

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**



**“TRABAJO SOCIAL Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA
EN SALUD DE LOS PRESIDENTES DE LAS
ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE DEL
MUNICIPIO DE COBIJA”**

**TRABAJO DIRIGIDO PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

Humberto Cesar Melgar Lera

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

Julio - 2010

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL**



**“TRABAJO SOCIAL Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA
EN SALUD DE LOS PRESIDENTES DE LAS
ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE DEL
MUNICIPIO DE COBIJA”**

**TRABAJO DIRIGIDO PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**Universitario: Humberto Cesar Melgar Lera
Tutor: Lic. Cristina Atto Gutiérrez**

**COBIJA – PANDO – BOLIVIA
Julio - 2010**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por el constante apoyo incondicional y ejemplo de firmeza y fortaleza ante cualquier obstáculo.

A mi esposa por estar conmigo en las buenas y las malas y brindarme su apoyo en situaciones difíciles.

A mis queridos hijos Luis Antonio, Josefina, Karen Kathérin y Luis Alejandro que siempre están conmigo.

Al programa de trabajo social por nutrirme de conocimientos.

A mis compañeros de trabajo Social por su colaboración y constante apoyo.

A mis docentes por guiarme y brindarme todo su conocimiento para ser un hombre de bien.

DEDICATORIA

A mi Madre que me enseñó los valores del amor, el esfuerzo, la responsabilidad por su enorme apoyo que me brindó hasta la culminación de mis estudios en el programa de Trabajo Social

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe final de trabajo dirigido realizado en el segundo semestre de la gestión 2009, tiene como título **“TRABAJO SOCIAL Y LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD DE LOS PRESIDENTES DE LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE DEL MUNICIPIO DE COBIJA”** contiene las diferentes actividades ejecutada, para fortalecer la participación social de las Organizaciones Territoriales de Base.

El diagnostico institucional del Comité da Análisis de la Información (CAI) del año 2009, el análisis FODA y el Plan Estratégico del SEDES PANDO, vierten como resultado en relación a la participación social en asuntos de salud una **deficiente o nula participación de las Organizaciones Territoriales de Base** involucradas, como actores principales.

Ante esta grave situación se ha realizado una investigación en base a una metodología participativa educativa con todos los presidentes de las Organizaciones Territoriales de Base del Municipio de Cobija y el SEDES Pando dándonos como resultado la confirmación de una deficiente participación de los actores involucrados, se identifico cuales son los motivos que no permiten la participación activa de los presidentes de Otbs. y se ha elaborado una propuesta para motivar y fortalecer su participación en las acciones del sector salud, a través de la promoción, difusión y movilización social.

La ejecución de esta propuesta planteada ya considerada por el SEDES como también validada, esta programada para ser aplicada en un tiempo de seis meses que tiene como objetivo general Promover la participación social en salud de las Organizaciones Territoriales de Base del municipio de Cobija a través de la Información, educación y capacitación, de esta manera lograr la participación de activa de los presidentes de Otbs. y reducir las enfermedades prevenibles en el Municipio de Cobija.

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen Ejecutivo

Pág.

Introducción

CAPITULO I

Consideraciones generales

4

1.1 Antecedentes

4

1.2 Justificación

5

1.3 Identificación del problema

6

1.4 Planteamiento del problema

7

1.5 Objetivos

7

1.5.1 Objetivo general

7

1.5.2 Objetivo específico

7

1.6 Metodología

8

1.6.1 Estrategia Metodológica

8

1.6.1.1 Primera fase – Diagnostico

8

1.6.1.1.1 Objetivo

8

1.6.1.1.2 Actividades

8

1.6.1.1.3 Técnicas

9

1.6.1.1.4 Resultados

9

1.6.1.2 Segunda fase – Elaboración de la Propuesta

9

1.6.1.2.1 Objetivo

9

1.6.1.2.2 Actividades

10

1.6.1.2.3 Técnicas

10

1.6.1.2.4 Resultados

10

1.6.1.3 Segunda fase – Validación de la Propuesta

10

1.6.1.3.1 Objetivo

10

1.6.1.3.2 Actividades

10

1.6.1.3.3 Técnicas

11

1.6.1.4.4 Resultados	11
----------------------	----

CAPITULO II

Marco Teórico Conceptual	12
2.1 Estrategia Participativa	12
2.2 La Participación social	17
2.3 Prevención	18
2.4 Promoción de la Salud	18
2.5 La Capacitación	19
2.6 La Educación	19
2.7 La Comunidad	20
2.8 Organización Social	20
2.9 Organización Territoriales de Base	20
2.10 Salud Familiar	20
2.11 El trabajador Social en el desarrollo comunitario	20
2.11.1 Objeto del Trabajador Social	20
2.11.2 Problema social	21
2.11.3 Objetivo Profesional	21
2.11.4 Perfil Profesional	21
2.11.5 Funciones del trabajador social	22
2.11.5.1 Investigación Social	22
2.11.5.2 Gestión Social	22
2.11.5.3 Educación Social	22
2.11.5.4 Promoción social	23
2.11.5.5 Organización Social	23
2.11.6 Áreas de intervención del Trabajador Social	24
2.11.6.1 Desde las funciones	24
2.11.6.2 Desde las dimensiones	24
2.11.6.3 Desde los sujetos	24
2.11.6.4 Desde los niveles.	24
2.11.7 Competencia del Trabajador Social	25

CAPITULO III

Actividades ejecutadas	26
3.1 Periodo en la cual se tuvo la experiencia	26
3.2 Personas que participaron	26
3.3 Actividades realizadas	29
3.4 Resultado del diagnostico	31
3.5 Resultados de las encuestas	32
3.6 Resultados de elaboración de la propuesta	32
3.7 Resultados del taller de presentación y validación de la propuesta	33
3.8 Lecciones aprendidas	33
3.9 Dificultades	34

CAPITULO IV

Diagnostico Social	35
4.1 Ubicación geográfica	35
4.2 Topografía	36
4.3 Clima	37
4.3.1 Temperaturas máximas y mínimas	37
4.3.2 Precipitaciones pluviales y periodos	37
4.4 Riesgos climáticos	38
4.5 Aire	39
4.6 Antecedentes históricos	39
4.7 Equipamiento, infraestructura y saneamiento básico	41
4.7.1 Empleo	41
4.7.2 Vivienda	41
4.7.3 Acceso al agua segura y saneamiento básico	42
4.7.4 Formas de organización	43
4.7.5 Análisis conductual	44

CAPITULO V

Propuesta	55
5.1 Denominación del proyecto	55
5.2 Naturaleza del Proyecto	55
5.2.1 Descripción del proyecto	55
5.2.2 Justificación	56
5.2.3 Marco Institucional	56
5.2.4 Modelo de Gestión	57
5.2.5 Gestión en el Servicio Departamental de Salud	60
5.2.6 Gestión en Gerencias de red	60
5.2.7 Gestión en Directorios Locales de Salud	61
5.2.8 Gestión en establecimientos	61
5.2.9 Gestión de Medicamentos	61
5.2.10 Gestión del Seguro Universal de Salud	62
5.2.11 Compromisos de gestión y producción de servicios	63
5.3 Modelo de Atención	63
5.3.1 Primer nivel de atención	63
5.3.2 Segundo nivel de atención	63
5.3.3 Tercer nivel de atención	64
5.4 Análisis Situacional del SEDES	65
5.5 Finalidad del proyecto	65
5.6 Objetivos	65
5.6.1 Objetivo General	65
5.6.2 Objetivos específicos	65
5.7 Meta	66
5.8 Beneficiarios	66
5.8.1 Beneficiarios directos	66
5.8.2 Beneficiarios indirectos	66
5.9 Resultados	66
5.10 Localización física	66

5.11 Cobertura espacial	66
5.12 Plan de actividades	67
5.13 Métodos y Técnicas	68
5.13.1 Primera etapa sensibilización	68
5.13.2 segunda etapa capacitación	69
5.13.3 Tercera etapa evaluación	69
5.14 Presupuesto	70
5.15 Cronograma de actividades.	71

CAPITULO VII

Conclusiones y Recomendaciones	72
7.1 Conclusiones	72
7.2 Recomendaciones	74
Bibliografía	
Anexos	

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1

Presidentes de Barrios de Distrito uno Municipio de Cobija. 26

CUADRO N° 2

Presidentes de Barrios del Distrito dos Municipio de Cobija 27

CUADRO N° 3

Presidentes de Barrios de Distrito Tres Municipio de Cobija. 27

CUADRO N° 4

Presidentes de Barrios de Distrito Cuatro Municipio de Cobija. 28

CUADRO N° 5

Presidentes de Barrios sin Distrito Municipio de Cobija. 28

CUADRO N° 6

Presidentes de Barrios de Comunidades Rurales uno Municipio de Cobija. 29

CUADRO N° 7

Actividades ejecutadas. 30

CUADRO N° 8

Mapa de la ciudad de Cobija dividida por barrios 35

CUADRO N° 9

Edad promedio de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija. 44

CUADRO N° 10

Estado civil de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija. 45

CUADRO N° 11

Sexo de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija. 45

CUADRO N° 12

Grado de instrucción de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija. 46

CUADRO N° 13

Cantidad de veces que acude los presidentes de Otbs. al hospital a pedir información. 46

CUADRO N° 14

Percepción de los presidentes de Barrios de cómo lo atendieron en el establecimiento de salud donde solicito información. 47

CUADRO N° 15

Percepción de los presidentes de barrios de cómo son tomadas en cuenta sus opiniones por el establecimiento de salud. 47

CUADRO N° 16

Conocimiento de los presidentes de Otbs. sobre la Ley de Participación Popular. 48

CUADRO N° 17

Conocimiento de los presidentes de Otbs. de los diferentes programas de salud. 48

CUADRO N° 18

Conocimiento de los presidentes de Otbs. de las políticas sociales del sector salud. 49

CUADRO N° 19

Convocatoria a los presidentes de Otbs. a las diferentes actividades del SEDES Pando. 50

CUADRO N° 20

Participación de los presidentes de Otbs. en las actividades de SEDES pando. 50

CUADRO N° 21

Participación de los presidentes de barrios en la toma de decisiones en el sector salud. 51

CUADRO N° 22

Conocimiento de los presidentes de barrios en relación a los problemas de salud. 51

CUADRO N° 23

Propuesta de los presidentes de Otbs. para la solución de problemas de salud a las autoridades de salud. 52

CUADRO N° 24

Sugerencia de los presidentes de Otbs. para mejorar la atención en salud. 52

CUADRO N° 25

Sugerencia de los presidentes de Otbs. para mejorar la participación social en salud 52

CUADRO N° 26

Percepción de los presidentes de barrios a mejorar la salud en el municipio de cobija participando en la planificación, ejecución y evaluación de las diferentes actividades de SEDES Pando. 53

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1

Mapa del Departamento Pando

ANEXO 2

Croquis de la Ciudad de Cobija

ANEXO 3

Fotografía SEDES Pando gestión 2009

ANEXO 4

Fotografía primer taller

ANEXO 5

Formulario para el llenado de la encuesta

ANEXO 6

Fotografías de la aplicación de las encuestas a los presidentes de Otbs.

ANEXO 7

Edad promedio de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija.

ANEXO 8

Estado civil de los presidentes de Otbs. Municipio de Cobija.

ANEXO 9

Cantidad de veces que acude los presidentes de Otbs. al hospital a pedir información.

ANEXO 10

Percepción de los presidentes de Barrios de cómo lo atendieron en el establecimiento de salud donde solicito información.

ANEXO 11

Percepción de los presidentes de barrios de cómo son tomadas en cuenta sus opiniones por el establecimiento de salud.

ANEXO 12

Conocimiento de los presidentes de Otbs. Sobre la Ley de Participación Popular.

ANEXO 13

Conocimiento de los presidentes de Otbs. de los diferentes programas de salud.

ANEXO 14

Conocimiento de los presidentes de Otbs. de las políticas sociales del sector salud.

ANEXO 15

Convocatoria a los presidentes de Otbs. a las diferentes actividades del SEDES Pando.

ANEXO 16

Participación de los presidentes de Otbs. en las actividades de SEDES pando.

ANEXO 17

Participación de los presidentes de barrios en la toma de decisiones en el sector salud.

ANEXO 18

Conocimiento de los presidentes de barrios en relación a los problemas de salud.

ANEXO 19

Propuesta de los presidentes de Otbs. para la solución de problemas de salud a las autoridades de salud.

ANEXO 20

Sugerencia de los presidentes de Otbs. para mejorar la atención en salud.

ANEXO 21

Sugerencia de los presidentes de Otbs. para mejorar la participación social en salud

ANEXO 22

Percepción de los presidentes de barrios a mejorar la salud en el municipio de Cobija participando en la planificación, ejecución y evaluación de las diferentes actividades de SEDES Pando.

ANEXO 23

Fotografías del taller dos de validación de la propuesta

Introducción.-

El presente informe de la modalidad de graduación de trabajo dirigido constituye un trabajo realizado de acuerdo a la necesidad institucional ya que en la actualidad el Servicio Departamental de Salud esta implementando el nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), a raíz de que la sociedad está constituida por grupos de personas que actúan recíprocamente, tienen actividades que se centran alrededor de una serie de objetivos comunes y comparten creencias, actitudes y conductas colectivas.

Para lograr la participación activa de todas las Organizaciones Territoriales de Base, será a través de la Promoción social de los programas de salud, promoviendo la participación de las Organizaciones Territoriales de Base en lo respecta al cuidado de su Salud y la participación activa en las diferentes acciones del Sector Salud; sin embargo, hay aspectos generales que deben tomarse en cuenta para promoverla.

Reconocer el valor que tiene la participación social en la solución de las demandas más sentidas de la comunidad.

Concertar con las organizaciones (Otbs.) existentes, su participación en la solución de la problemática, respetando los principios que las conforman.

Cumplir con los compromisos contraídos para no defraudar la confianza de las organizaciones. "La confianza es lo más difícil de obtener pero lo más fácil de perder".

Toda la información y estrategia que se utilizara para fortalecer la participación de las organizaciones territoriales de Base del municipio de Cobija, en las acciones que realiza el sector salud esta plasmado en este informe de las actividades realizadas durante la ejecución del trabajo dirigido.

Lo que se quiere es hacer conocer mediante la elaboración de este trabajo investigativo, los siguientes puntos que se encuentran en cinco capítulos debidamente apropiados tanto en la parte teórica como en la práctica como también los anexos.

CAPITULO 1.-

Se refiere a los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos que se persiguen, como así mismo los objetivos específicos y contiene la metodología en lo que se refiere al diseño metodológico, las técnicas, los recursos y la logística que se utilizó en el trabajo de campo.

CAPITULO 2.-

Contiene los aspectos generales, conceptos básicos, basándonos en algunas teorías respaldadas por autores de algunos libros, de los cuales se mencionará posteriormente, así también de cuáles son las funciones que cumple el trabajador social en el desarrollo comunitario.

CAPITULO 3.-

Describe las actividades ejecutadas, sus principales resultados y quienes participaron, las dificultades y lecciones aprendidas durante el desarrollo de las actividades del trabajo dirigido.

CAPITULO 4.-

Contiene la ubicación geográfica de la institución donde se desarrolló el trabajo dirigido como también de la ciudad de Cobija donde se desarrolló las actividades.

CAPITULO 5.-

Detalla la propuesta de intervención para motivar o incentivar la participación social de las organizaciones territoriales de base de los barrios.

CAPITULO 6.-

En este capítulo se da a conocer las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a la experiencia vivida durante el desarrollo de las actividades.

ANEXOS.-

Contiene los instrumentos utilizados, fotografías de las actividades ejecutadas, resultados de los instrumentos aplicados, planillas de descargos y mapas diseñados para el trabajo de campo.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Antecedentes

El Departamento de Pando, esta situado al norte de nuestro país, con una extensión territorial de 63.872 km², cuenta con una población de 78.429 habitantes, cuenta con 5 provincias y 15 municipios, de los cuales solamente Cobija se considera urbano, la capital de este departamento es Cobija, se cuenta con una población de 22.827 habitantes, el 52% de la población del departamento de Pando. Los 14 municipios del área rural tienen una población de 29.698 habitantes ocupando el 57% de la población total del departamento.¹

Los municipios con población por encima de los 4.000 habitantes son: Puerto Rico, Porvenir y San Lorenzo, luego esta Santa Rosa, El Sena y Gonzalo Moreno.

La salud de los habitantes esta al cuidado del Servicio Departamental de Salud que fue creada por decreto supremo 25233 del 27 de Noviembre de 1998 abrogando el anterior decreto 24303², de acuerdo a la Red de servicios de Salud el departamento Pando solamente cuenta con un Hospital de II Nivel (Hospital Roberto Galindo), siendo el resto de los establecimientos de salud de I Nivel de atención (Centros de Salud y Puestos de Salud)³.

Además la Gerencia de Redes consta de tres redes y son las siguientes: En el Municipio de Cobija se encuentra la Red I, En Puerto Rico la Gerencia de la Red II, y Gonzalo Moreno constituye la Gerencia de la Red III, cada Red tiene una cobertura de cinco municipios.

En la ciudad de Cobija no se tiene datos precisos acerca de las conductas en relación al problema de conocimientos y actitudes preventivas sobre enfermedades,

¹ SNIS SEDES PANDO

² La gazerta oficial

³ SNIS SEDES PANDO

ya que no se realizó un “Plan de promoción y Comunicación” sobre el mismo, debido a que la mayoría de las acciones ejecutadas por la Unidad de Promoción y Comunicación Social y el Servicio departamental de salud son realizadas de acuerdo al resultado de encuestas por cada programa de salud por lo tanto este dato es limitado.

1.2 Justificación

Los procesos de reforma y de implementación de diferentes programas y proyectos de salud se vienen desarrollando hace más de 10 años de manera casi continua, pero nunca tienen un resultado satisfactorio ya que la sociedad civil organizada llámense organizaciones sociales no son tomados en cuenta en la toma de decisiones del sector salud, el mismo que incide en la desinformación de la sociedad en su conjunto, dando como resultados altos índice de mortalidad y morbilidad en general⁴.

De acuerdo a la información que se tiene del servicio Departamental de Salud, nos permite conocer que la participación de las organizaciones sociales alcanza solamente un 5% limitando su participación en las reuniones de DILOS (Directorio Local de Salud, instancia máxima en la toma de decisiones en temas de salud en cada municipio), la falta de participación de estas organizaciones sociales a través de sus representantes en los DILOS son causantes determinantes de las altas tasas de morbilidad y mortalidad de la población en el municipio.

Una vez realizado el análisis de toda la información recopilada del SEDES existe la necesidad de plantear una propuesta que puede ser una posible solución para que las Organizaciones Territoriales de Base participen de forma voluntaria en las diferentes actividades de Salud por el bienestar de todos los vecinos de los diferentes barrios del Municipio de Cobija.

⁴ Redes Sociales Ministerio de Salud y Deportes Pág. 5 introducción

1.3 Identificación del problema

De acuerdo al diagnóstico institucional del Comité de Análisis de la Información (CAI) del año 2008, realizado cada seis meses por el Servicio Departamental de Salud en Cobija, el análisis FODA y el Plan Estratégico del SEDES PANDO, vierten como resultado en relación a la participación social en asuntos de salud una **deficiente o nula participación de las organizaciones sociales** involucradas como actores principales de acuerdo al nuevo modelo de salud del Ministerio de Salud y Deportes y las políticas asumidas por el Servicio Departamental de Salud, razón por la cual como efecto total negativo de esta deficiente participación, contribuye en altas tasas de morbilidad y mortalidad general en el Municipio de Cobija⁵.

