribuida a Lao Tsé (1985) y escrita hace 25 siglos, se dice (poema 39): “ciertamente un carro, es más que la suma de sus partes”. Lao Tsé demuestra su aserto fingiendo ante un mandarín, que pretende asombrarlo con un lujoso coche tirado por cuatro caballos, que no ve el carro, sino unas ruedas, un gran cajón, una larga vara, y varios caballos. Con esto además de humillar al mandarín demuestra que los elementos aislados no constituyen el conjunto y que si se cambia simplemente el orden de sus partes, deja de existir el objeto.

Grecia Clásica

El concepto de sistema, aparece en la Grecia clásica, pero su etimología es dudosa, lo que podría significar que el concepto no estaba claramente definido. La voz Griega podría derivarse:

Synistenai (colocar en conjunto)

Syn- histemi (conjunto)

Syn (junto) stesai (causa de permanencia)

Según esta etimología la idea básica subyacente es que un sistema es algo en el que la proximidad espacial se une a la permanencia en un mismo lugar.

Para Aristóteles, el término sistema supone un conjunto de esencias, funciones y atributos definibles, logrando así un grado de abstracción más elevado del que parece mostrar la etimología, cuyo significado pertenece al mundo de la percepción.

EVOLUCIÓN MODERNA DEL CONCEPTO

El concepto de sistema se une frecuentemente a la idea de clasificación en las ciencias naturales, en tanto que en la filosofía va adquiriendo crecientes grados de abstracción y generalización.

Para Newton (1642-1778) un sistema es un mecanismo que opera según leyes inmutables. En esta definición proyecta su concepción cosmológica mecanicista, acorde con su física y con su concepción de la gravitación universal.

Nos limitaremos a dar tres ejemplos, en los cuales los conceptos de sistema y de clasificación aparecen íntimamente unidos:

Linneo (1707-1778)

Concibió a la naturaleza como un gran sistema, fundamentado en el concepto de la permanencia de la sustancia o de los entes. En su *Sistema Naturae* (1735), propuso una clasificación general de los seres vivos basada en la idea de las especies, considerando que estas respondían a patrones inmutables como el "eidos" platónico o el sustancial aristotélico.

Conillac (715-1780)

En su "Traité des systemes" 1749 intenta clasificar los grandes problemas filosóficos y naturales en estructuras sistémicas.

Mendeleev (1834-1907)

Desarrollo el concepto de la clasificación de los elementos naturales mediante su tabla periódica, que era capaz de predecir sus propiedades de los elementos físicos que en aquella época eran desconocidos, lo que presupone una regularidad estructural de todos los sistemas del universo.

En el siglo XX aparecen nuevos tipos de conceptos, que van superando las anteriores ideas:

Al parecer el moderno movimiento de sistemas a mediados del siglo XX:

Alexander Bogadov

Este filósofo ruso elaboró la teoría de la "Tektología" o ciencia universal de la organización que vio la luz en 1912.

En ella anticipaba la teoría de sistemas analizando muchos conceptos análogos a los que manejan los teóricos contemporáneos.

Se multiplican las percepciones, lo que se debe a las perspectivas parciales de sus autores que intentan, asimilar el concepto, en exclusiva al punto de vista de su ciencia o profesión.

Para los matemáticos el sistema es una abstracción matemática (Freeman), o un conjunto de variables (Ashby ;1960). En tanto que para Mesarovich es un conjunto de enunciados adecuados, aunque distingue entre sistemas empíricos o teóricos. Tales definiciones reducen el sistema a su expresión matemática o lingüística.

En otros casos se trata de un caso de objetos físicos (Bergman) o de regiones de espacio tiempo (Miller 1978)

Para los sociólogos (Buckley 1967,1968), una visión importante la de los sistemas es la de fijarse objetivos.

La aparente diversidad de definiciones revela una característica básica de la teoría de sistemas: el perspectivismo, que se examinará en otro lugar.

Sin embargo a pesar de esta diversidad es posible llegar a una definición lo suficientemente abstracta para abarcar todo tipo de sistemas.

DEFINICIÓN GLOBAL DE LA TEORÍA DE SISTEMAS

Parece que convendría admitir, como punto de referencia común, la definición clásica de Bertalanffy (1988), fundador de la Teoría General de Sistemas, según la cual:

“Un sistema puede definirse como un complejo de elementos f_1, f_2, \dots, f_n , en interacción”,

Esta definición resulta más general que cualquier otra basada en una concepción filosófica o en las distintas ciencias, siendo compatible con ellas y aceptable para los interesados en sistemas.

La definición cubre sistemas tan distintos como un circuito cibernético, una galaxia, un átomo, un ser viviente una empresa o una sociedad, por lo que satisface las condiciones para elaborar una Teoría General de Sistemas.

Convendría añadir la característica de poseer una frontera o límite más o menos borroso que separa al sistema de su entorno.

Esto no quiere decir que las definiciones deterministas, mecanicistas, positivistas o finalistas, referentes a sistemas conceptuales, naturales o ratificales no sean válidas, siempre que estén bien fundamentadas. Pero no debe olvidarse que se refieren a clases de sistemas, esto es a subconjuntos del concepto más general y que su alcance se limita a su esfera de referencia y a su perspectiva.

AMBITO DE LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

La Teoría General de Sistemas (TGS), estudia los conjuntos interactivos desde muy distintos ángulos: en sus estructuras, funciones, entornos, en el pasado, en el presente y en sus proyecciones prospectivas desde punto de vista filogenético, ontogenético, epistemológico, gnoseológico, axiológico, etc. En función de sus determinaciones, condiciones y fines, en sus niveles físico-químico, biológico, antropológico y cosmológico en sus aspectos individual y social.

Por ser una teoría abierta no dogmática, cualquier perspectiva es admisible. Pero su función como teoría, es la de integrar en lo posible esas perspectivas ofreciendo panoramas coherentes del estado general de los conocimientos de cada época.

La TGS no debe considerarse interdisciplinaria sino transdisciplinaria, puesto que su mayor valor es instrumental en el más amplio sentido, como la lingüística, la lógica, la semántica o la matemática.

Dentro del ámbito conceptual de la teoría se hallan las disciplinas enfocadas hacia aspectos de las relaciones intrasistémicas e intersistémicas, como la teoría del conocimiento, la teoría de la comunicación, la teoría de la información, la cibernética etc.

La TGS integra la teoría de Gestalt y los movimientos de síntesis, de unidad de la ciencia y ecológicos.

En gran medida los conceptos fundamentales se hallan en rápida evaluación, adaptándose constantemente a los descubrimientos de las ciencias.

Una interesante aportación a este desarrollo conceptual fue la de Mesa Redonda sobre TGS celebrada en Madrid en Junio del 1980 en la que aprobaron por unanimidad las siguientes conclusiones:

- ✚ La TGS parte del punto de vista global y lo integra en lo analítico. Se considera que ambos puntos de vista son complementarios. El análisis y la síntesis son dos fases del proceso de pensamiento, que se necesitan mutuamente.

- ✚ La TGS como instrumento integrador de la ciencia y las actividades humanas, contribuye a lograr una concepción transdisciplinaria y Unificada del Universo y las entidades que lo pueblan.

- ✚ La TGS abarca todos los sectores transdisciplinarios y unificada del universo y de las entidades que lo pueblan.

- ✚ La TGS abarca todos sectores transdisciplinarios relacionados con los sistemas como la Teoría de la Comunicación y de la información. La Cibernética, la Ecología y cualquier otra disciplina relativa a la generalidad o a la totalidad de sistemas por ejm: Teorías generales de Organización, de la Complementariedad, de los flujos de la Evolución etc. En este sentido actúa como un álgebra intelectual, en la que se expresa de manera unificada los más diversos sistemas.

- ✚ La TGS requiere un lenguaje formalizado común que permita la comunicación científica.
- ✚ El enfoque sistémico permite una elaboración científica del concepto de la totalidad y potencia la integración de conceptos procedentes de distintos campos.
- ✚ La TGS es un sistema abierto de pensamiento que se modifica con el progreso del conocimiento humano en cualquier sector. Por ello se considera que la crítica fundamentada constituye una aportación muy valiosa a su evolución.
- ✚ El pensamiento propio de la TGS, esta presente cada vez más en mayor medida, en todos los campos de la ciencia. Una importante tarea en este ámbito es explicitar y perfeccionar al máximo las tendencias ya implícitas en las diversas disciplinas científicas. Por otra parte estas disciplinas van produciendo fecundos conceptos que contribuirán al desarrollo de la TGS haciendo posible su aplicación a campos distanciados de los originarios.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ADMINISTRACIÓN

El estudio histórico de esa evolución administrativa nos muestra los enfoques que tuvo esta ciencia en Egipto, China, Grecia y Roma, y la influencia que tuvieron ciertos procedimientos utilizados en esos lugares sobre algunas prácticas actuales en el campo, entre ellas de la organización funcional de los poderes del Estado.

El conocimiento de la organización de la Iglesia Católica Apostólica Romana es también muy interesante para conocer la importancia que tiene en administración el adoctrinamiento para la prosecución de un objetivo, a pesar

de que las estructuras y procedimientos puedan no satisfacer todos los principios teóricos administrativos.

Se adquiere un mejor entendimiento de la transformación que tuvo la ciencia de la administración; ella viene a consolidarse en la Edad Contemporánea con los valiosos estudios de Woodrow Wilson.

Las teorías y experiencias de Fayol y de Taylor marcaron una nueva etapa en la evolución de esa ciencia y la Administración científica, que postularon ellos y continuaron sus discípulos, viene a ser uno de los medios más efectivos para la tecnificación de las industrias nacientes en el presente siglo; esa tecnificación ha influido grandemente también en el desarrollo económico y el mejoramiento de muchos países por su aplicación en el sector público.

En forma esquemática presentamos las diferentes teorías, escuelas y enfoques de la administración:

a.- *Teoría Clásica*: comprende: La escuela de Administración Científica de Taylor y De Anatomía y Fisiología de la organización de Fayol.

b.- *Teoría del comportamiento grupal*: Comprende: El Comportamiento Organizacional, el enfoque del comportamiento grupal, enfoque de la toma de decisiones, enfoque de sistemas y contingencial o situacional.

c.- *Teoría Neoclásica*: Comprende: Teoría de la Burocracia de Max Weber, Escuela del Estructuralismo, Escuela de la Adhocracia, Escuela Cuantitativa y la Teoría de Sistemas.

3.1 GESTIÓN SOCIAL

La participación comunitaria no pudo ser estimulada para cumplir las expectativas trazadas. Se nota un avance lento a pesar de los documentos

oficiales normativos sobre participación social en los distritos. Se careció de operatividad por haber sido una acción floja dentro de la organización de los distritos. (MSD: 2004)

El MSD está en un proceso de implementando, a partir del 83, el marco político conceptual para la operativización de la GS que es la tercera línea de fuerza de la política que posibilita una acción conjunta entre todos los actores sociales en el marco de la jurisdicción local y regional. Además, cuenta con estrategias operativas como ser la articulación intersectorial y la participación comunitaria. Su organización se enmarca institucionalmente en la estrategia de desarrollo social boliviano a través del decreto Supremo 22961 para la ejecución de la lucha contra la pobreza.

La organización intersectorial se refiere a los consejos nacionales, departamentales y provinciales del desarrollo de las políticas sociales, y su organización en lo intrasectorial se refiere al sector salud con la formación de los consejos nacionales, departamentales y locales.

La participación comunitaria puede desarrollarse, entre otras formas, como colaboración de los usuarios, como cogestión en la intervención de las decisiones o como autogestión y como negociación entre instituciones y población. Las tácticas metodológicas de la participación comunitaria son investigación participativa, cuantitativa y cualitativa, educación comunitaria como un proceso de práctica social y toma conciencia de información permanente, de potenciamiento de grupos organizados, colectivización del saber, generación de conocimientos colectivos y recuperación de la cultura popular. La comunicación del grupo social como instrumento para persuadir y modificar conductas es fundamental.

3.2 EL PROCESO DE CAMBIO EN LA GESTIÓN DE SALUD

El mundo contemporáneo está siendo objeto de innumerables cambios no solamente a nivel económico, sino también tecnológico, político y hasta filosófico.

Frente a estos cambios los diferentes sectores y actores de la sociedad encaran nuevos desafíos. La gran revolución gerencial, los sistemas de producción, cada vez más están basados en el conocimiento, en la información y la automatización adquiriendo nuevas formas que alteran sustancialmente las ideas recientes sobre organización de producción.

Realidades virtuales, trabajo doméstico, informaciones transmitidas a la alta velocidad, en gran cantidad y a bajo costo, son ejemplos de tendencias recientes en el área gerencial.

Aprovechando las nuevas tecnologías y los nuevos valores sobre trabajo, las organizaciones se subdividen, se descentralizan y reducen sus niveles jerárquicos basándose en trabajo de equipo, y enfatizan cada vez más la calidad de sus servicios y la preocupación por la clientela. La organización de la producción es cada vez más participativa, los recursos de poder son repartidos. La vida de trabajo se modifica con nuevas expectativas de empleo, producción, jornada de trabajo remuneración y carrera.

El sector salud no es ajeno a estos cambios (Mota P; 1996). Las grandes tendencias afectan su organización y la forma como debe encarar la prestación de sus servicios. En particular la situación sociopolítica y económica individual de cada país determina no solamente el papel que deberá cumplir el sector de la salud, sino que también define sus grandes retos y responsabilidades. También fue importante considerar trabajar sobre los factores sociales y de desarrollo, que pueden afectar la calidad de vida.

A partir de este principio y aprovechando la tendencia descentralizadora del mundo contemporáneo, se busca una reorganización y reorientación del sector a través de una nueva estrategia para administrarlo y operacionalizarlo, llamada "Sistemas locales de salud o "SILOS", que en la última instancia serán las unidades responsables y articuladoras de la intención de ofrecer salud para todos.

A partir de la década de los 80, los países de América Latina y el Caribe enfrentaron un periodo de transición, marcado principalmente por un proceso de redemocratización y por la introducción de los nuevos modelos de desarrollo.

La democracia produjo nuevas referencias para la sociedad, reconstruyendo un ordenamiento jurídico, modificando conceptos y prácticas habituales de ciudadanía y estimulando las expectativas sobre mayor equidad en la distribución de servicios públicos. En consecuencia los ciudadanos pasaron a tener mayor conciencia sobre sus derechos y posibilidades de influenciar la gestión pública. Los modelos de desarrollo. Tanto en sus dimensiones sociales como económicas, trajeron nuevas ideas, inclusive algunas anteriores consideradas inapropiadas para la región, o para el sector de la salud.

En los últimos años se propagan ideas de reducción del tamaño del Estado, basada en la creencia de que el menor gobierno es el mejor gobierno.

Políticas de privatización de empresas estatales "tercearización" (contratación con terceros) y transferencia a la iniciativa privada de algunas funciones gubernamentales, pasan a constituirse en propuestas fundamentales para el desarrollo. Las ideas sobre reducción del gobierno se justifican por la racionalidad económica de transferir funciones del Estado, usualmente desempeñadas ineficazmente, hacia el sector más eficiente de la economía: el privado.

Por ese principio de eficiencia, la mayor parte de las funciones del Estado se juzgan transferibles, lo cual se recomienda, por que se asume que la diferencia entre actividad pública y privada se reduce a un problema de gestión. Esos argumentos tienden a omitir problemas de equidad y de responsabilidad política que los gobernados conceden a los gobernantes. Así en la era de la privatización los gastos de salud entran en el debate público de forma acentuada, emergiendo dificultades y problemas para el sector.

Cuando más se enfatizan las necesidades de administración directa del estado, más se recuerdan problemas como la corrupción, los desperdicios y las ineficiencias generalizadas. Los argumentos se refuerzan con ejemplos de baja transparencia de la gestión pública, que se basa en la construcción del poder entre los grupos privilegiados.

Frente a este debate, las políticas de salud entran en contradicción con la nueva onda. Aún las corrientes políticas que desean mayor privatización, acaban por aceptar la permanencia del Estado en el sector de la salud, más que en el área de la educación, tornándose el área en la que la intervención pública es más aceptada y estimulada.

En el área social, las reformas democráticas procuran atender grupos marginados, o sea, la parcela de la población más numerosa, que se encuentra más excluida de los beneficios económicos y sociales. Datos sobre salud, educación, seguridad pública y distribución de renta muestran una Región en que la violencia contra los seres humanos es algo acentuada.

Los grupos excluidos presionan cada vez más por sus derechos. Reformas sociales masivas son necesarias para el rescate de la deuda social, hasta que se reconstruyan nuevas estructuras con base redistributiva. Tanto la forma de distribución del dinero como de los nuevos acuerdos institucionales, desequilibran las estructuras establecidas.

Tanto la forma de distribución del dinero, como los nuevos acuerdos institucionales, desequilibran las estructuras establecidas, hiriendo derechos y privilegios. Esos desequilibrios provocan reacciones, algunas autoritarias, otras paternalistas, por parte de los grupos más poderosos y, a veces, de las clases medias que manejan importantes recursos políticos.

Las organizaciones de salud se tornan más pluralistas con los nuevos recursos de poder redistribuidos por sus estructuras. Como las expectativas son mayores y los grandes problemas de salud continúan sin resolverse, se torna necesario adoptar reformas estructurales en el sistema de gestión para agregar los nuevos intereses bajo un objetivo común. Ese nuevo modelo debe considerar, por lo tanto las nuevas dimensiones democráticas del sistema político, económico y social de la región principalmente:

El ingreso de grupos antes marginados en el proceso decisorio sobre salud (Mota P; 1996), valoriza las formas participativas de gestión y las organizaciones autónomas; la proximidad con la clientela y la redistribución de costos y beneficios del servicio, enfatiza las formas descentralizadas y desconcentradas de gestión.

La expansión y mejora de calidad de los servicios para alcanzar la universalidad y eficacia en las políticas de salud, introduce formas más avanzadas de gerencia.

En la transición democrática se vuelve necesario establecer consensos políticos, aunque sean frágiles y temporales, para garantizar un mínimo de eficiencia en la prestación de servicios.

Como las organizaciones de salud manejan grandes sumas de carácter distributivo, se convierten en foco de atención de la reconstrucción autoritaria paternalista y son muy vulnerables en su direccionamiento, por causa de la fragilidad de los acuerdos políticos.

3.3 DEMOCRACIA Y SUS LIMITACIONES EN LA GESTIÓN PÚBLICA

La armonía en la vida comunitaria y de las decisiones colectivas, con base en el interés público, ha sido dificultada por problemas para delimitar intereses individuales y por la propia ambigüedad de conceptos, tales como interés público, bien común o virtud cívica.

A pesar de las dificultades en definir el interés público, se acepta que existe algo concreto y plenamente verificable que trasciende el límite del interés.

En el mundo contemporáneo, la definición de interés público ha sido vista también como algo dinámico, resultado de consensos diversos que se obtienen a través de prácticas participativas. Se busca en la participación, inclusive con su introducción en la gestión de órganos públicos, un instrumento capaz de procesar los diversos intereses individuales, haciendo emerger intereses colectivos. La propia práctica de la participación ha sido vista como forma de imponer límites a egoísmos e individualismos posesivos.

La implantación de la democracia en la gestión pública, enfrenta controversias y crisis en cuanto a su naturaleza y la de las distintas formas de gobierno. Esas crisis se acentúan en épocas de problemas económicos graves, principalmente en países cuya experiencia democrática es de cierta forma discontinua.

Es importante resaltar tres problemas que afectan la democracia y merecen una atención especial:

3.3.1 Crisis de la capacidad de influencia

Por más democrático que sea un individuo, el por si solo posee una influencia muy pequeña sobre los destinos de la administración pública. Las restricciones a esa influencia son provenientes de tres factores principales: límites de control

político, complejidad y tamaño de organización pública, y disponibilidad de tiempo para el ejercicio de la influencia.

3.3.2 Crisis de Representatividad

Conforme a la época o momento histórico se acentúa la crisis de representatividad, o sea, la percepción de que las estructuras de representación, acción y agregación política, como los órganos legislativos, la burocracia pública de alto nivel, y aún los partidos políticos, no reflejan el interés público.

3.3.3 Crisis en la Eficacia del Estado

El estado se ve no puede desempeñar todas las funciones que le fueron atribuidas. Esta creencia ha invadido, recientemente a los partidos de una función exclusiva del Estado en el área social. En muchos países tal creencia ha sido reforzada, en función de su historia reciente, por temor a la reconstrucción de los autoritarismos estatales y de acuerdos políticos, que reducen la influencia del ciudadano. Sin embargo en lo que refiere a la redefinición de las funciones del Estado, esta ha sido acompañada en un gran debate sobre participación.

La proliferación de ONG's de organizaciones no gubernamentales y de grupos comunitarios diversos, ha contribuido al surgimiento de propuestas para descargar en la sociedad una serie de tareas antes vistas como exclusivas del Estado.

Para la ejecución de esas tareas, la participación comunitaria ha sido uno de los instrumentos mas resaltados. Esta participación es defendida, no solo para garantizar influencia de la comunidad en la gestión órganos públicos (aumentar la eficacia) sino también para garantizar la representatividad de la influencia (en el caso de las ONG's).

3.4 GESTIÓN HOSPITALARIA

3.4.1 HOSPITAL

Se han considerado varios conceptos sobre Hospital. Tomando en cuenta algunos es considerado como, “todo establecimiento independiente de su denominación, dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de Seguridad social; de alta o baja complejidad: con fines de lucro o sin él”, (Morales, Paganini;1992).

3.4.2 EVOLUCION DE LOS HOSPITALES

Los hospitales han cambiado mucho desde (Granados T; 1995):

Siglo XIX (Beneficencia): desde haber sido una beneficencia pública establecida por órdenes religiosas, fundaciones sin fines de lucro, gente con espíritu caritativo. Más llamados como el “Almacén de enfermos” según.

Hasta mediados del siglo XX:

El estado, dispuso del presupuesto público, para trabajadores menos remunerados y los pobres.

El Seguridad Social (cotizaciones obreras, aportes patronales y el Estado). Trabajadores menos remunerados.

La medicina Liberal: no corporativa pero en ascenso.

Década cincuenta –sesenta (Hospital Privado): Grupos de personas con mayor solvencia económica acuden al mercado privado de seguros, apoyan al desarrollo de las clínicas.

Década de los ochenta y noventa: se realizan nuevas reformas de los sistemas de salud. Se implanta una nueva gerencia pública. La salud administrada. Los hospitales empiezan a desarrollarse como empresas altamente sofisticadas. La autonomía hospitalaria y el uso de los mercados en salud.

Fines de los Noventa y Principios Siglo XXI: Crítica de las reformas neoliberales; hay una gran necesidad de que las transformaciones privilegien la equidad con eficiencia social. Las redes integradas de servicios de salud. Las funciones esenciales de salud pública y el Rol Rector del Estado

Durante la década de los ochenta y noventa, ante la ineficiencia hospitalaria, surge la necesidad de mayor equidad y calidad, pero sobre todo ante el aumento de los costos, surgen esquemas de administración hospitalaria basados en:

- ✚ Uso de incentivos de mercado.
- ✚ Competencia entre proveedores públicos y privados.
- ✚ Riesgo compartido entre financiador y proveedor
- ✚ Recuperación de costos
- ✚ Definición de bienes públicos y privado.

3.4.3 CAUSAS DE LA CRISIS HOSPITALARIA PÚBLICA

Deterioro del empleo, incremento del mercado informal, disminución aportes a la Seguridad social.

- ✚ Incremento de la pobreza y las desigualdades.
- ✚ Bajo financiamiento público de salud.
- ✚ Deterioro del rol rector de Ministerio de Salud y de su capacidad de conducción de las políticas de salud.

3.4.4 PESO DE LOS HOSPITALES EN LOS GASTOS PÚBLICOS DE SALUD.

Aunque solo resuelvan el 10% de la morbilidad, su peso específico en la legitimidad de los sistemas de salud es un enorme dado que:

- ✚ Acuden los pacientes más graves, críticos y la demanda más inelástica.
- ✚ Imaginario social le asigna la capacidad casi mística y mítica de curar.
- ✚ Concentran y expresan, de manera crítica, todas las contradicciones, ineficiencias e insuficiencias de los sistemas de salud.

3.4.5 PESO DEL HOSPITAL PÚBLICO EN LA LEGITIMIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Aunque solo resuelvan el 10% de la morbilidad, su peso específico en la legitimidad es enorme dado que:

- ✚ A diferencia del privado, no pueden rechazar demanda sino a costa de su legitimidad.
- ✚ Imaginario social le asigna la responsabilidad de la atención gratuita, solidaria y de calidad: la salud como derecho y su referente hospitalario.
- ✚ Ante la incapacidad del resto del sistema es la “Tabla de salvación de los pobres”

3.4.6 INTEGRARSE A REDES

Modelo de atención público satisface necesidades y no solo de la demanda.

El público rechaza demanda a costa de legitimidad

No puede hacer selección adversa.

3.4.6.1 Las ventajas de integrarse a redes de los hospitales

- ✚ Aumenta la capacidad resolutive.
- ✚ Facilita la unificación de los sistemas de información.
- ✚ Estandariza los mecanismos de compra y asignación de recursos
- ✚ Mejora el proceso de atención (continuidad e integridad)
- ✚ Mejora el proceso de atención (continuidad e integridad)
- ✚ Fomenta la eficiencia en la utilización de recursos
- ✚ Mejora la accesibilidad al servicio
- ✚ Permite realizar una mejor docencia e investigación.

3.4.7 Funciones de un Hospital

Las funciones que debe cumplir un Hospital adoptando un enfoque sistémico, y que además forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como criterio, que abarca la totalidad de la oferta de servicios disponibles en un territorio determinado.