Con la participación social se establece una relación más estrecha entre los vecinos y las autoridades municipales para que la solución de las demandas y necesidades sean acordes a la realidad social, logrando así, un gran ahorro en recursos financieros, humanos y materiales.

Con su colaboración, la comunidad se hace responsable de su propio desarrollo y se origina una nueva actitud ante las autoridades, al no esperar a que éstas atiendan sus problemas, sino que la población mediante su participación colectiva procure resolver aquéllos que están dentro de sus posibilidades, tratando en todo caso de asegurar el bienestar general.

La participación social y comunitaria debe ser considerada dentro de las políticas públicas de gobierno como la forma más viable para responder a las necesidades, por lo que las autoridades municipales deben de tomar en cuenta, que compartir el poder con los ciudadanos no es perderlo sino ganar en gobernabilidad, lo que garantiza el desarrollo integral del municipio, siendo que la participación ciudadana genera consensos, elabora propuestas y contribuye en la toma de decisiones para alcanzar el bienestar social.

⁵ SNIS

1.4 Planteamiento del problema

Después de haber realizado una serie de apreciaciones surgen las siguientes preguntas:

¿Será que la falta de información o capacitación de los presidentes de las organizaciones territoriales de base del Municipio de Cobija no permiten su participación social en las diferentes actividades y acciones del sector Salud?

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Fortalecer la participación activa en salud de los presidentes de las Organizaciones Territoriales de base del municipio de Cobija a través de una propuesta de promoción y movilización social.

1.5.2 Objetivos específicos.

- Elaborar un diagnóstico interno del SEDES y la participación en salud de los presidentes de las Organizaciones Territoriales de Base del Municipio de Cobija.
- Elaboración de una propuesta que pueda ser utilizada por el SEDES para reactivar e impulsar la participación de las Organizaciones Sociales de Base en las políticas de Salud, por medio de sus representante
- Validar la propuesta con los representantes de SEDES y de los Presidentes de barrios.

1.6 Metodología

El presente trabajo se enmarca en una investigación *cualitativa* y *cuantitativa*.

La **investigación cualitativa** analiza los fenómenos de las variables en base a las acciones, actividades, motivaciones, valores, y significados subjetivos.

La **investigación cuantitativa** se dedica a recoger, procesar y analizar datos numéricos sobre variables previamente determinadas; y estudia la asociación o relación entre las variables que han sido cuantificadas.⁶

1.6.1 Estrategia metodológica

El trabajo metodológico realizado esta dividido en tres fases, que se detallan de la siguiente manera:

1.6.1.1 Primera fase - Diagnostico

1.6.1.1.1 Objetivo

Identificar los factores que influyen en la insuficiente participación de los presidentes de barrios en las actividades de salud en el Municipio de Cobija a través de un diagnostico.

1.6.1.1.2 Actividades

- Reunión con el Comité de Vigilancia del Municipio de Cobija.
- Elaboración del instrumento de campo (cuestionario de Encuestas)
- Levantamiento de la información (aplicación de las encuesta)
- Procesamiento de la información.
- Elaboración del diagnostico
- Taller de presentación del diagnostico

⁶ HERNANDEZ, Sampieri, 2003, Metodología de la Investigación Pág. 5

1.6.1.1.3 Técnicas

- Dinámica de presentación de los participantes
- Discusión grupal
- Revisión bibliográfica
- Visitas domiciliaria
- Entrevistas
- Encuestas
- Exposición con data show
- Trabajo en gabinete

1.6.1.1.4 Resultados

- Los presidentes de barrios conocen las actividades a desarrollarse para elaborar el diagnostico.
- Instrumentos para la aplicación de las encuestas elaborado.
- Cuestionario de encuestas aplicada.
- Información de la encuesta procesada e interpretada.
- Diagnostico elaborado.
- Presidentes de barrios conocen los resultados del diagnostico.

1.6.1.2 Segunda fase - Elaboración de la propuesta

1.6.1.2.1 Objetivo

Elaborar una propuesta estratégica que pueda incentivar la participación social en salud de las organizaciones territoriales de base del municipio de cobija a través de sus representantes.

1.6.1.2.2 Actividades

- Trabajo de gabinete
- Recopilación de información institucional
- Procesamiento de la información.

1.6.1.2.3 Técnicas

- Trabajo en gabinete
- Revisión bibliográfica
- Entrevistas
- Internet

1.6.1.2.4 Resultados

- Propuesta estratégica elaborada

1.6.1.3 Tercera fase - validación de la propuesta

1.6.1.3.1 Objetivo

Validar el documento por los jefes de unidades y programas del SEDES y el comité de vigilancia del Municipio de Cobija.

1.6.1.3.2 Actividades

- Elaboración de invitaciones
- Taller de presentación y validación de la propuesta estratégica.

1.6.1.3.3 Técnicas

- Diseño gráfico e impresión
- Dinámica de presentación de los participantes
- Trabajo grupal lluvias de ideas
- Exposición con data show
- Plenarias con papelografos

1.6.1.3.4 Resultados

- Documento elaborado impreso presentado y validado

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Estrategia participativa

Como un medio de control de las masas, en términos generales a nivel mundial e históricamente, cuando se habla sobre el proceso de Participación Social en Salud, se deben revisar las diferentes interpretaciones que se le han dado al término Participación de la Población o Participación Popular y/ o participación comunitaria en el desarrollo de las sociedades.

Como afirma Turabián "El concepto de participación popular es antiguo y encuentra expresión en las tradiciones culturales de las antiguas sociedades y en los escritos de los filósofos, pero la noción contemporánea tiene un origen comparativamente reciente"⁷

Un enfoque de la participación popular fue el colaborativo, en el que grupos poblacionales en situación de pobreza (urbano marginados, campesinos, mujeres, adolescentes, etc.), colaboraban en actividades planificadas por las instituciones formales con el objeto de lograr algunas "mejoras" en sus condiciones de vida.⁸

La participación social de la población, se ha canalizado a través de formas de organización cuyas estructuras reflejan la manera cómo se ha concebido la misma. En este sentido, se puede mencionar que ya para la década de los años 50 se comenzó a desarrollar la idea de la participación comunitaria en el "progreso social".

"En los inicios de la década de los años 60, se calcula que unos sesenta países contaban con programas de desarrollo comunitario y después de 5 años la mayoría de estos habían comenzado a desaparecer por la excesiva lentitud en materializar

⁷ Turibbain 1991

⁸ Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAP)1991.

resultados y por la resistencia encontrada frente al desarrollo de los programas por parte de las propias comunidades.

La participación en estos casos no consistió más que en la colaboración en tareas, como una forma de extender servicios a bajo costo”.⁹

Cuando se analiza este proceso en el área de la salud, se puede decir que su aparición es reciente. A nivel mundial fueron muchos los intentos por organizar movimientos o grupos que desarrollaran el proceso participativo en las acciones de salud.

Entre estos, se pueden mencionar: los «Consejos Sociales» en la Unión Soviética, cuya tarea era desarrollar los principios de la sanidad pública e incorporar a las masas en la solución de los problemas de salud; las «Grandes Campañas Patrióticas Sanitarias» de la República Popular China, que se desarrollaron para atacar algunos problemas de salud pública de la época, entre los que se encontraban las cuatro plagas, parasitosis principalmente y la esquistosomiasis; los «Comités Coordinados Mixtos», en Indonesia, los cuales consistían en agrupaciones de representantes de varios sectores de la población¹⁰.

En América Latina, la concepción de la participación se ha expresado en términos e ideas con significados amplios, variados e imprecisos cuyas interpretaciones responden a intereses particulares de grupos o individuos, lo que ha producido una gran brecha entre la teoría (conceptualización) y la forma como se desarrolla la participación en la práctica.

Los primeros intentos por incorporar a las comunidades en programas de salud datan de mediados de los años sesenta. Esos esfuerzos consistieron en proyectos pilotos o experimentales dirigidos por las iglesias, las universidades y las agencias de

⁹ Fadda Cori, G. 1990 “La Participación como encuentro”.

¹⁰ Geiringer, Alberto 1989 “Lecciones y Desafíos” Editorial Chile.

gobierno, que en la mayoría de los casos tuvieron financiamiento internacional, con la excepción de Cuba, donde la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria ¹¹ de ahí que es uno de los países con las tasas de morbilidad en general mas bajas a nivel mundial.

En Bolivia, las características adoptadas del modelo económico neoliberal, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de las mayorías, incrementando la desigualdad y la exclusión social.

La depresión económica, el incremento del desempleo, la flexibilización laboral y el mal uso de políticas sociales ocasionaron la manifestación de perfiles epidemiológicos, diferenciados por enfermedades de la pobreza y elevados indicadores de morbi-mortalidad materno–infantil principalmente.

Siendo Bolivia un país multiétnico y pluricultural, hasta ahora el Sistema Nacional de Salud nunca asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, ejerciendo represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales-ancestrales, por lo que los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes.¹²

En un nuevo perfil de **gestión pública en Bolivia**, que trata de reorientar la actuación para la integración de todos los actores sociales en el ámbito local, regional y nacional, en función de objetivos comunes de producción de la salud, la negociación permite llegar con mayor facilidad a acuerdos duraderos y respetados en el tiempo por las partes involucradas en el proceso.

Entre los factores que facilitan la coordinación de las acciones del sector salud, se encuentra el poder de convocatoria reconocido en algunas instancias y actores del nivel local, regional, o nacional

¹¹ Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud “La participación Social en el Diagnostico de Salud” 1994.

¹² O.P.S. “La Participación Social” 1990.

Esta manera de concebir **la Participación en Salud** explica la manera particular como se desenvuelven los llamados "sectores de la sociedad" en el sector salud. Cada sector "en particular" tiende a impulsar formas distintas de participación social ignorando los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos que la determinan, reduciendo de esta manera sus actividades participativas al simple hecho de obtener éxito en sus programas sectoriales.¹³

Alternativamente a la concepción anterior, surge lo que se ha dado en denominar "Participación Comunitaria", a la que se define como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (entendida ésta como un grupo humano que convive en un determinado espacio físico, que tiene intereses comunes y sentimientos de solidaridad e identidad), individual y/o colectivamente, desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades y problemas de salud, para planificar y decidir respecto a las soluciones, para crear y mantener organizaciones que apoyen estas metas, objetivos y programas de manera progresiva.

Si asumimos que en el nivel político de toma de decisiones se comparte esta definición, en el sector salud se debería incorporar a la población en la toma de decisiones y el control de los programas de salud, lo que no ocurre, pues los niveles operativos se han mostrado renuentes a promoverla y han dado poca importancia a la creación de mecanismos efectivos para la participación.¹⁴

Las diversas maneras de concebir la Participación Social en salud, descritas anteriormente, permiten afirmar que la participación social no depende únicamente del desarrollo de una estrategia comunitaria para resolver aisladamente uno de los problemas sociales, "la salud"; si no que existen Determinantes Sociales que requieren ser considerados y que permiten analizar la participación y la salud de la población en el contexto social.

¹³ Pérez S. y Vera 1988 "Participación Comunitaria."

¹⁴ Pérez S. y Vera 1988 "Participación Comunitaria."

En este sentido, Vila (1982), plantea que "**La participación popular** constituye una necesidad del desarrollo social, que se condiciona por la estructura económica de la sociedad y modifica la esencia misma del hombre, en la medida en que adoptan las relaciones sociales en su desarrollo histórico".¹⁵

Así, el Ministerio de Salud y Deportes considera actualmente, que las mejoras en la salud resultarán de las mejoras en múltiples aspectos, que son incorporados en la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (**SAFCI**), al ser la nueva forma de hacer salud que involucra a la persona, familia y comunidad en la gestión compartida de la salud y en la atención, donde se articulan las medicinas tradicionales-ancestrales, en los puestos, centros de salud y en la comunidad.

La **SAFCI** no debe ser concebida como una estructura rígida o totalmente acabada, ya que es flexible para responder a los cambios que se produzcan en la salud, en el municipio de Cobija, la participación social en salud es limitada ya que las organizaciones sociales poco le interesa participar de las actividades de salud, ya que no asume que la salud es un derecho irrenunciable.¹⁶

Por lo tanto la participación comunitaria y/o organizaciones sociales se han usado indistintamente. Es así, de que en un contexto particular, la "**Participación Comunitaria**" en salud se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

2.2. La "Participación Social" es, sin embargo, un concepto más amplio, que hace referencia a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad local), las organizaciones, las instituciones, los sectores es decir, todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de problemas de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

¹⁵ OPS. "La Participación Social" 1990.

¹⁶ Modelo SAFCI 2008 Pág. 05

En otras palabras, al promover la participación social, se debe perseguir como fin el establecimiento de formas de relación social, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitándolos para tomar parte e impulsar procesos que logren alcanzar el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos. Estas "formas de relacionamiento social" a ser alcanzadas, son procesos, consecuencia de otros procesos, que van estableciendo y haciendo viable esta nueva dinámica de relaciones.

Los procesos de participación social se dan por momentos y no por etapas, siendo por tanto procesos circulares, que requieren irse consolidando y difundiendo en la medida en que son incorporados, a partir de experiencias dispersas, que al recuperarse sistemáticamente, permiten la generación de un conocimiento útil y de prácticas que van adquiriendo la necesaria madurez y consolidación como para transformar la Estructura Social.

La transformación social y cultural implica la concurrencia de actores sociales, relacionados en espacios de convergencia y habilitados para el desarrollo de procesos que conduzcan a la resolución de conflictos.

Para poder realizar un seguimiento a las actividades de grupos sociales o la participación comunitaria en determinadas regiones, es necesario realizar investigaciones , para poder mejorar las estrategias de su funcionamiento en relación a actividades de salud,¹⁷ de ahí que, la investigación acción participativa involucra a la comunidad durante un trabajo de investigación propiamente dicha, en la misma , donde el investigador aplica la metodología teórico practico, incorporando valores del grupo a estudiar, es decir, la investigación las hace el grupo y no solo el investigador, sin embargo, indicar que el protagonista del investigación no es el investigador sino el grupo a investigar, por consiguiente, esta investigación IAP,

¹⁷ Desarrollo Comunitario Ministerio de Salud y Deporte.

requiere de un proceso desde una organización, capacitación, educación y una praxis con una actitud colectiva frente al problema que es salud.¹⁸

Por lo Tanto, para comprender mejor la salud es necesario identificar su conceptualización y de acuerdo en la constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.¹⁹

Hoy en día el concepto de la salud ha pasado de una visión pragmática del pasado a una de carácter proactivo y positivo, este concepto tiene carácter dinámico "la salud es el logro del mas alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (Solleras).²⁰

2.3 Prevención

" Lofquist 1983) la define como un proceso activo y asertivo de crear condiciones y o atributos personales que promueven el bienestar de las personas"²¹

2.4 .Promoción de la salud

La **promoción de la salud** en 1986 según la Carta de Ottawa "**consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma**"²². En 1990 para la Organización Mundial de la

¹⁸ Estrategias para el Desarrollo Comunitario IAP. Foro nacional de pueblos indígenas de Bolivia.

¹⁹ OMS. 1992 "salud y Desarrollo".

²⁰ Solleras Pág. 33

²¹ **Miguel López y Fernando Chacon: Intervencion Psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo. Prevención en intervención social, ciudad de la Habana, 2000.**

²² Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson, 2001.

Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

“La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos actúen más alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida”²³.

2.5 La capacitación

Es el desarrollo personal, es toda actividad realizada en una organización, que responde a sus necesidades que busca mejorar sus conocimientos, habilidades, conductas y actitudes de los integrantes de la organización.²⁴

2.6 La Educación

Es un proceso permanente de enseñanza aprendizaje por el cual el individuo adquiere conocimiento y desarrolla hábitos que le permiten modificar las pautas de conductas, individual y colectiva de acuerdo con el medio ambiente.²⁵

2.7 Comunidad

“Una Comunidad es un grupo o conjunto de individuos, seres humanos, o de animales que comparten elementos en común, tales como un idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica” (un barrio por ejemplo), estatus social, roles²⁶.

²³ Restrepo HE, Málaga H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable.** Bogotá: panamericana, 2001.

²⁴ FRIGO Edgardo “La Capacitación”

²⁵ Mario Vargas Llosa “Como nos Educamos”

²⁶ **Es. [Wikipedia.org / wiki/ Comunidad.](https://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad)**

2.8 Organización Social

“Esta expresión denota la idea de la sociedad en cuanto a la articulación en una totalidad de las distintas partes, con funciones diferenciadas y división de trabajo, cuya configuración permite alcanzar los fines específicos de la vida en sociedad, habida cuenta de que la mayor parte de la satisfacción de las necesidades humanas no se logra por la acción individual directa”²⁷.

2.9 Organización territorial de base.

Es la representación real de sujetos organizados colectivamente de un determinado territorio que tienen células de representación social del ámbito territorial comunal donde viven y son elegidos democráticamente y reconocidos por el estado mediante la otorgación de personerías jurídicas respetando sus usos y costumbres.²⁸

2.10 Salud Familiar

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis.

2.11 El Trabajador Social en el Desarrollo Comunitario

2.11.1 Objeto del trabajo social

Se define como objeto de Trabajo Social, en el escenario de la realidad social, al Problema Social, que es entendido como toda situación que plantea obstáculos, impedimentos al desenvolvimiento social de las personas, grupos sociales, comunidades, en el proceso de acceder a su bienestar social y de creación de las condiciones de realización personal, grupal y social.

²⁷ Ezequiel Ander Egg Diccionario de Trabajo Social pág. 213

²⁸ Unión Europea 2003 Ley del SUMI Pág. 44

2.11.2 Problema social

Las necesidades sociales insatisfechas constituyen una de las bases para su emergencia y agudización con diversas y complejas manifestaciones psicosociales, socioeconómicas, surge y se manifiesta por relaciones multicausales y de ahí su multidimensionalidad.

2.11.3 Objetivo profesional

Conocer, explicar científicamente y contribuir a la prevención y resolución de los problemas sociales que enfrentan los diferentes sectores de la población boliviana, en procura de la realización de sus necesidades para la consecución del Bienestar Social, orientando la acción profesional hacia aquellos sectores poblacionales que debido a las condiciones estructurales y coyunturales, confrontan con mayor agudeza los problemas sociales

2.11.4 Perfil profesional

Normalmente el perfil profesional es comprendido y asumido como un conjunto de competencias y actividades que un profesional debe cumplir en el marco del código de ética, se construye sobre la base del encargo social fundamental, el mismo que es complementado por la dinámica del mercado de trabajo profesional que se configuran a partir de demanda institucional y social, como parte del conjunto disciplinario y no es estático, porque en tanto la disciplina se encuentra en constante apertura al enriquecimiento de su estatuto teórico, Metodológico y Técnico tiene una dimensión socio histórica, como histórico científica

2.11.5 Funciones del trabajador social

- Investigación social
- Gestión social
- Educación Social
- Promoción social
- Organización social

- Asistencia social

2.11.5.1 Investigación social

Es la función que permite el conocer, pero el conocer posible de lo diverso, y el conocer posible de lo trascendente por ello puede tener fines teóricos metodológicos, políticos y prácticos se asume como proceso en construcción es parte intrínseca a todo el quehacer del Trabajador Social.

2.11.5.2 Gestión Social

Es comprendida, bajo la concepción predominantemente de la Administración, como una función que involucra todo el proceso administrativo: planificación, organización, dirección y control, vista desde esta perspectiva requiere de una dimensión política al incidir en sistemas de poder y de decisión e involucrar en diferentes niveles la participación en la gestión social del desarrollo.

2.11.5.3 Educación social

Es una función que implica procesos múltiples que se refieren al acceso, socialización y apropiación del conocimiento desarrollado en determinados ámbitos, por parte de los sujetos sociales supone procesos y funciones diversas entre las que se pueden destacar:

- La información con fines de sensibilización
- El análisis del conocimiento de la realidad con fines de problematización
- La transferencia de conocimiento
- El desarrollo de capacidades cognitivas y técnicas
- Los procesos de apropiación y recreación del conocimiento
- El manejo del conocimiento transformador
- La integración del saber y el poder
- El fortalecimiento de la capacidad de sujetos sociales
- El desarrollo de las capacidades de opción, decisión y transformación social.

2.11.5.4 Promoción social

La promoción social es el proceso mediante el cual se intenta movilizar y tensionar las fuerzas sociales existentes en función de intereses y fines sociales específicos de beneficio para un conjunto social determinado a fin de lograr su participación en procesos sociales concretos, es un vehículo movilizador de fundamental importancia y requiere no sólo de conocimientos teóricos y técnicos específicos, sino de métodos y procedimientos técnicos especializados que permitan el acceso a los fines sociales.

La promoción social contribuye directamente a crear conciencia pública y capacidad de construcción y legitimación de un problema público, tanto proceso y función la finalidad última es la participación social y popular para encarar el problema social en cuestión como los procesos de desarrollo social.

2.11.5.5 Organización social

Constituye el conjunto de procedimientos que permite nuclear y potenciar las acciones colectivas en función de intereses y fines sociales colectivos.

Contempla distintas modalidades de fortalecimiento organizacional de núcleos de base, la organización permite la estructuración de la trama de relaciones internas para la consecución de determinados fines sociales colectivos, el potenciamiento de la responsabilidad social compartida apoya en la estructuración y consolidación de un cuerpo social sistematizado que garantice una participación social.

Supone el desarrollo de niveles de cohesión social que permita el despliegue de la participación con compromiso y sentido de pertenencia, es decir con un sentido de construcción colectiva.²⁹

²⁹ Zeballos T. Yolanda “Funciones del Trabajador Social” presentación en Power Point Septiembre de 2009

2.11.6 Áreas de intervención del trabajador social

2.10.6.1 Las áreas de intervención de Trabajo Social se identifican a partir de:

- Las funciones en el Ámbito Público y Privado
- Las dimensiones en la Dimensión Sectorial y Metodológica.
- Los sujetos sociales.
- Los niveles de la intervención

2.11.6.2 Desde las funciones

- Ámbito Público: Instituciones dependientes del Estado como la CNS, los Ministerios, SEDEGES, Servicio Nal. de Caminos. Poder Judicial, YPFB
- Ámbito Privado: Parroquias, Centros de Salud, Unidades Educativas, Instituciones de Micro crédito, Banca
- ONG

2.11.6.3 Desde Las dimensiones

- Dimensión Sectorial: formulación, incidencia y operacionalización de políticas sociales de salud, vivienda, educación, saneamiento básico, y de desarrollo social en general.
- Dimensión Metodológica: Trabajo Social Individualizado y familiar; de Grupo y Trabajo Social Comunitario

2.11.6.4 Desde los sujetos

- Se trabaja con Personas, Familias, Comunidades, Organizaciones, Municipios e Instituciones, abordando problemas de diferente índole y magnitud

2.11.6.5 Desde los niveles

- Macro: Operativización de Políticas sociales Sectoriales
- Micro: Individuo, Grupos

2.11.7 Competencia del trabajador social en salud

- Diseñar, incidir y operacionalizar e implementar políticas sociales
- Planificar, organizar, ejecutar, dirigir y evaluar proyectos sociales vinculados al desarrollo social local, municipal, regional y nacional.
- Promover e implementar procesos de consejería, mediación, conciliación y asesoría social.
- Identificar y evaluar las necesidades y demandas sociales a través de la elaboración de diagnósticos sociales.
- Diseñar y ejecutar proyectos de investigación social.
- Administrar y gestionar servicios sociales.

El Trabajador Social: Es un instrumento de ayuda que mediante la relación con los usuarios, favorece, la expresión de sus dificultades, intereses y demandas. Además de incidir en la situación para introducir en ella posibilidades de progreso y de cambio.³⁰

³⁰ Zeballos T. Yolanda “Funciones del Trabajador Social” presentación en Power Point Marzo de 2010

CAPITULO III

ACTIVIDADES EJECUTADAS Y SUS RESULTADOS

3.1 Periodo en la cual se tuvo la experiencia

El presente trabajo dirigido se ha desarrollado a partir del 20 de agosto al 30 de noviembre de 2009.

3.2 Personas que participaron

Los actores principales que participaron y fueron de bastante ayuda son los presidentes de los diferentes barrios del Municipio de Cobija, Urbano y Rural, los Jefes de Programas y Unidades del SEDES y el Comité de Vigilancia.

Presidentes de Barrios del Municipio de Cobija Gestión 2009

CUADRO Nº 1

Presidentes de barrios Distrito Uno

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Nancy Pérez Lima	Junín
2	Presidente	Benjamín Duarte Salvatierra	Mapajo
3	Presidente	Leandro Montero Dos Santos	Puerto Alto
4	Presidenta	Eliana Mercier	Villa Montes

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

CUADRO Nº 2

Presidentes de barrios Distrito Dos

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Regina Beltrán	Central
2	Presidente	Guillermo Gómez Daza	Santa Cecilia
3	Presidente	Carlos Aramayo Mozambique	Progreso
4	Presidente	Freddy Carmona Salvatierra	16 de Julio
5	Presidente	Raúl Moriset Galindo	Miraflores
6	Presidente	Ana Rebollo de Gutiérrez	Conavi
7	Presidente	Mariela Conde Herrera	El Bosque
8	Presidente	Edwin Vaca Fernández	Petrolero
9	Presidente	José Herrera	Internacional

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

CUADRO Nº 3

Presidentes de barrios Distrito Tres

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Juan Carlos Justiniano	Brisas del Acre
2	Presidente	Roció Alonso Castro	Senac
3	Presidente	Víctor Hugo Domínguez	La Cruz

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

CUADRO Nº 4

Presidentes de barrios Distrito Cuatro

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Gaby Lozano de Ribero	27 de Mayo
2	Presidente	Luís Alberto Cayamy Pinto	Pantanal
3	Presidente	Cidar Yapobenda Tirina	Santa Clara
4	Presidente	Edwin Parada Castro	Senador
5	Presidente	Nixon Aguilera Burgos	Los Tajivos
6	Presidente	Pablo Sian Rodríguez	Paraíso
7	Presidente	Darwin Lobo Anastasio	Manantial
8	Presidente	Silvestre Lozano Moreno	11 de Octubre
9	Presidente	David Gutiérrez Adrián	Nazaria
10	Presidente	Sandra Pinto Pereira	Antofagasta
11	Presidente	Shichar Castedo	Paz Zamora
12	Presidente	Abrahán Dury Rivera	Tunary

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

CUADRO Nº 5

Presidentes de barrios Sin Distrito

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Donald Quispe Guerra	La Amistad
2	Presidente	Manuel Dury	El Cacique
3	Presidente	Samuel Abano	6 de Enero
4	Presidente	Nicolás Solís	Sin Techo

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

CUADRO Nº 6

Comunidades Rurales

Nº	CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	BARRIO
1	Presidente	Walter Melgar Mejía	Alto Bahía
2	Presidente	Oscar Roca Lurici	Mejillones
3	Presidente	Walter Gustañer	Villa Fátima
4	Presidente	Roger Hurtado Archondo	Villa Rosario
5	Presidente	Milenka Zabala Hurtado	Villa Busch
6	Presidente	Jorge Cachiqui Cayuba	Bajo Virtudes
7	Presidente	Adrián Camargo Cabrera	Nueva esperanza
8	Presidente	Ninfor Divico	17 de Mayo
9	Presidente	Miguel Méndez	Limera
10	Presidente	Enrique Collins	Nuevo triunfo
11	Presidente	Leila Tudela	Bella Vista
12	Presidente	Francisco Muñoz Mamio	Villa Abaroa
13	Presidente	José Hurtado	Marapani
14	Presidente	Jorge Salvatierra Aguada	Sujal
15	Presidente	Miguel Vaca	Ponton

Fuente Comité de Vigilancia Gestión 2009

3.3 Actividades realizadas

Las actividades realizadas durante la ejecución del trabajo dirigido en el Servicio Departamental de Salud, se encuentran detalladas en el siguiente cuadro de actividades ejecutadas.

CUADRO Nº 7

CUADRO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TECNICAS	PARTICIPANTES INVOLUCRADOS	RESULTADOS	TIEMPO PREVISTO
Diagnostico actualizado de las Organizaciones sociales de base	Reunión con el comité de vigilancia	Dinámica de presentación de los participantes Discusión grupal	Sedes Comité de vigilancia UAP	Presidentes de barrios conocen las actividades que se realizaran para elaborar el diagnostico	5 días
	Elaboración de instrumento de campo	Revisión bibliográfica elaboración de cuestionario	Personal técnico de SEDES y UAP.	cuestionario para la entrevista elaborado	5 días
	Levantamiento de información	Visita domiciliaria encuesta y entrevista	Organizaciones Territoriales de base comité de vigilancia SEDES	Información recolectada	20 días
	Procesamiento de la información	Trabajo en gabinete	Universitario SEDES	Información procesada y clasificada	10 días
	Elaboración del diagnostico	Trabajo en gabinete	Universitario SEDES	Diagnostico final elaborado	30 días
	Elaboración y distribución de invitaciones.	Diseño grafico e impresión.	Universitario SEDES	Presidentes de barrios invitados	5 días
	Taller de presentación del diagnostico	Exposición con data show	Universitario SEDES	Presidentes de barrios conocen los resultados del diagnostico	5 días
Elaboración de la Propuesta	Recopilación información institucional	Trabajo en gabinete	Universitario	Información recolectada	15 días
	Elaboración de la propuesta	Trabajo en gabinete	Universitario	Primer borrador de la propuesta	30 días
	Procesamiento de la información y complementaciones a la propuesta	Trabajo en gabinete	Universitario SEDES	Propuesta estratégica elaborada	30 días
Validación de la propuesta	Elaboración de invitaciones	Diseño grafico e impresión.	Universitario SEDES	Presidentes de barrios invitados	5 días
	Taller de presentación validación de la propuesta	Dinámica de presentación de los participantes Trabajo grupal Exposición con data show	Organizaciones Territoriales de base comité de vigilancia SEDES y UAP.	Documento impreso presentado y validado	5 días

Fuente: Elaboración propia

3.4 Resultado del Diagnostico

- Se realizo una reunión con los miembros del Comité de Vigilancia del Municipio de Cobija y se presento todo el proceso a realizarse de la elaboración de una propuesta para incentivar la participación social de los Presidentes de Barrios del Municipio de Cobija.
- Se elaboro una línea de base para la ejecución del trabajo a realizarse.
- A través del comité de vigilancia se identifica a todos los presidentes de barrios del municipio de Cobija.
- Se realizo las invitaciones a los diferentes presidentes de barrios tanto rurales como urbanos como también a los presidentes de barrios que no tienen personería jurídica, barrios llamados invasiones.
- Al taller asistieron 32 presidentes de barrios, 17 mujeres y 11 hombres, posteriormente se realizo como dinámica la presentación de cada uno de los presidentes de barrios, luego se conformaron tres grupos de trabajo, grupo uno los barrios con personería jurídica, grupo dos, barrios sin personería jurídica y grupo tres comunidades rurales.
- Se trabajo en grupo de treinta minutos y posteriormente se realizo una plenaria donde se presentaron todas las inquietudes y necesidades de cada barrio en lo que se respecta al sector salud, y se termino con un refrigerio.
- Este importante proceso creo un ambiente de confianza y afecto entre los presidentes de barrios y el equipo de trabajo.

3.5 Resultados de las encuestas

En el Municipio de Cobija se tomo una muestra de 47 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 28 encuestas aplicadas a los Presidentes de Barrios legalmente establecidos con Personería Jurídica, 4 encuesta a presidentes de Barrios que no cuentan con personería jurídica, por considerarse invasiones y 15 encuesta a comunidades Rurales .

3.6 Resultados de la elaboración de la propuesta

- Para realizar la propuesta de trabajo para reactivar la participación social de las Organizaciones Territoriales de Base a través de los presidentes de barrios se identifico cuales son los factores que influyen para que no participen activamente en las actividades de salud de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas.
- Se entrevisto a 20 jefes de unidades y programas del SEDES con el objetivo de alimentar con información a la propuesta.
- Se realizo la revisión bibliográfica de los resultados de los Comités de Análisis de la Información (CAI) de las gestiones 2006, 2007, 2008 y 2009.
- Se recopilo información del plan estratégico y POA del SEDES.
- Se trabajo en coordinación con los programas y Unidades del SEDES para la elaboración de la propuesta.
- Se elaboro la propuesta de acuerdo a las políticas de salud.

3.7 Resultados del taller de presentación y validación de la propuesta.

- El taller se realizó en el restaurante Mama Siña ubicado en el barrio 11 de octubre sobre la avenida 9 de febrero en el que asistieron todos los jefes de programas y Unidades del Servicio Departamental de Salud, 5 presidentes de barrio representante de los 5 distritos del municipio de Cobija, el comité de Vigilancia y personal del ministerio de salud.
- Al inicio del taller se realizó la presentación de los participantes a través de la técnica, presentación por parejas, posteriormente se realizó la presentación de los resultados de la aplicación de las encuestas para luego debatir y llegar a la conclusión que la misma refleja la realidad que se está viviendo tanto en las organizaciones de base como en SEDES.
- Es así que una vez realizado el análisis de la propuesta, los jefes de programa del SEDES y el comité de vigilancia aprobaron y validaron el documento presentado.
- Por otro lado también se capacitó a todos los presentes sobre el nuevo modelo de Salud Familiar y Comunitaria a través de la conformación de 5 grupos de discusión y análisis para una mejor comprensión de la temática, así mismo se realizó una plenaria y finalmente se realizó el almuerzo de confraternidad.

3.8 Lecciones aprendidas

- El nivel de instrucción o escolaridad no significó ninguna barrera para que los presidentes de barrios participen y propongan con responsabilidad, voluntad y habilidad posibles soluciones..
- Las comunidades y barrios asociados responsable en el proceso de ejecución de los trabajos proyectados, permitió mantener relaciones

satisfactorias y recíprocas con las Otbs. contrapartes en especial con el Comité de Vigilancia.

- Una de las tareas importantes, que se desarrolló en el proceso de trabajo de Participación Comunitaria fue el fortalecimiento de las Otbs. en sus destrezas y habilidades para planificar actividades.

3.9 Dificultades

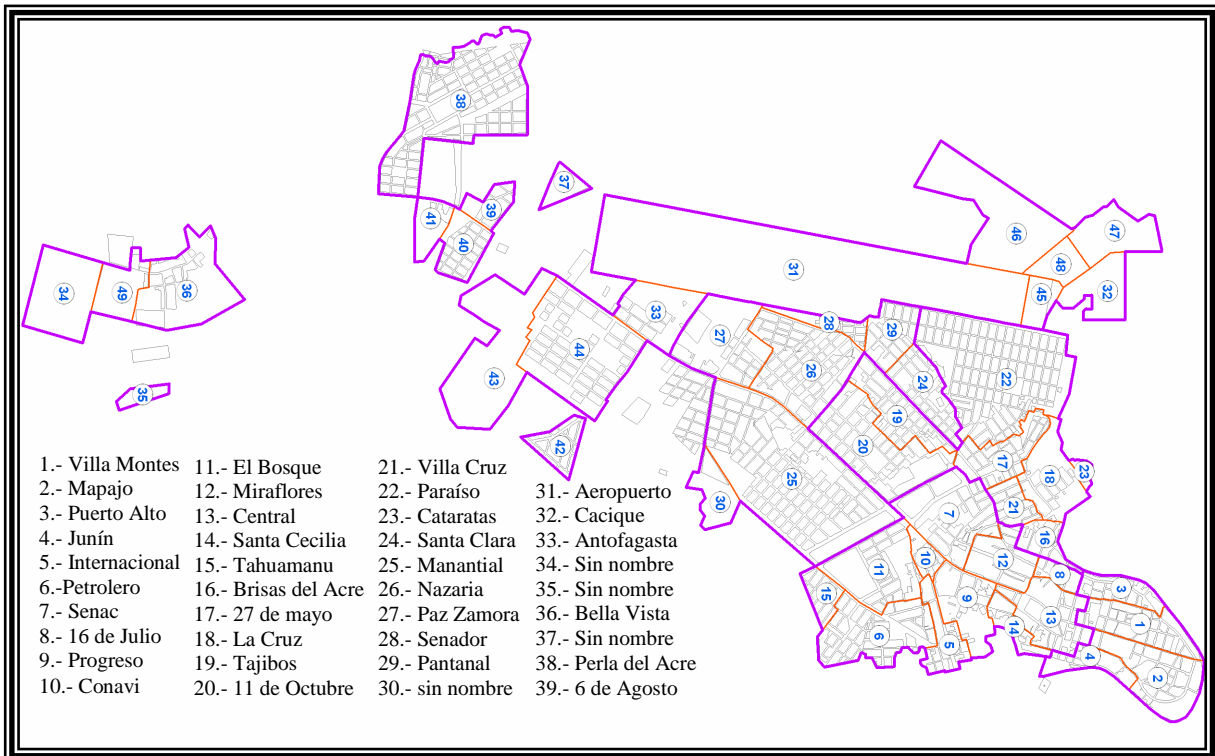
- La injerencia política fue uno de los grandes obstáculos que no permitió el logro de las metas. Como también demandó mayor esfuerzo por parte del equipo de trabajo a tres grupos.
- De igual manera el cambio de algunos presidentes de barrios por haber fenecido su gestión Situación que ocasionó mayor tiempo para involucrarlos en el proceso planificado quienes asumieron toda la responsabilidad.
- Otro de las dificultades fue la participación limitada y compleja de los presidentes de barrios para asistir a las reuniones convocadas, debido a la coyuntura política que se desarrollaba a consecuencia de las elecciones nacionales.
- Faltó mayor compromiso y apoyo de parte de los presidentes del barrio del centro de la ciudad del municipio de Cobija. en las actividades de seguimiento a las réplicas que se realizaron.
- El tiempo también considerado como uno de los obstáculos que incidió en el alcance de las metas debido a que los talleres se ejecutaron en menos tiempo de lo que se había previsto.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO SOCIAL

CUADRO Nº 8

MAPA DE LA CIUDAD DE COBIJA DIVIDIDA POR BARRIOS



Fuente Oficialía Técnica Gobierno Municipal

4.1 Ubicación geográfica

Pando, un departamento que tiene la totalidad de su territorio en la Amazonía, está conformado 15 municipios: Cobija, Porvenir, Bolpebra, Filadelfia y Bella Flor, ubicados en la región Occidental; Puerto Rico, El Sena, Santa Rosa e Ingavi en la región Central; y Gonzalo Moreno, San Lorenzo, San Pedro, Nueva Esperanza, Villa Nueva y Santos Mercado, ubicados en la región Oriental y fuertemente vinculados económicamente al noreste del Beni (Riberalta y Guayaramerín).

El municipio de cobija se encuentra ubicado al norte del departamento pando, colindando al norte con el Brasil, al sur con el municipio de Porvenir, al Este con el

Municipio de Bella Flor y al Oeste con el Municipio de Bolpebra, cuenta con una población de 43.323 habitantes.³¹

La principal actividad económica a la que se dedica la población en el municipio de Cobija, es el **comercio** y el empleo en **instituciones públicas** en la que participan tanto varones como mujeres.