Las funciones que cumplen estos Hospitales son:

1. Atención médica continuada: concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrar rápidamente el paciente a su medio;

2. Atención médica Integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente;
3. Atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red, garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver el caso;
4. Área programática; el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones;
5. Ejecutor de los programas de salud: actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

4. INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL EN SALUD

La integración intersectorial es importante para el mejoramiento de la salud en las comunidades humanas. El concepto tiene su origen más reciente durante la introducción de la planificación sectorial dirigida a la salud. Esta idea ha inspirado a los estrategas que orientaron las políticas encaminadas al logro de la salud para todos en el año 2000. Dichas políticas incluyeron como metas de integración dando lugar a la utilización de sinónimos y otras denominaciones que, esencialmente, intentaron describir la acción de componer un todo con sus partes integrantes.

Esta consideración induce a valorar la coordinación de las actividades de los sectores como el mecanismo operativo habitual que sirve como instrumento para el desarrollo de planes integrales de salud. A partir del análisis de las experiencias recogidas, se señala que la coordinación ha tenido lugar principalmente entre los distintos organismos del sector público de la salud y en menor medida en otros sectores.

También la introducción de la comunidad como partícipe activo del sistema de salud ha dado lugar a la búsqueda de mecanismos que aseguren su participación, y es ésta, en consecuencia, una forma de integración al sistema.

4.1 NIVELES DE INTEGRACIÓN

El sistema de atención de salud corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado de manera formal o informal para realizar actividades sanitarias. Está constituido por el sistema institucional de los servicios de salud, públicos y privados, el sistema tradicional de atención de la salud de la comunidad (parteras, curanderos) y el sistema no oficial de la atención de la salud, que comprende el auto cuidado, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social, como grupos religiosos y laborales.

Por definición, todos los actores sociales y económicos pertinentes deben participar en los sistemas de salud, entre ellos las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales de otros sectores relacionados con la salud, así como los proveedores de los servicios, públicos y privados, instituciones, grupos y organizaciones de la comunidad.

A nivel de la comunidad el enfoque intersectorial se expresa como acciones integrales para satisfacer las necesidades básicas, que se definen mediante la participación social.

A nivel nacional, la articulación intersectorial sirve para obtener y coordinar recursos financieros y de otra índole a fin de satisfacer esas necesidades.

Tanto a nivel local como nacional, la salud se debe considerar como una parte integral del desarrollo socioeconómico, con énfasis en la acción intersectorial y

participativa que promueva condiciones saludables y personas sanas, y no solo el tratamiento de enfermedades.

5. LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR Y LEY DE LA DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

5.1 Ley 1551 ley de la participación popular (Dictada el 20 de abril de 1994).

Da lugar a la creación de un nivel adicional de gobierno autónomo (municipio) en todo el territorio nacional. Asignándoles las responsabilidades de provisión de ciertos bienes y servicios locales como: salud, educación, saneamiento básico.

Con esta ley se crea mecanismos para promover la participación ciudadana incentivando la revelación de sus preferencias y sus prioridades. Mediante la Planificación Participativa. Tiene importantes efectos políticos como también en materia de equidad y justicia social por incluir a todos los grupos tradicionalmente marginados (indígenas y campesinos) en las acciones locales de priorización, planificación, ejecución y fiscalización.

En el ámbito político la participación ciudadana puede facilitar la gobernabilidad de los municipios promoviendo de esta manera la democracia y sostenibilidad de proyectos por la identificación de la población misma.

5.2 Ley 1654 ley de la descentralización administrativa (Promulgada el 28 de julio de 1995).

Da lugar a la creación de un nexo (prefectura) entre los niveles de gobierno. Esta ley tiene tres objetivos:

-Definir la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental.

-Delegar responsabilidades del gobierno nacional a las nuevas prefecturas departamentales.

-Establecer los recursos económicos a las instituciones y los mecanismos de asignación de los mismos.

La prefectura actúa de una manera desconcentrada como representante regional del gobierno central (el prefecto es elegido por el presidente de la república).

Sus principales funciones en el ámbito de la descentralización son la coordinación y direccionamiento de las acciones locales para que estas se enmarquen dentro de las políticas departamentales y nacionales.

En algunos casos las prefecturas comparten con los municipios la responsabilidad en la provisión de algunos servicios como es el caso de educación y salud. Este hecho da lugar a modelo de "descentralización por factores" en el cual la prefectura tiene a su cargo la administración, supervisión y control de los recursos humanos, mientras que el municipio tiene bajo su responsabilidad la infraestructura. Este hecho limita la autonomía de los municipios y puede provocar ineficiencias pro efecto de la dilución de responsabilidades en la provisión final.

6. DERECHOS Y EJERCICIO DE CIUDADANÍA

Naciones Unidas ha formulado cuatro generaciones de derecho. Los de primera generación son los de los derechos civiles y políticos básicos; los de la segunda generación incluyen derechos sociales, económicos y culturales; los de tercera generación los derechos a la paz, al desarrollo y a un medioambiente sano. Los de cuarta generación son los derechos de los pueblos.

Esta progresiva ampliación de los derechos humanos ha implicado paralelamente una ampliación de la presencia internacional. Los derechos de primera generación se refieren a derechos básicos de los individuos planteados por lo general, como una forma al poder estatal. Los derechos de segunda generación, en cambio requieren de la acción positivista del Estado para hacerlos efectivos. Los derechos de tercera y cuarta generación, finalmente, se refieren a derechos que son globales, que dejan de lado el sentido individualista de las primeras formulaciones de los derechos humanos.

Al señalar (Bobbio; 1987), la distinción entre derechos civiles, políticos y sociales, resalta la relación entre el individuo y el estado. Los derechos Civiles (libertad personal, de pensamiento, de religión, de reunión, libertad económica), obligan al estado a una actitud de abstención, de no interferencia en un ámbito que es privativo de libertad individual. Los derechos políticos (libertad de asociación en los partidos, derechos electorales) en cambio implican el ejercicio de una libertad activa por parte de los ciudadanos, que le permite intervenir en la orientación política de la acción estatal.

Para este mismo autor los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, protección de la salud, estar libre de la miseria y del miedo) implican un comportamiento activo por parte del Estado para garantizar a los ciudadanos una situación de seguridad. Entonces se puede entender que las limitaciones al libre ejercicio y goce de los derechos humanos pueden

provenir no sólo de los abusos del Estado, sino de las condiciones de carencia existentes en la propia sociedad, así como de la incapacidad de los ciudadanos para organizarse y hacer prevalecer sus derechos. Las categorías de derechos civiles, políticos y sociales son, por lo tanto, independientes y están inseparables.

El reconocimiento y el ejercicio de ciudadanía, dan libertad a los seres humanos para el ejercicio efectivo de sus derechos. El concepto de "Ciudadanía" se refiere a una práctica conflictiva que refleja a las luchas sobre quién puede decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes y la forma como serán enfrentados (Jelin, 1993). Por lo tanto, lo que está en juego es el poder e el grado al que llega su vigencia efectiva. La ciudadanía debe ser vista como resultado de luchas, acuerdos, antagonismos; como un proceso de construcción colectiva.

Para entender mejor el concepto de ciudadanía (Retolaza, 2003) ha dividido este concepto en tres diferentes:

Ciudadanía Liberal. Que se define como un Status que tiene el individuo a ser y el Estado le otorga las condiciones para que éste practique sus derechos. Esta idea de ciudadano esta muy ligada con el ejercicio de ciudadano en lograr derechos y beneficios para sí mismo.

Ciudadanía Comunitaria. Donde el ciudadano logra identidad y razón de ser en la interacción y relación con otros ciudadanos dentro de una colectividad. El individuo únicamente puede lograr realizarse mediante el trabajo colectivo en el que se defiende el interés común y se rescatan valores sociales colectivos (reciprocidad, complementariedad, etc.)

Ciudadanía Intercultural. El ciudadano como individuo dentro de un colectivo (la comunidad). Trabaja como individuo elegido por las bases (modelo representativo) para el bien común (modelo participativo).

Ciudadanía dirigida a la participación política de la comunidad en instancias y estructuras de poder ajenas a ella (gobierno municipal, congreso nacional, senado nacional, concejo departamental, etc.).

Procesos de consulta y deliberación con las bases previo a la toma de decisiones que impliquen consecuencias para el colectivo (POA, PDM, Diálogo Nacional, Consejos consultivos, manejo de áreas protegidas,) etc.

A estas tres modalidades de ciudadanía, habría que sumarle lo que Medina (2002) denomina ciudadanía ecosimbiótica donde el ciudadano existe en cuanto que se relaciona con el medio ambiente físico-natural. Un claro ejemplo lo tenemos en el ejercicio ciudadano, donde los indígenas y originarios desarrollan en sus territorios originarios (ayllus y capitanías). De hecho este es uno de los grandes puntos de desencuentro con el Estado, el cual mantiene la propiedad sobre lo que hay por encima y debajo del suelo de estos territorios, negando ahí la soberanía del territorio a los pueblos originarios de Bolivia.

7. ORGANIZACIÓN SOCIALES Y ACTORES SOCIALES

Las organizaciones más importantes son las Juntas Vecinales, organizadas alrededor de su órgano matriz que es la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE), con actividades que giran fundamentalmente alrededor de la obtención de servicios básicos y el mejoramiento de la infraestructura urbana. Por esta razón se vincula de manera especial con la alcaldía con empresas relacionadas con los servicios básicos y con algunas ONG's.

Las juntas son organizaciones esencialmente reivindicativas y forman parte de redes que incluyen diversos niveles de dirigencia, vinculadas con instituciones públicas, culturales, especialmente la alcaldía, con partidos políticos, culturales, de desarrollo o de cualquier otro tipo (Castaños M; 1999).

Esto lleva a establecer relaciones clientelares, hacia fuera y hacia adentro de la red de organizaciones, donde la cooptación y la prebenda son las formas más corrientes para fortalecer lazos y crear solidaridad (Anze; 1995).

7.1 ORGANIZACIONES SOCIALES COMO IDENTIDAD

La participación en organizaciones, el origen muchas veces común, la vivencia cotidiana del barrio, los problemas y la lucha conjunta para solucionarlos y sobre todo la fiesta del barrio crean referentes compartidos y afirman los principios de identidad de los pobladores.

La fiesta del barrio es una actividad de mucha significación porque otorga prestigio a quienes lo organizan, además de ser un canal de ascenso social, por ello son los dirigentes y las familias importantes quienes se movilizan para realizarlas, dentro de esta fiesta se practica el “ayni” que tiene un sentido de préstamo; es así por ejemplo que se lleva que se lleva a la fiesta bebidas y están deben devolverse en otra oportunidad en los mismos términos de calidad y cantidad.

El ser Preste en la fiesta otorga prestigio y ello es parte de una red de relaciones de reciprocidad, parentesco y compadrazgo, que entretejen y refuerzan lazos entre parientes, paisanos y ahijados; superpuestas y entramadas con vínculos con amigos y vecinos. Pero como señala Anze, además del prestigio la fiesta cobra un significado económico para los dirigentes, ya que ellos son los que se benefician con la venta de puestos a los comerciantes.

La identidad Alteña (Antezana;2005), donde predomina la tradición aymara. Según este autor, ella “constituye un complejo entramado en el que no se descubre una lógica La mestización de El Alto es compleja e intrincada y genera un tejido de múltiples tensiones sociales, de relaciones conflictivas y

armónicas". En un proceso en el cual la propia sociedad, en la búsqueda por afirmar las posibilidades de reproducción y participación, abre canales de expresión y reivindicación, a partir de una situación que en sus dimensiones cultural, económica, política y social, es heterogénea y desarticulada., dispersa e inestable. Difícil por lo tanto, que en este contexto se produzca órdenes integradas y consistentes que puedan dar lugar al surgimiento de identidades definidas. En todo caso, lo que aquí predomina es la heteronomía y la ambigüedad.

Para (Campero 19987) se refiere en estas situaciones, sobre todo desde la perspectiva del potencial transformador implícito en la constitución de actores y movimientos sociales en los barrios marginales, y señala las dificultades que existen en estos contextos para producir "elementos precisos de auto identificación, de definición de la situación social y de sus relaciones con otros interlocutores".

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y ENFOQUE DE ESTUDIO

Se diseñó un estudio de tipo **cualitativo** para el análisis de diversos factores que incurren en el tema a estudiar cuyo resultado dependía en gran medida de la participación activa de la población involucrada, pretendiendo articular y sistematizar las experiencias de los grupos de base; a partir del enfoque de la **Investigación Participativa**.

La IP en este sentido se convierte en un instrumento que ayuda a realizar un análisis conjunto de la realidad, un re-descubrimiento ordenado de aquellos factores elementos que los actores consideran obstáculo para su desarrollo, una vez identificados los potenciales internos y externos existentes plantea propuestas de solución que se pueden llevar a la acción. A partir de este momento se genera un aprendizaje en base a una experiencia y reflexión concreta.

Mediante este estudio se obtuvo información de cómo ellos perciben la atención en los centros de salud como también sus diferentes conceptos sobre las enfermedades, y así mismo con este estudio se trató de generar información importante para la comunidad que servirá para un proceso de desarrollo de capacidades locales y concientización sobre la problemática de salud por parte de los pobladores del distrito.

Se reconoce también que las metodologías tradicionales que se usan en el trabajo de promoción del desarrollo tienen aplicaciones particulares. Por ejemplo los cuestionarios son útiles para recopilar datos para censos

regionales o nacionales. Sin embargo, no son herramientas muy eficaces para el diagnóstico de las necesidades. De hecho el procesamiento unilateral de los cuestionarios a menudo satisface las necesidades de información del investigador, más que el desarrollo de la comunidad.

Se consideró también importante tener en cuenta, algunas de las ventajas en la investigación participativa. (Chambers; 1997)

A. Se toma en cuenta a la gente

La información social desempeñó un papel clave en el aspecto de dar prioridad a la gente. Los enfoques y los métodos para obtener información resultan decisivos para conocer a la gente, sus necesidades y prioridades, así como para descubrir las implicaciones más amplias de las condiciones sociales y culturales. Sin embargo, a menudo estos procedimientos se descuidan o se aplican mal.

B. Se obtiene conocimiento más a fondo de su dimensión social.

En muchas investigaciones convencionales se ha dado más importancia a las cosas que a las personas con un enfoque de tipo más cuantitativo. En consecuencia en la investigación la inspección y la construcción se antepone al funcionamiento. Por consiguiente, en las primeras etapas de una investigación o proyecto predominan las encuestas y la información física y biológica pero no de su dimensión social. Cuando se tomó en cuenta a las personas es más común cuantificarlas de alguna manera que escucharlas para aprender algo de ellas.

C. Se escucha la voz de todos y es accesible a todos

Por otro lado es muy fácil descuidar a la gente más necesitada. Los pobres son los menos accesibles a los forasteros, son menos expresivos, menos

organizados, menos capaces de quejarse o resistir, y políticamente su anuencia no tiene mucha importancia. Aislados, impotentes y silenciosos, sus prioridades y necesidades ocupan el último lugar en el orden del día.

D. Los costos y beneficios

Los métodos convencionales no han resultado en lo que refiere a costos y beneficios.

En investigaciones convencionales la información ha sido adquirida, poseída y analizada principal o exclusivamente por forasteros. La sostenibilidad del desarrollo y la concesión de mayor poder a la gente son factores relacionados con la propia capacidad de la gente para generar y aplicar los conocimientos.

E. No existen sesgos del estudador

Ahora que estamos en otro milenio, hay una conciencia más amplia, en los círculos de desarrollo, sobre la prioridad de la gente y en particularidad de la gente más pobre que en décadas anteriores. Algunas investigaciones sociales se han vuelto más eficientes en el renglón de los costos y beneficios: se han inventado y desarrollado nuevos enfoques y métodos abreviados, entre los que figura la denominada evaluación rural rápida, y estos métodos han logrado difundirse gradualmente. Existe también una preocupación cada vez más grande por las cuestiones prácticas de quién obtiene y posee los conocimientos y quién es capaz de utilizarlos. Debido a la mayor atención que ahora se presta al tema de la sostenibilidad por medio de la participación y la cesión de más poder a la población rural, especialmente a las personas de bajos recursos, cada vez se reconoce más la importancia de la cuestión de quiénes generan y poseen la información y de quienes se les da la oportunidad para que aumenten su capacidad de aprendizaje y de análisis. La investigación participativa, la investigación acción participativa, se están incorporando al nuevo vocabulario del desarrollo.

Por todos estos motivos arriba estipulados es que se ha seleccionado esta metodología con el propósito de obtener información de una manera abierta y sin limitaciones siempre donde los actores puedan generar su propia información que se sustente en el conocimiento existente al interior de la comunidad, y que usan esta información para identificar necesidad.

1.1 DEFINICIÓN DE “ESTUDIO DE CASO”

Además, el diseño metodológico se basa en el *estudio de caso*. Este pretende identificar generalizaciones analíticas a partir del estudio en profundidad de una población pequeña. La particularidad de un estudio de caso, a diferencia de otras metodologías de investigación, es que permite trabajar en profundidad con una población pequeña y en un espacio geográfico limitado.

En la investigación que algunos autores llaman ‘convencional’, es decir de tradición positivista y usando encuestas aplicadas a muestras estadísticamente relevantes, el tipo de generalización que se logra con la información generada es diferente. Es una generalización *estadística* (Yin 1994). En cambio, en el estudio de caso, se busca una generalización *analítica* a partir de la exploración de una hipótesis (o varias) en un *campo conceptual claramente delimitado*, en este caso la cuestión de cómo mejorar la calidad de atención en salud de un Hospital a través de mecanismos de participación comunitaria.

Una de las críticas comunes a los estudios de caso es que la información generada no es generalizable a otros casos. Sin embargo, en la opinión de varios autores (Chambres; Cernea 1985, Bain 2000) que han sido muy influyentes en la sociología del desarrollo y la salud pública, es todo lo contrario. El estudio de caso nos permite ver aspectos de una realidad que no es posible ver usando metodologías más convencionales.

2. UNIVERSO Y MUESTRA

2.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Para este estudio se tomó como universo a la comunidad usuaria del Distrito 1 de la ciudad de El Alto, los cuales viven en el área de influencia del HBH y su red de servicios. La población del distrito 1 de el Alto de más o menos 155, 000 habitantes.

Los pobladores del distrito 1 de El Alto en su mayoría asentamientos de familias que vienen del área rural y otra mayoría familias de mineros reubicados en la ciudad de El Alto, población distribuida en unas 38 Juntas vecinales.

Este estudio se llevó a cabo de Junio a setiembre del 2004.

2.2 MUESTRA DEL ESTUDIO

Tratándose de un estudio de caso netamente cualitativo con enfoque en la investigación participativa. Se conformó 8 talleres en 8 juntas vecinales ubicadas en el distrito 1 de El Alto.

Para el trabajo en las **juntas vecinales** fue una muestra intencional a criterio del investigador. Se seleccionó una junta vecinal por su cercanía al centro de salud, perteneciente a la red de salud, y por el interés demostrado en participar en el estudio de los representantes de las juntas vecinales. Convocándose mediante invitación abierta a participar a los vecinos en cada junta.

El número total de personas participantes al estudio fueron en número de 208.

Para el trabajo con el **personal de salud**, también el criterio de selección fue intencional por parte del investigador, convocándose por invitación abierta al

personal de los centros de salud pertenecientes a la red; como también a personal del hospital entre administrativos y médicos.

El número de proveedores participantes al estudio en número de 32.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

2.3.1 Criterios de inclusión para entrevistas con participantes claves

- ✚ Gerente del HBH y la red de servicios.
- ✚ Jefe Médico del HBH
- ✚ Jefa de Enfermeras del HBH
- ✚ Representantes del Comité de Vigilancia
- ✚ Representante del Dilos

2.3.2 Criterios de exclusión para entrevistas con participantes clave

- ✚ Personas que estén de paso o en remplazo

2.3.3 Criterios de inclusión en los talleres

- ✚ Vecinos usuarios del distrito 1, y personal del HBH y la red de salud, que otorgaron su consentimiento sin ninguna presión, previa información de los objetivos de la investigación
- ✚ Personas mayores de 18 años de ambos sexos pertenecientes a la junta vecinal de estudio.
- ✚ Personal de salud y administrativo del HBH y los Centros de salud.
- ✚ Se conformaron grupos heterogéneos de entre 7 y 10 personas por técnica de estudio en los diferentes talleres.

2.3.4 Criterios de exclusión en los grupos focales

- ✚ Representantes de las juntas vecinales u otros vínculos que le otorguen poder al interior de la junta vecinal.
- ✚ Gerente de Red y coordinadores de los Centros de salud.

3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN:

Previo a la realización de los talleres se realizaron algunos preparativos que ayudaron en la su realización, y dieron insumos para enfocar más los puntos a investigar.

3.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE

Se han identificado estos informantes clave, personas que pudieron informar mejor sobre algunas cuestiones específicas, o que pudieron ofrecer puntos de vista especiales, de manera individual, sobre el sistema de salud, la gestión Hospitalaria y la preocupación de la población. Los informantes clave en este estudio fueron: el gerente del Hospital, el defensor de salud del distrito 1 del Alto, ex director del Hospital, un representante de la alcaldía, representantes del Comité de vigilancia.

3.2 PROCESO DE VALIDACIÓN Y CAPACITACIÓN

Se realizó una primera reunión con la presencia de los representantes de las diferentes juntas vecinales para proponerles un taller de capacitación para el levantamiento de la información dentro las juntas vecinales, con el propósito de mostrarles el tipo de estudio y de capacitar a los vecinos representantes en el

uso de las técnicas de DRP para que fueran co-facilitadores del estudio que se realizaría en las juntas vecinales. Este taller previo tuvo una duración de cuatro días y se llevó a cabo fuera de la ciudad, fue un entrenamiento intenso con el apoyo de un conocedor en las técnicas.

3.3 INFORMACION A LA COMUNIDAD SOBRE LOS TALLERES

Se pasó una invitación previa al taller a los directivos de la junta para una reunión. En la reunión se informó sobre la metodología, los objetivos del taller y se acordó fecha, hora y lugar donde se desarrollaría el taller.

Los horarios de los talleres fueron puestos en consideración de los dirigentes de las juntas vecinales y algunos vecinos en reuniones previas al taller; quienes vieron la mejor disposición de su tiempo libre de los vecinos. En muchos casos se realizaron los fines de semana, y en otros los talleres se realizaron por las noches.

3.5 CONVOCATORIA A LOS TALLERES

Se hizo difusión por los medios de comunicación sobre los talleres a realizarse y el objetivo del mismo para que la comunidad tenga conocimiento del interés del Hospital en conocer sus percepciones y analizar los mismos en forma conjunta.

Posteriormente dos días antes de la consulta con ayuda de los miembros de la directiva y otros vecinos de juntas colindantes se repartieron las invitaciones domicilio por domicilio recogiendo la firma del vecino como constancia de haber recibido la invitación. Fueron invitados al taller todos los vecinos del distrito, cada taller se realizó en sus juntas vecinales, la invitación fue hecha por parte del gerente del HBH dando a conocer su interés en saber sus percepciones con referencia al Hospital y también pidiéndoles sugerencias para mejorar sus servicios y de esta manera lograr un trabajo conjunto entre la comunidad

usuaria y el Hospital. Así mismo se colocaron afiches en diferentes calles de las Juntas Vecinales.

El día del taller, una hora antes se realizó perifoneo por las calles de la Junta para recordar a los vecinos del taller a realizar. Invitando nuevamente a los vecinos a participar de estos talleres y la importancia de los mismos, así mismo recordándoles el lugar del encuentro.

En cada taller asistieron entre 26 y 35 personas, al finalizar el taller la Junta directiva levantaron un acta con las firmas de los directivos de la Junta.

En algunos casos se logró una participación exitosa en relación con el número de viviendas y además con un retraso de solo 30 minutos a diferencia de otras juntas donde se tuvo que esperar hasta 2 horas y con poca participación de los vecinos en relación a la distribución de casas en las juntas vecinales.

3.4 LUGARES DE REALIZACIÓN DE LOS TALLERES

Los talleres fueron realizados en la mayoría de los casos en establecimientos educativos de la zona previa una autorización de los responsables de los mismos, también se hizo uso de algunos centros de reuniones de las Juntas vecinales o en su caso en el domicilio de algunos vecinos que dispusieron sus casas para el taller.

4. HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TÉCNICAS DRP EN LOS GRUPOS DE LOS TALLERES



Las técnicas que se utilizaron para el levantamiento de la información en los grupos en los talleres, partieron de un enfoque del DRP (Diagnostico Rural Participativo).

Para este estudio se ha utilizado cuatro técnicas mapa parlante, mapa corporal, línea de tendencias, diagrama de venn.

4.1.1 Mapas parlantes

Fue utilizada esta técnica por las juntas vecinales para empezar a identificar sus recursos y necesidades. Las personas más informadas de las juntas vecinales pudieron hacer juntas mapas en tierra, usando materiales locales para marcar los rasgos distintivos, o bien con papel sábana y plumones. En los mapas se pudieron identificar una gran variedad de cosas, como rasgos físicos, las instituciones como iglesias, colegios, servicios sociales, áreas de riesgo y patrones de migración.

Para ello fue importante:

-  Crear un lugar adecuado para crear el mapa o modelo de la comunidad, tal como un claro grande (pero no con demasiado viento).
-  Encontrar un grupo de miembros de la comunidad bien informados y pedirles que decidan qué parte de la junta vecinal (si no es que toda) debe incluirse en el mapa.

- ✚ El proceso de creación del mapa debe fue participativo y los participantes pudieron verificar la información que se está incluyendo en él.
- ✚ Los facilitadores no interfirieron en el proceso, por el contrario fueron pacientes y dejar que la propia comunidad haga el mapa.
- ✚ Cada mapa tuvo un título, donde ellos identificaron el punto crítico que afecta la salud de la comunidad.



Foto N° 1¹

¹ Foto 1: muestra la técnica “ Mapa Parlante”

4.1.2 Línea de Tendencia

El análisis de tendencias se pudo usar para describir las percepciones que tiene la gente de los cambios de largo plazo, en cuestiones tales como la gestión de salud por parte del Hospital y los centros desde su creación. Esta técnica fue particularmente útil para poner en relieve las nuevas preocupaciones de la comunidad, ubicándolas en su contexto histórico.