Las mujeres tienen predominancia en trabajos relacionadas con el cuidado del hogar y en trabajos relacionados con la provisión de alimentos.

En el área rural las principales actividades laborales están relacionadas con la **selvicultura** en la que existe un predominio de trabajo masculino remunerado, aunque también se evidencia trabajo de mujeres y niños. En la actualidad 25.63% del mercado lo ocupan mujeres y 73.14 % lo varones, aunque la participación de la mujer en el mercado laboral es la que más crecimiento ha evidenciado desde 1992.

4.2 Topografía

La ciudad de Cobija La capital del departamento Pando fue fundada el 9 de febrero de 1906, con el nombre de Bahía, en el margen derecho del río Acre.

La belleza panorámica de Cobija parece una obra de composición, realizada por el más caprichoso y audaz de los artistas.

Al norte de la ciudad se encuentra la Barraca del Acre, al oeste el telón corrido para admirar la hermosura de las puestas de sol, deslumbrantes y siempre diferentes una de otra.

Su topografía ondulada es singular y a diferencia de otras poblaciones situadas en la selva, sus calles presentan desniveles pronunciados. Este drenaje natural impide que

³¹ Ensayo Monográfico de Pando

Cobija sufra inundaciones. También se puede disfrutar de la pesca deportiva en medio de una naturaleza bravía y salvaje.

Para viajar a Cobija puede utilizar los servicios del LAB, Aerosur, Amazonas y Aerocom.

Cobija es la Capital del Departamento de Pando, su principal núcleo poblacional esta situada en la frontera con la República Federativa de Brasil. Tiene un clima tropical con una humedad mayor al 80% y una temperatura que oscila entre 22 y 35°C con precipitaciones durante todo el año, más acentuado durante el periodo de noviembre a marzo. Estas condiciones dan lugar a la aparición de vectores transmisores de enfermedades como malaria y dengue.

4.3 Clima

4.3.1 Temperaturas máximas y mínimas

La temperatura media de la región está entre los 25.5° C (registro de Cobija) y 26.8° C (registro de la media anual en Riberalta). Las temperaturas máximas extremas llegan a 38° C, con máximas medias de 31° C. En invierno se presentan con frecuencia frentes fríos o *surazos* que provienen de la región polar de la Antártica, duran 2 a 3 días y provocan un descenso brusco de la temperatura hasta los 7° C en pocas horas muy ocasionalmente.

4.3.2 Precipitaciones pluviales, períodos

Las lluvias son estacionales, intensificándose entre los meses de Septiembre a Abril; los meses de Mayo, Junio y Julio se considera como el período seco de invierno y de lluvias esporádicas con una media de 2 a 3 días de lluvias en el mes. Los valores de la precipitación media anual, varían de 1774 mm en el Oriente hasta 1834 mm en el Occidente.

4.4 Riesgos climáticos

En general, el área que cubre la Mancomunidad se caracteriza por un clima tropical húmedo y cálido, donde el ciclo anual del clima presenta un período seco de corta duración con bruscas caídas de temperaturas accidentales y un período lluvioso con temperaturas normalmente altas.

Los vientos varían de dirección y frecuencia. En invierno se presentan vientos menores a 3 nudos, provenientes de la Antártica del Sur y Sudoeste, alternan con los del Norte y Noroeste, siendo más frecuentes los del Noroeste. En verano son frecuentes los vientos cálidos y húmedos del Noroeste y del Norte, de 4 a 5 nudos por hora (60 a 70 km/hora) y la humedad aproximada media está en el rango de 80 a 90% anual.

Los riesgos climáticos existen, dependiendo de las influencias que puede darse por vientos huracanados o acumulación de nubosidades frías provocadas por los efectos del Niño y que pueden ocasionar lluvias torrenciales o sequías prolongadas. Sin embargo, las probabilidades son reducidas, aunque debe indicarse que los efectos pueden ser indirectos, es decir, más probable por inundaciones que puedan ser provocadas por los ríos que cruzan el territorio de la mancomunidad y que pueden tener una carga alta en las cabeceras y nacientes.

La provisión de agua potable durante los últimos 20 años es insuficiente, empeorando en los 5 últimos años debido a que Cobija es la ciudad con mayor crecimiento demográfico del país debido a la migración de occidente del país.

La provisión del servicio de agua potable es parcial, cada tres días aproximadamente por lo que prácticamente toda la población cuenta con tanques de almacenamiento de agua en sus viviendas, los cuales son construidos de cemento y muchos de ellos no cuentan con tapa por lo que se constituyen en potenciales criaderos del *Aedes aegypti* transmisor de la enfermedad del Dengue.

Por lo anteriormente planteado mas la gran migración por la cosecha de castaña la enfermedad del Dengue se han registrado en el 80% de los municipios del Departamento en el año 2008 y 2009.

La ciudad de Cobija cuenta en la actualidad esta formada por cinco distritos de los cuales cuatro son urbanos con 28 barrios con personería jurídica y 4 barrios sin distrito y sin personería jurídica, formados a consecuencia de avasallamiento de tierras, llamadas invasiones, invadidas por grupos de personas llamados sin tierras, cuenta también con un distrito rural conformado por 15 comunidades rural todas con personería jurídica.

4.5 Aire

El chaqueo intensivo para habilitación de tierras para agricultura y ganadería que se practica en el lado boliviano y brasilero, contamina el aire durante por lo menos 2 meses al año.

En años recientes hasta la actualidad, las altas tasas de neumonía se atribuyen sobre todo a las épocas de chaqueo y desmonte forestal que se realizan en el área rural que incide en la presencia de humo ambiental y este condiciona directamente a la ocurrencia de la enfermedad sobre todo en niños y en ancianos.

4.6 Antecedentes Históricos

La ciudad de Cobija fue fundada con el nombre de Bahía por el Cnel. Enrique F. Cornejo, el 9 de febrero de 1906, en la margen derecha del río Acre, cumpliendo órdenes para su fundación del Mayor Gral. José Manuel Pando, bajo la presidencia de Ismael Montes.

En 1908, cambia el nombre al de Cobija, también conocida hasta hoy como "La perla del Acre".

Durante la fiebre del oro verde, desde 1830, la entonces aldea comenzó a crecer rápidamente hasta convertirse en una de las más importantes ciudades durante el auge de la goma que duró casi cien años.

En 1839 se conoce el proceso de la vulcanización. Charles Goodyear, descubre el modo de hacer inalterable la goma ante los cambios de temperatura y abre la llave para que cientos de empresarios fijan su interés en los siringales del Oriente boliviano. Comienza la proliferación de barracas (centros donde se organizaba la extracción de látex) y en algunas un reclutamiento obligatorio de los nativos de la zona para trabajar como siringueros.

Puerto Bahía se ve entonces convertido en una ciudad cosmopolita con la llegada de alemanes, franceses e ingleses. Actualmente muchos de los apellidos de los ciudadanos en Cobija, son extranjeros.

Nicolás Suárez, (el llamado "Patiño" de la goma) dejó un importante patrimonio para la zona construyendo escuelas, teatros y hospitales. Suárez estuvo al frente del grupo de soldados-siringueros de la columna Porvenir que pudieron recuperar, con increíble heroísmo, algo del territorio que habían invadido los brasileros, (justamente Cobija), durante la "Batalla de Bahía" el 11 de octubre de 1902. Sin embargo la Guerra del Acre se llevó 251.000 Km² de territorio por el "Tratado de Petrópolis", suscrito en 1903; la "donación" de 188.700 Km² del Acre y la pérdida de todo el Purús, territorio concedido al Perú, mediante un laudo arbitral emitido por Argentina.

En 1876 los ingleses trasladaron a Malasia varios plantines del árbol de caucho. La espera de 25 años hasta ver los resultados bien valió la pena. Con la irrupción de los comerciantes ingleses, bajaron los precios de la goma para rematarla con la invención del caucho sintético en 1930.

Cuando se terminó el auge de la goma, Cobija sufrió una especie de éxodo. Durante varios años había sido una agitada metrópolis y de pronto veía cómo sus habitantes

migraban ya sea hacia el Brasil, hacia sus países de origen o hacia las ciudades principales del país.³²

Hoy Cobija vuelve a resurgir con sus propios medios, diciendo al país que está presente para el engrandecimiento de Bolivia.

4.7 Equipamiento, Infraestructura y Saneamiento Básico

4.7.1 Empleo

La población económicamente activa (PEA) corresponde al 54% del total de la población, de la cual $\frac{3}{4}$ partes son varones y $\frac{1}{4}$ son mujeres. El mercado de trabajo está dominado por el sexo masculino.

La tasa de dependencia (personas que no trabajan) es de 1.71 dependientes por trabajador(a). Esta relación demuestra una proporción alta de trabajadores y por lo tanto, una proporción baja de dependientes. Como se verá en el acápite de “Fecundidad”, las madres tienen en promedio alrededor de 4 hijos. La tasa de dependencia entonces indica que en promedio, menos de 2 de esos 4 hijos dependen económicamente del jefe del hogar, y por lo tanto están insertos en el mercado laboral. Esto llama la atención sobre una posible elevada tasa de trabajo infantil.

4.7.2 Vivienda

En cuanto a las condiciones de vivienda, 41.3% de los hogares tienen más de tres personas por dormitorio. Cobija tiene 27%.

En cuanto a los materiales de los cuales están construidas las viviendas, 25% están construidas con ladrillo y cemento (Cobija tiene hasta 60%). 30% está construida con

³² Luna Pizarro Chelio “ Ensayo Monográfico de Pando” Pág. 59

madera, y el restante 45% de las viviendas con materiales rústicos precarios (palma, motacú, tacuara, etc.).

Una proporción importante vive en condiciones de hacinamiento y los materiales de sus viviendas son precarios.

4.7.3 Acceso a agua segura y saneamiento básico

El acceso agua segura y saneamiento básico en el área rural del Departamento es todavía incipiente.

El agua por cañería llega a 38.6% de la población del Departamento. Este dato para el área rural es de 11.6%. El resto de la población tiene como fuente de abastecimiento de agua las vertientes y los ríos y no cuenta con servicio de agua segura. El almacenaje del agua se los realiza en condiciones precarias.

El municipio de Cobija contará en breve con una red de agua potable y alcantarillado mediante las acciones del Proyecto PRAS Pando, que cuenta con apoyo de la Unión Europea. Se espera que esto tenga un impacto en el descenso de la incidencia de enfermedades diarreicas e infecciosas en general.

Sólo el 2.18% de la población tiene desagüe conectado a las viviendas, el 50.5% utiliza pozo ciego y 12.5% cámara séptica.

72.44% tiene servicio sanitario, del cual el 20.38% es compartido entre varias familias.

En cuanto a los residuos sólidos, la ciudad de Cobija cuenta con un sistema de recojo de los mismos; no obstante, no se realiza una adecuada disposición final de estos residuos ni rellenos sanitarios.

Tampoco existe un tratamiento de las aguas servidas. Toda esta situación hace que existan en la ciudad de Cobija, múltiples focos infecciosos que ponen en riesgo la salud de la población.

El acceso a agua segura y a alcantarillado es limitado y restringido casi en su totalidad al municipio de Cobija.

Es necesario coordinar desde el sector salud, acciones de utilización y cuidado del agua potable con el sector de educación.

4.7.4 Formas de Organización y participación

La organización legítima de la comunidad se decide de acuerdo a usos y costumbre basado en la Ley de Participación Popular (1551), la elección de la autoridad máxima de la Organización Territorial de base entre los miembros de comunidad y de los componentes de la red social, se la realiza por voto secreto y democrático, dando como resultado a un presidente de barrio electo por su comunidad el cual tiene como responsabilidad velar por los intereses de todos los integrantes de su comunidad o barrio.

Una vez realizada la elección de los presidentes de barrios, se elige al representante de todos los presidentes de barrios, que viene a desempeñar el cargo de presidente del Comité de Vigilancia.

La elección de la autoridad local en salud entre los miembros de la comunidad, red social en el ámbito local, viene a recaer en el secretario de Salud del Directorio elegido Democráticamente.

4.7.5 Análisis conductual

En la actualidad existen diversas leyes decretos proyectos y programas que benefician y exigen a la sociedad civil a participar de las políticas de salud, sin embargo, en el Departamento Pando específicamente en el municipio de Cobija, hasta la fecha no existe una participación activa por parte de las organizaciones territoriales de base no obstante históricamente existe normas y leyes promulgadas desde hace mas de 10 años como es la promulgación de la Ley 1551 de “participación popular”, sin embargo , se observa una deficiente participación social en el ejercicio activo de su derecho a la salud, ya que la participación activa de las organizaciones territoriales de base contribuye a identificar problemas sociales que pueda ser solucionado en una forma de coparticipación, debiendo ser el ciudadano parte de la solución a este problema.

GRAFICO Nº 9

EDAD PROMEDIO DE LOS PRESIDENTE DE LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE COBIJA.

Nº	Edad	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	18-25	16	34
2	26-35	24	51
3	36-55	7	16
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 51 % de los Presidentes de Barrios tienen un promedio de 26 a 35 años de edad mientras que el 16 % solamente de 36 a 55 años de edad, lo que significa que la mayoría de los presidentes de barrios son jóvenes.

GRAFICO N° 10
ESTADO CIVIL DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DEL MUNICIPIO DE
COBIJA.

N°	Estado civil	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Soltero	16	34
2	Casado	4	9
3	Concubino	27	57
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009

El 57 % de los presidentes de barrios viven en concubinato mientras que el 9% son casados, lo cual significa que la mayoría de los presidentes de barrios no son casados. Un dato que resalta es la cantidad del 34% de los presidentes son solteros.

GRAFICO N° 11
SEXO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DEL MUNICIPIO DE COBIJA.

N°	Sexo	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Femenino	10	21%
2	Masculino	37	79%
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009

El 79% de los presidentes de barrios son hombre y el 21% son mujeres lo que significa que la mayoría de los barrios del municipio de Cobija son liderizado por hombres. Lo que podemos notar que la participación de las mujeres aun no esta representada de acuerdo a las normas vigentes.

GRAFICO N° 12
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DEL
MUNICIPIO DE COBIJA.

Nº	Grado de instrucción	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Primaria	3	6%
2	Secundaria	12	26%
3	Bachiller	8	17%
4	Profesional	24	51%
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

Como podemos observar que el 51% de los presidentes de barrios son profesionales, lo que significa que existe mayor gestión para el desarrollo y crecimiento de sus barrios.

GRAFICO N° 13

CANTIDAD DE VECES AL MES QUE ACUDE EL PRESIDENTE DE BARRIO AL
HOSPITAL O CENTRO DE SALUD A PEDIR INFORMACION.

Nº	¿Cuántas veces en el mes acude al Hospital o Centro de Salud a pedir información?	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Una ves	17	36 %
2	Dos veces	6	13 %
3	Tres veces	4	8 %
4	Nunca	20	43 %
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 43 % de los presidentes de barrio manifiestan que nunca fueron al Hospital ni a un Centro de Salud a pedir información y solo el 8% tres veces al mes, lo cual significa que la mayoría de los presidentes de barrios no conoce las actividades de salud.

GRAFICO N° 14

PERCEPCION DEL PRESIDENTE DE BARRIO DE CÓMO LO ATENDIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SOLICITO INFORMACION

Nº	¿Cómo lo atendieron?	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Muy mal	0	0
2	Mal	3	6
3	Regular	29	62
4	Bien	8	17
5	Muy bien	7	15
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 62% manifiesta que ha sido atendido regularmente y el 6% manifiesta que lo atendió mal lo que significa que los presidentes de barrios no son mal atendidos cuando acuden al centro de salud.

GRAFICO N° 15

PERCEPCION DEL PRESIDENTE DE BARRIO DE CÓMO SON TOMADA EN CUENTA SUS OPINIONES POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Nº	¿Lo toman en cuenta con sus opiniones?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	0	0
2	A veces	18	38
3	Nunca	29	62
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 62% de los presidentes de barrios manifiestan que sus opiniones no son tomadas en cuenta mientras que el 38% a veces, lo que significa que el personal de salud no escucha las sugerencias de los presidentes de barrios

GRAFICO Nº 16
CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LA LEY DE PARTICIPACION POPULAR.

Nº	¿Conoce usted la Ley de Participación Popular?	Cantidad	Porcentaje
1	Si	20	42
2	No	14	30
3	poco	13	28
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 42 % de los Presidentes de barrios manifiesta que si conoce la Ley y el 13 % conoce poco, lo que significa que la mayoría de los presidentes de barrios no conocen la ley de Participación Popular.

En este sentido, Vila (1982), plantea que "**La participación popular** constituye una necesidad del desarrollo social, que se condiciona por la estructura económica de la sociedad y modifica la esencia misma del hombre, en la medida en que adoptan las relaciones sociales en su desarrollo histórico".³³

GRAFICO Nº 17
CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE SALUD.

Nº	¿Conoce usted los diferentes programas de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Todos	0	0
2	Algunos	6	13
3	Ninguno	41	87
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

³³ OPS. "La Participación Social" 1990.

El 87 % de los presidentes de barrios manifiesta que no conoce los diferentes programas de salud y el 13% manifiesta que conoce algunos, lo que significa que los presidentes de barrios desconocen los programas de salud, tales como Programa Dengue , Malaria, Leishmaniasis, SUMI entre otras.

Es el desarrollo personal, es toda actividad realizada en una organización, que responde a sus necesidades que busca mejorar sus conocimientos, habilidades, conductas y actitudes de los integrantes de la organización.³⁴

GRAFICO Nº 18
CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LAS POLITICAS
SOCIALES DEL SECTOR SALUD.

Nº	¿Conoce usted las diferentes políticas de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Todos	0	0
2	Algunos	9	19
3	Ninguno	38	81
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 81% de los presidentes de barrios manifiesta que no conoce las políticas sociales del sector de Salud y el 19 % manifiesta que conoce algunas, lo que significa que los presidentes de barrios no conocen las diferentes políticas de salud.

³⁴ FRIGO Edgardo “La Capacitación”

GRAFICO Nº 19
CONVOCATORIA A LOS PRESIDENTES DE BARRIOS A LAS ACTIVIDADES
DEL SEDES.

Nº	¿Lo convocan o invitan las autoridades de Salud a participar de actividades de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	8	17
2	A veces	28	60
3	Nunca	11	23
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 60 % de los presidentes de barrios manifiestan que a veces lo convocan a participar de las actividades del SEDES y el 17% siempre lo convocan, lo que significa que el personal de salud escasas veces invita a los presidentes de barrios a participar de las actividades de salud.

GRAFICO Nº 20
PARTICIPACION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS EN LAS ACTIVIDADES
DE SEDES PANDO

Nº	¿Participa en las actividades de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	3	6
2	A veces	24	51
3	Nunca	20	43
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 51% de los presidentes de barrios manifiesta que a veces participa de las actividades del SEDES y el 6% siempre, lo que significa que los presidentes de barrios no tienen interés de participar en las actividades de salud.

GRAFICO Nº 21

PARTICIPACION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SECTOR SALUD.

Nº	¿Participa usted en la toma de decisiones de salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	6	13
2	A veces	10	21
3	Nunca	31	66
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 66% de los presidentes de barrios manifiestan que nunca participa de toma de decisiones y el 6% manifiesta que siempre participa, lo que significa que los presidentes de barrios no toman decisiones en las acciones de salud.

GRAFICO Nº 22

CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS EN RELACION A LOS PROBLEMAS DE SALUD.

Nº	¿Conoce los diferentes problemas de salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Todos	0	0
2	Algunos	33	70
3	Ninguno	14	30
4	Otros		
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 70% de los presidentes de barrios manifiesta que conoce algunos problemas de Salud y el 30% no conoce ninguno lo que significa que los presidentes de barrios no conocen los problemas de salud.

La educación es un proceso permanente de enseñanza aprendizaje por el cual el individuo adquiere conocimiento y desarrolla hábitos que le permiten modificar las pautas de conductas, individual y colectiva de acuerdo con el medio ambiente.³⁵

GRAFICO N° 23

PROPUESTA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD A LAS AUTORIDADES DE SALUD.

Nº	¿Propone solución a los problemas de Salud a las autoridades en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	11	23
2	A veces	36	77
3	Nunca	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 77% de los presidentes de barrios manifiesta que a veces sugiere propuesta de solución a las autoridades de Salud y el 23% manifiesta que siempre, lo que significa que los presidentes de barrios tienen poco interés en solucionar los problemas de salud..

CUADRO N° 24

SUGERENCIA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA MEJORAR LA ATENCION EN SALUD.

Nº	¿Qué sugiere para mejorar la atención en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Mejorar la infraestructura	15	32
2	Contratar mas médicos	11	24
3	Mejorar la comunicación	11	23
4	Incentivar la participación de la OTBs	10	21
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

³⁵ Mario Vargas Llosa "Como nos Educamos"

El 32 % sugiere que se debe mejorar la infraestructura y el 21% que se debe de incentivar la participación de las Otbs, lo que significa que los presidentes de barrios consideran que para mejorar los problemas de salud se debe mejorar las infraestructura y no la participación social.

CUADRO N° 25

SUGERENCIA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA MEJORAR LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

N°	¿Qué sugiere para mejorar la participación de las OTBs en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Capacitación	40	85
2	Remuneración económica	3	6
3	Coordinación	4	9
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 85% de los presidentes de barrios sugiere que se debe capacitar a todos los presidentes de barrios y el 6% que se le debe remunerar económicamente, lo que significa que los presidentes de barrios consideran que se debe motivar la participación social a través de capacitaciones.

CUADRO N° 26

PERCEPCION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS A MEJORAR LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE COBIJA PARTICIPANDO EN LA PLANIFICACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE SEDES PANDO.

N°	¿Considera usted que participando las organizaciones sociales en la planificación la ejecución y evaluación de las diferentes actividades de Salud Mejorara las condiciones de vida de los vecinos de la ciudad de cobija?	Cantidad	Porcentaje
1	Si	40	85

2	No	0	0
3	Tal ves	7	15
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas gestión 2009.

El 85% de los presidentes de barrios consideran que participando en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud mejorara la salud en el municipio de Cobija y el 15% considera que tal ves, lo que significa que la participación social de los presidentes de barrios solucionara los problemas de salud del municipio de Cobija.

“La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos actúen mas alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida”³⁶.

³⁶ Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001.

CAPITULO V

“PROPUESTA”

5.1 Denominación del proyecto

Participación Social En Salud De Las Organizaciones Territoriales De Base Del Municipio De Cobija A Través De La Promoción Difusión Y Movilización Social.

5.2 Naturaleza del proyecto

5.2.1. Descripción del Proyecto

La propuesta de proyecto es de tipo social educativo y esta dentro del Programa de Salud Comunitaria del SEDES Pando, intenta llegar a la población a través de los presidentes de las Otbs de la ciudad de Cobija para que los mismos repliquen a sus bases todos los conocimientos y la información obtenida en las diferentes actividades realizadas en el proyecto con el fin de disminuir en alguna manera los problemas mas prevalentes en materia de salud, asimismo revertir la falta de participación con la información, educación y comunicación que realizará el personal de salud a la población para que participen en la toma de decisiones a través de sus organizaciones y sociales

5.2.2 Justificación

En el Servicio Departamental de Salud de Pando, desde su inicio a la fecha se ha notado que la participación entre el personal de Salud y la población no existe una coordinación muy ínfima para efectuar actividades de planificación, ejecución y control de la salud en pro de mejorar la calidad de vida de los habitantes. Por otro lado indicar que la política de la rectoría del SEDES viene desarrollándose en forma lenta factor importante e influyente en la participación de la población en acciones de la salud, limitándose a realizar movilizaciones en caso de brotes epidémicos, a esto

se suma el poco conocimiento de la población sobre las medidas preventivas de enfermedades prevalentes, debido al incremento de casos de epidemias en los últimos tiempos como por ejemplo la conjuntivitis, dengue, leishmaniosis, tuberculosis, malaria, EDAS, IRAS, Neumonías, etc.

La población tiene un concepto claro de la existencia de enfermedades, pero desconoce que sus actitudes forman parte importante en la presencia de la misma. Además la población tiene poca costumbre sobre hábitos saludables

Conociendo la deficiente participación de las Organizaciones Territoriales de Base en las diferentes Actividades de Salud como también en utilizar y conocer los derechos fundamentales que tienen a la salud, considerando que es muy necesario la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de proyectos que beneficie a la comunidad planteamos una propuesta que motive la participación social de las Otbs. y se involucre en temas relacionados con la salud de toda la población, esta propuesta esta directamente relacionada con la información, educación y capacitación, directamente a todos los Presidentes de Barrios e indirectamente a la población en general.

5.2.3. Marco Institucional

El Servicio Departamental de Salud dependiente de la Prefectura de Pando, es un órgano operativo desconcentrado con estructura propia e independencia de gestión administrativa, encargado de atender, promocionar y administrar la salud en la región; orgánicamente responde a la estructura de la Secretaria de Desarrollo Social de la Prefectura.

5.2.4 Modelo de Gestión

La gestión de Salud esta conformada por los siguientes niveles:

- Nivel Central, la Oficina del SEDES en la ciudad de Cobija
- Niveles de Gerencia de Red de Servicios, ubicados en Cobija, Puerto Rico y Gonzalo Moreno
- Niveles municipales, que corresponden a los Directorios Locales de Salud (DILOS).
- Niveles locales de gestión, que corresponden a la gestión realizada en cada establecimiento de salud y la participación de la Organizaciones Sociales (muchas veces confundida con la atención ya que tanto la gestión como la atención a usuarios suele ser realizada por un único funcionario, particularmente en los puestos de salud).

5.2.5 Gestión en el Servicio Departamental de Salud

El Servicio Departamental de Salud de Pando a la fecha tiene una estructura que responde a dos criterios emanados de sus competencias y atribuciones. El primero es un carácter técnico y el otro es el carácter administrativo financiero, con los que se encarga de organizar, administrar todos los servicios de salud del departamento. Si bien el Modelo de Sistema otorga al SEDES la potestad de incurrir también en los servicios de la seguridad social y privados esta atribución no ha sido desarrollada. Es decir que el SEDES solo articula y administra la red pública de servicios de salud.

Con los criterios descritos el SEDES está organizado de la siguiente manera:

- Área Técnica
- Área Administrativa Financiera

El Área Técnica del SEDES esta conformado por 4 Unidades con su respectiva “Jefatura de Unidad”, estas son:

- a) Unidad de Planificación y Cooperación Externa, Convenios y Coordinación.

- b) Unidad de Redes y Servicios
- c) Unidad de Prevención y Control de Enfermedades
- d) Unidad de Promoción y Comunicación Social

Las acciones de planificación y coordinación de la cooperación externa se vienen fortaleciendo para poder optimizar los recursos provenientes de diversas fuentes de financiamiento en una gestión por resultados que permita ser monitoreada y evaluada periódicamente. Las acciones realizadas han estado restringidas al corto plazo y actividades contempladas en programaciones anuales que no responden a un proceso de planificación estratégica.

En cuanto a la unidad de redes se tiene previsto un fortalecimiento de las redes que, en concordancia con los resultados del presente análisis de situación, establezca las modificaciones que sean necesarias para su accionar.

Las acciones de vigilancia epidemiológica en el Departamento son realizadas por la Unidad de Prevención de enfermedades, quien además precisa de mecanismos de alerta temprana y respuesta inmediata.

Respecto de las acciones sectoriales de promoción, se tienen delimitadas dos grandes áreas de acción: la primera es la promoción misma de los programas de salud y la otra es el fortalecimiento institucional respecto de la función de promoción de la salud.

No obstante, la promoción de la salud que es un tema eminentemente intersectorial, no ha podido ser abordado en vista de que el SEDES no consolidó su liderazgo en salud con otros sectores. Sin embargo se tiene como ejemplo de coordinación interinstitucional, los Comités Intersectoriales de Salud, impulsados por UNICEF que funcionan en los municipios de Porvenir, Puerto Rico y Gonzalo Moreno, de los cuales es necesario rescatar lecciones para su implementación en otros municipios.

En el área administrativa financiera se condensaran todas las actividades de apoyo en el manejo, adquisición, utilización y control de todos los recursos del SEDES. Esta Unidad cuenta con Oficinas para: Administración de Recursos Humanos, Almacenes y Bienes, Contabilidad Integrada, Medios de Comunicación y Transporte, Recaudaciones, con sus dependencias menores.

El área administrativa financiera requiere de profundizar la implementación de todos los componentes de los Subsistemas SAFCO.

Adicionalmente, las unidades de apoyo recientemente implementadas por la necesidad de crecimiento que tiene la institución, son dos:

- a) Unidad de Asesoría Legal con la incorporación de un profesional del ramo legal.
- b) Unidad de Auditoría Interna

El SEDES cuenta para su operatividad diferentes programas y estrategias que responden a la estructura del Sistema Nacional de Salud regido por el Ministerio de Salud y que son vigentes.

Adicionalmente, el nivel de formación de los responsables de programas, si bien está mejorando gracias a la asistencia de ellos a maestrías y cursos de post grado, todavía es insuficiente para responder a los retos de la gestión de salud en Pando.

Esta estructura fue desarrollada en respuesta a las necesidades de un modelo de gestión que ya no está vigente; y que ha sido reemplazado por el modelo de Salud Familiar y Comunitaria partir de la gestión 2006.

Las modificaciones que introduce el actual Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, consisten en introducir a este modelo “institucional” de gestión, otro integrado de

gestión “comunitaria” que debe fortalecerse en los niveles local, municipal y departamental de Pando.

5.2.6 Gestión en Gerencias de Red

La organización de las redes de salud territorialmente está constituida por tres gerencias de red. La Red I (Cobija) abarca los municipios de Cobija, Bolpebra, Provenir, Filadelfia y Bella Flor. La Red II (Puerto Rico) comprende Puerto Rico, Sena, Santa Rosa, San Lorenzo e Ingavi. La Red III (Gonzalo Moreno) está integrada por Gonzalo Moreno, Santos Mercado, Villa Nueva, Nueva Esperanza, San Pedro.

Las redes tienen equipos de recursos humanos, infraestructura y equipamiento insuficientes. Por las características geográficas de la región y por las rutas de acceso limitantes fluviales y terrestres, no permiten el acceso regular y periódico a los puestos y centros de salud asignados.

La comunicación también es limitada por lo cual todas las actividades de gestión son insuficientes. Los gerentes de red en general tienen escasa formación de gestión en salud, aunque se capacitaron en Vigilancia Epidemiológica.

5.2.7 Gestión en Directorios Locales de Salud

Este nivel de gestión corresponde al ámbito municipal y lo conforman un representante de la Sociedad Civil (Comité de Vigilancia), del SEDES, y el Alcalde o su representante, quien lo preside. Existen en Pando 15 DILOS conformados. Los DILOS que se reúnen periódicamente son 8 y lo hacen para cumplir con las obligaciones del SUMI casi exclusivamente, y los restantes aunque están conformados, no funcionan. Los DILOS que mejores indicadores de gestión tienen son Cobija, Filadelfia y Sena.

5.2.8 Gestión en Establecimientos

La gestión que se realiza en los establecimientos de salud de primer nivel la realiza el mismo personal de salud que realiza la atención de los pacientes. La cantidad de formularios y de reportes de gestión que debe presentar mensualmente este personal le ocupa una gran parte de su tiempo. En general el personal a cargo de los centros y postas de salud no tiene conocimientos básicos sobre administración.

5.2.9 Gestión de Medicamentos

El acceso a medicamentos de la totalidad de la población rural del Departamento depende en gran medida de la entrega o venta que se realiza en los establecimientos de salud y las brigadas móviles. El único proveedor de medicamentos esenciales es la Central de Abastecimiento de Insumos y Suministros (CEASS), y en segunda instancia las farmacias particulares que por lo general tienen precios más elevados y no están sometidas a control de calidad. 2 de los 15 municipios cuentan con Farmacias Institucionales Municipales y existen sólo 48 boticas comunales en las más de 300 comunidades el Departamento.

Desde el lado de la oferta, es necesario fortalecer los mecanismos de adquisición, almacenaje, transporte, distribución y dispensación de los medicamentos tomando en cuenta las características climáticas, las dificultades de transporte del Departamento. Desde la demanda se debe informar acerca del uso racional de medicamentos.

5.2.10 Gestión del Seguro Universal Materno Infantil

A continuación se presentan los problemas detectados en la Evaluación Nacional del SUMI, los cuales son estadísticamente significativos y representativos también para el Departamento de Pando. Los resultados se consideran una adecuada línea de base y un listado de lecciones aprendidas para encarar los procesos de diseño e implementación de en Seguro Universal de Salud:

El mayor problema del SUMI es de calidad de gestión. A ello se añade inconvenientes en la generación, manejo y utilización de la información. Los procedimientos administrativos son morosos y no tienen capacidad de detectar problemas de gestión. Tampoco existe un adecuado control en las distintas instancias de gestión del SUMI.

El tiempo dedicado por el personal de salud al llenado de formularios es irracional (hasta 5 días al mes) y va en desmedro de la atención de pacientes.

El subsector público produce casi la totalidad de las prestaciones del SUMI.

La actual lógica administrativa (formularios) no funciona y no permite mínimos controles para evitar el mal uso de los recursos del seguro.

Los gobiernos municipales reciben los FOPOS y los pagan sin hacer ningún tipo de control en los centros de salud. Tampoco cuentan con información detallada sobre el SUMI y las transferencias de dinero realizadas a los centros de salud. El proceso de presupuestario en el municipio es precario y no siempre cuenta con responsables identificados.

La información en los centros de salud no es uniforme y no se tiene control sobre su uso o almacenamiento. Por otra parte el SEDES no cuenta con información oportuna ni fidedigna del proceso del SUMI a nivel municipal, la información remitida por los gobiernos municipales no es fidedigna pues se basa en la información de los centros de salud que, en su mayoría, no tienen un manejo satisfactorio de la información.

5.2.11 Compromisos de Gestión y Producción de servicios

Los Compromisos de Gestión son acuerdos interinstitucionales suscritos entre el SEDES y autoridades del sector, que permiten monitorear y evaluar las diferentes actividades, metas y resultados a través de indicadores trazadores.

5.3 Modelo de Atención

Esta organizado y dirigido a prestar servicios de Salud a la población, en base a la competencia y a las capacidades de resolución de los establecimientos de salud, el modelo de atención esta compuesto por tres niveles:

5.3.1 Primer Nivel de Atención.

Su oferta de servicio se enmarca en la consulta ambulatoria, la internación de transito, la promoción y prevención de la salud, este nivel de atención esta conformado por puestos de salud, consultorios médicos, centros de salud (con o sin camas), policlínicos, policonsultorios y en algunos casos con terapeutas tradicionales.

5.3.2 Segundo nivel de atención.

Conformado por hospitales de segundo nivel de atención corresponden a modalidades que requieren atención de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades de: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y complementaria mente puede tener servicios de diagnostico y traumatología.

5.3.3 Tercer nivel de atención.

Conformado por hospitales de tercer nivel de atención e instituto investigación y formación corresponde a la consultas en especialidades, diagnostico y tratamiento de alta complejidad.

5.4 Análisis Situacional del SEDES.

A través de la Técnica FODA se realizó el diagnóstico del SEDES en el CAI (Comité de Análisis de la Información) primer semestre de la gestión 2009 con la participación de todos los Jefes de programa, mismo que fue desarrollado de la siguiente manera:

- **Fortalezas:**
 - Reconocimiento de la magnitud del Problema por parte del SEDES
 - Personal Técnico del SEDES Capacitado.

- **Debilidades:**
 - Deficiente participación social
 - Falta de compromiso de los presidentes de Barrios
 - Falta socializar el Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
 - Falta de RRHH
 - Falta de insumos para el diagnóstico a nivel local
 - Infraestructura inadecuada

- **Oportunidades:**
 - Cooperación Externa
 - Apoyo Prefectura de Pando
 - Apoyo del Gobierno Municipal
 - Apoyo de las FFAA

- **Amenazas:**
 - Injerencia política
 - Las inclemencias del tiempo

5.5 Finalidad del proyecto

Contribuir a la reducción de la morbimortalidad en la ciudad de Cobija a través de la participación de los presidentes de Barrios organizados en la toma de decisiones en acciones de la salud , en base a la I.E.C (Información, educación y comunicación) para promocionar la salud y prevenir las enfermedades para el logro de una calidad de vida adecuada de la población cobijeña..

5.6 Objetivos

5.6.1 Objetivo general

Promover la participación social en salud de las Organizaciones Territoriales de Base del municipio de Cobija a través de la Información, educación y capacitación.

5.6.2 Objetivos específicos

- Motivar la participación social de los presidentes de barrios.
- Fortalecer a las Organizaciones de Base del municipio de cobija
- Evaluar y monitorear el nivel de aprendizaje y participación de las Otbs.

5.7 Meta

Que 80 % de las Organizaciones Territoriales de Base del municipio de Cobija participe y se involucre de las actividades del Sector Salud y ejerza el derecho a la salud en la planificación, organización, ejecución y evaluación de todas las actividades del SEDES Pando.

5.8 Beneficiarios

5.8.1 Beneficiarios directos

Los beneficiarios directos de este proyecto son todos los presidentes de barrios pertenecientes al municipio de Cobija.

5.8.2 Beneficiarios indirectos

Los beneficiarios indirectos son los miembros de la directiva de la Otbs. y la población en general del municipio de Cobija.

5.9 Resultados

Organizaciones territoriales de base de los diferentes barrios y comunidades rurales del municipio de cobija trabajan junto al SEDES en las diferentes acciones de Salud, ejerciendo su derecho a la salud y coordinando en la planificación, organización, ejecución y evaluación de proyectos que beneficia a toda la población, reduciendo la morbimortalidad de sus habitantes.

5.10 Localización física

La localización física donde se ejecutara el proyecto es el municipio de cobija que se encuentra ubicada en la provincia Nicolás Suarez del Departamento Pando del Estado Plurinacional de Bolivia.

5.11 Cobertura espacial

El presente proyecto será ejecutado el segundo semestre de la gestión 2010 por el Servicio Departamental de Salud.

5.12 Plan de actividades

Objetivo general: Promover la participación social en salud de las Organizaciones Territoriales de Base del municipio de Cobija a través de la Información, educación y capacitación.