Para analizar la gestión en salud del Hospital

- ✚ Se formó un grupo en cada junta para que realizan esta técnica, mostraron la tendencia con líneas en una gráfica a lo largo del tiempo.
- ✚ Se determinaron las proporciones en fechas clave y se registraron en la gráfica
- ✚ Se discutió luego los cambios entre el antes y el ahora. Colocando líneas de acuerdo al grosor en el caso de que haya tenido una incidencia fuerte. Se analizaron sobre todo los puntos de calidad de atención del Hospital, en base a los recursos humanos, trato al paciente, equipamiento e infraestructura, costo beneficio.



Foto N° 2²

4.1.3 Diagramas de Venn

Constituyó un abanico bastante variado de herramientas. La característica común es el uso de círculos, ya sean separados o juntos. Fue una manera simple y visual de permitir que los participantes describan cuál es la relación entre aspectos entidades, instituciones, personas, conceptos, etc., o entre estos y el informante o la propia comunidad.

Se hicieron preguntas tales como "¿Qué instituciones son importantes para mí en lo que se refiere cuidado de mi salud?" o "¿ Donde colocamos a la salud en relación con las instituciones y normas sociales como la educación, el matrimonio, la comunidad, la religión, los vecinos?" Y ¿Qué instituciones o entidades están cerca de la familia cuando nos enfermamos o necesitamos curarnos?

Además, dado que fue una herramienta fácil para vincular instituciones, personas, temas o problemas, puede servir como un paso precursor muy útil

² Foto 2: muestra la técnica "Línea de tendencia"

para otros tipos de herramientas para el análisis de sistemas, como los diagramas de redes, los diagramas de flujo causales o los diagramas de flujo de toma de decisiones.

Para esta técnica se precedió de esta manera:

- ✚ Se decidió el tipo de diagrama que se quiere hacer en este caso círculos concéntricos.
- ✚ Ponerse de acuerdo con el grupo respecto a los materiales que se van a usar, y colocar la “figura central” en el centro en este caso puede ser la familia como unidad central.
- ✚ Asegurándose de que sea claro lo que significan los diferentes aspectos del diagrama por ejemplo:

Tamaño del círculo = tamaño físico, tuvo importancia desde el punto de vista del informante o de la figura central del diagrama.

Longitud de las líneas entre los círculos (en su caso) = por ejemplo, distancia física real, “cercanía al corazón del hogar” (como sucede con la importancia de las relaciones).

Grosor de las líneas = por ejemplo, importancia de la relación, frecuencia del contacto.

En esta técnica se pidió a los participantes que expliquen las relaciones e interrelaciones. Si los participantes no estuvieron satisfechos con el primer diagrama, decidieron cambiarlo y hacerlo de nuevo.



Foto N° 3³

³ Foto 3; muestra la técnica "Diagrama de Venn"

4.1.4 Mapas del Cuerpo

Los mapas del cuerpo son una técnica de DRP que se usó para entender mejor las percepciones de los individuos y de las comunidades con respecto al cuerpo. Pueden ayudar a mujeres como a hombres a identificar diferentes partes del cuerpo.

Los pasos que se siguieron para el diseño del mapa corporal fueron:

- Dibujaron el cuerpo de una mujer y de un hombre.
- Se describió visualmente las partes del cuerpo e identifiquen las enfermedades más frecuentes tanto en la mujer como en el varón.
- Se discutió los dibujos juntos.

Si bien los mapas del cuerpo pudieron constituir una buena oportunidad para corregir conceptos errados, los facilitadores subrayaron el hecho de que el objetivo principal de esta técnica no fue corregir, sino más bien entender mejor la lógica subyacente de las percepciones existentes.

Los mapas del cuerpo se convirtieron en una herramienta útil para introducir temas delicados y para identificar un lenguaje común para las partes del cuerpo, pero, tal como lo expresaron los facilitadores, escogieron cuidadosamente el momento de su aplicación.

Fue importante establecer empatía con un grupo antes de introducir la técnica, y en algunos casos fue necesario dividir a los grupos y a los facilitadores de acuerdo a su género, para así ayudar a superar los tabúes relacionados con el hecho de hablar de las partes del cuerpo humano.



Foto N° 4⁴

4.1.5 DINÁMICAS DE TRABAJO EN GRUPO

Se hizo uso de dinámicas participativas con el fin de que los participantes al estudio entraran más en confianza y de conocerse en algunos casos como vecinos lo que ayudó luego en el desenvolvimiento de los talleres. Se hicieron dinámicas como:

4.1.5.1 La presentación por pares, mediante la técnica del “carnet de identidad” con el objetivo de conocerse entre todos los participantes.

4.1.5.2 La técnica de doblando papeles, para analizar que cada uno tiene modelos mentales diferentes y que eso a su vez va influir en el aprendizaje individual y grupal del taller.

⁴ Foto 4:muestra la técnica “Mapa Corporal”

- 4.1.5.3 La técnica de los nudos**, que fueron usados con el fin de introducir los conceptos de horizontalidad, participación, corresponsabilidad e interdependencia entre los actores sociales (ONG, HAM, comunidad, etc.)
- 4.1.5.4 La dinámica en V**, reflexión sobre la importancia de la confianza en la gestión participativa de la red de salud. Que ayuda al hora de realizar cualquier actividad entre personal de salud y comunidad es importante desarrollar una actitud de confianza que permita hacer un trabajo coordinado, eficaz y de calidad.
- 4.1.5.5 La escucha activa**, para analizar la manera como recibimos la información y como la transformamos. Es un proceso de diálogo que nos permite ponernos en el lugar del otro y entender mejor su realidad. Nos ayuda a tener una actitud de apertura y aprendizaje a nuevas maneras de entender la realidad.

4.2 ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Con una lista de puntos guía, las entrevistas tuvieron un cuestionario de preguntas. Este cuestionario fue elaborado con el apoyo de las personas facilitadoras de los grupos focales en los talleres, a los actores clave tanto de la comunidad usuaria como personal clave del HBH y la red de servicios.

Estas entrevistas se realizaron con el fin de llegar a un acuerdo y ver la viabilidad de la realización de los grupos focales en las diferentes juntas vecinales contando con la participación de los vecinos, y conocer las percepciones de los actores clave sobre la situación actual de la gestión del

hospital y la relación con la comunidad. Al mismo tiempo se dio a conocer el interés de mejorar las relaciones entre la comunidad y el Hospital por parte del nuevo adjudicatario de la institución.

5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

5.1 TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El método principal del estudio de caso y la metodología de Investigación Participativa para asegurar la confiabilidad de la información es la triangulación aumentando así el grado de validación del estudio. Cuando además el estudio de caso utiliza técnicas de investigación participativa como este estudio, la triangulación ocurre en varios niveles a la vez, haciéndola más robusta.

5.1.1 Niveles de Triangulación

5.1.1.1 Según Tipos de Técnicas

Se contaron con diferentes técnicas de intervención en levantamiento de la información de acuerdo con la necesidad y la oportunidad de este estudio. Permitted aplicar el principio de la triangulación, que consiste en emplear más de una técnica para obtener la misma información.

 Entrevistas

 Talleres

5.1.1.2 Según las Fuentes de Información

La composición de los diferentes equipos para este estudio, para obtener la representación de los diferentes enfoques e informantes ayudó a obtener los mismos datos. Se compararon participantes a los grupos focales versus entrevistados.

- ✚ Entrevistados
- ✚ Participantes en los talleres

5.1.1.3 Según diferentes lugares de estudio

Los equipos de estudio estuvieron en diferentes juntas vecinales. Cada Junta Vecinal con una problemática diferente que ayuda a la contrastación en los resultados.

5.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Luego de haberse realizado los talleres en cada Junta Vecinal se procedió a la sistematización de la información recogiendo sus opiniones de los vecinos para cada categoría de análisis y según la técnica empleada. Para la sistematización se llamó “ficha técnica” al documento donde se jerarquizó los hallazgos encontrados según cada categoría y la técnica específica empleada. Posteriormente se consolidó todas las fichas técnicas pertenecientes a una junta vecinal en un documento al que se le denominó “memoria del taller”. Finalmente se hizo un análisis de todas las memorias de las juntas vecinales en un documento final.

Es importante subrayar que en cada taller y para el desarrollo de una determinada técnica fue importante contar con un facilitador como orientador y otro que recogiera la información tomando nota de los interventores del estudio la participación y anotando las citas textuales que manifestaron los vecinos.

En resumen el análisis de la información tuvo cuatro pasos importantes:

- ✚ Simultáneo a la producción de la información a través del registro de la temática y la descripción de cada taller y técnica empleada.

- ✚ Clasificación y categorización de la información en sistemas de análisis.
- ✚ Concentración de la información tanto las categorías, hallazgos, información teórica, observaciones y sugerencias.

5.3 SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al momento de la finalización de cada taller en cada junta vecinal se procedió a la socialización de los resultados de cada técnica con la participación de todos los asistentes al taller para dar su validación y observaciones a cada grupo presentante.

Mediante este estudio se quiso demostrar la capacidad de hombres y mujeres de las juntas vecinales participando en un proceso de análisis de la situación de salud y la forma como son incorporados en el proceso, que invariablemente influye en los resultados generados. En todo esto, la metodología del estudio no fue diferente de otras formas de investigar inductivas, donde la confiabilidad y la validez de los resultados dependen de un enfoque profesional el cual enfatiza un compromiso prolongado, observación persistente, triangulación y controles cruzados, como herramientas metodológicas para asegurar la credibilidad.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

6.1 CONFIDENCIALIDAD

Fueron trabajos grupales donde cada uno expresó su punto de vista de una forma participativa y todos fueron protagonistas de la investigación, hubo discrepancias entre algunos sobre algunos aspectos durante el proceso pero el

facilitador encaminó el proceso para lograr un ideal común. No se dió a conocer los nombres de quiénes participaron en el estudio.

6.2 BENEFICENCIA O NO MALEFICENCIA

Fue un beneficio en el sentido que se trató de una preocupación común donde todos pudieron juntos decidir y proponer sus alternativas de solución. Ninguna persona que decidió participar en el estudio recibió algún beneficio en el servicio de salud (trato preferencial) ni tampoco ninguna persona que no decidió participar en el estudio fue discriminado por el servicio posteriormente. Los participantes estaban claramente informados de esta condición de participar en el estudio.

6.3 JUSTICIA

Fue un proceso participativo donde todos tanto mujeres y jóvenes pudieron dar su opinión con absoluta libertad. Por las características de la zona, los usuarios del distrito 1 de la Ciudad de El Alto constituye de por sí un grupo que sufre cierta discriminación racial y social. El estudio ha intentado darles una voz en el diseño y evaluación de los servicios de su zona. Por lo tanto contribuyó a la reivindicación de esta población y a la equidad social.

6.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar el proceso de investigación se procedió a informar con claridad los objetivos de la investigación y las características del estudio a cada participante de manera verbal como escrita. Se dejó de manera abierta la invitación procurando que la asistencia del participante sea de manera libre y voluntaria.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD SOBRE LA GESTIÓN DEL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDÉS

Para la comunidad fue importante analizar diferentes aspectos de la gestión del hospital hasta la fecha del estudio. De ello se recopiló los siguientes hallazgos:

1.1 La infraestructura y equipamiento del HBH y su red de servicios.

La infraestructura ya no abastece a la cantidad de población beneficiaria y en muchos casos los pacientes son referidos a otros Hospitales de la ciudad de La Paz.

Para los vecinos los predios del Hospital Boliviano Holandés son propiedad de la junta vecinal, porque fueron ellos quienes donaron los terrenos para la construcción del Hospital en beneficio de todos los pobladores de la ciudad de El Alto. Lo que no es así en la actualidad, el Hospital se ha convertido en un centro de referencia, porque el costo de las consulta es muy alta como para que un vecino pueda acceder con facilidad.

La anterior gestión del hospital, tiene repercusiones negativas en las percepciones de los vecinos. Según los vecinos consultados, las personas que trabajaban en la anterior gestión han desmantelado los equipos que originariamente existían en los centros de salud, para luego concentrados en el Hospital. Esto ha motivado a los vecinos a acudir directamente al hospital para ser atendidos.

Como es el caso del centro de salud de Villa Dolores que funciona como centro gineco-obstétrico, que según los vecinos le falta equipamiento y resulta insuficiente para cubrir la demanda de los pacientes.

UN VECINO MANIFESTABA:

“Antes de que se creara el Hospital los centros estaban bien equipados, ahora no tienen nada para que vamos a ir allá, nosotros hemos visto llevar las cosas nos consta eso” (en referencia al equipamiento del Hospital)

UMJVP97

1.2 Costo de la atención

Para la mayoría de los vecinos otro de los problemas radica en el costo elevado de la consulta en el HBH, pese a que éste fue creado; según ellos justamente para beneficio de la gente más pobre.

Este problema del costo de la atención en la actualidad en el Hospital Boliviano Holandés para muchos vecinos es injustificado, porque si bien es cierto de que en el Hospital hay trabajadores a riesgo compartido (70%) y con ITEMS (30%), como justifican que otros Hospitales como el KenKo y el Agramont donde todo su personal es a contrato, el costo de la atención es incluso hasta más bajo.

1.3 El trato del personal y tiempo de espera en la atención.

Para los vecinos consultados la atención del Hospital, ha ido de mal en peor, es⁵tos últimos años, ha empeorado en el sentido de que hay mucho personal

⁵ UMJVP97. Usuario masculino de la junta vecinal Plan 97

practicante (estudiantes internos) que no tienen experiencia y esto hace que la confianza de la gente baje.

Desde sus primeros años de atención (1998 - 2003) ha venido disminuyendo, fundamentalmente en relación médico - paciente debido a la falta de sensibilidad social de parte de los trabajadores en salud.

El trato por parte de los médicos en el Hospital, según los vecinos es muy autoritario y hasta discriminatorio, ellos arguyen que se debe a su condición social.

El mal trato del personal de salud, ha influido en los vecinos para que ellos busquen atención en otros centros privados de salud o en su caso recurrir a la medicina tradicional.

UNA VECINA MANIFESTABA:

“Es caro venir al Hospital, yo prefiero pagarle a las clínicas porque te tratan mejor que en el Hospital, todos andan idiotas...”

UFJVSI

6

El tiempo de espera para ser atendidos es muy largo y la recaudación de fichas son limitadas. Los vecinos para ser atendidos en el Hospital tienen que dejar de lado sus obligaciones y esto significa una pérdida de dinero y tiempo.

1.4 Desconocimiento de los Programas de Salud

Los vecinos de algunas Juntas Vecinales, donde aún no han nominado su defensor de salud manifestaron su desconocimiento de los programas de la alcaldía por no contar con un defensor de salud que pueda informar más sobre los programas de salud. A falta de éste representante de salud la Junta

⁶ UFJVSI. Usuario femenino de la junta vecinal Santiago Primero

Vecinal no se ve involucrado en actividades que coordinan defensores de otras juntas.

Es contradictorio también porque en otras Juntas Vecinales estudiadas, donde sí existía un defensor de salud los vecinos tampoco conocían los programas de la alcaldía por que el defensor no había informado bien sobre estos programas y en otros casos donde el propio defensor también desconocía de estos programas.

Los vecinos ex mineros, rentistas tienen un seguro de salud en la C.N.S. Lo que significa que no se identifiquen con el Hospital, pero la población adulto joven, no cuentan con seguros están insertos en el sector informal de la economía tienen como referencia el Hospital además por disponer de los seguros como SUMI y el seguro Escolar.⁷

UN VECINO MANIFESTABA:

“No voy al Hospital señorita, para que si tengo mi seguro de salud en la caja como ex minero solo mis nietos van por eso reclamo”

UMJV129

Se ha identificado que los vecinos de la tercera edad dependen de seguro que brinda la CNS, pero le tienen muy poca confianza y además desconocen la cobertura del seguro de la Vejez.

Los vecinos consultados no conocen todos los programas que tiene la alcaldía a su disposición. Reconocen al SUMI como una organización o institución pero n^o como un programa enunciado por el gobierno, tampoco tienen conocimiento de las prestaciones con las que cuenta. Lo que puede llevar a pensar de que los vecinos al no conocer bien estos programas y que son además comunes, puede generar conjeturas de cualquier índole como el de

⁷ UMJVP129. Usuario masculino de la junta vecinal Plan 129.

imaginarse de que toda atención en el Hospital es gratuita solo por no contar con más información.⁹

UN VECINO MANIFESTABA:
“El SUMI es una institución que se dedica a ayudar a las madres cuando tienen sus hijos, pero no nos ayudan a los hombres”
UMJVBM

Es increíble pensar que el SUMI, siendo una ley universal dentro del país, aún los pobladores desconocen este seguro; en muchos casos se han referido al SUMI como una institución del Estado, en otras como un programa de la alcaldía, y lo más grave es que desconocen sus beneficios del mismo, a pesar de que se habla de una población que esta en la ciudad y muy cerca de centros de atención y que tienen como referencia un Hospital muy cercano.

La falta de conocimiento de la población sobre los seguros se debe a la poca difusión o ciertas limitaciones que tienen al momento de difundirlas.

2 PERCEPCIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO SOBRE LA GESTIÓN DEL HBH Y LA RED DE SERVICIOS

2.1 No funciona bien el sistema de referencia y contra-referencia

El sistema de referencia y contrarreferencia no funciona según la opinión de los proveedores. Esto debido a la mala administración del hospital según los proveedores, porque toda la atención se centraliza en el hospital, hay una alta demanda de los usuarios. Aún casos que se pueden resolver en centros de primer Nivel.

⁹ UMJVBM: Usuario Masculino junta vecinal Barrio Minero.

Los proveedores de los centros por su parte opinan que los centros de salud están desabastecidos y que no pueden cumplir con los requerimientos por lo tanto la gente no asiste. Los horarios de atención son limitados en algunos casos por lo que la gente se queja.

2.2 Inestabilidad laboral

En la red de servicios y el hospital la gran parte de los proveedores tanto médicos como administrativos mostraron un descontento al no contar con un ITEM del estado, eso afecta las relaciones entre ellos y también crea tensiones de tipo sindicalista entre los que tienen y los que no tienen un puesto seguro en el hospital.

Esta inestabilidad laboral crea tensiones en vista de los que cuentan con ITEM no cumplen con sus horarios de trabajo y los otros trabajan por producción de servicios. Los proveedores que no cuentan con ITEM están a favor de la administración mientras que los otros en desacuerdo con la administración. Para estos últimos, tanto la comunidad como los proveedores deberían administrar la red de servicios. Creando de esta manera una polarización de opiniones y de posiciones.¹⁰

UNA PROVEEDORA MANIFESTABA:
Ya estamos cansados de que la administración del hospital este a cargo de ONGs, que tienen una posición arbitraria al interior del hospital..... Yo nos soy empleada de ellos, yo trabajo para el estado.
PFHBH

2.3 Desconocimiento de los proveedores de las organizaciones de base

La mayoría de los proveedores entrevistados y algunos que trabajaron en grupos focales desconocían a las organizaciones de base, no conocen las funciones de los defensores de salud, de las manzaneras. Así mismo mostraron desconocimiento de la ley de participación popular, a grandes

¹⁰ PFHBH. Proveedor femenino del HBH

rasgos algunos comentaron sobre el modelo gestión y la integración de la comunidad, pero realmente no saben como es esa participación ni quienes son los actores claves de la comunidad.¹¹

UN PROVEEDOR MANIFESTABA:

Yo no se para que sirven esos defensores, manzaneras que se inventaran ahora; vienen a ver que hacemos según ellos, no tienen ni idea, ahora ya quieren meterse al quirófano.... **UPMHBH**

3 LIMITACIONES DE LA COMUNIDAD EN SU PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL Y LA RED DE SERVICIOS

3.1 Poco poder de convocatoria por parte de las directivas de las Juntas vecinales

Los vecinos que asistieron a los grupos focales en su mayoría fueron personas de la tercera edad, rentistas ex mineros.

Se observado que en la mayoría de las juntas vecinales, los directivos de estas tienen poco poder de convocatoria. Esto se debe en gran parte a que personas jóvenes no participan activamente en actividades que realiza la junta, y también se observa muchos casos donde los inquilinos no participan de este tipo de reuniones porque se consideran sin derecho de opinión y además viven en el barrio eventualmente. Esto motiva a muy poca participación por parte de los vecinos de las Juntas vecinales en las reuniones donde se analizan muchos aspectos con respecto a la gestión de problemas preocupantes que emergen en la zona.

¹¹ UPMHBH. Usuario masculino del HBH.

UN VECINO JOVEN MANIFESTABA:

“Nosotros no asistimos a ese tipo de reuniones porque.....Ellos quieren imponernos sus formas de pensar.... Ellos solo se autoerigen. No se que pasará en las reuniones tampoco nos informan que hacen....” (En referencia a los dirigentes de la juntas)

UMJV20OCT

12

A parte de lo arriba mencionado cabe señalar que la baja participación de los vecinos a las reuniones, en gran parte se debe a las actividades laborales que realizan los vecinos, lo que les demanda mucho tiempo, las principales actividades que realizan los vecinos es en el área del comercio. Razón por la que no hay espacios para analizar en conjunto las necesidades que tiene el barrio.

Según las personas que conforman las directivas de las Juntas Vecinales, los vecinos muestran poco interés en participar de las reuniones convocadas por las juntas directivas y ellos como junta directiva se ven obligados a realizar ciertas diligencias sin el consentimiento de los vecinos.

3.2 Desorganización en las Juntas vecinales

Se ha observado Juntas desorganizadas. En varias de las juntas estudiadas los vecinos consultados desconocían a los representantes de las juntas directivas de sus zonas. Por otro lado la junta directiva está conformada por personas de la tercera edad, quienes realizan actividades de una manera arbitraria.

A diferencia de estas Juntas Vecinales, se destaca la organización de una Junta Vecinal en particular, el Barrio Minero cuya junta directiva conformada por personas jóvenes dinámicas, activas y con visión de cambio, han mostrado mucha iniciativa preocupándose de asignar el cargo de defensor de salud a una persona con más conocimiento de la salud (médico) vecino de la zona. Así

¹² UMJV20OCT. Usuario masculino de la junta vecinal 20 de Octubre.

mismo esta Junta Vecinal se encuentra en un proceso de estructurar reuniones mensuales implementando jornadas de orientación con temas de salud con apoyo del personal de salud. Quincenalmente en el barrio circula un boletín informativo elaborado por la Junta vecinal mostrando las actividades en salud, cultural, educación y otros.¹³

UNA VECINA MANIFESTABA:

“Algunos representantes se comprometen a trabajar....Después somos unos cuantos los que hacemos por el barrio...Porque algunos viajan o están enfermos siempre es igual... Creo que se esconden en sus casas” (con referencia a los otros representantes de la junta directiva).
UFJVFM

3.3 Poder Concentrado

Como se ha observado en la mayoría de las Juntas Vecinales estudiadas la concentración del poder de la dirigencia por personas mayores y que al mismo tiempo son perentorios que es otro gran problema sin existir renovación de las mismas.

Las directivas tienen un tiempo de gestión según las leyes de 2 años, pero algunas juntas directivas ya van por la tercera gestión. Esto genera descontento por parte de los vecinos. El problema de poder concentrado en las Juntas Vecinales también es por el hecho de que en gran parte son las personas mayores que disponen de tiempo como para participar activamente en estas reuniones. Otro de los motivos es el hecho de que en su mayoría de los casos las personas mayores son dueños de las viviendas y los hijos aún casados continúan viviendo, dependiendo de los padres lo que les da poco poder de participación en la zona.

¹³ UFJVFM. Usuario femenino de la junta vecinal Faro Murillo.

UN VECINO MANIFESTABA:
Hay algunos representantes que se incrustan como garrapatas al poder no quieren moverse..... No se que ganan con eso"
(refiriéndose a los representantes de las JV) **UMJVP148**

14

Los vecinos jóvenes consultados mostraron un descontento hacia las personas confortantes de las juntas directivas porque según estos, los que conforman estas carteras son personas mayores con concepciones diferentes en relación a la gente joven. Este tipo de liderazgos que se perpetúan desde la creación de las Juntas en muchos casos dificultan la participación de gente más joven que podrían plantear sus necesidades y al mismo tiempo emitir sus sugerencias para contribuir al desarrollo de la zona.

3.4 Confusión de roles al interior de las Juntas Vecinales

Se ha observado que las carteras de los miembros de la junta directiva no están bien definidas. Esto se debe a que los representantes de las carteras son autonombrados por su colaboración activa dentro de la junta en muchos casos.

En algunas Juntas Vecinales estudiadas los defensores de salud hacen una buena representación junto con los miembros de la directiva en eventos que realiza la Alcaldía, FEJUVE etc. En este caso la participación de algunos defensores de salud es muy activa en sus zonas, ellos coordinan actividades con el Hospital y además colaboran con los vecinos que han sufrido algún tipo de discriminación por parte del personal de salud en el Hospital como también son personas que orientan a los vecinos para que ellos sepan donde recurrir en caso de emergencia. Sin embargo se observa defensores en las Juntas Vecinales estudiadas, que desconocen su rol como tal, no tienen ningún grado de instrucción, o muestran poco interés en conocer más el papel que debe cumplir. También se ha observado que una gran parte de los vecinos no saben

¹⁴ UMJVP148. Usuario masculino de la junta vecinal del Plan 148.

que existe un defensor de salud dentro de la Junta Vecinal ni conocen el rol que cumplen estos.

Este problema se da en gran parte la parte porque la información a la comunidad sobre el papel que cumplen los líderes dentro de la comunidad no está muy bien difundida y por otro es que los vecinos no demandan activamente esta información.¹⁵

UNA VECINA MANIFESTABA:
“Nosotros no sabemos... ¿Qué hace él? Que se haga conocer
pues...”
(Hablando del defensor de salud) **UFJVP148**

3.5 Participación Intersectorial

Se ha podido observar que existe poco involucramiento por parte de algunas instituciones dentro de la comunidad y en algunos casos estas instituciones solo velan por sus beneficios.