AÑO 2010							
ETAPAS		ACTIVIDAD	FECHA		META (%)	RESPONSABLE	CONTENIDOS TEMATICOS
			INICIO	CONCLUSION			
sensibilización	Motivar la participación social de los presidentes de barrios.	Elaboración material publicitario, Spot y cuñas radiales	Julio	Diciembre	80% de los presidentes de barrios participa de las diferentes actividades de salud	Personal de SEDES y Presidentes de Otbs.	Ley de participación popular. Ley del sumí El SAFCI. La participación social. Derechos fundamentales.
		Difusión masiva de mensajes educativos por todos los medios de comunicación oral y escrito.	Julio	Diciembre			
Capacitación	Fortalecer a las Organizaciones de Base del municipio de cobija	Talleres de capacitación a todas las 47 Otbs. del Municipio de Cobija en su Sede Social	Julio	Diciembre	80% de los presidentes de barrios conoce los diferentes programas de salud.	Personal de SEDES y Presidentes de Otbs.	La malaria. El Dengue La leishmaniasis Las enfermedades transmisibles Las vacunas La tuberculosis La nutrición La salud ambiental El VIH SIDA
		Ferias de salud Integral.	Julio	Diciembre			
Evaluación	Evaluar y monitorear el nivel de aprendizaje y participación de las Otbs	Talleres de evaluación bimestral	Julio	Diciembre	80% de los presidentes de barrios evaluados y aprobados ejerciendo su derecho a la salud.	Personal de SEDES y Presidentes de Otbs.	La evaluación El monitoreo El cardex Los instrumentos de seguimientos.

5.13 Método y técnicas

Las actividades de Promoción y Movilización Social constituye una herramienta importante dentro del **plan general**, que se articulan entre si para garantizar el logro de los objetivos, este plan esta dividido en tres etapas:

5.13.1 Primera etapa sensibilización

- Difusión de Spot publicitarios elaborados de acuerdo a las características culturales de la región en horarios de mayor audiencia y difundirlas en los medios seleccionados, y destinados a la población en general.
- Cuñas radiales por radioemisoras, en horarios de mayor audiencia, de acuerdo al Plan Departamental de Promoción y Comunicación.
- Afiches pegados en los lugares de mayor afluencia, (Mercados, Iglesia, etc.), con el mensaje sobre la conducta que queremos lograr (**“Comunicación para el cambio de comportamiento”, “Tu mejor aliado contra enfermedades prevenibles”**.), para reforzar el habito y transmitir este mensaje a todos los miembros del hogar.
- Se realizara entrevistas a todos los presidentes de barrios como también visitas domiciliaria de forma mensual.
- Visitas de seguimiento a las autoridades locales de Salud de los Barrios del Municipio por muestreo, en forma periódica (trimestral), para verificar el cambio de conducta y reforzar los conocimientos sobre el problema, se utilizara material (trípticos, afiches adhesivos).
- Se realizara un monitoreo de difusión de los materiales publicitarios por parte de la Unidad de Comunicación Social de SEDES Pando.

5.13.2 Segunda etapa capacitación

- Ejecución de reuniones y talleres de capacitación a las autoridades locales una primera instancia inicio del proyecto, en todos los barrios del municipio de Cobija, para lograr que las autoridades locales, asuman el compromiso, como socios estratégicos contribuyendo de esta manera al cumplimiento a los objetivos del proyecto. Este proceso estará a cargo del equipo técnico del SEDES Pando, se utilizara medios audiovisuales (Multimedia) y material impreso (Dípticos) para consolidar la finalidad de estas reuniones, el taller se denominara: “Trabajo social para el cambio de comportamiento”, “Tu mejor aliado contra enfermedades prevenibles”.
- Se realizara ferias de salud en cada barrio del Municipio de Cobija en coordinación con los Presidentes de Barrios.

5.13.3 Tercera etapa evaluación

- Se realizara tres talleres de reciclaje y evaluación para determinar el avance de conocimiento y el comportamiento de los presidentes de barrios con relación al objetivo del proyecto que es de motivar su participación social en las acciones del sector salud.

Tomar muy en cuenta que los objetivos preliminares tienen el mismo grupo objetivo. Por lo que las estrategias de comunicación, serian las mismas, solamente la sensibilización de autoridades locales tendrá diferentes formas de abordaje, estas estrategias pretenden cambiar la conducta de los Presidentes de Barrios y a la población en general con el compromiso del empoderamiento de la salud de esta manera lograr que todos participen, logrando estos cambios de conducta, nuestras familias van estar protegidas de enfermedades prevenibles.

5.14 Presupuesto

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PARTIDA	VECES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	Talleres de Capacitación	Refrigerios	311	6	50	10	3.000
		Estipendio	222	6	4	50	1.200
		Movilidad		6	4		
		Útiles de Escritorio y Of.	395	6	45	10	2.700
		Combustible	362	6	20	3.74	449
		Otros alquileres	234	6	1	600	3.600
2	Difusión masiva de mensajes educativos de salud	Contratos Medios Masivos	255	6	10	1200	72.000
		Perifoneo	362	6	10	120	7.200
		Combustible	362	6	200	3.74	4.488
3	Elaboración material publicitario	Producción de publicidad audiovisual	255	6	4	1000	24.000
		Pasacalles	342	6	4	700	16.800
		Imprenta	256	6	1000	8	48.000
4	Ferias de Salud	Refrigerios	311	6	50	10	3.000
		Movilidad		6	1		
		Combustible	362	6	30	3.74	674
		Útiles de Escritorio y Of.	395	6	45	10	2.700
		Otros alquileres	234	6	1	600	3.600
		Material de escritorio	395	6	45	10	2.700
5	Talleres de evaluación	Refrigerios	311	3	50	10	1,500
		Combustible	362	3	20	3.74	225
		Útiles de Escritorio y Of.	395	3	45	10	1,350
		Otros alquileres	234	3	1	600	1,800

5.6 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																											
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE							
Talleres de capacitación	■				■				■				■				■				■				■			
Difusión masiva de mensajes educativos en salud	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración de material publicitario	■			■				■				■				■				■				■				■
Ferias de Salud		■			■						■				■				■				■				■	
Talleres de evaluación								■								■												■

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

La experiencia desarrollada durante el Trabajo Dirigido, surge ante la necesidad de impulsar la participación activa de los presidentes de barrios en las diferentes actividades y acciones del sector Salud, buscando su empoderamiento para que pueda ser el protagonista de un cambio de conducta en su barrio y coadyuvar a mejorar los problemas de salud que enfrentan los niños, niñas y vecinos del barrio al cual representa.

Objetivo específico 1

Desarrollar un diagnóstico interno del SEDES y de los presidentes de barrios representantes de las Organizaciones Territoriales de base del Municipio de
--

- Se ha podido evidenciar durante el proceso de trabajo que las Organizaciones territoriales de Base no participan en las acciones que promueve el sector salud.
- Las organizaciones sociales tiene un concepto referente al trabajo que realiza el sector salud con la población como un trabajo muy útil, pero no se lo realiza coordinadamente.
- No existe coordinación entre las Otbs. y el sector salud.
- No existe un instrumento valido que motive la participación social e involucramiento de los presidentes de barrios.
- El Sedes Pando no Promueve la participación social de los presidentes de barrios.
- El SEDES no cuenta con recursos económicos para solventar gastos de funcionamientos de la Otbs.

- No se aplico la nueva política de salud llamada Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- Existe mucha injerencia política en el interior de los barrios.
- En algunos barrios tiene dos Otbs.
- El SEDES no cuenta con los recursos humanos suficiente para crea una unidad de educación social en salud.
- El SEDES no cuenta con ningún profesional en trabajo social o comunicador social.

Objetivo especifico 2

Desarrollar una propuesta que pueda ser utilizada por el SEDES para reactivar e impulsar la participación de las Organizaciones Territoriales de Base en las acciones de Salud a través de sus representantes.

- A través de la propuesta se logrará mayor participación de los presidentes de barrios, para el logro de los objetivos planteados.
- La programación por parte del SEDES para capacitar en forma frecuente a los representantes de los barrios en: marco legal (leyes, reglamentos y funciones en la toma de decisiones en salud), Funciones de las Otbs. en los DILOS, prevención de enfermedades, entre otras, esta planteada en la propuesta

Objetivo especifico 3

Validar la propuesta con los representantes de SEDES y el Comité de Vigilancia representantes de los presidentes de Barrios.

- La propuesta planteada es, como herramienta esencial para ajustar los objetivos conductuales preliminares, actividad que se realizara con el apoyo de los Gerentes de Redes y Educadores de salud, Prefectura, Municipio y

Representante del Comité de Vigilancia, capacitándolos en la metodología y analizando la información obtenida

- Se tiene una propuesta de impacto que ha sido presentada como una de la forma más sencilla de motivar la participación social en salud de los presidentes de barrios.

7.2 Recomendaciones

- Las autoridades de salud deben coordinar con los representantes que componen el DILOS para programar capacitaciones en cuanto a las normativas y funciones de las OTB en actividades de salud para obtener la mayor demanda de participación de los mismos
- Se sugiere al SEDES como institución rector en salud a nivel departamental pueda ser protagonista del involucramiento de las OTB en acciones activas en salud en cada barrio del Municipio Cobija.
- Las autoridades locales, Municipales y Departamentales deben incentivar a las Organizaciones Sociales a través de invitaciones, certificados, reconocimientos o memorando de agradecimiento en cada participación que realice.
- Las organizaciones sociales deben tomar en cuenta que para mejorar las condiciones de vida es necesario primeramente apoyar a mejorar las condiciones de trabajo del sector Salud.
- Se sugiere la SEDES contratar los servicios de profesionales en trabajo social y comunicación social para realizar trabajos relacionados con el desarrollo comunitarios en salud.

Bibliografía

- Anderg-Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo.
- Arias Herrera, H. 1995. La comunidad y su estudio: Personalidad- Educación- Salud. La Habana: Editorial pueblo y educación.
- Arias Herrera, H.1993. La influencia de factores psicológicos y sociales en la salud. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba.
- Barrenechea C, M. Bonino, A. Celiberti, E. Ciganda, E. Echenique y L. Echenique. 1993. Acción y participación comunitaria en salud. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. 1999.Hacia la implantación de modelos de la administración gerencial en Salud Pública: XII concurso de ensayos CLAD. Washington DC: OPS.
- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud “La participación Social en el Diagnostico de Salud” 1994.
- Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson, 2001.
- Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAP)1991.
- Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). (1991). "Participación en Salud: Lecciones y Desafíos". Editorial Interamericana. Chile.
- Desarrollo Comunitario Ministerio de Salud y Deporte.
- Ensayo Monográfico de Pando
- Es. Wikipedia.org / wiki/ Comunidad.
- Estrategias para el Desarrollo Comunitario IAP. Foro nacional de pueblos indígenas de Bolivia.
- Ezequiel Ander Egg Diccionario de Trabajo Social pág. 213
- Fadda Cori, G. (1990). "La Participación como encuentro: Discurso político y praxis urbana". Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Universidad Central de Venezuela. Caracas Venezuela.
- Fadda Cori, G. 1990 “La Participación como encuentro”.
- Fernández, A. 1997. Movimientos comunitarios, participación y medio ambiente. Revista Temas (9): 53-9
- FRIGO Edgardo “La Capacitación”
- FRIGO Edgardo “La Capacitación”
- Geiringer, Alberto 1989 “Lecciones y Desafíos” Editorial Chile.
- HERNANDEZ, Sampieri, 2003, Metodología de la Investigación Pág. 5
- Jiménez, Leonor. (1995). "El Consejo Popular: Un espacio de concertación y participación social en salud". Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Salud Pública. La Habana, Cuba. Mimeografiado.
- La gazeta oficial
- Linares C. 1996. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
- Luna Pizarro Chelio “ Ensayo Monográfico de Pando” Pág. 59

- Mario Vargas Llosa “Como nos Educamos”
- Mario Vargas Llosa “Como nos Educamos”
- Miguel López y Fernando Chacón: Intervención Psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo. Prevención en intervención social, ciudad de la Habana, 2000.
- Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. (1994). "La participación social en el Diagnóstico de Salud". Taller Nacional de Promoción de Salud. Mimeografiado.
- Modelo SAFCI 2008 Pág. 05
- Morón C. 1995. Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 45 (1): 374-378.
- O.P.S. “La Participación Social” 1990.
- OMS. 1992 “salud y Desarrollo”.
- OPS. “La Participación Social” 1990.
- OPS. “La Participación Social” 1990.
- Organización Mundial de la Salud. 1990a. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: La participación social". HSD/SILOS-3. Washington, D. C.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de la Salud: La Administración Estratégica". HSD/SILOS-2. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: La participación social en el desarrollo de la salud". HSD/SILOS-26 Washington, D. C.
- Organización Panamericana de la Salud. (1994). "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de la Salud: La Administración Estratégica". HSD/SILOS-32. Washington, D. C.
- Organización Panamericana de la Salud. 1986 Carta de Ottawa para la promoción de salud. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. 1995 La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35)
- Pérez S. y Vera 1988 “Participación Comunitaria.”
- Pérez S. y Vera 1988 “Participación Comunitaria.”
- Pérez, S. y Vera, S. (1988). "Participación Comunitaria. Algunas perspectivas acerca de la intervención profesional en los programas de salud". Acta Odontológica Venezolana. Vol. 26. No. 3. Caracas. Venezuela.
- Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud: Versión preliminar. Santafé de Bogotá: República de Colombia. 1991
- Redes Sociales Ministerio de Salud y Deportes Pág. 5 introducción
- Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001.

- Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001.
- Rodríguez Neira, T. 1996. Aprendizajes Tácitos: Comunidades, grupos y casas. Aula Abierta (68): 3-18.
- San Martín, H. Pastor, V. (1984). "Salud Comunitaria: Teoría y Práctica". Ediciones Díaz de Santos S. A.. Madrid, España.
- Sentíes, Y. 1994. Participación comunitaria en la atención primaria de salud: Teoría y praxis. México: UNICEF.
- SNIS
- SNIS SEDES PANDO
- SNIS SEDES PANDO
- Solleras Pág. 33
- Torres, Nelia. (1978). «Participación Popular en el Sector de la Salud, Evolución Histórica». Hemeroteca Nacional de Medicina de la Habana. Cuba.
- Turabián, J. L. (1991). «Participación comunitaria en atención primaria de salud: ¿amigo o enemigo?». Revista Formación Continuada. Área de Salud Pública y Medicina Comunitaria. Vol. 8. No. 2. Febrero.
- Turibbain 1991
- Ugalde, A. (1985). "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica". Traducido del Social Science and Medicine. Vol. 21. No. 1.
- Unión Europea 2003 Ley del SUMI Pág. 44
- Vila, E. (1982). "Participación Popular y Actividades de Salud". Revista Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba.

ANEXOS

ANEXO 7

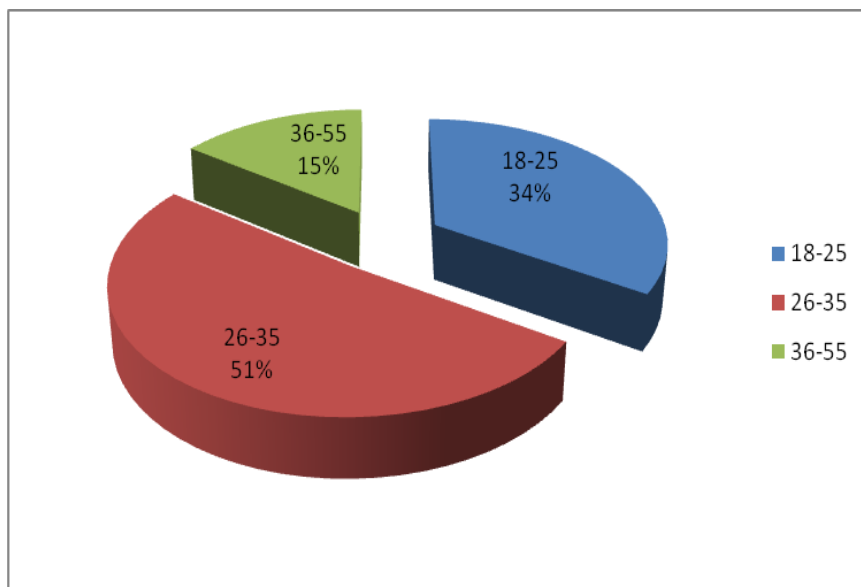
GRAFICO N° 4

EDAD PROMEDIO DE LOS PRESIDENTE DE LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE COBIJA.

N°	Edad	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	18-25	16	34
2	26-35	24	51
3	36-55	7	16
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 51 % de los Presidentes de Barrios tienen un promedio de 26 a 35 años de edad mientras que el 16 % solamente de 36 a 55 años de edad.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 8

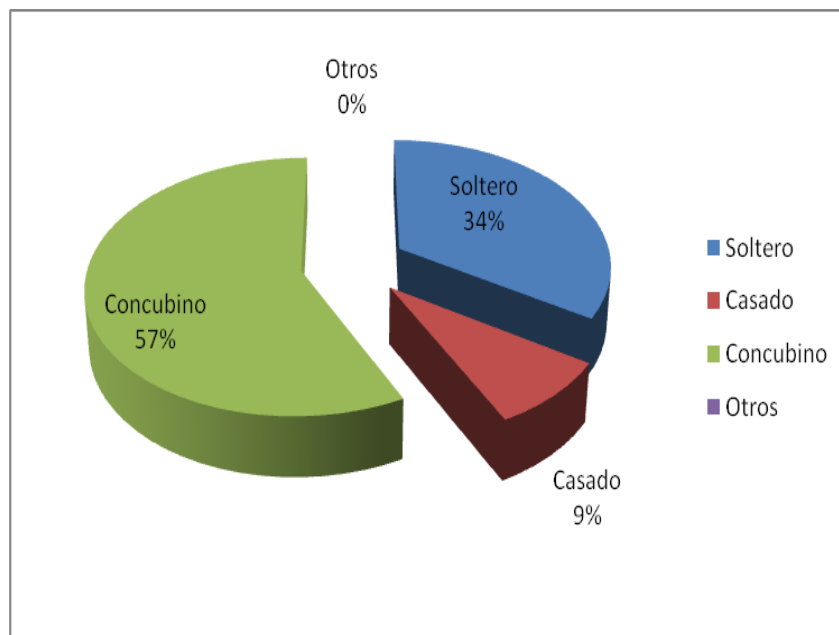
GRAFICO N° 5

ESTADO CIVIL DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DEL MUNICIPIO DE COBIJA.

Nº	Estado civil	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Soltero	16	34
2	Casado	4	9
3	Concubino	27	57
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 57 % de los presidentes de barrios viven en concubinato mientras que el 9% son casados.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 9

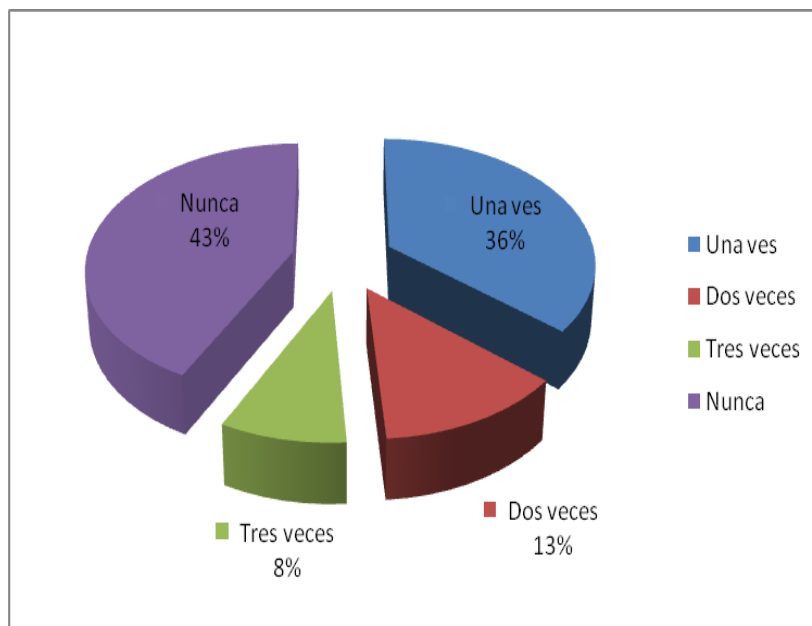
GRAFICO N° 6

CANTIDAD DE VECES AL MES QUE ACUDE EL PRESIDENTE DE BARRIO AL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD A PEDIR INFORMACION.

Nº	¿Cuántas veces en el mes acude al Hospital o Centro de Salud a pedir información?	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Una vez	17	36 %
2	Dos veces	6	13 %
3	Tres veces	4	8 %
4	Nunca	20	43 %
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 43 % de los presidentes de barrio dice que nunca y el 8% tres veces al mes.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 10

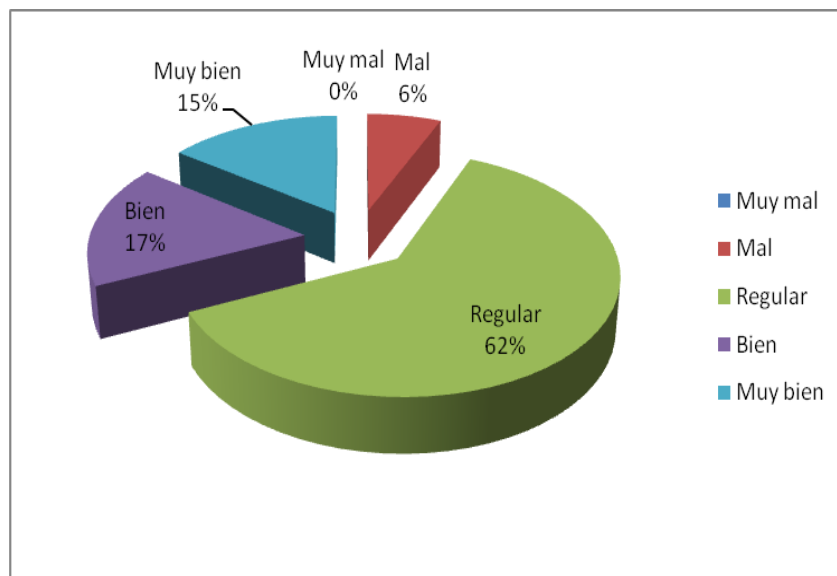
GRAFICO N° 7

PERCEPCION DEL PRESIDENTE DE BARRIO DE CÓMO LO ATENDIERON EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SOLICITO INFORMACION

Nº	¿Cómo lo atendieron?	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Muy mal	0	0
2	Mal	3	6
3	Regular	29	62
4	Bien	8	17
5	Muy bien	7	15
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 62% manifiesta que a sido atendido regularmente y el 6% manifiesta que lo atendieron mal.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 11

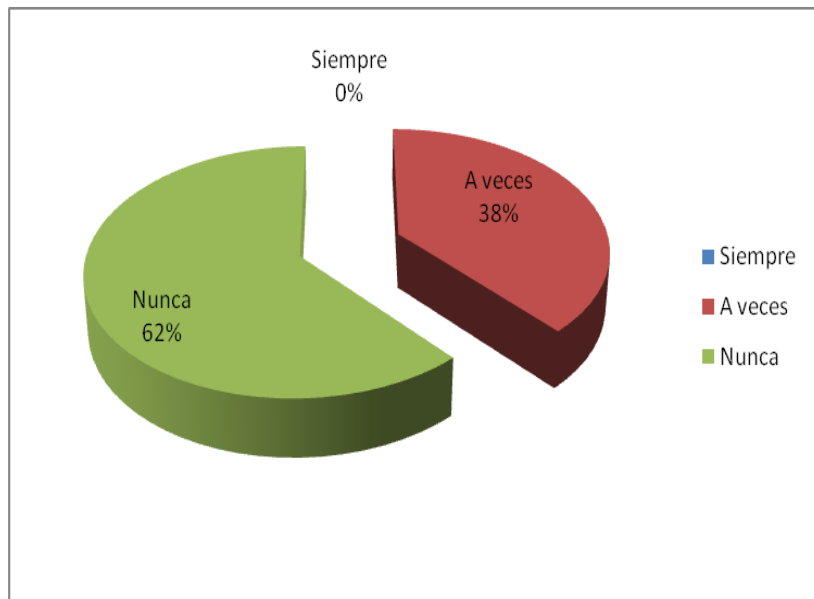
GRAFICO Nº 8

PERCEPCION DEL PRESIDENTE DE BARRIO DE CÓMO SON TOMADA EN CUENTA SUS OPINIONES POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Nº	¿Lo toman en cuenta con sus opiniones?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	0	0
2	A veces	18	38
3	Nunca	29	62
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 62% de los presidentes de barrios manifiestan que sus opiniones no son tomadas en cuenta mientras que el 38% a veces.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 12

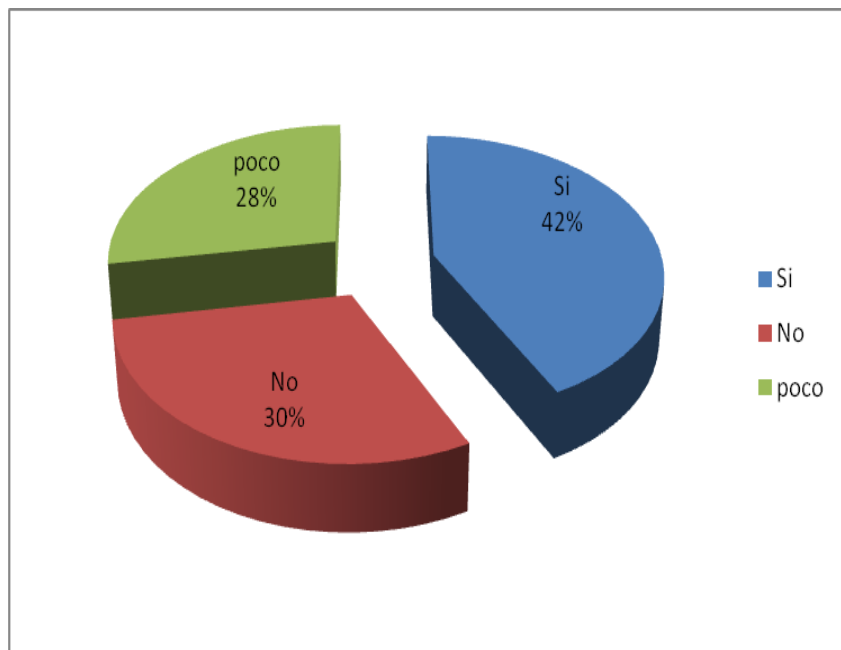
GRAFICO Nº 9

CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LA LEY DE PARTICIPACION POPULAR.

Nº	¿Conoce usted la Ley de Participación Popular?	Cantidad	Porcentaje
1	Si	20	42
2	No	14	30
3	poco	13	28
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 42 % de los Presidentes de barrios manifiesta que si conoce la Ley y el 13 % conoce poco.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 13

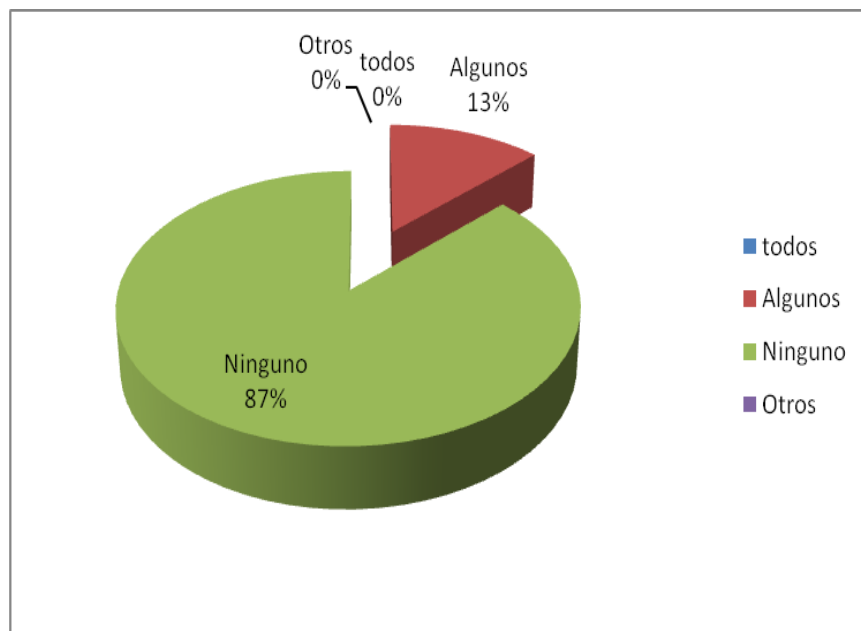
GRAFICO N° 10

CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE SALUD.

Nº	¿Conoce usted los diferentes programas de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	todos	0	0
2	Algunos	6	13
3	Ninguno	41	87
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 87 % de los presidentes de barrios manifiesta que no conoce los diferentes programas de salud y el 13% manifiesta que conoce algunos.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 14

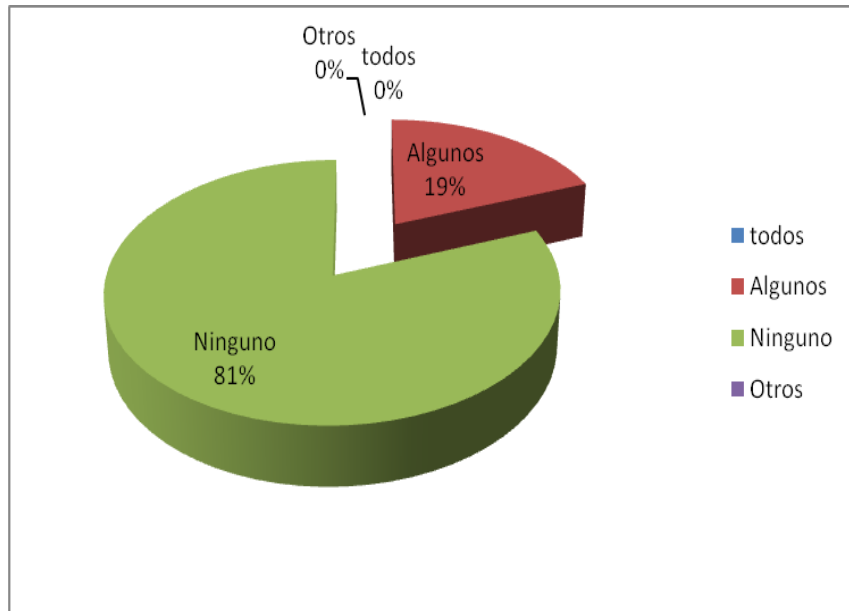
GRAFICO N° 11

CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS DE LAS POLITICAS SOCIALES DEL SECTOR SALUD.

Nº	¿Conoce usted las diferentes políticas de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	todos	0	0
2	Algunos	9	19
3	Ninguno	38	81
4	Otros	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 81% de los presidentes de barrios manifiesta que no conoce las políticas sociales del sector de Salud y el 19 % manifiesta que conoce algunas.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 15

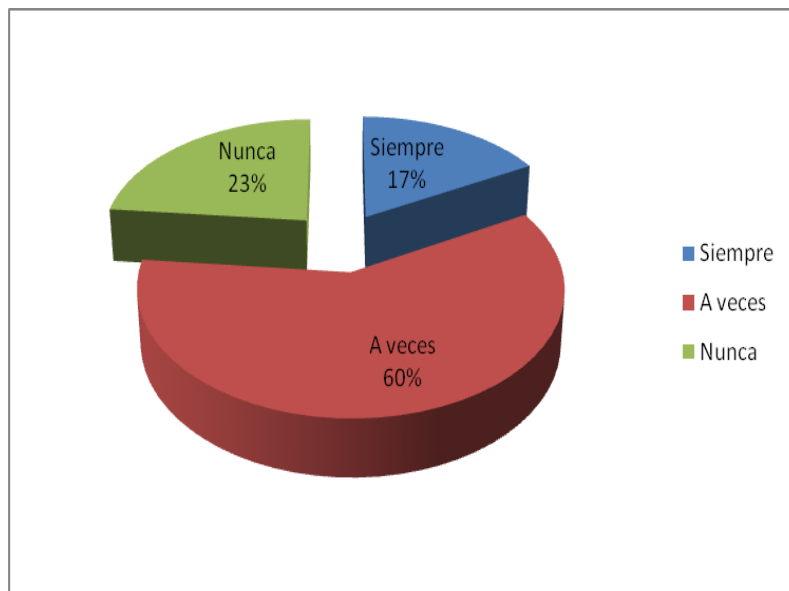
GRAFICO N° 12

CONVOCATORIA A LOS PRESIDENTES DE BARRIOS A LAS ACTIVIDADES DEL SEDES.

N°	¿Lo convocan o invitan las autoridades de Salud a participar de actividades de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	8	17
2	A veces	28	60
3	Nunca	11	23
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 60 % de los presidentes de barrios manifiestan que a veces lo convocan a participar de las actividades del SEDES y el 17% siempre lo convocan.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 16

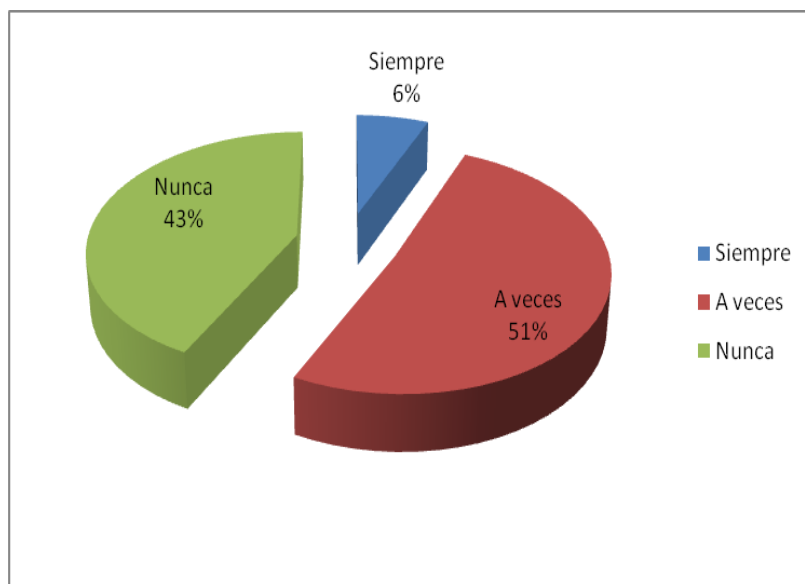
GRAFICO N° 13

PARTICIPACION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS EN LAS ACTIVIDADES DE SEDES PANDO

N°	¿Participa en las actividades de Salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	3	6
2	A veces	24	51
3	Nunca	20	43
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 51% de los presidentes de barrios manifiesta que a veces participa de las actividades del SEDES y el 6% siempre.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 17

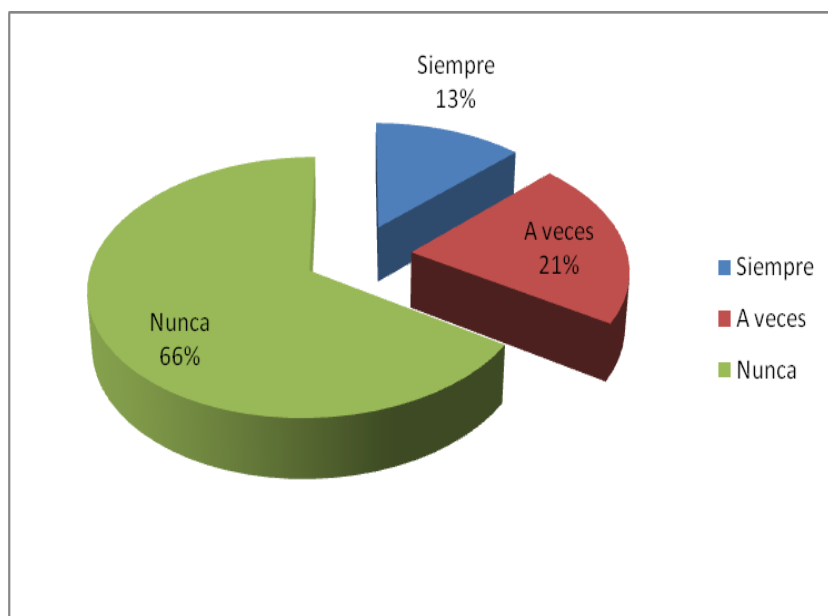
GRAFICO N° 14

PARTICIPACION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SECTOR SALUD.

N°	¿Participa usted en la toma de decisiones de salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	6	13
2	A veces	10	21
3	Nunca	31	66
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 66% de los presidentes de barrios manifiestan que nunca participa de toma de decisiones y el 6% manifiesta que siempre participa.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 18

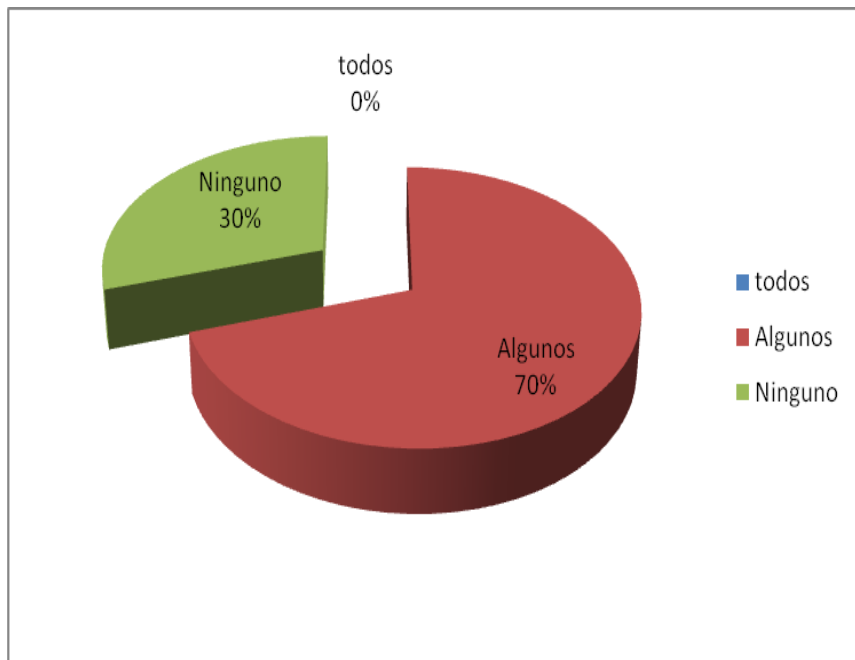
GRAFICO N° 15

CONOCIMIENTO DE LOS PRESIDENTES DE BARIOS EN RELACION A LOS PROBLEMAS DE SALUD.