3.5.1 La familia y su rol en la salud

Tomando en cuenta como núcleo de una junta vecinal a la familia y la relación con la salud. En todas las Juntas Vecinales estudiadas se describió a la familia tanto la nuclear como la familia extensa como primera referencia y de apoyo en caso de enfermedades. Las primeras personas a las que un vecino enfermo recurre para consultar cualquier dolencia es a los integrantes de la familia, quienes con sus conocimientos de medicina tradicional logran en muchos casos recuperar a la persona enferma o en otros casos referir a sus familiares a una persona más entendida en la materia salud (médico, naturista, curandero).

La solidaridad familiar es altamente valorada, sobretodo en esta zona del país donde es la reciprocidad la base fundamental de sus relaciones que en muchos

¹⁵ UFJVP148. Usuario femenino de la junta vecinal del Plan 148.

casos no se limita solamente al núcleo familiar sino que trasciende hacia los vecinos más cercanos.

3.5.2 La participación de la iglesia

Es muy importante resaltar la participación de la iglesia en los barrios específicamente en el tema de salud de los vecinos, en especial la actuación de la iglesia Evangélica, también hay apoyo voluntario de iglesias católicas sobretodo caritativos para colaborar a los vecinos que carecen de recursos económicos. Son consideradas las iglesias como organizaciones más sensibles a las demandas de la población. Si bien es cierto que el apoyo material que reciben de estas instituciones no es tan grande, cabe rescatar que el mayor beneficio que recibe la gente es en lo espiritual y también un espacio de inserción social.

En las Juntas Vecinales se han referido los vecinos a problemas de alcoholismo drogadicción en jóvenes, problemas muy frecuentes, donde sus hijos son muy vulnerables a estos problemas y que gracias al poyo de las iglesias en muchos casos ha logrado revertir estos problemas y el apoyo de orientación por parte de estas entidades es muy bien recibida por los vecinos. Otros problemas de violencia intrafamiliar donde la iglesia también ha jugado un rol muy importante en la integración del hogar.

Llama la atención como estas instituciones religiosas logran coordinar con las organizaciones locales algo más diferente de las otras organizaciones. En este estudio las iglesias han salido como segundo recurso de apoyo en las enfermedades luego de las familias porque en esta zonas muy vulnerables a las enfermedades y expuestas al alto costo de los tratamientos se recurre a la iglesia para poder conseguirlo como un medio de benevolencia por parte de los feligreses en la donación de medicamentos, muestras de solidaridad que son muy valoradas por los vecinos.¹⁶

UNA MADRE MANIFESTABA:
“Nos convertimos en hermanos de la Iglesia Evangélica cuando tenemos alguna enfermedad para que Dios nos ayude a recuperarnos...Nos encomendamos a las manos de Dios porque no tenemos dinero ni para comprar medicamentos, ¿Qué podemos hacer señorita?” **UFJVP129**

17

Es tan importante para los vecinos contar con una iglesia en sus juntas que lo ha marcado como una de sus prioridades dentro de las sugerencias que han vertido al final de los talleres.

3.5.3 Instituciones Educativas

En cada junta vecinal estudiada por lo menos se contaba con un establecimiento educativo en alguno casos son privados y en otros públicos. Los vecinos hicieron referencia de los establecimientos privados como entidades que muestran muy poco interés en la zona se han referido a que solo buscan beneficiarse del barrio y son instituciones lucrativas que cobran mensualidades altas a los niños que van al colegio y que no hacen actividades en mejoramiento de la zona, por lo que los vecinos mostraron un gran descontento por estos. En ese sentido para los vecinos los establecimientos públicos tienen un comportamiento diferente en relación a la comunidad son más colaboradores, aunque muchas veces no cuentan con financiamiento que limita sus actividades, aún así estas entidades realizan ciertas actividades a favor de la comunidad como las ferias de salud.¹⁸

UN PADRE DE FAMILIA MANIFESTABA:
“Los colegios deberían enseñar a cuidar la salud y se empieza por el barrio...Pero no estos colegios solo saben cobrar. Ni siquiera se preocupan de ver por fuera.....no les enseñan sobre higiene a sus alumnos.”
UMJVTA

¹⁷ UFJVP129: Usuaria femenina de la junta vecinal Plan 129

¹⁸ UMJVTA: Usuario masculino de la junta vecinal Tejada Alpacota.

3.5.4 Relación de las Juntas Escolares con los Vecinos

En las Juntas Escolares (JE), que forman parte de las JV, representado por la asociación de padres de familia manifestaron su descontento con referencia a los primeros porque según ellos se ven obligados a asistir a las reuniones programadas, en el caso de incumplimiento son sometidos a pagos indebidos.

Por otro lado los representantes de las Juntas Vecinales manifiestan que los padres no toman mucho interés en la educación de sus hijos y no se puede tomar en cuenta su participación porque existe un abandono total por parte de los mismos que en gran parte son a consecuencia de sus actividades laborales que no la desmerecen pero creen que es también prioridad discutir los problemas generados en los colegios con respecto a al educación de sus hijos y que no solamente el hecho de ser representantes les da la potestad para poder decidir y cargar con toda la responsabilidad, sino que necesitan el apoyo de los padres de familia.

3.5.5 EI DILOS

Las personas participantes al estudio desconocían las funciones del DILOS (Distrito local de salud). Algunos representantes de las defensorías de salud comentaron que el dilos no esta cumpliendo su rol, ya que en vez de abocarse hacer políticas de salud más se dedican a levantar demandas de los servicios.

Existe descoordinación total entre las instituciones que se encuentran en la misma zona unas como es cierto solo velan por su interés lucrativo pero muy poco coordinan entre ellas para el mejoramiento en al zona o tienen interés en la problemática de salud de la comunidad. Se observa que estas instituciones o centros de atención actúan de manera independiente.

4 LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS DE LA RED PARA INTEGRAR A LA COMUNIDAD

4.1 Diferentes centros de atención médica

Aparte del Hospital Boliviano Holandés, existen otros Hospitales a los cuales acuden los vecinos como el Agramont, Kenko. También existen consultorios de naturistas y médicos que realizan otro tipo de tratamiento con medicinas tradicionales como acupunturistas.

En el estudio para la mayoría de los vecinos resulta más accesible recurrir a otros centros de atención y no al Hospital, porque la atención es más eficiente que en el mismo Hospital, en estos centros de atención privados para los vecinos los médicos muestra mayor predisposición en relación con los médicos del Hospital que se encuentran tan atareados y sin ganas de atender, así mismo el trato con las personas que son de primer contacto como administrativos del Hospital para los vecinos son más cordiales, entonces se sienten más cómodos aunque el costo en muchos casos signifique más alto en relación al Hospital que también es muy alto el costo de consulta. En estos casos los vecinos tienen que buscar la forma de financiar sus gastos.¹⁹

UNA VECINA MANIFESTABA:

Según lo que veo para nosotros está mas lejos el Hospital de nuestra familia que otros centros de salud privados, el Hospital no se preocupa por las personas que vivimos aquí.... Los médicos solo quieren ganar”

UFJVFM

En todos los sitios de estudio hicieron referencia a los consultorios de medicina alternativa, es un segundo recurso antes de ir a un centro Hospitalario porque el costo de la atención es más bajo en relación con los centros de atención, además del costo el tiempo para los procedimientos que se tienen que cumplir en un centro de atención es mucho más largo que en un consultorio particular.

¹⁹ UFJVFM. Usuaria femenina de la junta vecinal Faro Murillo.

4.2 Lugares de acceso rápido para buscar atención en salud

En varias juntas vecinales el centro de salud queda muy distante para los vecinos. En casos de emergencia se ven obligados a buscar otros Centros cercanos. Además que no hay acceso de transporte público.²⁰

UNA VECINA MANIFESTABA:

“Para ir al centro de salud de Bolívar A se toma como 45 minutos y ni siquiera hay transporte público para llegar.... Difícil es cuando alguien tiene su hijo enfermo o una madre embarazada quiere ir.....” UFJVBA

Las farmacias también para los vecinos son consideradas entidades de fácil acceso, según los vecinos se cuenta con un profesional, quien no tiene la autorización de prescribir el medicamento pero lo hace; donde adquieren medicamentos en forma libre como los analgésicos, antiinflamatorios porque en los centros de salud no reciben una atención inmediata.

4.3 La medicina tradicional al alcance de las necesidades de la Comunidad

Un dato interesante que señalaron los vecinos, fue que muchos de ellos acuden a los médicos naturistas para curar diferentes enfermedades, porque lo consideran de confianza y además porque éste utiliza medicamentos naturales que no deterioran otros sistemas. Aunque ir al médico naturista en resumidas cuentas resulta más costoso que ir al Hospital.

Cuando se enferma alguien de la familia la primera atención es realizada en casa con medicamentos caseros, y recién en caso de persistir el problema acuden al centro de salud.

²⁰ UFJVBA. Usuaria femenina de la junta vecinal Bolívar A.

Las mujeres en su gestación y en el trabajo de parto practican la medicina tradicional con el uso de plantas medicinales en mates, y la acomodación de su wawa para facilitar el parto, practican la técnica del manteo.

Los vecinos no quieren acudir al centro de salud por no recibir satisfacción de su consulta. Sin embargo la mayoría de los vecinos prefieren ir al médico naturista porque les brinda confianza, hay buen trato, comprende su idiosincrasia y también porque es más fácil el acceso

La mayoría de los vecinos prefieren ir al médico naturista porque les brinda confianza, hay buen trato, comprende su idiosincrasia y también porque es más fácil el acceso²¹

UNA VECINA MANIFESTABA:

“Yo voy al médico naturista porque me cura con hierbitas no más, además nos trata bien y sabe como pensamos... En cambio en el Hospital los doctores nos tratan mal... Nos dicen ¿para que has tomado eso? ahora estas peor...”

UFJV FM

4.4 Concepciones de los vecinos sobre salud

4.4.1 Enfermedad

Según los vecinos identificaron como causas de sus enfermedades la mala alimentación, cambios de clima, trabajo en la mina por muchos años, los padres descuidados de la salud de sus hijos, resfríos mal curados, infecciones por falta de higiene o cuidado, y también por no vacunarse.

La población adulta en su mayoría está compuesta por ex mineros. Producto de este trabajo en su mayoría presentan problemas pulmonares. Los niños son

²¹ UFJVFM. Usuaría femenina de la junta vecinal Faro Murillo

más propensos a enfermarse resfríos, diarreas, enfermedades eruptivas propias de la infancia. Los adultos jóvenes más problemas de tipo psicológico por la carencia de empleo y problemas familiares, además de problemas gastrointestinales sobretodo en mujeres como de colecistitis aguda.²²

UN JOVEN VECINO MANIFESTÓ:
 “Las señoras que venden en el mercado se enferma con hipertensión arterial porque tienen una vida sedentaria... No se cuidan de su salud.”
UMJVP148

ENFERMEDADES MÁS COMUNES

NIÑOS	MUJERES	VARONES
Desnutrición	Cistitis	Problemas vesiculares
Diarreas	Dolor de cintura	Tuberculosis
Resfríos comunes	Cáncer de mama	Pulmonía
	Hipertensión arterial	

Para el tratamiento de sus enfermedades en la mayoría de los casos la población primero recurre al tratamiento con medicinas caseras y posteriormente acuden al centro de salud más cercano o en su caso a otros centros.

Del total de las mujeres que hacen el control prenatal en el centro de salud, solo algunas son atendidas en su parto en los centros de salud, porque algunos de estos centros no cuentan con los equipos ni material necesario para atender los partos y más aún tratándose de complicaciones del parto. Estas pacientes son derivadas por los mismos médicos a la atención en el Hospital.

²² UMJVP148. Usuario masculino de la junta vecinal Plan 148.

4.5 Prioridades en la salud de la comunidad

4.5.1 Presencia de Basurales

Las Juntas Vecinal, mostraron gran preocupación por la presencia de basurales en la zona que son focos de infección afectando la salud de los vecinos, la empresa recolectora de basura según los vecinos pasa esporádicamente por la zona, incumpliendo con la ordenanza municipal. Los perros callejeros aprovechan esta acumulación y dispersan la basura por todas partes y para los vecinos es mucha molestia el tener que recoger todos los días.

La zona de Tejada Alpacota es considerada como el basural número 1 de la ciudad del Alto. Es muy preocupante para la salud del barrio porque allí según los vecinos votan perros muertos, fetos y en ocasiones se ha visto cadáveres humanos. Los vecinos en varias oportunidades han presentado sus quejas a la Alcaldía pero hasta ahora no han sido escuchados, aparte de ello es un antro de perdición porque los jóvenes se alcoholizan en esos lugares y en ocasiones se ha visto movilidades donde se observan actos obscenos.

La falta de un cordón de acera así como los residuos Hospitalarios (gasas empapadas de sangre, jeringas etc.), que deja caer el carro recogedor de basura a su salida del Hospital es un peligro para los vecinos de la zona porque sus hijos que juegan muchas veces en las calles o los niños que están pasando por las calles pueden levantar estos desechos y estar propensos a cualquier tipo de infección o contaminación.

UN VECINO MANIFESTABA:

“El carro basurero que recoge de Hospital..... cuando sale no se si no le importa deja siempre caer basura Hospitalaria en el camino.... Después nuestros hijos juegan ahí... no les importa.... Falta de conciencia de los encargados del Hospital” **UMJVP97**

23

La presencia de basura en las calles sobretodo en la cancha de fútbol. Los vecinos consideran que si bien es un deporte el fútbol y que practicar un deporte contribuye a la salud del individuo, pues en muchos casos causa degeneración porque los jóvenes luego de jugar se dedican a beber ocasionando escándalos en la vía pública, como sucede en esta Junta Vecinal. Las comerciantes que vienen a vender comida y bebidas alcohólicas, así mismo como la gente que va de espectadora, dejan basura dispersa. Los vecinos para mantener su barrio limpio tienen que salir a recoger todo, ocasionando muchas veces discusiones entre ellos.

Convirtiéndose uno de los mayores problemas de los barrios la acumulación de basuras generados por los comerciantes que ubican sus puestos de venta en las calles, y en vista de que el carro basurero no cumple con su horario de recojo, éstos se convierten en focos de infección que afecta a la salud de la población

Las basuras, los envases, los residuos que se botan en las calles provocan el taponamiento de alcantarillas.

Algunas directivas como es el caso de la Junta Vecinal Barrio Minero, anuncia el recojo de basuras, motivando con música alegre por alta voz, recorriendo por las calles del barrio para que de esta manera se incentive tener un barrio limpio y menos propenso a las enfermedades.²⁴

²³ UMJVP97. Usuario masculino de la junta vecinal Plan 97.

UN VECINO MANIFESTABA:

“Nuestra junta esta considerada como el reservorio de basura....Aquí todos botan su basura y las autoridades no dicen nada.....Solo cobran por el recojo y los carros recogedores no cumplen con sus horarios....”

UFJVTA

25

Las calles cercanas al sector del terminal de buses de servicio inter-departamental se encuentran contaminadas por el humo que botan las movilidades y las basuras acumuladas por las vendedoras, afectan a la salud de la población.

4.5.2 Inseguridad Ciudadana.

Existe un regimiento Policial en la Zona pero no colabora con la seguridad de la Junta Vecinal. Para los vecinos este es otro problema relacionado con la salud la falta de seguridad ciudadana, porque viven con el temor de sufrir atracos, violaciones y asesinatos.²⁶

UN VECINO MANIFESTABA:

“A pesar que hay un regimiento policial cera, vivimos tensos porque esta es ciudad de nadie en las noches se escucha gritos de gene que atraca a jovencitas y nosotros que podemos hacer.... Nada.”

UMJVTA

4.5.3 La falta de alumbrado público

Una de los aspectos también muy preocupante para la mayoría de las juntas vecinales estudiada es el problema del alumbrado público y la deficiente iluminación en las calles como es el caso de la Plaza El minero en el Barrio Minero, el cual se ha convertido en refugio nocturno de gente alcohólica que posiblemente vienen de otras zonas, y esto, representando inseguridad para los vecinos.

²⁵ UFJVTA: Usuaría femenina de la junta vecinal Tejada Alpacota.

²⁶ UMJVTA. Usuario masculino de la junta vecinal de Tejada Alpacota.

No cuentan con el servicio de alumbrado público, justamente por la falta de documentación para realizar el trámite, y esto ocasiona un grave problema dentro de la zona. Afectando de esta manera la seguridad de los habitantes del barrio.

Deficiente alumbrado público, la falta de seguridad ciudadana vecinal.

La avenida del Aeropuerto no cuenta con alumbrado público, convirtiéndose un peligro por las noches para los vecinos que habitan en ese sector.

4.5.4 La falta de alcantarillado

Uno de los más grandes problemas que en este momento atraviesan las comunidades estudiadas son los problemas de falta de alcantarillado.

Para los vecinos también consideran un problema la falta de alcantarillado fluvial que en épocas de lluvia provoca enlodamiento. Otro problema también es el deficiente alumbrado eléctrico que es causa de atracos en la zona

4.5.5 Deslizamientos

En la Junta Vecinal de Tejada Alpacota hubo varios deslizamientos, por esta razón es considerada zona negra y de mucho peligro para los pobladores. Hasta el momento no se ha visto la intervención de las autoridades a pesar de los reclamos de los vecinos a la Alcaldía.

4.5.6 Cables de alta Tensión

En la zona de Ciudad Satélite existen varias antenas repetidoras y cables de alta tensión que según los vecinos causa irradiación, que afecta la salud de los que habitan a inmediaciones. Esta información la obtuvieron de personas

expertas en el tema, los que realizaron un estudio en la zona sobre los cables de alta tensión y sus efectos en la salud de los habitantes.

4.5.6 Falta de asfalto en las vías

La mayoría de las calles y la avenida Panorámica son de tierra, entonces por el tránsito de movilizaciones y el viento levantan mucha tierra (polvareda) y en época de lluvias barro y lodo, causando a los vecinos problemas en las vías respiratorias.

Las calles y avenidas adoquinadas presentan deterioros, poniendo en peligro la vida de la población.

4.5.7 Falta de áreas verdes

En el barrio se observan muchas necesidades como ser áreas verdes, mejoramiento de calles, sede social, de estas necesidades los vecinos no muestran interés de solucionar estos problemas de la zona, más los vecinos se preocupan de sus actividades familiares.

4.5.8 Otros problemas al interior de las Juntas Vecinales

Existen juicios que no han concluido como el caso de la Junta Vecinal Plan 129, que ya lleva más de 18 años por usurpación de tierras con vecinos colindantes de la Junta Vecinal del Plan 97. Debido a ese juicio es que no pueden realizar ningún trámite para la mejora del barrio.

Existen muchos problemas que afectan a la salud de los vecinos, como ser los ruidos que provocan los aviones, que afecta al sentido de oído, asimismo perturbando la tranquilidad.

Por otro lado existen algunas Juntas Vecinales como es el caso de la Junta Vecinal Faro Murillo, que por la falta de la actualización de documentos concernientes al barrio no pueden ejercer sus funciones como representantes

frente a otras JVs, lo que limita en gran medida el desarrollo de la misma junta vecinal.

Así mismo cabe mencionar que existen todavía juntas vecinales que se encuentran en problemas de litigios con respecto a las propiedades de sus terrenos que aún no han logrado solucionar siendo esta la preocupación generalizada. En este caso se ha observado una participación activa por parte de los vecinos porque aún no cuentan con servicios básicos como el resto de las Juntas Vecinales.

POTENCIALIDADES INTERNAS Y EXTERNAS

Durante el estudio los vecinos pudieron identificar las instituciones más cercanas a ellos e identificar la función que cumplen dentro de la comunidad y como estas podían trabajar internamente coordinando para la resolución de sus problemas.

Potencialidades Internas	Potencialidades Externas
Junta de Vecinos (OTB)	Regimiento N 3
Junta Escolar	HAMEA
Capilla Señor de Exaltación	ENASA
Establecimientos Educativos	Centros Educativos
Centros de Salud	Iglesias
Guarderías Infantiles,	Fabricas
Sedes sociales de las JV	DIMUSA
Tambos y mercados	ELECTROPAZ

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad conocer las limitaciones de la participación comunitaria en la gestión del HBH y la red de servicios, a partir de las percepciones de los usuarios del distrito 1 del Alto y las percepciones del personal de salud del HBH y la red de servicios. Se usó como metodología de estudio la Investigación Participativa con el propósito de contribuir con la información generada a la gestión del Hospital y así mismo reconocer los logros y limitaciones de la metodología en este tipo de investigaciones.

1. CONCLUSIONES:

La pregunta planteada en el presente estudio fue: ¿Cuáles son los factores que dificultan la participación de la comunidad en el sistema de salud de la gestión del HBH y la red de servicios?. La respuesta a esta pregunta en base a los resultados obtenidos, muestran que la participación de la comunidad en la gestión del HBH y la red de servicios, esta limitada, a nivel de representatividad de las organizaciones sociales de base, en tanto que la sociedad civil local no es consultada en las demandas de sus necesidades prioritarias en salud; por otro lado existe un desconocimiento tanto de los programas y políticas del gobierno central como municipal por parte de la comunidad, como un desconocimiento del contexto social por parte de los proveedores, hecho que vulnera los derechos de participación; asimismo muestra una coordinación muy poco efectiva entre actores e instituciones, impiden el proceso de integración de la comunidad en el sistema, generándose de esta manera una desarticulación de la sociedad civil con el sistema de salud en la gestión del HBH y la red de servicios. Esto se explica en las siguientes conclusiones:

REIVINDICACIÓN Y SINDICALISMO

Intereses políticos de los representantes de la Juntas Vecinales. La cultura política, de algunos ciudadanos de la ciudad de El Alto, tiene una trayectoria sindicalista, donde son unos cuantos los que toman decisiones a nombre de la comunidad; es decir a nivel de representantes de las diferentes juntas vecinales. Esto lleva a pensar que la toma de decisiones se hace sin la participación efectiva de la misma comunidad sino a otro nivel que puede estar sujeto en muchos casos a intereses partidarios o personales.

Relaciones de poder al interior de la comunidad. En la red de usuarios del distrito 1 de El Alto, la asignación de los representantes es voluntaria y la gestión que tiene una duración perentoria. Los directorios de juntas vecinales están compuestos en su mayoría por personas adultas mayores, quitándole la participación democrática más plena de la comunidad y sobre todo no dando oportunidad a la gente joven.

En teoría el directorio de las juntas vecinales incluyendo el presidente, el vicepresidente y el defensor de salud, como actores más representativos, son elegidos democráticamente, por una duración de dos años calendarios. El número de miembros directivos de cada junta varía de acuerdo al número de la población. Ellos son los encargados de articular la sociedad civil, al que representa con el sistema de Salud.

Desconocimiento de roles de los representantes. En la red de usuarios del distrito 1, los representantes de las organizaciones de base desconocen sus roles y funciones; esto se convierte en una limitante tanto al momento de adoptar una posición como representante y también a la hora de ser un articulador entre la sociedad civil local y el sistema de salud.

Actitudes reivindicatorias y poco propositivas por parte de los representantes de la comunidad. En este estudio se ha podido observar también que la participación comunitaria de la red de usuarios del distrito 1 de EL Alto; se ha desvirtuado de tal forma, que los representantes, adoptan una

actitud demandante y fiscalizadora y no propositiva a la hora de tomar decisiones.

Según Antezana (2005), la identidad alteña “constituye un complejo entramado en el que no se descubre una lógica. La mestización de El Alto es compleja e intrincada y genera un tejido de múltiples tensiones sociales conflictivas y armónicas al mismo tiempo”. A partir de este comentario, se puede decir que los líderes alteños tienen una actitud reivindicativa en la búsqueda de firmar su participación a partir de cualquier situación en una dimensión social y política es heterogénea y desarticulada.

Ser ciudadano (Jefferson T; 1998) puede significar también ser una persona participativa en la vida social y política, no violencia, capaz de resolver conflictos, generar consensos, capaz, en fin, no solo de reclamar, si no también de construir” sus derechos y los de sus congéneres. Este constituye un tema transversal con el derecho de ciudadanía.

Sindicalismo influyente al interior de la red de servicios. Al transferir la gestión del hospital y la red de servicios a los proveedores, la gestión se centra en la viabilidad económica a favor del Hospital, restándole importancia a los Centros de salud, debido al aumento de las demandas de la población y la ampliación de los programas como el SUMI que son de mayor cobertura en el Hospital.

Esto crea un ambiente de tensión y afecta significativamente las relaciones de los proveedores tanto de los centros de salud como del hospital, creándose grupos al interior de la red que son vulnerables a ciertas posiciones sindicalistas donde los representantes de las juntas vecinales, rompen relaciones con otros sectores de la misma comunidad.

La población usuaria ve con gran descontento la gestión de la red y del hospital. Por un lado, al constatar centros de salud desabastecidos y sin muchos recursos ni equipamiento que no dan la atención garantizada se ven

obligados a ir al hospital directamente, y por otro, también se observa el hospital con poca capacidad resolutive en cuanto a infraestructura. Ante esta situación el Hospital tuvo que aumentar el costo en consulta externa para compensar los gastos y convertirse en un centro de atención pero no de referencia. Entonces se crea un descontento generalizado de la población que va en desmedro de la misma institución.

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y EJERCICIO DE CIUDADANÍA

Comunidad muy poco informada. En el distrito 1, la comunidad usuaria como componente activo de las políticas de salud, muestra falta de interés de integrarse al sistema de salud; contrariamente, se pueden observar que existen varios reclamos sobre las prestaciones de los servicios de salud. Asimismo se observa desconocimiento de los programas otorgados por la alcaldía, y del sistema de salud en su conjunto.

Comunidad con desconocimiento de sus derechos. Esta falta de conocimiento de políticas, planes y programas, se puede interpretar en el hecho de que realmente los usuarios de la red de servicios no conocen las necesidades del hospital y la red de servicios por falta de información. Por lo tanto es una limitante para la comunidad entender la participación, cuando no conocen sus derechos ciudadanos en general y sus derechos relacionados específicamente con la salud.

Según el MSD es una estrategia importante el mantener informada a la comunidad y educar a la comunidad, es el mejor medio para lograr su interés y participación en la asunción de sus responsabilidades.

Desconocimiento de los proveedores del contexto social. La mayoría de los proveedores que trabajan en la red de servicios del Distrito 1 vienen de la ciudad de La Paz, están desconectados de la realidad del ámbito laboral. Desconocen las organizaciones representativas en la ciudad de El Alto, y por lo

tanto también lo que representan como ser los defensores de salud, las manzanas, el comité de vigilancia. Esta amplia brecha entre posiciones tampoco permite una comunicación efectiva entre ambos, más bien crea un ambiente de tensión donde uno son los observados y otros son los observadores.

También sería de esperar el hecho de que si el médico tuviera mayor conocimiento sobre las leyes de participación y descentralización, mayor experiencia, iniciativa y sensibilidad podrían haber mejores resultados en los espacios de decisión.

Para Antezana (2005) los gobiernos tienen una tarea muy importante de transparentar toda la información del manejo de actividades públicas o de su responsabilidad sean estas licitaciones, presupuestos, resultados. Leyes reglamentos en el proceso de involucrar a la comunidad.

COMPONENTES DEL SISTEMA

No existe coordinación, ni integración intersectorial efectiva. En la red de usuarios del distrito 1, se pudo observar la presencia de entidades públicas y privadas de salud del sistema convencional y también la existencia de curanderos, ONG's y entidades educativas. Sin embargo no hay coordinación clara ni efectiva entre estas instituciones.

En el contexto del Distrito 1, debería haber una acción conjunta entre todos los actores para llevar a cabo ciertas acciones en beneficio de la población en lo que se refiere a salud. Un punto importante que cabe la pena señalar es la presencia de las iglesias que tienen un trabajo con proyección a la comunidad en diferentes aspectos y uno de ellos en salud, que tampoco está recibiendo la debida importancia.

La ausencia de mecanismos interinstitucionales de coordinación influye en la mala comunicación y las relaciones. Las relaciones entre personas claves en la red de usuarios del distrito 1, son pobres; por la ausencia de mecanismos de coordinación intersectorial. Las relaciones del municipio con la comunidad, la relación médico con la comunidad, juegan un rol importante, pero no existen mecanismos que puedan llevar a una buena comunicación. Esta ausencia de mecanismos de coordinación, no permiten integrar a la comunidad y por lo tanto también afecta su participación.

El Sistema Boliviano de Salud ha considerado la coordinación de las actividades de los sectores como el mecanismo operativo habitual que sirve como instrumento para el desarrollo de planes integrales de salud.

La medicina tradicional no integrada en el sistema. En el distrito 1 la mayoría de los pobladores son de origen quechua y aymara, sumándose a esto las concepciones sobre salud de su ascendencia cultural, por ello buscan como primera instancia la curación de sus enfermedades con la medicina tradicional. Con esto se corrobora la posición de los médicos cuando dicen que la gente viene al centro de salud o al hospital cuando ya no se puede hacer nada por ellos. Esto tampoco ayuda en el proceso de integrar a la comunidad en el sistema de salud, haciendo más bien que haya una brecha entre la medicina tradicional y el sistema de salud convencional.

La forma de descentralización adoptada en Bolivia requiere un alto grado de coordinación interinstitucional.

Falta de Integración en el sistema de salud, las necesidades básicas de la comunidad. Para la red de usuarios del distrito 1, los problemas más importantes, que aquejan su salud son la falta de alcantarillado, problemas de basurales en la zona, cables de alta tensión (zona de las antenas en la Ciudad Satélite) inseguridad ciudadana, falta de áreas verdes, y la falta de alumbrado público.

Es importante este dato porque nos ayuda a comprender que todavía no existe un entendimiento entre las prioridades de la comunidad y su conexión con el sistema de salud. Estos problemas de necesidades básicas con las que no cuenta la comunidad y que afecta en gran medida la salud de la población debería ser parte del plan estratégico de gestión en salud. Al no ser tomadas en cuenta no integra su participación en el sistema y por ende en la gestión del HBH y la red de servicios.

LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

1. Logros con el empleo de la investigación participativa en el proceso de la investigación

La finalidad de un investigador-actor, de una investigación-acción- participativa es modificar los comportamientos, las costumbres, las actitudes de los individuos o de las poblaciones, mejorar las relaciones de naturaleza social e incluso cambiar las reglas de carácter institucional de las propias organizaciones, con el fin de lograr una mejor adaptación e integración de los individuos a su medio, a su entorno, y una mayor eficacia en la obtención de los objetivos por parte de las instituciones.

- Con este tipo de investigación se ha logrado la “participación de la comunidad del distrito 1 de la Ciudad de El Alto”, donde ellos mismos han sido investigadores de su propia realidad y también se le ha otorgado un espacio a la comunidad para que puedan poner sobre el tapete sus problemas y analizarlos.
- La metodología utilizada en este estudio ha ayudado a los participantes del estudio a tomar conciencia y reflexionar en sus actitudes en la salud como por ejemplo ser críticos de los

problemas que afectan la salud de su comunidad, reconocer sus limitaciones, fortalezas, debilidades y oportunidades.

- La metodología del estudio ha contribuido a que cada Junta Vecinal reconozca sus limitaciones tanto como en la organización como en la representatividad que tienen y así mismo reconocer que el estado no es un ente paternalista en la resolución de sus demandas y necesidades; si no que más bien es importante estar fortalecido como organizaciones para hacer frente a los problemas y proponer soluciones.
- Se ha reconocido las debilidades y las limitaciones en la gestión del Hospital y su red como consecuencia del enfoque en la descentralización del servicio de salud. Ha generado un gran descontento en la población. Con esta información la gestión actual puede orientar mejor sus políticas y mejorar los servicios de salud.

2. Limitaciones con el empleo de la investigación participativa en el proceso de la investigación

- Mediante esta metodología se ha logrado recoger las percepciones de la comunidad y reflexionar con ellos sobre sus necesidades, pero fue difícil no se convirtieron en protagonistas de llevar a la acción sus propuestas de solución.

2. RECOMENDACIONES:

Fortalecimiento de las organizaciones de base. Durante este estudio se ha ido analizando las limitaciones que existen en la participación y las debilidades de los representantes de las organizaciones sociales. Esto implica una limitante al momento de poner en marcha un modelo de gestión participativa. Es importante tener una organización de base bien consolidada y empoderada, esto se logrará con una buena representación de la sociedad civil, que ayude a organizar a sus bases para lograr una participación organizada que ayude a compartir las responsabilidades de gestión.

La organización tiene que ser representativa, implica legitimidad. Sus líderes tienen que ser elegidos de manera democrática, así mismo tienen que tener conocimientos de sus funciones y roles que deben cumplir, para que sean realmente personas articuladoras entre la sociedad civil y el sistema de salud.

Apoyar en la intervención de un liderazgo democrático, a través de talleres a las organizaciones sociales, donde se pueda incluir charlas informativas y/o materiales impresos sobre características de una personalidad y una gestión democrática.

Crear mecanismos articuladores para coordinar con los diferentes sectores. En vista de la existencia de diferentes instituciones y organizaciones de diferente índole. Es prioridad de una red de servicios, integrar todos los componentes al sistema, por lo tanto debe mejorar sus relaciones con cada uno de estas instituciones a nivel institucional como también a nivel de personas.

Es bien conocido en Bolivia, la mayoría de la gente usa hierbas/ plantas de manera cotidiana y el manejo de esas plantas es bien diseminado en particular en la población de El Alto. No es una coincidencia que el Ministerio de salud del

nuevo gobierno haya introducido una repartición específica. Muchas personas piensan que el abordaje de la medicina tradicional es más cercano a su cultura y piensan que allí está la solución, parece importante considerar la medicina tradicional, aumentar el conocimiento sobre la práctica y definir estrategias para utilizar mejor este recurso dentro del sistema de salud.

Difundir las nuevas políticas o estrategias del nivel central. En el estudio se ha visto la falta de conocimiento de algunos sectores sobre los decretos, programas, leyes. Educar a la comunidad, es una estrategia importante para que la comunidad se involucre y asuma responsabilidad en el sistema de salud.

Es evidente que la construcción de la ciudadanía es un proceso macro social e histórico que involucra diferentes dimensiones, ámbitos y actores sociales de la vida social del país. La educación, y en particular la educación en ciudadanía se pueden mejorar, mediante diseño e implementación de proyectos de intervención, como capacitación a los educadores.

Generar un aprendizaje. Es necesario tener espacios, que permitan a la comunidad manifestar sus necesidades y demandas con participación de todos los actores y que los resultados de estos procesos sirvan como una herramienta de aprendizaje para todos los involucrados. Estos aprendizajes tienen que servir para retroalimentar a la comunidad y ser fomentados por la gestión del hospital a partir de talleres programados.

Evaluar el modelo de gestión. Es importante que el nivel central, al implantar un nuevo modelo de gestión, se haga un seguimiento, y se realicen evaluaciones periódicas del mismo. Para garantizar una buena calidad de atención.

BIBLIOGRAFÍA

Anze R, 1995;

“Trabajo Sexual de Mujeres en la Ciudad de El Alto”. EDCOM editores
La Paz- Bolivia.

André R, 1980;

“Sistema de Prestación de Servicios de Salud. Bases conceptuales y
criterios de Acción”. La Paz, Bolivia.

Antezana O., 2005

“Destrucción creativa de las relaciones de poder”. Anatomía de
reducción de la pobreza. Plural editores. La Paz Bolivia.

Apostel, 1975;

Interdisciplinariedad, problemas de la enseñanza y la investigación en
las universidades. ANUIES. México.

Bartolomé, M. (1992)

"La investigación cooperativa (praxis)"(copigrafiado), Taller de iniciación
a la investigación-acción (EUTS-Universidad de Granada), 2-IV-1992.

Borda O. Fals., 1981

Reflexiones sobre la investigación participativa_ CENAPRO. México.

Boris, 1981;

“El agente propulsor y el trabajo de base”. II Seminario nacional de
investigación participativa. CREFAL. Lima, Perú.

Bobbio N, 1987;

“Diccionario de Política. Siglo XXI” editores. Mexico/España/
Colombia.

Blackburn J., 2003

“The study of Voices of Poor in Colombia”. Documento publicado Para el Banco Mundial-Colombia.

Breilh J., 1997

Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Metodológica. Centro de Estudios y asesoría en Salud. CEAS. 1997. Ecuador.

Brito P., Campos Fr., Novick M., 1996

Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud Cambios y Oportunidades. OPS. Washington, D. C 20037, EUA.

Chambers R., 1997

Whose Reality Counts?. Putting the first last. Intermediate Technology Publications. London WC1B 4HH, UK.

MSPS

Hacia un sistema de salud integrado y descentralizado. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. ILDIS. La Paz, Bolivia.

Deepa N., Chambers R., Shah Meera K., Petesh P., 2000

Crying out for Change. Voices of the poor. Publishide by Oxford University Press for the World Bank. Washington, DC.20433, USA.

Delgado, J.M. y Gutierrez, J., 1994

Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las Ciencias Sociales. Síntesis. Madrid.

Dibits I., de Boer M., 2003

Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano Desde las perspectivas de un equipo de salud. La Paz: TAHIPAMU/ Editorial Garza.

Granos T; 1995

“La gestión Hospitalaria en Latinoamérica y el caribe: Problemas y soluciones” Venezuela

Gaventa, J., 1991

"Hacia la democracia del conocimiento"

Holden S., Welbourn A, 1998

El Uso de herramientas participativas en la promoción de la salud Sexual. Institute of Development Studies University of Sussex. Reino Unido.
Reino Unido.

Kart A, 1994

Todo el Poder al Cliente. El nuevo imperativo de la calidad de servicio. Ediciones Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.

López de Cevallos, P., 1987

Un Método para la Investigación-acción participativa. Popular, Madrid.

Medicus Mundi Catalunya, 2000

Desarrollo de la atención primaria de salud Riberalta. Fase II: mejora de la cobertura y la calidad. Documento de proyecto presentado a UE (B7-6000) Riberalta, Bolivia.

Merino, L. y Raya, E., 1993

"El método de la investigación-acción participativa como mediación entre la teoría y la práctica de la formación del/a trabajador/a social y en el desarrollo profesional"(copigrafiado), Seminario de integración teoría-práctica en la formación de los trabajadores sociales (EUTS de Alicante-C.E.B.S.),

Moreno, J. L.,1997

"El voluntarismo epistemológico de las dos ciencias: actualidad de Lyssenko", Iralka nº 9, Irán.

Motta, Paulo., 1996

"Tendencias contemporáneas en la Gestión de salud"
Organización Panamericana de la Salud.

Ojeda S., Retolaza I., 1999

Las herramientas son para construir. Medio y fin de las técnicas Participativas par un desarrollo comunitario. Centro de Información Para el desarrollo- CID. La Paz, Bolivia.

Ojeda S., Retolaza I., 1999

Las ideas son para transformar. Reflexiones sobre una experiencia en Desarrollo participativo en el extremo norte Potosí. Centro de Información para el Desarrollo –CID. La Paz, Bolivia.

Paganini J M., Moraes H., 1992

La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. OPS.

Rovere M, 2000

Redes., Hacia la Construcción de Redes en Salud: los grupos humanos, Las instituciones, la comunidad. Instituto de Salud Juan Lazarte. Rosario, Argentina.

Varo J., 1993

Gestión Estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Días de Santos, S.A. Madrid, España.

Villasante, T.R., 1994

"De los movimientos sociales a las metodologías participativas" en Delgado, J.M. y Gutierrez, J.

ANEXOS

FASE DE LA INVESTIGACION	ACTORES INVOLUCRADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
DISEÑO PRELIMINAR DE LA INVESTIGACION	Equipo MMC Consultor	Lectura documentación secundaria Redacción Documento Conceptual Diseño Taller de Capacitación	Se dispone de un marco referencial para iniciar la IP Se han consensado los criterios y métodos de la IP Se ha informado a los actores del inicio de la IP
TALLER DE CAPACITACION A INVESTIGADORES	Equipo MMC Personal Distrito Representantes OTB Consultor	Taller de capacitación en Investigación Participativa de dos días de duración	Los investigadores conocen los elementos y técnicas básicas para iniciar una IP Se ha generado un clima de confianza entre los miembros del equipo Se han socializado los objetivos y método de la IP
TALLERES DE CONSULTA COMUNAL	Equipo MMC Personal Distrito Representantes OTB Comunarios	2 talleres de consulta en el barrio El Cerrito y la Comunidad Warnes Sistematización de la información Redacción de informes de sitio Validación de los informes con el equipo de investigación	Se ha realizado un proceso de análisis crítico sobre el sistema de salud con las comunidades involucradas Los investigadores han contrastado sus percepciones con las de la comunidad Los investigadores van ganando confianza en la aplicación de técnicas de IP Se ha redactado, discutido y validado por los investigadores sendos informes de sitio
GRUPOS FOCALES CON ACTORES CLAVE	Consultor Personal de salud Representantes de base Personal Malaria	1 grupo focal personal de salud 1 grupo focal personal Malaria 1 grupo focal representantes de base	Se ha analizado y generado información en base a las distintas percepciones de los grupos focales Se ha profundizado en el conocimiento de las percepciones por parte del equipo núcleo (MMC) Se han identificado patrones y variables para el ajuste y profundización de la investigación

FASE DE LA INVESTIGACION	ACTORES INVOLUCRADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
TALLER MUNICIPAL DE PERCEPCIONES LOCALES	Equipo MMC Investigadores Instituciones Rep de base HAM Consultor	Taller de análisis de 1 día de duración	Se han presentado y validado los hallazgos encontrados hasta el momento Se ha generado un espacio de encuentro entre los distintos actores Se ha generado conciencia sobre la necesidad de trabajar de manera colaborativa entre los actores Se han identificado propuestas para mejorar los cuellos de botella del sistema de salud
ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE	Consultor Gerente Red Salud Pdta Fed. Fabriles Defensor del Pueblo	Entrevistas semi estructuradas	Se ha profundizado en algunos aspectos de la IP Se han identificado propuestas de mejora para la gestión del sistema de salud y la participación comunitaria
REDACCION INFORME FINAL CONSULTORIA	Consultor Equipo MMC	Redacción informe final consultoría	Se dispone de un documento final de consultoría con aportes para la continuación de la IP Se han identificado áreas de trabajo para el equipo MMC y demás actores de salud
TALLERES COMUNALES DE CONSULTA Y ENTREVISTAS A ACTORES CLAVE	Equipo IP Comunidad indígena Comunidad rural Comunidad perirubana HAM Beneficiadoras CIRABO	3 talleres de consulta comunal Sistematización de la información Redacción de informes de sitio Validación de los informes con el equipo de investigación Realización 3 entrevistas semi estructuradas	Se ha realizado un proceso de análisis crítico sobre el sistema de salud con las comunidades involucradas Los investigadores han profundizado su conocimiento y han ampliado sus percepciones sobre el sistema de salud y su propio rol como actor clave en salud Los investigadores desarrollan mayores destrezas en la aplicación de técnicas de IP Se ha redactado, discutido y validado por los investigadores los informes de sitio
REDACCION INFORME FINAL INVESTIGACION PARTICIPATIVA	Equipo MMC	Redacción informe final IP	Se dispone de un documento final de la IP Se han identificado áreas de trabajo para el equipo MMC y demás actores de salud Se ha generado una toma de conciencia en cuanto a las mejoras a realizar en el sistema de salud





S. Ciudadana
SURA PESIMO

V. Tejedor R.

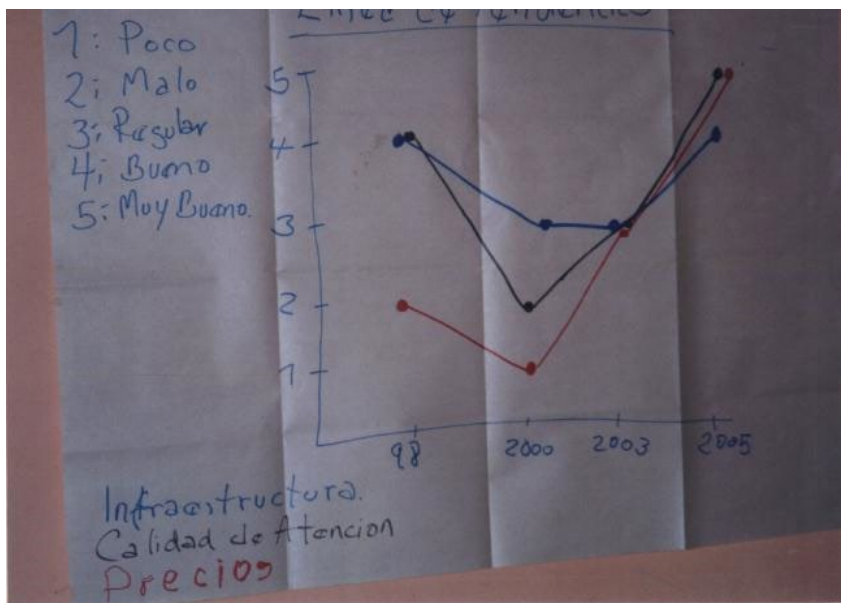
CALLE 8 Basura XXXX
PLM 57
Almbrada del Alameda
P. 97
76

Información de problemas	¿Quien lo origina?	¿Potenciales afectados?		¿Frecuencia de ocurrencia?
		Atenas	Existencia	
① Profirma de basura	• Servicio de limpieza del esbo basu 2000 • Juntas de vecinos • No existe sistema de alcantarillado fluvial.	Vecinos interesados en la salvación de la organización San Juan • Existen un Directorio de Juntas de Vecinos. • Junta escolar.	La escuela y Colegio Hospital Holandes Liga Deportiva	Reclamos Alcaldía Compañía municipal
② Aguas Estancadas				
③ Almbrada Pública Deficiente	Mide el municipio no repara los pozos			
x Juntas de Vecinos x Participación	Vecinos Riego 1929			



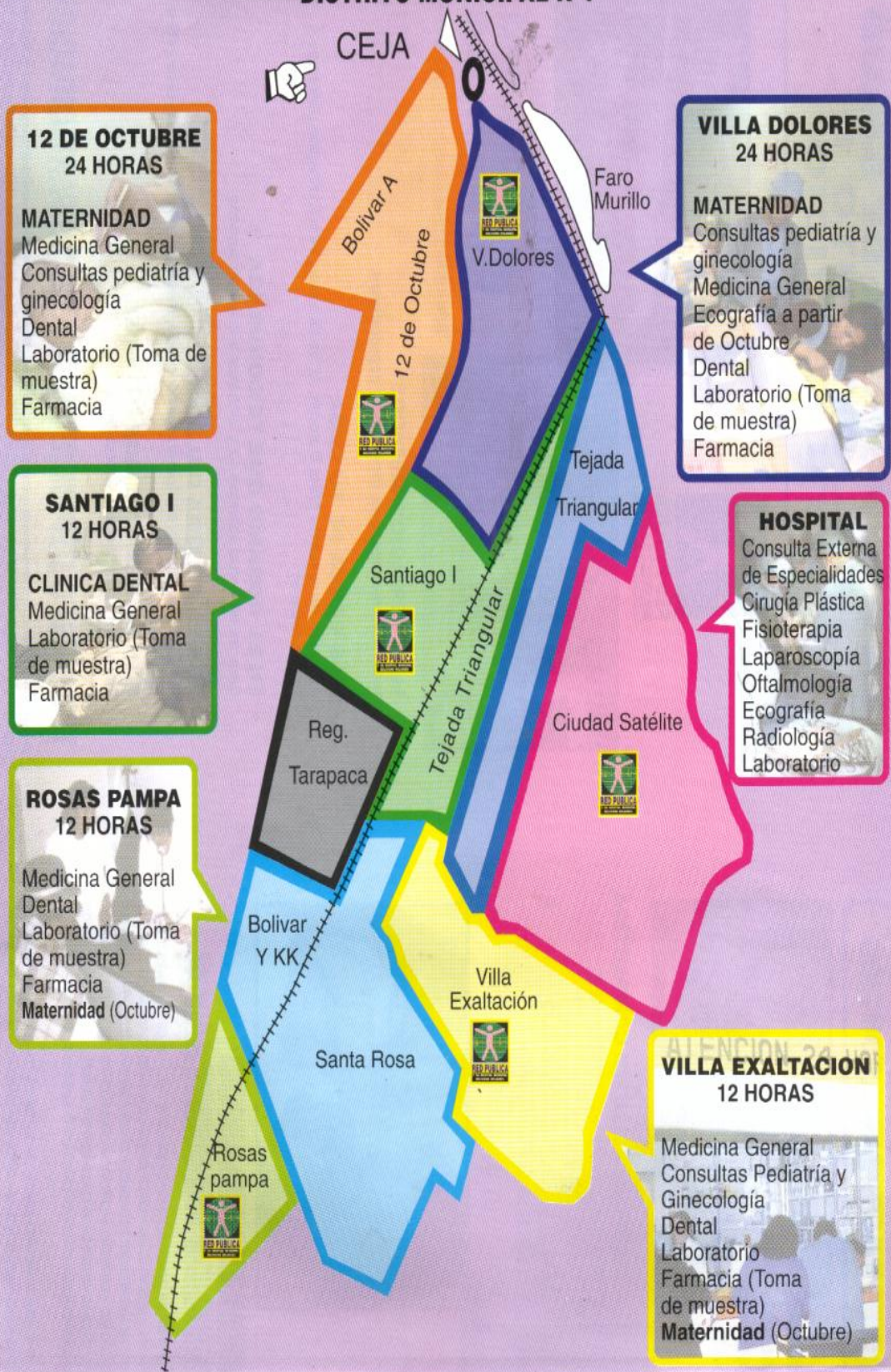


Información	Problemas	Potencialidades		Propuestas de Solución
		Int.	Ext	
Representante J.V. Vecinas estudiante	- Económico - Falta de personal en el Hospital. - La discriminación de la gente humilde - El personal médico no bilingüe	- Fuente de Vecinos - Dispensarios de Salud	- Municipalidad	- Que los planes se acomoden a nuestra realidad - Los RR.HH. más propensos - Que se incluyan otras especialidades - Crear un fondo de los vecinos para ayudar a los necesitados.



MAPA DE LA RED DE SALUD

RED PUBLICA DE SALUD Y SU HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO HOLANDES DISTRITO MUNICIPAL N°1



SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FICHA TÉCNICA

FECHA:
JUNTA VECINAL: PLAN 148
LUGAR: COLEGIO PILOTO BOLIVIA
HORA DE INICIO: 10:15 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 2:45
TEMA: Enfermedades, desnutrición, y accesibilidad intercultural.
TÉCNICA: MAPEO CORPORAL

1. PARTICIPANTES:

Bonifacio Huanca.
Tereza Ortiz.
Felipe Linares.
Reynaldo Galvez.
Florenia Mamani.

2.- FACILITADORES:

Indira Vega

3. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES ENCONTRADAS:

Mujer:

- Matriz
- Vesícula
- Cáncer
- Sobrepeso
- Parto
- Artritis

Hombre:

- Próstata
- Sinusitis
- Alcoholismo
- Resfríos

Niños:

- Diarreas
- Dolor de Huesos
- Desnutrición

4. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ Para los vecinos presentes en el taller de la Junta Vecinal las iglesias juegan un rol importante en la salud. Una gran parte de los vecinos pertenece a la Iglesia Metodista, Evangelista y Testigo de Jeová. Los católicos son una minoría. Para cualquier enfermedad la gente acude primero a sus iglesias para tener tanto apoyo de los miembros de la Iglesia como también para rogar por la salud.

UNA MADRE DE LA JUNTA VECINAL:
“Nos convertimos en hermanos de la Iglesia Evangélica cuando tenemos alguna enfermedad para que Dios nos ayude a recuperarnos... Nos encomendamos a las manos de Dios porque no tenemos dinero ni para comprar medicamentos. ¿Qué podemos hacer señorita?”

- ✓ En caso de enfermedades de niños, el grupo estudiado aseveró que la mayoría de los vecinos recurre al Centro de Salud o al Hospital, porque éstos brindan asistencia médica gratuita a través de los seguros del SUMI y del seguro Escolar, los cuales se consideran de mucha importancia.
- ✓ Se habló en el grupo que parte de los vecinos acude directamente a las farmacias porque de esa manera acceden más fácilmente a medicamentos. Otra causa que el grupo refirió es que cuando van al Centro de salud u Hospital se pierde tiempo en la espera y dinero por la consulta. Además en las farmacias cuentan con el asesoramiento de una persona profesional (farmacéutico).

UN VECINO DE LA JUNTA MANIFESTABA:
“Es una pérdida de tiempo ir al Hospital, yo prefiero ir a la farmacia. Nos dan medicamentos y no tenemos que pagar la consulta en el Hospital”

- ✓ El grupo participante de vecinos desconoce los programas de la HAMEA, a pesar de que hubo promoción en los medios de comunicación. La opinión del grupo es que la comunidad ha recibido de una manera vaga toda esta información.
- ✓ La Junta Vecinal cuenta con un defensor de salud, pero los vecinos no saben cual es el rol que cumple y en algunos casos ni lo conocen.

UNA VECINA DIO SU OPINIÓN:
“Nosotros no sabemos. ¿Qué hace él? Que se haga conocer pues..” (hablando del defensor)

5. POTENCIALIDADES

INTERNAS:

- *Defensor de salud.* Por medio del defensor los vecinos se pueden poner al tanto de los alcances de los programas de la HAMEA y recibir información y orientación sobre el trabajo que viene realizando.
- *Escuela Piloto Bolivia.* Es un centro de educación donde se puede enseñar a los niños criterios básicos de cómo cuidar su salud, higiene personal, así como también participar en campañas y actividades como ferias de salud.

EXTERNAS:

- *Hospital Municipal Boliviano Holandés.* Es un punto de referencia muy importante para la Junta Vecinal. Brinda atención médica como Hospital de segundo nivel, así como también hace promoción y prevención en salud de preferencia en el área geográfica en el que está ubicado.
- *HAMEA.* Como Gobierno Municipal, es una Institución del Estado que puede difundir de una manera más agresiva los programas que tiene a su disposición (SUMI, Seguro Escolar, Manitos, etc.).

6. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Lograr que mediante el defensor de salud los vecinos se interioricen de los programas de salud que la Alcaldía tiene a su disposición. El grupo propone que el defensor de salud realice ferias de salud, para dar a conocer los programas a los vecinos y concientizar a la población sobre la importancia de la salud.
- ✓ La Junta Vecinal propone que el Hospital Municipal Boliviano Holandés de más talleres sobre temas de salud.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 23-08-03
JUNTA VECINAL: Plan 148
LUGAR: ESCUELA PILOTO BOLIVIA
HORA DE INICIO 10:15
HORA DE FINALIZACIÓN: 2:30
TÉCNICA: Mapa parlante.
TEMAS: Basura, seguridad y alumbrado público.

1. PARTICIPANTES:

Edgar
Jaquereen Duran
Silvia Huanga
Docilita Aguijar
Zoilo
Teresa Ortíz

2. FACILITADORES:

Alfredo
Shirley Balboa.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS.

- ✓ Existe un regimiento de carabineros ubicado en la Junta Vecinal, pero no resguarda la seguridad de la comunidad porque los miembros del regimiento se encuentran trabajando en otras zonas. Los vecinos presentes refieren casos de asaltos y asesinatos en las calles de la Junta por falta de seguridad, mostrando su indignación por esta falta de apoyo al regimiento de carabineros.
- ✓ Según los vecinos algunas calles de la Junta Vecinal están en proceso de adoquinado, lo cual está a cargo de la HAMEA .
- ✓ Los vecinos del grupo mencionaron la existencia de focos de infección por el acumulamiento de basura alrededor de la escuela, en la cancha deportiva de la Junta y en algunos lugares de las calles del barrio. Para los vecinos es una molestia porque el carro basurero pasa muy eventualmente por la zona y los perros callejeros son los que dispersan todo este acumulamiento de desechos.
- ✓ La iluminación de las calles es insuficiente porque los focos son de muy poco voltaje, dicen los vecinos. Éstos manifestaron una gran preocupación por la falta de seguridad que coadyuva esta mala iluminación.

4. POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Centro educativo Piloto Bolivia.* Que como Institución educadora propicie una concientización en el barrio para mejorar el problema de la basura, comenzando por los niños que asisten a la escuela.
- *La Junta Vecinal* puede organizarse mejor para que existan campañas donde participen todos los vecinos fomentando de esta manera la limpieza en el barrio. También se podría realizar la tramitación respectiva para mejorar el alumbrado eléctrico, y asegurar el resguardo policial por parte del Regimiento N 3 .

EXTERNAS

- *Empresa de Luz.* Que pueda mejorar sus servicios de alumbrado eléctrico con apoyo de la Alcaldía .
- *Regimiento de carabineros.* Que pueda colaborar con el resguardo policial en la zona coordinando con los vecinos de la Junta Vecinal. (dado el estado de las relaciones entre Ejército y Policía a raíz de los eventos trágicos de febrero 2003, tal coordinación puede resultar difícil concretar)
- *La HAMEA .* Mediante el Proyecto de Arborización de las calles, puede crear áreas verdes que sirvan para el mejoramiento del medio ambiente de la zona, y así mismo finalizar con el adoquinado de las calles.
- *La Empresa ENASA .* Esta empresa recolectora de basura puede mejorar su labor en el barrio. **¿Se propuso cómo?**

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Trabajo conjunto por parte de los residentes de LA JUNTA VECINAL realizando campañas de limpieza en el barrio.
- ✓ La directiva de La Junta Vecinal se compromete a la realización de talleres, donde se comparta información aprendida en los talleres a los cuales asistieron sus representantes. Un ejemplo son el taller sobre medio ambiente realizado hace poco en la Alcaldía.
- ✓ La junta directiva como tal convocará a reuniones periódicas para pedir la opinión de los vecinos sobre algunos problemas que se presenten en el barrio y de esta manera solucionar los mismos de forma concensuada. **Este punto se considera de suma importancia dada la débil capacidad de convocatoria de la Junta Vecinal. Medicus**

Mundi, ya que tiene mucha experiencia en apoyar el fortalecimiento institucional de organizaciones de base en otras zonas (notablemente en Norte Potosí), puede dar un apoyo crucial en este tema.

- ✓ Realizar un diálogo de la directiva de la junta con el Comandante del Regimiento u otras autoridades para comprometer al regimiento N 3 en el resguardo de la seguridad del barrio.
- ✓ Revisar el compromiso firmado por parte de la empresa ENASA, para regularizar el cumplimiento del recojo de basura. Así mismo por medio del Comité de Vigilancia hacer cumplir las ordenanzas municipales.
- ✓ La Junta Vecinal con el apoyo de otras Instituciones ubicadas en la zona solicitar a la empresa generadora de energía eléctrica la distribución de la misma de manera más adecuada a la zona.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 23 DE Agosto del 2003-07-31
JUNTA VECINAL: PLAN 148 Ciudad Satélite La Paz.
LUGAR: ESCUELA PILOTO BOLIVIA
HORA DE INICIO: 10:15 AM.
HORA DE FINALIZACIÓN: 14.30PM
TÉCNICA: LINEA DE TENDENCIAS
TEMA: GESTIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL M.B.H.

1. PARTICIPANTES:

Zoilo
Juan
Silvia

2. FACILITADORES:

Richard Quispe.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ Una parte de los vecinos presentes en el taller no se identifica con el Hospital Boliviano Holandés, porque ellos dependen de la Caja Nacional de Salud, por ser rentistas ex mineros.
- ✓ Los vecinos más jóvenes presentes en el taller tienen como referencia al Hospital Municipal Boliviano Holandés, porque ellos no cuentan con ningún seguro de salud y aprovechan de algunos programas como SUMI y el Seguro Escolar.
- ✓ Para los vecinos que asistieron al taller el costo del Hospital Municipal Boliviano Holandés es muy alto, y el trato muy malo, especialmente por parte del personal administrativo del Hospital, pero la atención médica como tal la consideran buena. Los vecinos creen que estos altos costos no están de acuerdo con la economía de la gente que vive en la ciudad de El Alto, que en su mayoría es gente desempleada, y que la creación de esta Institución de Salud fue justamente para beneficio de la gente más necesitada.
- ✓ Para los vecinos del año 2000 al 2003 la actitud de los administradores de la anterior gestión del Hospital Municipal Boliviano Holandés fue muy autoritaria. No había derecho de reclamo frente a los abusos del personal administrativo. Una queja común

es que éstos atienden mucho mejor a la gente que tiene mucho dinero y buena presencia. Se percibe una fuerte discriminación en contra de la gente pobre.

- ✓ Los vecinos consideran que la infraestructura del Hospital Municipal Boliviano Holandés ya no abastece a la población de la ciudad de El Alto, porque ésta los últimos años se ha expandido demasiado y crecerá más los años venideros.
- ✓ Algunos vecinos que acuden a Centros de Salud pertenecientes a la Red de Salud del Distrito 1, manifestaron su desconfianza en la calidad profesional de aquellos médicos-estudiantes que están realizando su año de práctica. Dicen preferir ir al Hospital directamente “porque allí hay gente más profesional”.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS

- *El Defensor de salud* de la Junta de Vecinos, como fiscalizador, puede dar a conocer a la Gerencia Social del Hospital Holandés malestares y observaciones por parte de la junta vecinal para mejorar la calidad de atención por parte del Hospital y de los Centros de Salud a los cuales acuden los vecinos para recibir asistencia médica.

EXTERNAS

- *La Alcaldía Municipal* puede jugar un rol articulador entre las Juntas de Vecinos y el Hospital para hacer conocer las necesidades de este último (ampliación, recursos humanos, equipamiento). Asimismo puede tener mayor protagonismo en proponer como mejorar la calidad de atención de La Red de Salud.
- *Hospital Boliviano Holandés* como hospital de referencia para los vecinos, puede incorporar en sus estrategias la opinión de los vecinos para mejorar la calidad de atención.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- ✓ Habilitar el Hospital 20 de Octubre para los rentistas como Policlínico porque los vecinos se quejan de que en la C:N:S no les atienden con rapidez. Con el apoyo de todos los vecinos, que en su mayoría son ex-mineros, ir a pedir a la Alcaldía o al Ministerio de Salud la reapertura del ex Hospital 20 de Octubre.
- ✓ Realizar más talleres con la participación de todos los vecinos y que en forma concensuada den soluciones para el mejoramiento de la atención en el Hospital previo conocimiento de la situación actual.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 23 DE AGOSTO DEL 2003
JUNTA VECINAL: PLAN 148
LUGAR: Colegio Piloto Bolivia
HORA DE INICIO: 10. 15 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 14:30PM
TÉCNICA: DIAGRAMA DE VENN
TEMA: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1.- PARTICIPANTES:

Griselda Chumacero
Sonia Marín.
Teófilo Galvez.
Waldo Pardo.

2.- FACILITADORES

Felipa Aguilar.

2. HALLAZGOS ENCONTRADOS

- ✓ El nombre de Plan 148 es porque la junta vecinal cuenta con 148 viviendas. Pero eso no quiere decir que existan 148 familias. En algunos casos hay hasta 3 familias en una vivienda.
- ✓ En su mayoría los integrantes del directorio son vecinos de la tercera edad (rentistas). El directorio se encuentra en este momento en crisis. Según los vecinos, los de la junta directiva llaman a elecciones pero luego no cumplen con sus roles de representación.
- ✓ Se observa en la mayoría de los vecinos desinterés. Manifiestan como problemas que afectan su participación la falta de tiempo y el hecho de que tienen que llevar el pan a la casa. Muchos vecinos migran durante el día a la ciudad de la Paz y solo vuelven para descansar, de allí el nombre Ciudad Durmiente.
- ✓ Según los vecinos no existe información sobre las actividades que realiza la comitiva directiva de la junta vecinal . El poder de convocatoria por parte de la directiva es considerado muy pobre. Para muchos vecinos fue una sorpresa el taller que se llevó a cabo.

- ✓ Algunos miembros de la junta directiva de la junta vecinal comentaron que en la directiva sólo son unos cuantos los que están trabajando. No cuentan con el apoyo de las otras carteras. Sin embargo los pocos que trabajan están haciendo buena representación de la Junta en diferentes eventos que realiza FEJUVE, HAMEA, etc.
- ✓ Los vecinos no saben el rol que cumple el defensor de salud, porque en su mayoría no asisten a las asambleas que convoca la Junta Directiva.

4.- POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Profesionales de diferentes ramas*(arquitectos, profesores, médicos etc) que residen en la junta vecinal, pueden dar apoyo técnico a la Junta.
- *La Junta Vecinal* debería trabajar más organizadamente, convocando a reuniones periódicas, definiendo claramente los roles de cada miembro de la junta directiva.

EXTERNAS

- *Escuela Piloto Bolivia*. Se propone que mediante la Junta Escolar se involucre más en las actividades de la junta vecinal.
- El *SOS (Aldeas Infantiles)* es una organización que funciona en la zona como guardería a través del sistema de madres sustitutas. Alberga a niños huérfanos y abandonados, realizando actividades de preparación de alimentos para niños. Puede ser un punto de encuentro donde las vecinas se organicen y coordinen con la Directiva de la Junta.
- El *Hospital Boliviano Holandés*, mediante la creación de la Gerencia Social, puede articular mejor el trabajo de las juntas con el Hospital y apoyar a los defensores de salud.
- *La HAMEA*. Como gobierno municipal puede promover una participación vecinal más activa que contribuya al trabajo coordinado y organizado para la implementación de proyectos de desarrollo.

4.- PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Mejorar la coordinación entre todos los miembros del directorio.
- ✓ Acordar estrategias para mejorar la convocatoria a las reuniones vecinales, a través de panfletos, boletines informativos, o la radio.
- ✓ Nuevamente normar reuniones ordinarias de la junta vecinal.

MEMORIA DEL TALLER DE CONSULTA COMUNITARIA

FECHA: 23 de Agosto del 2003-07-31
JUNTA VECINAL: Plan 148 Ciudad Satélite El Alto.
LUGAR: Colegio Piloto Bolivia
HORA DE INICIO: 10: 15 AM.
HORA DE FINALIZACIÓN: 14.30
RESPONSABLE FACILITADOR: Katherine Bustinza

El principal objetivo de esta memoria es resumir los hallazgos, potencialidades y propuestas discutidas por los participantes en los grupos correspondientes a las fichas técnicas anteriores.

I. ANTECEDENTES:

I.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA

La Junta Vecinal Plan 148 cuenta con 148 casas, ubicada en Ciudad Satélite, Distrito I de la ciudad de El Alto. Departamento de La Paz. Este Plan limita con las Juntas Vecinales Plan 266 y Plan 351. La mayoría de los habitantes son mineros reubicados de la Cooperativa Mina Choclla y Plan Catavi, actualmente hay un promedio de 800 habitantes.

I.2. CONVOCATORIA AL TALLER.

Se pasó una invitación previo al taller a los directivos de la junta para una reunión. En la reunión se informó sobre la metodología, los objetivos del taller y se acordó fecha, hora y lugar donde se desarrollaría el taller.

Con apoyo de los miembros de la directiva de la Junta, se entregó invitaciones a cada vecino en su domicilio 2 días antes del taller, donde se detalló a cada uno el objetivo, el lugar, y la hora del taller.

El día del taller media hora antes se realizó perifoneo por las calles de la Junta para recordar a los vecinos del Taller a realizar. También se pusieron avisos en diferentes lugares para aquellas personas ausentes en sus domicilios en el momento de la entrega de invitaciones.

En el Taller habían alrededor de 26 personas, al finalizar el taller la Junta directiva levantó un acta con las firmas de los directivos de la Junta.

II. : HALLAZGO ENCOTRADOS

II.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

- Los vecinos que asistieron al taller en su mayoría fueron personas de la tercera edad, rentistas ex mineros y algunos de ellos formaban parte de la junta directiva de la Junta Vecinal. Esta junta directiva tiene poco poder de convocatoria. Esto se debe en gran parte a que personas jóvenes no participan activamente en actividades que realiza la junta, y también se observa muchos casos donde los inquilinos no participan de este tipo de reuniones porque consideran que no tienen derecho de opinión y porque viven en el barrio eventualmente.
- Existe un defensor de salud pero los vecinos no saben que rol cumple, sin embargo hace buena representación junto con los miembros de la directiva en eventos que realiza la Alcaldía, FEJUVE etc.

II.2. GESTION EN SALUD

- Los vecinos esperan mucho de la intervención de MM para mejorar la atención en el Hospital Boliviano Holandés.
- Los vecinos ex mineros, rentistas tienen un seguro de salud en la C. N.S. Lo que significa que no se identifiquen con el Hospital Boliviano Holandés. Pero los hijos y nietos de éstos tienen como referencia el hospital además por disponer de los seguros como SUMI y el seguro Escolar.
- Para la mayoría de los vecinos uno de los principales problemas radica en el costo elevado de la consulta en el Hospital Boliviano Holandés, pese a que éste fue creado según ellos justamente para poder beneficio de la gente más pobre. Además que el trato interpersonal especialmente por el personal administrativo hacia las personas de la comunidad es muy malo y en muchos casos hasta discriminante.

II.3. ENFERMEDADES, Y ACCESIBILIDAD INTERCULTURAL.

- Un dato interesante que señalaron los vecinos luego de comentarios, fue que muchos de ellos acuden a los médicos naturista para curar diferentes enfermedades, porque consideran de confianza y además porque éste utiliza medicamentos naturales que no deterioran otros sistemas. Aunque ir al médico naturista en resumidas cuentas resulta más costoso que ir al Hospital.

- Las Iglesias, juegan un rol muy importante en la salud de los vecinos; sobre todo la iglesia evangélica. Un mayoría de vecinos se convierten en hermanos a consecuencia de sus enfermedades. Esto es más para recibir apoyo moral de parte de los otros miembros de la iglesia y también para pedir a Dios cuando no tienen recursos económicos para cubrir la enfermedad.

II.4. BASURA y SEGURIDAD CIUDADANA.

- La Junta Vecinal, muestra gran preocupación por presencia de basurales en la zona que son focos de infección afectando la salud de los vecinos, la empresa recolectora de basura según los vecinos pasa esporádicamente por la zona, incumpliendo con la ordenanza municipal. Los perros callejeros aprovechan esta acumulación y dispersan la basura por todas partes y para los vecinos es mucha molestia el tener que recoger todos los días.
- Existe un regimiento Policial en la Zona pero no colabora con la seguridad de la Junta Vecinal. Para los vecinos este es otro problema relacionado con la salud la falta de seguridad ciudadana, porque viven con el temor de sufrir atracos, violaciones y asesinatos.

III. POTENCIALIDADES

III.1. INTERNAS

- *Junta de Vecinos (OTB)*, puede trabajar más organizadamente y así poder coordinar con las otras instituciones para mejorar los problemas de la Junta Vecinal.
- *Defensor de Salud*, puede coordinar con la Nueva Gestión del Hospital Boliviano Holandés, priorizando las necesidades de la Junta vecinal.

III.2. EXTERNAS

- *Regimiento N 3*, puede coordinar con la Junta Vecinal y apoyar en el resguardo de la zona.
- *HAMEA*, como Gobierno Municipal tratar de involucrar más a la Junta Vecinal mediante estrategias de comunicación, información y también brindando apoyo para la resolución de los problemas de la Junta Vecinal.
- *ENASA*, puede contribuir a mejorar la limpieza del barrio cumpliendo con sus obligaciones establecidas.
- *La Escuela Piloto Bolivia*, como entidad educadora promover una concientización sobre higiene, salud, empezando con los niños y difundiéndola al barrio.

- *Las Iglesias*, pueden tener un rol mediador en el tema de salud coordinando con el Hospital para dar información a las personas pertenecientes a la iglesia y también de concientización a la población sobre la importancia de la salud mediante los miembros de la iglesia que salen a hacer visitas a domicilio.

IV. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Las propuestas de solución fueron dadas en concenso de todos los vecinos presentes en el taller.

- Reuniones coordinadas de la Junta de Vecinos con la Unidad Educativa para iniciar un proceso de concientización sobre manejo de basuras.
- Comprometer al Regimiento policial 3 para el resguardo de seguridad de la Junta. Con la participación de todos los residentes de la Junta Vecinal.
- Regular el cumplimiento del recojo de basura por parte de ENASA. Realizando movilizaciones de los vecinos a la Alcaldía y revizar con las autoridades pertinentes el contrato que suscribió la Alcaldía y la empresa.
- Que con la ayuda del Gobierno Municipal se logre la ampliación de la infraestructura del Hospital M.B.H, según las necesidades actuales de la población.
- El costo de la atención en el HMBH sea de acuerdo a la economía de la población beneficiada. Para lograr la disminución realizar una movilización con apoyo de otras juntas a La ciudad de La Paz y lograr que nos den ITEMS de médicos.
- Que la Junta de Vecinos presente sus propuestas de solución concretas y por ordende priorización.
- Que la Junta Vecinal coordine y busque estrategias para que los vecinos asistan a las reuniones vecinales, con la ayuda de panfletos, boletines de información.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 23 -08-03
JUNTA VECINAL: TEJADA ALPACOMA
LUGAR: Colegio Mariscal Andrés de Santa Cruz
HORA DE INICIO: 4 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 8.30 PM.
TÉCNICA: DIAGRAMA DE VENN
TEMA: Participación comunitaria.

1. PARTICIPANTES:

Gerardo Nina
Valentina Payet.
Rufino Ticona
Rosario B. Coronel
Rosa Choque

2. FACILITADORA:

Katherine Bustinza.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ La mayoría de los vecinos que asistieron al taller no conocían a los miembros del directorio de la Junta. Muchos manifestaron asistir a reuniones de juntas colindantes. Para muchos de ellos fue la primera vez que fueron convocados a una reunión. Hubo poco poder de convocatoria por la falta de una buena organización de La Junta.
- ✓ Según los vecinos de la Junta Vecinal el hospital Boliviano holandés es una Institución muy cercana geográficamente pero que no coordina con la Junta para nada. Además que es poco accesible por el costo elevado de la atención. En muchas ocasiones los vecinos recurren a otros hospitales que son accesibles por el costo más bajo y sobretodo porque la atención es más rápida como los hospitales Kenko, Agramont, Kolpin .

- ✓ Existen médicos especialistas que residen en la zona pero no se dan a conocer y según los vecinos éstos podrían colaborar más dando sugerencias y también apoyando a los vecinos en casos de emergencia.
- ✓ Existe apoyo de organizaciones de Iglesias de otras zonas a personas de pocos recursos que no pueden pagar la atención en el Hospital Boliviano Holandés. La iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días tiene una iglesia ubicada en la zona pero no trabaja ni coordina con la junta vecinal.
- ✓ En la zona no existen farmacias que estén a disposición de los vecinos todo el día. Según los vecinos, éstas atienden en horarios restringidos, lo cual es un problema para los vecinos porque en casos de emergencia sobre todo en las noches tienen que ir a otras zonas a buscar medicinas.
- ✓ Existen varios colegios particulares, más que en otras zonas pero éstos trabajan muy independientemente sin involucrarse mucho con la junta vecinal.
- ✓ No existe en la Junta vecinal una organización de jóvenes.
- ✓ La junta vecinal desconoce los programas de la Alcaldía por falta de información. No saben tampoco a quién deben acudir en caso de querer hacer una queja. El defensor de salud no está nominado aún.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS:

- *Médicos especialistas* en la zona que podrían hacerse conocer y atender a los vecinos en casos de emergencia.
- *La Junta Directiva* de la junta vecinal puede convocar a los vecinos a más reuniones.

EXTERNAS:

- *Colegios particulares y fiscales*, cuyas juntas escolares pueden tener mayor participación en el barrio.
- *La Iglesia de los Santos de los Últimos Días* también como entidad social, puede tener un papel más protagonista en la participación vecinal .
- *HAMEA*, como Gobierno Municipal de la Ciudad del Alto, puede crear más espacios par poder informar y coordinar de manera más efectiva con las juntas vecinales.

- El *Hospital Boliviano Holandés* puede coordinar directamente con los miembros de la directiva para propiciar una actitud de apertura hacia el cambio en las juntas vecinales.
- *Las farmacias* pueden mejorar la atención a la comunidad, ampliando su horario de atención , y de esta manera facilitar a los vecinos la compra de medicinas en casos de emergencia.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Realizar reuniones periódicas, en horarios que convengan a los vecinos, para informar sobre actividades que se van a realizar en el barrio, proponiendo soluciones consensuadas entre todos los vecinos.
- ✓ Para que las reuniones lleguen a todos los vecinos realizar perifoneo días antes para que haya una mayor asistencia de parte de los vecinos.
- ✓ En la próxima reunión como prioridad N 1 nombrar al defensor de salud.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 23 de Agosto del 2003-08-09
JUNTA VECINAL: Tejada Alpacoma
LUGAR: Escuela Mariscal Andrés de Santa Cruz
HORA DE INICIO: 15:30 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 19:20 PM.
TEMA: Basurales, deslizamientos, seguridad, y perros callejeros.
TÉCNICA: Mapeo Parlante.

1.- PARTICIPANTES:

Rosa.
Mario.
Flores.
Marina.

2. FACILITADORA

Betzabé Ramirez

3.-HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ Según los vecinos, muchos espacios físicos han sido donados por La Junta para la construcción de colegios privados de Ciudad Satélite pensando en la prosperidad en la zona, pero hasta el momento no han mostrado interés en participar en actividades de desarrollo social en la zona.
- ✓ Existencia de la instalaciones generadoras de luz eléctrica y la Fabrica de galletas Mabel. En ocasiones de aniversarios apoyan a la Junta de Vecinos.
- ✓ La zona es declarada negra a raíz de continuos deslizamientos ocasionados por aguas subterráneas. En esta gestión se deslizó como alrededor de 28mts detrás de la Escuela Andrés de Santa Cruz.
- ✓ La zona es considerada como el basurero más grande del Distrito. Existe gran concentración de basura y escombros de construcciones. Incluso se han encontrado cadáveres de humanos, fetos y animales en el basural. Esta área es considerada por los vecinos como un foco de infección provocando diarreas en los niños y atrayendo a roedores y chanchos

- ✓ No existe vigilancia policial y se reportan atracos. Los jóvenes van a un lugar detrás de la escuela Andrés de Santa Cruz donde se produjo los deslizamientos para beber y estar con sus parejas.
- ✓ Existen cables de alta tensión con un alcance de 15 metros a la redonda. Según los vecinos unos expertos en el tema hicieron estudios e informaron que estos cables provocan radiación, que es tema de preocupación para la salud de los vecinos.
- ✓ No cuentan actualmente con áreas verdes para recreación, especialmente de los niños.
- ✓ Los vecinos manifestaron con mucha preocupación la existencia de perros deambulantes. Los vecinos los sueltan para hacer sus necesidades, ocasionando destrozos en la zona. Reaccionan agresivamente con la gente transeúnte, en especial los niños que juegan en las calles.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS:

- Vecinos con interés de resolver los problemas de deslizamiento y basurales. Pueden organizarse para realizar la limpieza de estos basurales.

EXTERNAS:

- Existen industrias (Fábrica de Galletas Mabel), Colegios Privados, que pueden colaborar, brindando apoyo económico a la JUNTA VECINAL.
- La iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días que están ubicados en la zona. (Actualmente ellos ya cuentan con el gas a domicilio). Puede trabajar haciendo participar a los miembros de la iglesia haciendo campañas de limpieza. Colaborando con las necesidades inmediatas de la Junta.
- La empresa recolectora de basura, puede coordinar con la JUNTA VECINAL para evitar el acumulamiento de basura detrás del Colegio Mariscal Santa Cruz, que es considerado como el basural más grande del distrito 1.
- La HAMEA, que puede hacer cumplir mejor las ordenanzas municipales del recojo de basura.
- El Hospital Boliviano Holandés, como institución que está al cuidado de la salud, puede coordinar con La Junta de Vecinos para mejorar la salud del barrio organizando talleres.

- El Regimiento N3, puede apoyar a la Junta Vecinal en el resguardo de la seguridad de los vecinos.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- ✓ Solicitar capacitación a las autoridades del Municipio e Instituciones en Salud para que se realicen talleres sobre salud ambiental.
- ✓ Gestionar al municipio para mejorar el servicio de recojo de basuras con la empresa que realiza este trabajo. Así mismo la junta de vecinos organizarse para el recojo de basuras.
- ✓ Concientizar a los vecinos para que no suelten a sus perros. Realizar talleres sobre los problemas de salud que ocasionan éstos roedores con el apoyo del Hospital Boliviano Holandés.
- ✓ Como vecinos pedir ayuda al regimiento 3 para el resguardo de la zona y también para organizarse y hacer rondas con grupos de hombres de la misma junta vecinal.
- ✓ Gestionar a la Alcaldía para la construcción de espacios verdes, apoyo técnico en el tema de deslizamiento de tierras.

FICHA TÉCNICA

FECHA: Agosto 23 del 2003-08-08
JUNTA VECINAL: Villa Tejada Alpacoma
LUGAR: Escuela Mariscal Andrés de Santa Cruz
HORA DE INICIO: 15.30 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 20:30 PM
TÉCNICA: Línea de Tendencia.
TEMA: Gestión de Hospital y Calidad de Atención.

1. PARTICIPANTES:

2. FACILITADORES:

Richard Quispe.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS.

- ✓ Los vecinos presentes en el taller no conocen El SUMI, Seguro Escolar, sus prestaciones y los otros programas de la Alcaldía. En su mayoría los vecinos no han tenido ninguna información al respecto.
- ✓ Para los vecinos la Infraestructura y Equipamiento antes del año 2000 era mejor, para el 2000 a la actualidad no abastece a la población que recurre al Hospital M.B.H.
- ✓ Según los vecinos la calidad de atención para el periodo 2000-2003 ha bajado. El trato de parte del personal de salud es malo existe mucha discriminación a la gente humilde. Muchos de los vecinos son de habla aymara y los médicos no los entienden.
- ✓ El costo de la atención en consulta externa es muy alto para los vecinos porque mucho de ellos son personas desocupadas.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS:

- *La Junta de vecinos*, puede trabajar de una manera más organizada con mayor poder de convocatoria para lograr ser escuchados.

EXTERNAS

- *La HAMEA*, puede mejorar sus estrategias de información más adecuadas para dar a conocer a la comunidad los programas que están manejando.
- *Hospital Boliviano Holandés*, puede coordinar mejor con la Junta Vecinal. Para saber cuales son sus alcances y cuales son sus estrategias para mejorar la atención.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Que los precios se acomoden a la mayoría de la realidad económica de los vecinos. Como Junta vecinal apoyar al Hospital para la creación de más ITEMS de parte del Ministerio para disminuir el riesgo compartido de algunos profesionales.
- ✓ Solicitar como Junta de Vecinos que los recursos Humanos sean más profesionales que reciban más capacitaciones en calidad de atención junto a los administrativos del Hospital.
- ✓ Solicitar como Junta Vecinal que se implementen otras especialidades en el Hospital.
- ✓ Crear un fondo de los vecinos para ayudar a los más necesitados en casos de emergencia y que necesitan asistencia médica.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 27 de Agosto de 2003-08-08
JUNTA VECINAL: Plan 97
LUGAR: Hospital Municipal Boliviano Holandés
HORA DE INICIO: 17.30 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:00 PM
TEMA: Basura e Higiene, Alumbrado Público y Aguas Estancadas
TÉCNICA: Mapa Parlante.

1. PARTICIPANTES:

María.
Lourdes.
Manuela.
Dionicia.
María de Apaza.
Samuel Medrano.

2. FACILITADORES:

Betzabé Ramirez.
Alfredo Marín.

3. HALLAZGOS ENCOTRADOS:

- ✓ Los vecinos de la Junta se encuentran en un Juicio que ya tiene 18 años por el derecho de propiedad según ellos refieren usurpado por el plan 129.
- ✓ La Junta Vecinal cedió el terreno al Hospital Boliviano Holandés para su construcción, ellos prefirieron que haya un hospital que beneficie a la población de la Ciudad del Alto y no así para loteo de viviendas.
- ✓ Existe basurales a lado izquierdo del Hospital, según los vecinos residentes en la zona el servicio de recojo de basura es deficiente y la gente de otras juntas vecinales votan la basura en este lugar porque es un terreno que no cuenta con aceras. Por el momento se encuentra enmallado.
- ✓ Según los vecinos de la Junta Vecinal no hay buen manejo de los residuos hospitalarios, el carro recogedor de basura a su salida del Hospital derrama basura como

jeringas, paños con sangre y los niños son los que corren peligro porque juegan en el lugar.

- ✓ El Municipio no realiza mantenimiento del alumbrado público y este es deficiente causando inseguridad a los vecinos de la zona porque los maleantes atracan aprovechando la oscuridad .
- ✓ No tienen un sistema de alcantarillado fluvial, las aguas están estancadas produciendo un enlodamiento. Los vecinos se sienten afectados por este problema que se acrecienta más en épocas de lluvia.

3. POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Vecinos con interés*, pueden organizarse mediante una convocatoria del directorio de la junta de vecinos realizando movilizaciones para tramitar y resolver los problemas.

EXTERNAS

- *Escuela Colorados de Bolivia*, coordinando con la Junta Vecinal y realizar campañas de movilización y recojo de basura.
- *Hospital Municipal Boliviano Holandés*, puede mejorar el sistema de recojo de basura por parte de los transportistas como también apoyar en la construcción del cordón de acera. Concientizar y educar a la población sobre la basura.
- *La HAMEA*, puede priorizar los problemas de basura y realizar campañas de limpieza y verificar el cumplimiento de las ordenanzas municipales.

4. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- ✓ Difundir los talleres sobre Medio Ambiente a todos los vecinos de la junta vecinal en reuniones de Junta de Vecinos.
- ✓ Solicitar audiencia a la Alcaldía para la resolución del problema del alcantarillado fluvial , y en caso de que no sean escuchados realización de movilizaciones.
- ✓ Solicitar al carro basurero que venga por lo menos tres veces a la semana.
- ✓ El Hospital y la empresa recolectora de basuras deberían de coordinar para el eficiente recojo de basura.
- ✓ Revisar la solicitud que se hizo con anterioridad a la anterior Gestión del Hospital Boliviano Holandés para la construcción del cordón de acera.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 27 DE AGOSTO DEL 2003-08-09
JUNTA VECINAL: Plan 97
LUGAR: Hospital Municipal Boliviano Holandés
HORARIO DE INICIO: 17: 30
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:00
TÉCNICA: LINEA DE TENDENCIA
TEMA: GESTIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL.

1. PARTICIPANTES:

2. FACILITADORAS:

Dionicia Apaza.
Kathy Bustinza.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS

- ✓ Los vecinos no conocen los programas como SUMI, SEGURO ESCOLAR y otros programas que maneja la Alcaldía porque no tuvieron estas buenas estrategias de difusión e información para llegar a la comunidad. Para muchos vecinos consultados en el taller y para ellos el SUMI es una organización, no la conocen como una Ley del Gobierno.
- ✓ Para los vecinos la atención en el Hospital Boliviano Holandés es muy cara pero sigue siendo el hospital de referencia para ellos porque está muy cerca de la Junta Vecinal. Aunque según ellos el pago elevado no justifica el mal trato que reciben por el personal de salud dentro del Hospital.
- ✓ La Junta Vecinal considera al Hospital como propiedad de ellos por haber reservado los predios para su construcción y desconocen el trabajo de la nueva administración y como funciona la Red.
- ✓ Los vecinos de la tercera edad tienen su seguro en la C.N.S, porque al igual que en otras juntas son ex mineros.
- ✓ Los vecinos no tienen buena información cuando se trata de campañas que realiza el Hospital como por ejemplo ahora último se realizó una campaña de análisis de grupo sanguíneo y luego de hacerse el análisis se les cobró. Quieren que se les detalle la información para cualquier campaña y que no lleven gente practicante porque los vecinos desconfían.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS

- *Defensor de salud*, puede coordinar de manera directa con la Nueva Gestión de salud para mejorar la información cuando se realice campañas de cualquier tipo.
- *Junta directiva*, puede coordinar con la Alcaldía para mejorar la atención del Hospital. Como también conocer más los programas que tiene esta a su disposición.

EXTERNAS

- *La Gerencia social del Hospital Boliviano Holandés*, puede dar un espacio a las Juntas Vecinales que muestren preocupación por ciertos aspectos relacionados al Hospital.
- La HAMEA, puede trabajar más de cerca con los vecinos mediante sus programas .

5. PROPUESTAS DE SOLUCION:

- ✓ Convocar a reuniones de junta para tener acceso a más información como los programas del municipio, el funcionamiento del Hospital, etc.
- ✓ Talleres coordinados con el Hospital Boliviano Holandés y la Defensora de salud para dar a conocer a los vecinos sobre los programas.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 27 DE Agosto del 2003-08-09
JUNTA VECINAL: Plan 97
LUGAR: Auditorio del Hospital Municipal Boliviano Holandés.
HORA DE INICIO: 17:30 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:00 PM
TEMA: Participación Comunitaria.
TÉCNICA: Diagrama de Venn

1. PARTICIPANTES:

Mario
Pascual
Aurora.

2. FACILITADORA:

Felipa Aguilar.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ El nombre Plan 97 se debe al número de viviendas que tiene el barrio.
- ✓ El tiempo de gestión normal de una directiva es de dos años y este directorio ya va por tercera gestión y para su renovación ningún vecino quiere asumir el cargo.
- ✓ Existe muy poca coordinación entre los actores sociales y organizaciones vivas del Plan 97.
- ✓ Ausencia de coordinación entre la Junta Vecinal y la Junta Escolar. Según los vecinos la Junta Escolar hace cobros indebidos del seguro escolar y multa a los padres de familia que no asistieron a reuniones. Por ello es que no tienen buenas relaciones.
- ✓ No existe grupos de jóvenes, ni participación de los mismos en los talleres.

4. POTENCIALIDADES:

INTERNAS:

- *Junta de Vecinos*, puede coordinar mejor sus actividades.

- *Junta Escolar*, puede mejorar sus relaciones con los padres de familia buscando estrategias de conciliación .
- *Defensor de Salud* , puede mediar y coordinar las actividades que se vayan produciendo, tanto entre Junta Vecinal y el Hospital Boliviano Holandés.

EXTERNAS:

- *Escuela Colorados de Bolivia*, puede colaborar en actividades que tiene la Junta Vecinal.
- *El Hospital Boliviano Holandés*, puede coordinar con la Junta Vecinal para apoyar en las necesidades de la zona y fortalecer la participación de los actores sociales.
- La *HAMEA*, puede trabajar más de cerca con la Junta Vecinal involucrándose más con la Junta Vecinal.

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Presidente debe preocuparse por reorganizar las reuniones vecinales.
- ✓ La directiva de la Junta Vecinal tiene que invitar a los directores de las organizaciones que existen en el barrio para planificar actividades conjuntas.
- ✓ La directiva tiene que convocar a reuniones vecinales en horas que los vecinos están menos ocupados puede ser por las tardes de 6 PM adelante.

FICHA TÉCNICA

FECHA. 27 de Agosto del 2003-08-09
JUNTA VECINAL: Plan 97
LUGAR: Hospital Municipal Boliviano Holandés.
HORA DE INICIO: 17:30
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:00
TEMA : Enfermedades y Desnutrición
TÉCNICA: Mapeo Corporal.

1. PARTICIPANTES:

2. FACILITADORA:

Elsa Rada.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ La población adulta en su mayoría está compuesta por ex mineros. Producto de este trabajo en su mayoría presentan problemas pulmonares de salud.
- ✓ El grupo poblacional que más participa en las actividades vecinales son los adultos mayores, quienes en gran parte están asegurados por el seguro de la vejez, en cambio la población adulto joven, no cuenta con seguro de salud pues están insertos en el sector informal de la economía y dependen de los seguros como SUMI y el Seguro escolar.
- ✓ El grupo identificó las siguientes causas de las enfermedades, como la mala alimentación, cambios de clima, trabajo en la mina por muchos años, los padres se descuidan de la salud de sus hijos, resfrios mal curados, infecciones por falta de higiene o cuidado y por no vacunarse.

4.- POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Vecinos*, pueden mejorar su estado de salud mostrando interés por un cambio.
- *Defensora de salud*, conocida por todos los vecinos y a quién pueden acudir los vecinos en caso de emergencias y que desconozcan los programas de salud.

EXTERNAS:

- *Hospital Municipal Boliviano Holandés*, que brinda atención médica y es uno de los más cercanos y accesibles.
- *Hospitales de la Ciudad de La Paz*, porque cuentan con más servicios de salud y el costo es más bajo.
- *La Caja Nacional de Salud*, que brinda atención médica a todos los asegurados rentistas.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- ✓ Realizar talleres de capacitación en temas de Salud y alimentación en la Junta Vecinal
- ✓ Asistir a los servicios de salud a tiempo, no cuando ya estamos con la enfermedad avanzada.
- ✓ Cambiar hábitos de vida y de alimentación.
- ✓ Con relación a la Caja Nacional de Salud presentar quejas a través de la defensora de salud. Acudir a medios de comunicación.
- ✓ Lograr más unidad entre todos, organizarnos para hacer nuestros reclamos.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 29 de Agosto del 2003.
JUNTA VECINAL: Plan 129.
LUGAR: Casa de Vecino
HORA DE INICIO: 19 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:30 PM
TEMA: Basurales,
TÉCNICA: Mapeo parlante

1. PARTICIPANTES:

3. FACILITADORES:

Lidia Cuela
Betzabé Ramirez.

3. HALLAZGOS ENCOTRADOS:

- ✓ Juicio por derecho de propiedad hace 28 años, con la Junta Vecinal Plan 97.Lo que conlleva a miramientos entre ambas juntas.
- ✓ Los residentes pertenecientes al Plan 129 son migrantes mineros de la Mina Milluni.
- ✓ Falta de alumbrado público a consecuencia de que la documentación correspondiente (Títulos de propiedad), todavía no se ha resuelto.
- ✓ Los vecinos del Plan 129, están divididos en dos grupos, al parecer existe dos presidentes en la Junta Vecinal, el taller se realizó con un grupo que según ellos corresponde al 80% de los vecinos, pero salió de comentarios con los vecinos presentes en el taller que el otro grupo que viene a ser un 20%, no participan de las reuniones porque piensan que se les cobrará las deudas de dinero pendientes (cuotas para tramites de títulos de propiedad).

4. POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Los vecinos*, pueden mejorar sus relaciones con la Junta Vecinal Plan 97. Para que se termine de implementar el saneamiento básico de la zona.

EXTERNAS

- *La Alcaldía Municipal*, puede efectivizar el trámite pendiente de los títulos de propiedad y también apoyar en la implementación del alumbrado eléctrico en la zona.
- *Junta Vecinal Plan 97* , puede mejorar sus relaciones con la Junta Vecinal Plan129, para lograr resolver el problema del juicio de propiedad pendiente.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

- ✓ Convocar a reunión a todos los vecinos y tratar de ver como pueden mejorar el problema de coordinación con algunos vecinos que no participan en las reuniones convocadas por las Junta Vecinal.
- ✓ Solicitar que se resuelva el problema del alumbrado público a la Alcaldía Municipal buscando aliados que puedan apoyar esta solicitud. Para de esta manera mejorar la seguridad de la Junta Vecinal.

FICHA TÉCNICA

FECHA: 29 DE Agosto del 2003
JUNTA VECINAL: Plan 129
LUGAR: Casa de Vecino
HORA DE INICIO: 19 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 21:30 PM
TEMA: Participación Comunitaria.
TÉCNICA: Diagrama de Venn

1. PARTICIPANTES:

Compuesta principalmente por gente adulta, y una gran mayoría del directorio.

2. FACILITADORA

Lidia cuela.

3. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

- ✓ No conoce bien los roles que deben cumplir los de la cartera de la junta directiva. Poder concentrado en el presidente de la junta por ser el que estuvo tramitando desde hace varios años.
- ✓ Muchos de los vecinos acuden al DR. Taquichiri (médico general) en caso de emergencias, lo consideran de confianza por ser hijo de un ex minero.
- ✓ El Hospital Boliviano Holandés es considerado como un hospital de lujo donde solo tienen acceso la gente que tiene dinero. Pero es el Hospital de referencia que hay en Ciudad Satélite.
- ✓ Las farmacias son de fácil acceso para los vecinos porque pueden recurrir en cualquier momento en casos de emergencia, pero consideran que sería mejor una farmacia de red que tenga todo el Stock , como en la ciudad.

4. POTENCIALIDADES

INTERNAS

- *Junta Vecinal*, puede organizarse y coordinar para la resolución de problemas. No esperar que la directiva realice todo el trabajo. Sino con el apoyo de todos los vecinos.
- *El Defensor de Salud*, puede coordinar con la Gerencia social del Hospital Boliviano Holandés.

EXTERNAS

- *Hospital Boliviano Holandés*, puede coordinar con la Junta Vecinal. Con el defensor de salud realizar actividades dirigidas a la comunidad para mejorar la salud.
- *Junta Vecinal Plan 97*, puede finalizar el juicio que tienen desde hace 18 años. Para colaborar con el desarrollo del barrio. Llegar a acuerdos que beneficien a las dos juntas.
- *HAMEA*, puede coordinar más con la junta directiva conocer su problemática y efectivizar el trámite del juicio y otros trámites pendientes.
- *Las Farmacias*, pueden mejorar y ampliar el stock de medicamentos que tienen a disposición para brindar un mejor servicio y de esta manera los vecinos puedan tener más acceso a la oferta que brinde.

5. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.

- ✓ La Junta directiva convoque a reuniones más frecuentes, donde los miembros de la directiva den a conocer sus roles y funciones que cumplen.
- ✓ Participar activamente en lo eventos y campañas de salud, concientizar a los vecinos de la importancia de la salud.

MEMORIA DEL TALLER DE CONSULTA COMUNITARIA

FECHA: 23 de Agosto del 2003
JUNTA VECINAL: Tejada Alpacoma.
LUGAR: Colegio Mariscal Andrés de Santa Cruz.
HORA DE INICIO: 3:00 PM
HORA DE FINALIZACIÓN: 8:00 PM
FACILITADOR RESPONSABLE : Katherine
Bustinza.

I. ANTECEDENTES.

I.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA:

El nombre de Tejada Alpacoma, viene del nombre del ex propietario de toda la zona, que luego al ser adquirido por la cooperativa Conavi fue dividido en varias zonas manteniendo el nombre.

Hay un promedio de 830 habitantes en la Junta Vecinal.

I.2. CONVOCATORIA AL TALLER.

Se realizó una primera reunión con la presencia de los miembros de la junta directiva para dar a conocer los objetivos del taller de la consulta comunitaria y acordando entre todos el día, lugar y fecha a llevarse a cabo el taller.

Posteriormente dos días antes de la consulta con ayuda de los miembros de la directiva y otros vecinos de juntas colindantes se repartió las invitaciones domicilio por domicilio recogiendo la firma del vecino como constancia de haber recibido la invitación. Así mismo se colocaron afiches en diferentes calles de la Junta Vecinal.

El día del taller se perifoneo para invitar a los vecinos a pasar a las inmediaciones del Colegio Andrés de Santa cruz donde se iniciaría el taller de consulta comunitaria.

Estuvieron presentes en el taller alrededor de 30 personas (se adjunta lista).

Al final del taller se levantó un acta donde firmaron los directivos de la Junta Vecinal.

II. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

II.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

- Se observa una Junta desorganizada con poco poder de convocatoria. Porque una gran parte de los vecinos presentes desconocían a la junta directiva y además por que os integrantes de la junta directiva son gente de la tercera edad.
- No existe en la Junta Vecinal un defensor de salud, lo que hace que la gente desconozca los programas de salud del Municipio. A falta de éste representante de salud la Junta Vecinal no se ve involucrado en actividades que coordinan defensores de otras juntas.
- La participación de la iglesia es muy importante en la salud de los vecinos, en especial la iglesia Evangélica, también hay apoyo voluntario de iglesias católicas sobretodo económico para colaborar a los vecinos que carecen de recursos económicos.
- Aparte del Hospital Boliviano Holandés, existen otros Hospitales a los cuales acuden los vecinos como el Agramont, Kenko. Porque en muchas oportunidades acudir al Hospital Boliviano Holandés significa invertir mucho para los vecinos, en cambio en estos otros la atención es más rápida.

II.2. Gestión en Salud.

- El problema del costo de la atención en la actualidad en el Hospital Boliviano Holandés para los vecinos es injustificado, porque si bien es cierto de que en el Hospital hay trabajadores a riesgo compartido (70%) y con ITEMS (30%), como justifican que otros Hospitales como el KenKo y el Agramont donde todo su personal es a contrato, le costo de la atención es más bajo.
- La calidad de atención ha ido de mal en peor, estos últimos años, según refieren los vecinos, porque hay mucho personal practicante que no tiene experiencia y esto hace que la confianza de la gente baje. La infraestructura ya no abastece a la cantidad de población beneficiaria y en muchos casos los pacientes son referidos a otros Hospitales de La Ciudad de La Paz. El tiempo de espera para ser atendidos es muy largo y la recaudación de fichas son limitadas. Los vecinos para ser atendidos en el Hospital tienen que dejar de lado sus obligaciones y esto significa una pérdida de dinero y tiempo.

II.3 . Basurales, deslizamientos, cables de alta tención.

- La zona es considerada como el basural número 1 de la ciudad del Alto. Es muy preocupante para la salud del barrio porque allí según los vecinos votan perros muertos, fetos y en ocasiones se ha visto cadáveres humanos. Los vecinos en varias oportunidades han presentado sus quejas a la Alcaldía pero hasta ahora no han sido escuchados, aparte de ello es un antro de perdición porque los jóvenes se alcoholizan en esos lugares y en ocasiones se ha visto movilidades donde se observan actos obscenos.
- Hubo varios deslizamientos en la zona, la cual ha sido considerada zona negra y que peligroso para los pobladores. Hasta el momento no se ha visto la intervención de las autoridades a pesar de los reclamos de los vecinos a la Alcaldía.
- Existen varias antenas repetidoras y cables de alta tensión que según los vecinos causa irradiación. Esta información la obtuvieron de personas expertas en el tema, los que realizaron un estudio en la zona sobre los cables de alta tensión y sus efectos en la salud de los habitantes.

III. POTENCIALIDADES:

III.1 INTERNAS:

- *Junta Vecinal*, puede trabajar de una manera más organizada involucrándose más los jóvenes, trabajando unidos para la mejora del barrio.
- *La junta directiva de la Junta Vecinal*, puede mantener más informados a los vecinos sobre las actividades que están realizando y así lograr convocatoria.

III.2 EXTERNAS:

- *Unidades Educativas*, pueden trabajar con la Junta Vecinal involucrándose más en la actividades que vienen desarrollando y también apoyando en el mejoramiento del barrio concientizando a los alumnos sobre la salud de una forma más integral, realizando campañas de limpieza en el barrio y organizando ferias de salud.
- *Fábrica de Galletas Mabel*, puede ayudar a la Junta Vecinal con apoyo económico para la limpieza y participar de una manera más activa dentro de la Junta Vecinal, para el mejoramiento de la zona, que también va en prestigio de la misma.
- *El Hospital Municipal Boliviano Holandés*, puede trabajar coordinado con el defensor de salud y con los vecinos mismos del barrio, realizar talleres y apoyar en el recojo de basura que es uno de los problemas más importantes para preservar la salud del barrio.
- *La HAMEA*, como Gobierno Municipal, puede involucrar más a las juntas vecinales haciendo trabajos coordinados según las prioridades del barrio.

IV. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

- Lograr una mejor organización en el directorio de la junta y convocar a una reunión donde los vecinos se informen de las actividades que se va realizando y también se nombre el responsable de salud del barrio como una de las prioridades.
- Como junta vecinal presentar nuestra solicitud de reclamo para que las autoridades pertinentes vengan a conozcan la zona y vean que uno de los problemas es el basural que se encuentra detrás del Colegio Mariscal de santa Cruz y hacer que se comprometan a proceder con la limpieza respectiva.
- Invocar a la Nueva gestión administrativa del Hospital Boliviano Holandés se logre la disminución del costo en la consulta, con la ayuda de la Junta Vecinal lograr que se den más ITEMS del estado.

MEMORIA DEL TALLER DE CONSULTA

FECHA: 27 de agosto del 2003
JUNTA VECINAL: Plan 97
LUGAR: Hospital Municipal Boliviano H.
HORA DE INICIO: 5:30 PM.
HORA DE FINALIZACIÓN: 9:00 PM
FACILITADOR RESPONSABLE: Katherine Bustinza.

I. ANTECEDENTES:

I.1. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA.

La Junta vecinal en el momento de su designación contaba con 97 casas, en la actualidad tiene alrededor de 102, está ubicado a un costado del Hospital Boliviano Holandés. Mayoría de los residentes de esta junta vecinal son ex mineros de la Mina Milluni.

I.2 CONVOCATORIA AL TALLER.

Se buscó a los miembros de la junta directiva de la Junta Vecinal, pero a un principio no se pudo lograr ubicarlos. El presidente junto con la defensora de salud de la Junta Vecinal se hicieron presentes a nuestro llamado en las oficinas de la Gerencia social del Hospital Boliviano Holandés. Con ellos se quedó en un acuerdo del día, hora y lugar del taller comprometiéndose ellos mismos a llevar las invitaciones a cada vecino en su respectivo domicilio de la Junta Vecinal.

El día del taller se hizo el perifoneo media hora antes con la ayuda del presidente. Lográndose una participación de 26 personas que considero exitosa en relación con el número de viviendas y además con un retraso de solo 30 minutos a diferencia de otras juntas donde se tuvo que esperar hasta 2 horas.

II. HALLAZGOS ENCONTRADOS.

II.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

- Falta de coordinación por parte de la junta directiva. Las directivas tienen un tiempo de de gestión según las leyes de 2 años, pero ésta junta directiva ya va por la tercera

gestión. Los vecinos muy conformistas esperando que todos los problemas lo resuelva la junta directiva.

- Los padres de familia no tienen buena relación con la junta escolar, debido a que éstos han realizado cobros indebidos a los padres de familia cuando no asistieron a las reuniones y que además según los vecinos no se justifica.
- La defensora de salud es muy activa en la zona, ella coordina actividades con el hospital y además colabora con los vecinos que han sufrido algún tipo de discriminación por parte del personal de salud en el Hospital como también es una persona que orienta a los vecinos para que ellos sepan donde recurrir en caso de emergencia.

II.2 GESTIÓN EN SALUD

- Los vecinos consultados no conocen todos los programas que tiene la alcaldía a su disposición. Reconocen al SUMI como una organización o institución pero no como una ley dada por el gobierno, y no tienen conocimiento de las prestaciones con las que cuenta. Lo que puede llevar a pensar de que los vecinos al no conocer bien estos programas y que son además comunes, puede generar conjeturas de cualquier índole como el de imaginarse de que toda atención en el hospital es gratuita solo por no contar con más información.
- Para los vecinos los predios del Hospital Boliviano Holandés son propiedad de la junta, porque fueron ellos quienes donaron los terrenos para la construcción del Hospital para que sirviera de beneficio brindando atención médica a todos los vecinos. Lo que no es así en la actualidad, el hospital se ha convertido solo como referencia porque el costo de las consultas son muy altas como para que un vecino pueda acceder con facilidad.

II.3 . ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y SUS CAUSAS.

- La población adulta en su mayoría está compuesta por ex mineros. Producto de este trabajo en su mayoría presentan problemas pulmonares. Los niños son más propensos a enfermarse de resfriados, diarreas, enfermedades eruptivas propias de la infancia. Los adultos jóvenes más problemas de tipo psicológico por la carencia de empleo y problemas familiares, además de problemas gastrointestinales sobretodo en mujeres como de colecistitis aguda.
- Según los vecinos identificaron como causas de sus enfermedades la mala alimentación, cambios de clima, trabajo en la mina por muchos años, los padres descuidados de la salud de sus hijos, resfriados mal curados, infecciones por falta de higiene o cuidado, y también por no vacunarse.
- Se identificó que los vecinos de la tercera edad dependen de seguro que brinda la C.N.S, pero le tienen muy poca confianza. Sin embargo la mayoría de los vecinos prefieren ir al médico naturista porque les brinda confianza, hay buen trato, comprende su idiosincrasia y también porque es más fácil el acceso. Las farmacias también para los

vecinos es considerado de fácil acceso porque además se cuenta con una profesional, quién no tiene la autorización de prescribir el medicamento pero lo hace.

II.4 BASURAS, JUICIO, ALCANTARILLADO, SEGURIDAD.

- La falta de un cordón de acera así como los residuos hospitalarios (gasas empapadas de sangre, jeringas etc.), que deja caer el carro recogedor de basura a su salida del Hospital es un peligro para los vecinos de la zona porque sus hijos que juegan muchas veces en las calles o los niños que están pasando por las calles pueden levantar estos desechos y estar propensos a cualquier tipo de infección o contaminación.
- El juicio que tienen desde hace 18 años con la Junta Vecinal 129, por haberles usurpado según los vecinos sus tierras es un problema para los vecinos de la Junta Vecinal.
- Para los vecinos también consideran un problema la falta de alcantarillado fluvial que en épocas de lluvia provoca enlodamiento. Otro problema también es el deficiente alumbrado eléctrico que es causa de atracos en la zona.

III. POTENCIALIDADES

III.1. INTERNAS.

- *Junta Vecinal*, puede organizarse mejor, renovando su directorio para generar cambios en la junta vecinal apoyando a gente joven con predisposición de trabajo.
- *La defensora de salud*, puede continuar su trabajo coordinando con la nueva Gerencia Social del Hospital Boliviano Holandés.
- *La junta Escolar*, puede mejorar sus relaciones con la Junta Vecinal como tal mediante un diálogos que lleguen a acuerdos concensuados. Participar activamente en la Junta Vecinal.

III.2 EXTERNAS.

- *HAMEA*, puede involucrarse más en los problemas de la junta y buscar soluciones en lo que respecta a juicios, el problema del alcantarillado fluvial, y cumplir con las ordenanzas municipales.
- Hospital Boliviano Holandés, puede verificar el buen manejo de los residuos hospitalarios y coordinar con la Junta Vecinal. Brindar el apoyo correspondiente y de acuerdo a los alcances que tenga como Institución promotora en salud.
- *Caja Nacional de Salud*, puede mejorar la atención médica a los usuarios.
- *ENASA*, puede mejorar sus servicios de recojo de basura. Cumplir con los horarios programados.

IV. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.

- Realizar reuniones periódicas logrando la participación la participación de los vecinos para que la toma de decisiones por parte de la junta sea concensuada.
- Coordinar con el Hospital Boliviano Holandés para que el barrio se vea más limpio, sugiriendo más supervisión a los carros recolectores de basura y con ellos promover un cambio de actitud de los vecinos.
- Resolver el problema de los juicios pendientes, porque no es bueno para el progreso de la zona.

MEMORIA DEL TALLER DE CONSULTA COMUNITARIA

FECHA: 29 de Agosto del 2003
JUNTA VECINAL: Plan 129
HORA DE INICIO: 7:00 PM.
HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00 PM.
FACILITADOR RESPONSABLE: Katherine Bustinza.

I. ANTECEDENTES .

I. 1. CARACTERIZACION DE LA ZONA.

Los vecinos del Plan 129, en su mayoría ex mineros de la Mina Milluni están aproximadamente desde hace 28 30 años. La mayoría de los residentes se dedican al comercio, como vendedores ambulantes, vendedoras en el mercado de Ciudad Satélite. Sus calles se encuentran en proceso de adoquinado por parte de la Alcaldía.

I.2. CONVOCATORIA AL TALLER.

Se pasó una solicitud al presidente de la Junta Vecinal, para que él como autoridad máxima reúna a los otros miembros del directorio. Pero no fue posible realizar esa reunión del equipo facilitador con el directorio. Fueron los vecinos y el directorio que decidieron la fecha, la hora, y el lugar donde se realizaría el taller, en una reunión extraordinaria que convocó la junta directiva del barrio para tratar otros asuntos del barrio. Se hizo llegar las invitaciones al defensor de salud, para que el se haga responsable de la entrega en persona a sus vecinos.

El taller se llevó a cabo en la casa del presidente de la Junta Vecinal, hubo buena asistencia con más o menos 32 vecinos.

Al final del taller se levantó un acta con los directivos de la Junta Vecinal.

II. HALLAZGOS ENCONTRADOS.

II.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

- Poder concentrado en la junta directiva del barrio, por ser quienes estuvieron tramitando desde hace varios años los títulos de propiedad. Los vecinos no muestran una

participación activa en las decisiones que se toman en las reuniones, esperan siempre que los miembros de la directiva resuelvan todos los problemas del barrio.

- Las carteras de los miembros de la junta directiva no tienen claro el rol y las funciones que deben cumplir. Pero tienen poder de convocatoria cuando se llama a reuniones por el problema del juicio que tienen pendiente. No priorizan otro tipo de problemas en las reuniones.

II.2 JUICIO, FALTA DE ALUMBRADO PÚBLICO, BASURALES.

- Los vecinos mantienen un juicio por derecho de propiedad desde hace 18 años, con la Junta Vecinal colindante, Plan 97. Debido a ese juicio es que no pueden realizar ningún trámite para la mejora del barrio.
- No cuentan con el servicio de alumbrado público, justamente por la falta de documentación para realizar el trámite, y esto ocasiona un grave problema dentro de la zona. Afectando de esta manera la seguridad de los habitantes del barrio.
- La presencia de basura en las calles sobretodo en la cancha de fútbol. Los vecinos consideran que si bien es un deporte el fútbol y que practicar un deporte contribuye a la salud del individuo, pues en muchos casos causa degeneración porque los jóvenes luego de jugar se dedican a beber ocasionando escándalos en la vía pública, como sucede en esta Junta Vecinal. Las comerciantes que vienen a vender comida y bebidas alcohólicas, así mismo como la gente que va de espectadora, dejan basura dispersa. Los vecinos para mantener su barrio limpio tienen que salir a recoger todo, ocasionando muchas veces discusiones entre ellos.

III. POTENCIALIDADES.

III.1 INTERNAS:

- *Junta Vecinal*, puede organizarse mejor, los vecinos de la junta pueden participar de una manera más activa en las decisiones que tome la directiva y acompañarlos en cada proceso.
- *Defensor de Salud*, puede trabajar coordinadamente con la nueva Gerencia Social de Hospital Holandés, manifestando los problemas que pueden responderlo juntos.

III.2 EXTERNAS:

- *HAMEA*, puede priorizar los problemas que tiene la Junta Vecinal y apoyando en la tramitación respectiva. También apoyar en el orden público no permitiendo el expendio de bebidas en lugares como las canchas deportivas.

- *El Hospital Municipal Boliviano Holandés*, puede involucrarse más en los problemas que hay en las zonas aledañas y apoyar a concretizar las cosas que aún están pendientes y que condicionan al mal estado de salud de la población.

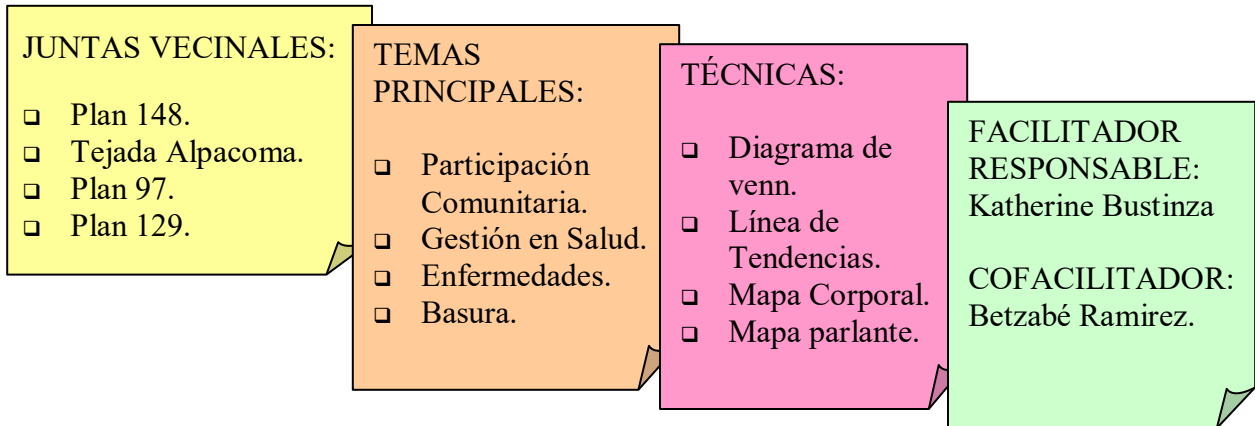
La Junta Vecinal Plan 97, puede resolver los problemas de juicios mediante diálogos con los vecinos del Plan 129 y llegar a acuerdos que sea en beneficio de ambos.

- *ENASA*, puede brindar un mejor servicio a la zona para colaborar con la limpieza del barrio.

IV. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.

- Que los vecinos reunidos participen activamente, dando propuestas para la mejora del barrio, como también dando ideas de cual sería el mejor camino a seguir para resolver el problema del juicio, a quién recurrir para resolver este problema lo más pronto posible.
- Solicitar a la Alcaldía que verifique el cumplimiento de las ordenanzas municipales y también recurrir al comité de vigilancia para presentar una queja del incumplimiento de la empresa. Dar a conocer a los administrativos del Hospital para que ellos también se preocupen del tema de la basura porque también son afectados y apoyen en los reclamos.
- Sobre el problema de consumo de bebidas en la cancha deportiva también que el Hospital se involucre, porque ambos tanto la junta como el Hospital son afectados los fines de semana donde se observa escándalos de gente alcoholizada; entre los dos llegar a un acuerdo para mejorar esta situación.

MEMORIA RESUMEN DEL TALLER DE CONSULTA COMUNITARIA



I. HALLAZGOS ENCONTRADOS:

PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA



1. Se observa **poco poder de convocatoria por parte de las juntas directivas de las Juntas Vecinales consultadas**. La participación de los vecinos no es activa esperando siempre que los miembros de la directiva solucionen los problemas del barrio.
2. Los miembros de las juntas directivas no saben realmente de sus funciones y es causa de **confusión de roles** dentro de los mismos. En la mayoría de las juntas vecinales **los integrantes del directorio son personas de la tercera edad. Existe muy poca y en algunos casi nada de participación de los jóvenes.**
3. **La directiva** trabaja de una manera independiente, hacen buena representación de sus juntas en eventos convocados por la Alcaldía, FEJUVE, pero **no comparte la información con la Junta Vecinal.**
4. En todas las juntas estudiadas hay un responsable de salud a excepción de la junta Tejada Alpacoma, cuyo defensor ha renunciado. Pero se observa realmente **desinformación de cual es el rol que cumple y en algunos casos no lo conocen.**
5. En las diferentes Juntas Vecinales, se ha observado la existencia de **Unidades Educativas** que al parecer según los vecinos **no tienen participación en la zonas**. Así como también la existencia de la Iglesia de los Últimos Días que cuenta con una buena estructura pero que no participa de manera directa con la comunidad.

GESTIÓN EN SALUD



1. Los vecinos de las diferentes juntas vecinales desconocen los **programas de la Alcaldía** que tienen que ver con salud. En una Junta Vecinal consultada, **los vecinos no se ponían de acuerdo para definir al SUMI, ellos lo conocen como una Institución o una Organización, pero no como una ley dada por el gobierno.** Según los vecinos han escuchado en los medios de comunicación pero de una manera muy vaga.
2. Para los vecinos, **el precio de consulta en el Hospital Municipal Boliviano Holandés es muy alto** y no justifica la atención; sobre todo el trato que reciben del personal administrativo. Además señalaron que **el tiempo de espera es muy largo y la recaudación de fichas es limitado.** Los vecinos también manifestaron que el Hospital fue creado para beneficio de la gente humilde, pero que ahora **sólo beneficia a la gente de dinero** y es una institución de lucro.
3. **Las instalaciones** del Hospital Municipal Boliviano Holandés **no abastecen a la población** en crecimiento constante. En muchas oportunidades los pacientes son transferidos a Hospitales de la Ciudad de La Paz, especialmente cuando se trata de emergencias. No se cuenta hasta ahora con **una sala de terapia Intensiva.**

ENFERMEDADES



1. La población adulta en su mayoría está compuesta por ex mineros. Producto de este trabajo en su mayoría presentan problemas pulmonares de salud. Son asegurados de la **C:N.S.**
2. Los grupos consultados identificaron como las **causas de las enfermedades** la mala alimentación, cambios de clima, trabajo en la mina por muchos años, padres descuidados de la salud de sus hijos, resfriados mal curados, infecciones por falta de higiene o cuidado y por la falta de vacunas.
3. Para la población adulta joven **el Hospital Municipal Boliviano Holandés es el punto de referencia** para la atención médica. porque el hospital les brinda el SUMI y el Seguro Escolar que son gratuitos para sus hijos.
4. **Las iglesias**, en especial la evangélica, juegan un rol importante en la salud. Muchos de los vecinos consultados señalaron convertirse en hermanos cuando hay problemas de salud, porque reciben apoyo moral de los miembros de la iglesia como también cuando no tienen recursos para pagar los gastos en salud.
5. En la mayoría de las juntas consultadas se habló de **los médicos naturistas.** Al parecer los vecinos le tienen confianza, Las medicinas que utilizan éstos son baratas y naturales; aunque la consulta como tal muchas veces es mucho más caro que ir al hospital.
6. **Las farmacias** son de rápido acceso para los vecinos. Además, significa no pagar consulta si un profesional de salud recomienda una medicina.

BASURA Y OTROS
PROBLEMAS

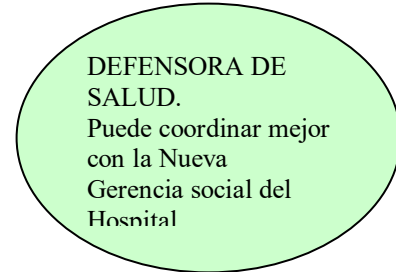
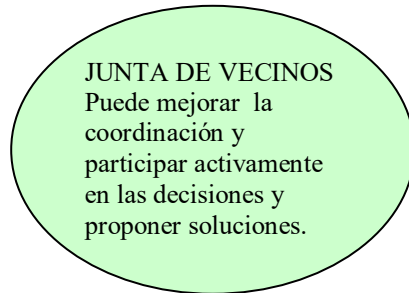


Los problemas de los barrios no solo se resumen al problema de la basura, sino también nos dieron a conocer otras prioridades dentro del barrio que esta preocupando a los vecinos del barrio.

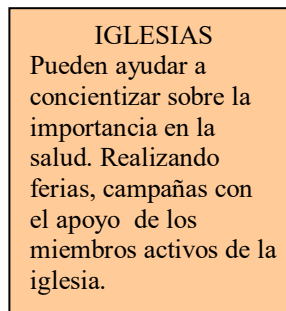
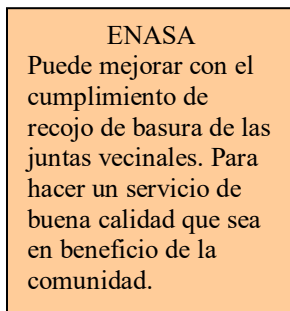
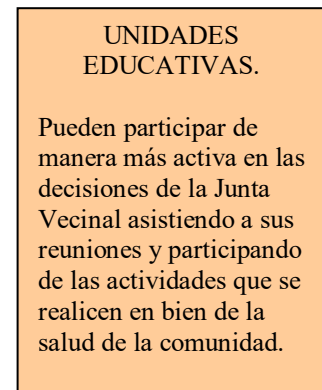
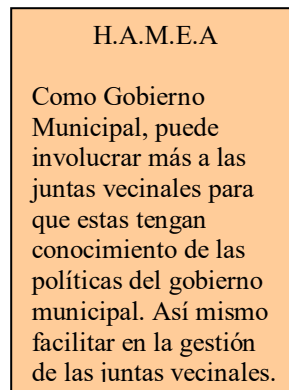
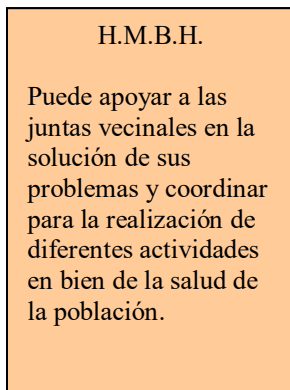
1. **El problema de la basura**, es un problema relacionado con la salud del barrio. Se han detectado que una de las Juntas consultadas es considerado como el basurero N 1 de la ciudad del Alto como es el caso de Tejada Alpacoma, donde se han registrado cadáveres de animales, de humanos y fetos. Otra de las juntas que también corre riesgo con eso de las basuras es el Plan 97, donde se ha visto basura de residuo hospitalario, que según los vecinos es el carro recogedor de basura del Hospital Boliviano Holandés a su salida deja caer estos residuos como es el caso de jeringas ,gasa con sangre. El Plan 148 también señaló que el problema principal es el acumulamiento de basura en el barrio y que los perros dispersan por todo lado. El Plan 129, también reportó la existencia de basura en la cancha del barrio. En todos los casos le atribuyen el problema al carro recogedor de basura que no cumple con sus obligaciones y también falta de educación por parte de los vecinos para mantener un barrio limpio..
2. Otro de los problemas también que salió a luz es el de la **seguridad ciudadana**, los vecinos comentaron que en sus barrios no hay seguridad y se ha dado el casos de atracos y asesinatos en sus zonas, a pesar de haber solicitado al regimiento N 3, ubicado en Ciudad Satélite, apoyo con el resguardo de la seguridad, pero sin embargo estos no han mostrado interés.
3. La Junta Vecinal Plan 129, hasta el momento no cuenta con uno de los servicios básicos como es el **alumbrado público**, porque aún no cuentan con títulos de propiedad. Ellos están con un juicio desde hace 18 años y no pueden solicitar estos servicios por falta de documentación y para ellos significa un problema muy grande porque no pueden tener artefactos electrodomésticos en sus casas y sus hijos son los directos perjudicados al no realizar sus labores escolares en casa.
4. El Problema del **alcantarillado fluvial**, es un problema común para todos los planes especialmente en épocas de lluvia, existe un enlodamiento en las calles de las juntas. En muchos caso también es propicio para la acumulación de basuras.

II. POTENCIALIDADES

INTERNAS:



EXTERNAS:



III. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.

- ❑ En la mayoría de las juntas vecinales, los vecinos dieron como primera propuesta el de convocar a más reuniones e informar a los vecinos sobre las actividades y los trámites que vienen realizando las juntas directivas de las zonas. También buscar estrategias que ayuden a convocar a los vecinos a las reuniones, como boletines , panfletos de información.etc.
- ❑ En las juntas donde aún no cuentan con un defensor de salud, como prioridad número uno en su próxima reunión es el de nombrar a su responsable de salud, con el concenso de todos los vecinos, para que estos conozcan a la persona que les representará y como también donde acudir en casos necesarios.
- ❑ Los problemas de las juntas vecinales se resolverán con el apoyo de los vecinos, priorizando los problemas por orden de importancia trabajando mancomunadamente. Se solicitará a la Alcaldía la revisión del contrato de ENASA, la efectivización de los trámites de títulos de propiedad y de los servicios básicos que aún no han sido instalados en la Juntas Vecinales.

SUGERENCIAS A LA GERENCIA SOCIAL.

Como la Nueva Gerencia Social del Hospital Municipal Boliviano Holandés, tiene como fin involucrar más a la comunidad de una manera participativa y también pensando desde un punto de vista holístico de la medicina el cual es muy meritorio, es que me atrevo a darle algunas sugerencias que le pueden servir, que fueron rescatados gracias a este estudio con las juntas vecinales.

- ❑ Convocar a reuniones, donde se participe al personal de salud sobre los temas que se va trabajando con la comunidad. Organizar talleres y seminarios para que la gente se ubique en el contexto donde se encuentra trabajando y como también se realicen cursos sobre calidad y calidez de atención al usuario.
- ❑ Mejorar la parte de recaudación de fichas. Poniendo en carteles a la vista de todos las prestaciones que tiene el SUMI o en su caso el Seguro Escolar, que muchas veces trae confusiones a los usuarios. Como también difundir estos programas buscando estrategias en los medios de comunicación para que los usuarios tengan conocimiento claro.
- ❑ Trabajar coordinadamente con las Iglesias, porque estas pueden servir de mediadoras para muchas actividades que se realicen en bien de la comunidad.
- ❑ Tratar de involucrar más a la gente joven formando grupos de jóvenes, porque éstos son el futuro de las juntas vecinales, considero que sería muy útil rescatarlos.

- ❑ Sobre los problemas de basura que son focos de infección de los vecinos, sería interesante dar a conocer a la Alcaldía de la Ciudad del Alto y lograr una solución lo más pronto posible. Lo mismo para los otros problemas.
- ❑ Verificar si en la Junta Vecinal Tejada Alpacoma, se realizaron esos estudios de los cables de alta tensión mencionada por los vecinos.
- ❑ Apoyar en la gestión de la Junta Vecinal Plan 129, en la solución del problema básico de falta de energía eléctrica domiciliario, el cual servicio básico.