N°	¿Conoce los diferentes problemas de salud?	Cantidad	Porcentaje
1	todos	0	0
2	Algunos	33	70
3	Ninguno	14	30
4	Otros		
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 70% de los presidentes de barrios manifiesta que conoce algunos problemas de Salud y el 30% no conoce ninguno.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 19

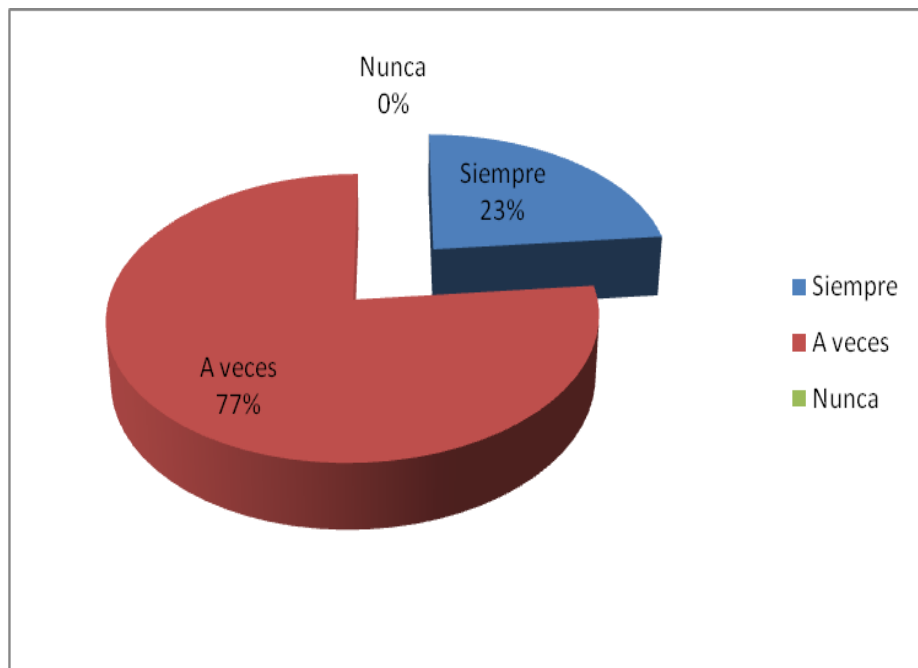
GRAFICO N° 16

PROPUESTA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD A LAS AUTORIDADES DE SALUD.

N°	¿Propone solución a los problemas de Salud a las autoridades en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Siempre	11	23
2	A veces	36	77
3	Nunca	0	0
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 77% de los presidentes de barrios manifiesta que sugiere propuesta de solución a las autoridades de Salud y el 23% manifiesta que siempre.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 20

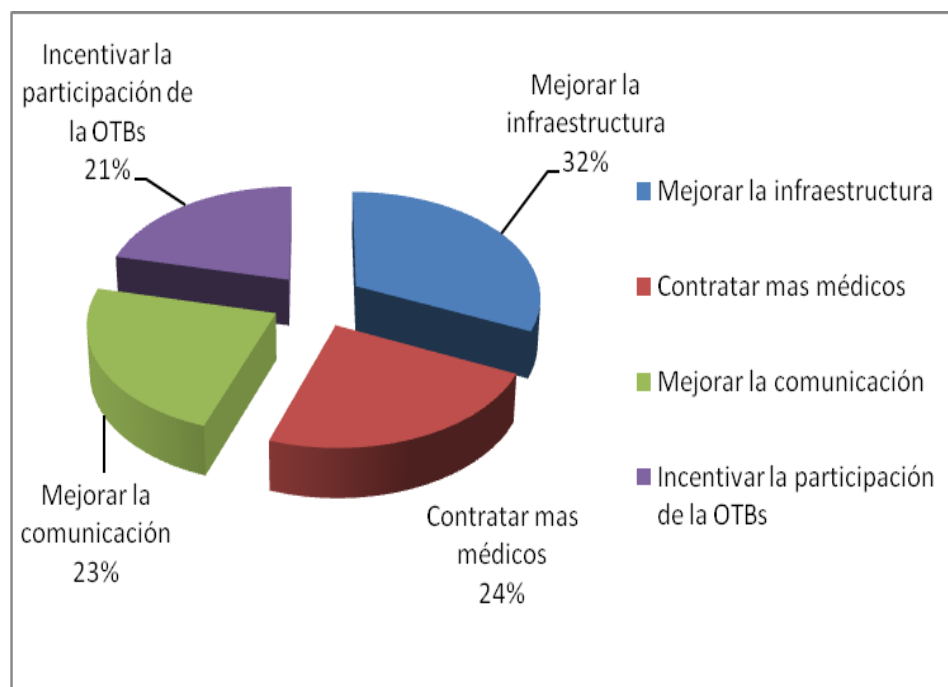
CUADRO N° 17

SUGERENCIA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA MEJORAR LA ATENCION EN SALUD.

N°	¿Qué sugiere para mejorar la atención en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Mejorar la infraestructura	15	32
2	Contratar mas médicos	11	24
3	Mejorar la comunicación	11	23
4	Incentivar la participación de la OTBs	10	21
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 32 % sugiere que se debe mejorar la infraestructura y el 21% que se debe de incentivar la participación de las Otbs.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 21

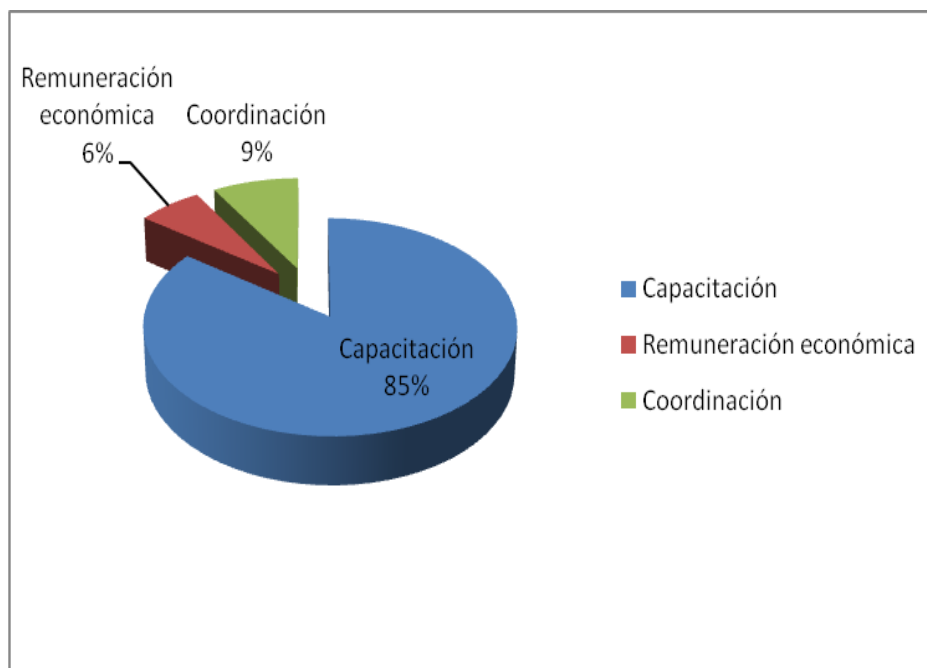
CUADRO N° 18

SUGERENCIA DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS PARA MEJORAR LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

N°	¿Qué sugiere para mejorar la participación de las OTBs en salud?	Cantidad	Porcentaje
1	Capacitación	40	85
2	Remuneración económica	3	6
3	Coordinación	4	9
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 85% de los presidentes de barrios sugiere que se debe capacitar a todos los presidentes de barrios y el 6% que se le debe remunerar económicamente.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 22

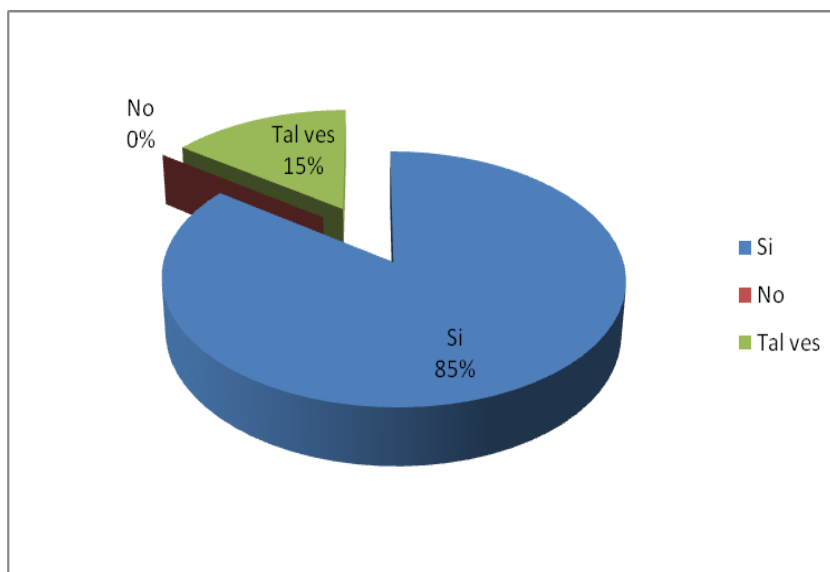
CUADRO N° 19

PERCEPCION DE LOS PRESIDENTES DE BARRIOS A MEJORAR LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE COBIJA PARTICIPANDO EN LA PLANIFICACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE SEDES PANDO.

N°	¿Considera usted que participando las organizaciones sociales en la planificación la ejecución y evaluación de las diferentes actividades de Salud Mejorara las condiciones de vida de los vecinos de la ciudad de cobija?	Cantidad	Porcentaje
1	Si	40	85
2	No	0	0
3	Tal ves	7	15
TOTAL		47	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

El 85% de los presidentes de barrios consideran que participando en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud mejorara la salud en el municipio de Cobija y el 15% considera que tal ves.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas 2010.

ANEXO 4

TALLER 1

TALLER DE SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA DE TRABAJO CON LOS PRESIDENTES DE BARRIOS Y EL COMITÉ DE VIGILANCIA



ANEXO 23

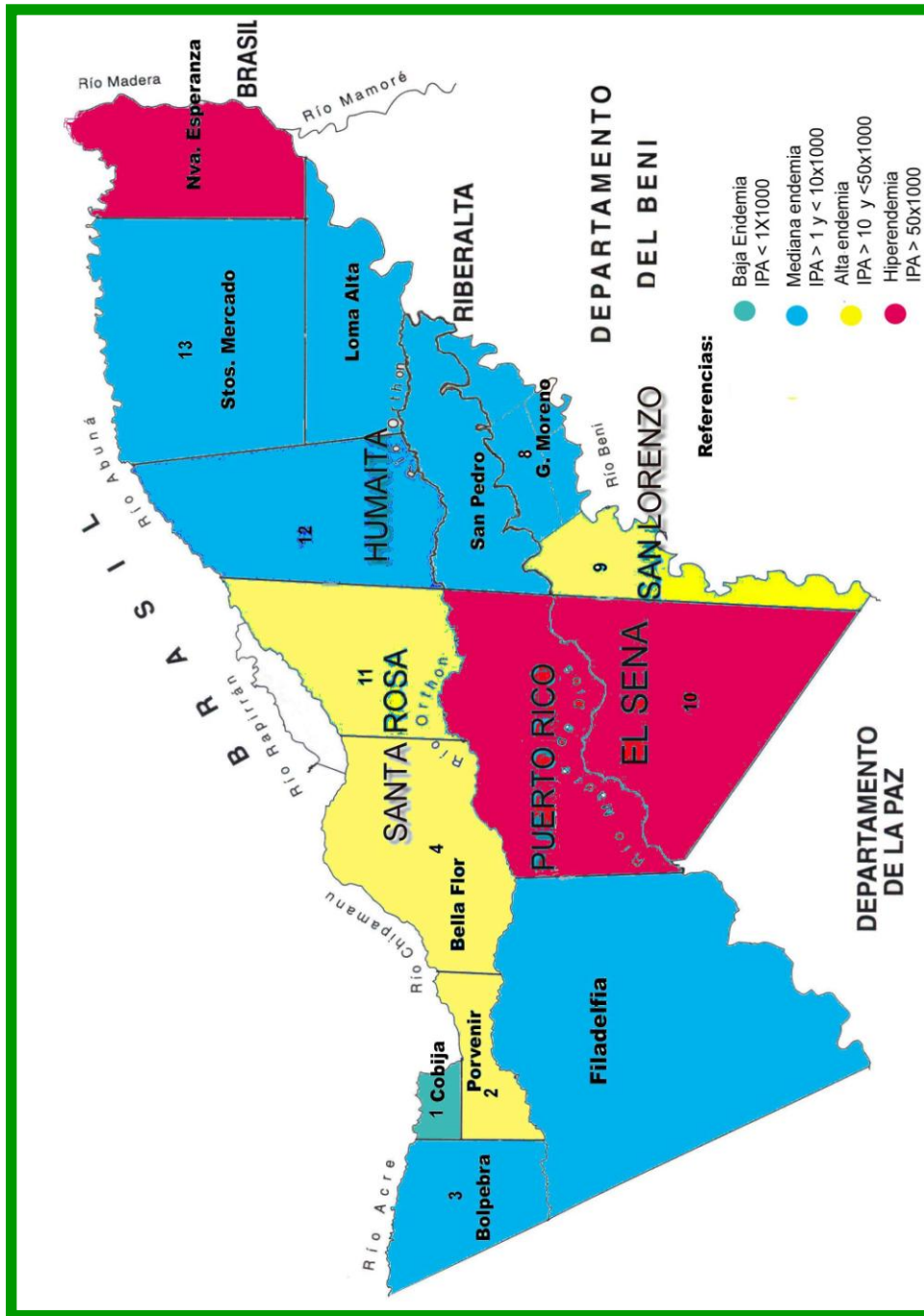
TALLER 2

PRESENTACION DE RESULTADOS Y EVALUACION DE ENCUESTAS APLICADAS



ANEXO 1

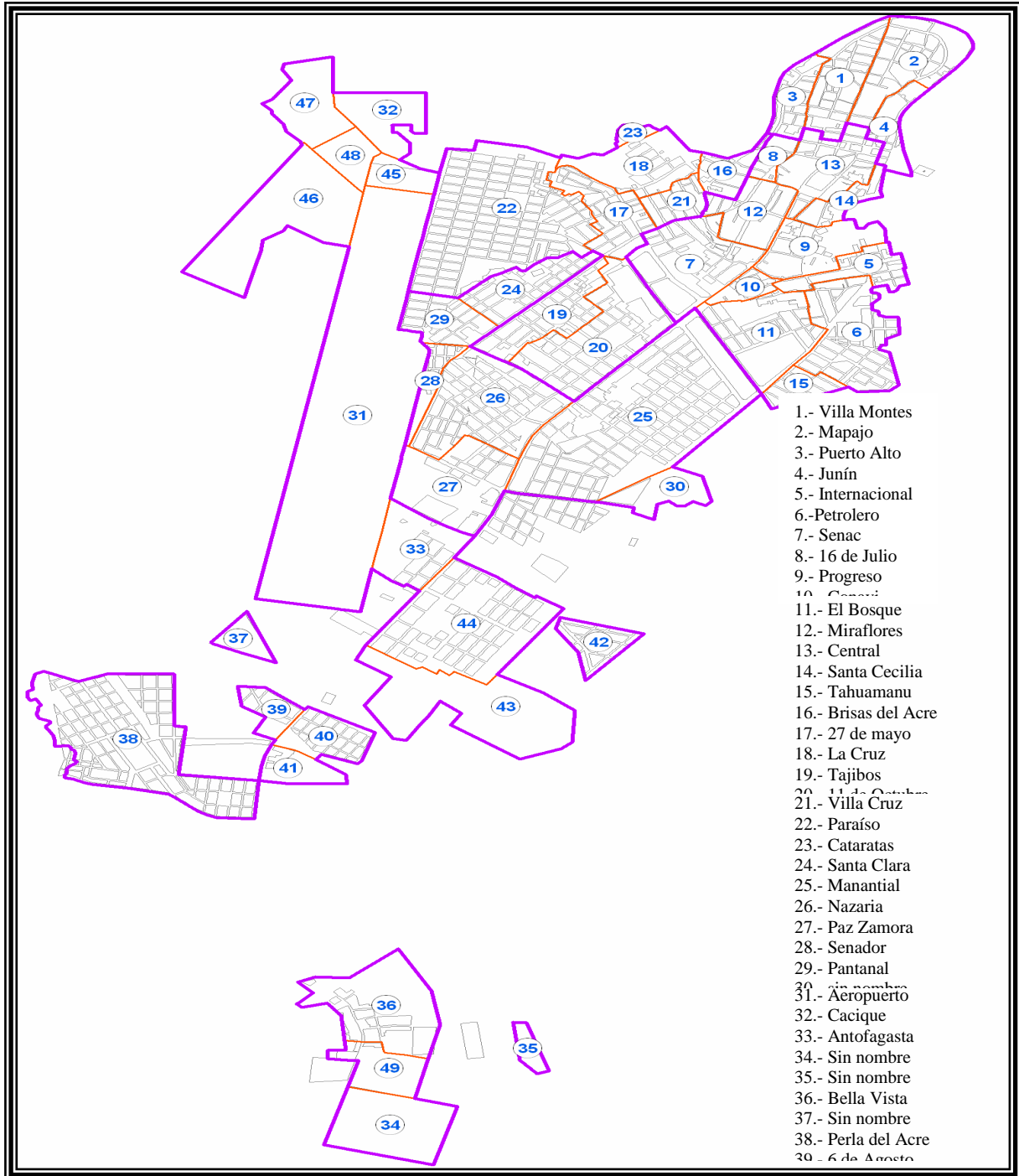
MAPA DEL DEPARTAMENTO PANDO



Fuente: Atlas de Bolivia Edición Bruño 2007

ANEXO 2

CROQUIS DE LA CIUDAD DE COBIJA GESTION 2009



ANEXO 3

FOTOS SEDES PANDO GESTION 2009



ANEXO 5

FORMULARIO PARA EL LLENADO DE LA ENCUESTA

Número de encuesta _____ Lugar _____ Institución _____

Responsable de la encuesta _____

Nombre del encuestado _____

1.- Edad

- 18-25
- 26-35
- 36-60

2.-Estado civil

- Casado
- Soltero
- Concubino

3.- ¿Cuántas veces en el mes acude al Hospital o Centro de Salud?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Ninguna

4.- ¿Cómo lo atendieron?

- Muy mal
- Mal
- Regular
- Bien
- Muy bien

5.- ¿lo toman en cuenta con sus opiniones?

- siempre
- a veces
- nunca

6.- ¿Conoce usted la Ley de Participación Popular?

- Si
- No

- Poco

7.- ¿Conoce usted los diferentes programas de Salud?

- Todos
- Algunos
- Ninguno
- Otros.....

8.- ¿Conoce usted las diferentes políticas de Salud?

- Todos
- Algunos
- Ninguno
- Otros.....

9.- ¿Lo convocan o invitan las autoridades de Salud a participar de actividades de Salud?

- Siempre
- A veces
- Nunca

10.- ¿Participa en las actividades de Salud?

- Siempre
- A veces
- Nunca

11.- ¿Participa usted en la toma de decisiones de salud?

- Siempre
- A veces
- Nunca

12.- ¿Conoce los diferentes problemas de salud?

- Todos
- Algunos
- Ninguno
- Otros.....

13.- ¿propone solución a los problemas de Salud a las autoridades en salud?

- Siempre
- A veces
- Nunca

14.- ¿Qué sugiere para mejorar la atención en salud?

- Mejorar la infraestructura
- Contratar mas médicos
- Mejorar la comunicación
- Incentivar la participación de las OTBs

15.- ¿Qué sugiere para mejorar la participación de las OTBs en salud?

- Capacitación
- Remuneración económica
- Coordinación

16.- ¿considera usted que participando las organizaciones sociales en la planificación la ejecución y evaluación de las diferentes actividades de Salud Mejorara las condiciones de vida de los vecinos de la ciudad de cobija?

- Si
- No
- Tal vez

Cobija, Octubre de 2009

.ANEXO 6

FOTOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS

