

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA



**DISMINUCION DE LA ASISTENCIA A LA CARPETIZACION EN EL PUESTO
DE SALUD CONSUELO DEL ROSARIO KM 54 DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DE LA GESTION 2025: CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS.**

**MONOGRAFIA DE INVESTIGACION REALIZADA DURANTE EL SERVICIO
SOCIAL RURAL OBLIGATORIO PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

AUTOR: BRISNEY CUELLAR MOCHO

TUTOR: Lic. Benjamin Miguel Machicado Ayala

DOCENTE: LIC. DIGNA CARI CONDOLI

LAS PIEDRAS – PANDO - BOLIVIA

2025

DEDICATORIA

A nuestro PADRE CELESTIAL, por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida, por guardarme en todo momento y lugar, brindarme sabiduría, conocimiento, darme fuerzas cuando quería rendirme a él por siempre protegerme cuando estuve lejos de mi familia y guiarme por el camino correcto.

Con profundo amor y respeto va dedicado a mis padres porque sin el apoyo de ellos no hubiera llegado a este momento tan importante de mi vida, a mi madre por sus consejos y apoyo.

Con mucho amor para mi PADRE Erick Cuellar Amutari sin el quizás no hubiese podido lograr convertirme en una persona de bien, sin su apoyo, sus consejos, sus valores, por la motivación constante, perseverancia que lo caracterizan, ser mi refugio seguro, por enseñarme a no rendirme ni a renunciar a los sueños por muy lejos que se vean, a ese hombre que siempre está presente en cada paso que doy gracias por impulsarme cada día ser mejor.

Al personal del centro de salud “CONSUELO DEL ROSARIO KM 54” por recibirme en sus instalaciones, por la consideración, amabilidad, respeto y apoyo en todo este tiempo, gracias mil gracias de verdad.

A todos y cada uno: Gracias.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido culminar esta etapa de mi vida y guiarme siempre en mi camino. A mi familia por haberme apoyado y ayudado a superar todos los obstáculos y momentos difíciles que he tenido a lo largo de toda mi vida y mi carrera y ser siempre quienes me impulsen a seguir adelante.

A: Mi tutor de tesis, por su paciencia, sabiduría, asesoramiento y tiempo brindado.

INDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento Del Problema.....	3
1.2. Delimitación Del Estudio.....	3
1.2.1. Delimitación Del Estudio Temática	3
1.2.2. Delimitación Temporal	3
1.2.3. Delimitación Espacial	3
1.3. Pregunta De Investigación.....	4
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
1.5. justificación.....	4
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Bases legales.....	7
2.3. Bases Teóricas.....	8
3. Marco Metodológico.....	15
3.1. Tipo y Enfoque De Investigación.....	15
3.1.1. Tipo De Investigación	15
3.1.2. Enfoque	15
3.2. Diseño De La Investigación.....	16
3.3. Población y Muestra.....	16
3.3.1. Población	16
3.3.2. Muestra	16
3.3.3. Criterios De Inclusión y Exclusión	16
4. RESULTADOS.....	18
4.1. Conclusiones.....	28
4.2. Recomendaciones.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	33

RESUMEN

La monografía analiza las causas de la baja asistencia a la carpetización en el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54, Riberalta, durante el tercer trimestre de 2025. Este proceso es clave para actualizar fichas familiares y garantizar el acceso a servicios de salud en Bolivia, pero enfrenta barreras culturales, geográficas, económicas y comunicacionales.

- ✚ **Desconocimiento:** El 70 % de los entrevistados no comprende el propósito de la carpetización, lo que reduce su motivación para participar.
 - ✚ **Barreras económicas y geográficas:** El costo del transporte y la distancia dificultan el acceso, especialmente en caminos lodosos y bajo lluvias.
 - ✚ **Falta de información:** El 45 % no recibió aviso sobre fechas y horarios, y los mensajes no son bilingües ni repetitivos.
 - ✚ **Percepción de inutilidad:** El 40 % no identifica beneficios concretos, mientras que el 45 % considera que es un trámite sin utilidad.
 - ✚ **Resistencia cultural:** Creencias tradicionales y desconfianza hacia el Estado limitan la entrega de datos personales.
- Implementar jornadas móviles de carpetización en los caseríos.
 - Ampliar horarios de atención, incluyendo domingos y tardes.
 - Ofrecer incentivos como kits de higiene o alimentos.
 - Mejorar la comunicación mediante radio comunitaria y visitas casa por casa.
 - Garantizar la privacidad de los datos y capacitar al personal en atención intercultural.

La carpetización debe adaptarse a las necesidades culturales y logísticas de la comunidad, promoviendo confianza y participación activa. Esto permitirá mejorar la cobertura sanitaria y el acceso a programas sociales en zonas vulnerables como el norte amazónico boliviano.

ABSTRACT

This monograph analyzes the causes of low attendance at the KM 54 Health Post in the Consuelo del Rosario community, Riberalta, during the third quarter of 2025. This process is key to updating family records and guaranteeing access to health services in Bolivia, but it faces cultural, geographic, economic, and communication barriers.

Lack of awareness: 70% of those interviewed do not understand the purpose of the file collection, which reduces their motivation to participate.

Economic and geographic barriers: The cost of transportation and the distance make access difficult, especially on muddy roads and during rainy weather.

Lack of information: 45% did not receive notification of dates and times, and the messages were neither bilingual nor repetitive.

Perception of futility: 40% did not identify any concrete benefits, while 45% considered it a useless process.

Cultural resistance: Traditional beliefs and distrust of the State limit the provision of personal data.

- Implement mobile community outreach campaigns in hamlets.
- Extend service hours, including Sundays and afternoons.
- Offer incentives such as hygiene kits or food.
- Improve communication through community radio and door-to-door visits.
- Ensure data privacy and train staff in intercultural care.

Community outreach campaigns should be adapted to the cultural and logistical needs of the community, fostering trust and active participation. This will improve health coverage and access to social programs in vulnerable areas such as the northern Bolivian Amazon.

CAPITULO I

1. Introducción.

Bolivia, como país plurinacional y multicultural, ha avanzado en las últimas décadas en la ampliación de su red de servicios de salud, especialmente en zonas rurales y amazónicas. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos institucionales y normativos, persisten brechas significativas en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud, particularmente en territorios indígenas y comunidades alejadas de los centros urbanos. En este contexto, la región amazónica del norte boliviano, específicamente la provincia Vaca Díez del departamento del Beni, representa un área de alta vulnerabilidad sanitaria, donde factores geográficos, culturales, económicos e históricos condicionan el acceso de la población a los servicios de salud.

La comunidad Consuelo del Rosario, ubicada en la zona rural del municipio de Riberalta, es una de las tantas poblaciones que dependen del Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54, un establecimiento de primer nivel de atención que forma parte de la red pública del Sistema Único de Salud (SUS) boliviano. Este puesto de salud, que atiende a diversas familias tanto originarias como migrantes, tiene como una de sus funciones principales la carpetización, es decir, la actualización de los datos de la población en el Sistema de Información en Salud (SIS), mediante la inscripción, actualización y control de las fichas familiares y personales. La carpetización es una herramienta esencial para la planificación sanitaria, la distribución de recursos, la aplicación de programas de salud preventiva y el seguimiento de indicadores epidemiológicos.

Sin embargo, en el tercer trimestre de la gestión 2025, se ha observado una disminución preocupante en la asistencia de la población a los procesos de carpetización en dicho puesto de salud. Esta baja participación no solo afecta la calidad de la información sanitaria, sino que también limita la efectividad de intervenciones como vacunaciones, controles de embarazo, atención infantil y programas de salud comunitaria. Ante esta situación, surge la necesidad de investigar las causas subyacentes que explican por qué las familias de Consuelo del Rosario no están participando activamente en este proceso, pese a su importancia para la salud individual y colectiva.

Desde una perspectiva pedagógica y sociocomunitaria, esta investigación busca comprender el fenómeno más allá de las cifras. Se trata de explorar cómo las representaciones sociales sobre la salud, las prácticas culturales tradicionales, la percepción de los servicios estatales, las barreras lingüísticas y geográficas, así como las dinámicas de confianza entre la comunidad y el personal de salud, influyen en la decisión de no asistir a la carpetización. Asimismo, se considera el rol de la educación comunitaria y la comunicación intercultural como herramientas clave para revertir esta tendencia.

Riberalta, como municipio fronterizo y de tradición ribereña, tiene una población diversa que incluye a pueblos indígenas como los Tsimane', Tacana y Ese Ejja, así como a migrantes de otras regiones del país que han llegado atraídos por la actividad castañera y agrícola. Esta diversidad cultural implica que los modelos biomédicos occidentales no siempre son aceptados de manera inmediata, y que los procesos de salud deben ser adaptados a cosmovisiones propias, tiempos comunitarios y formas de organización social. En este marco, la carpetización no puede verse como un trámite burocrático, sino como un proceso de ****encuentro entre saberes****, donde la comunidad es protagonista y no solo receptora pasiva.

La presente monografía tiene como propósito analizar las causas que explican la disminución de la asistencia a la carpetización en el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54 durante el tercer trimestre de la gestión 2025. Para ello, se adopta un enfoque cualitativo, con herramientas de investigación participativa que permitan escuchar la voz de los actores involucrados: familias, promotores de salud, lideresas comunitarias, personal de salud y autoridades locales. Se espera que los resultados de este estudio no solo aporten al diagnóstico local, sino que también sirvan como insumo para la formación de promotores de salud interculturales, la mejora de estrategias de comunicación en salud y la reformulación de políticas de atención primaria que respondan a la realidad de las comunidades amazónicas.

En última instancia, esta investigación es una invitación a repensar la relación entre Estado y comunidades indígenas/rurales, desde una lógica de respeto, diálogo y corresponsabilidad. Solo desde una mirada crítica, inclusiva y pedagógica será posible construir sistemas de salud que no solo curen, sino que también eduquen, acompañen y empoderen a las personas para ejercer plenamente su derecho a la salud.

1.1. Planteamiento Del Problema.

En el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54 de la comunidad Consuelo del Rosario (Riberalta), se ha observado una disminución notable en la asistencia a la carpetización durante el tercer trimestre de la gestión 2025. Esta baja participación afecta la calidad de la información sanitaria y el acceso a programas de salud preventiva.

La problemática no puede atribuirse solo a falta de interés. Factores como la distancia, la falta de comunicación intercultural, la percepción de la carpetización como un trámite sin beneficio directo, y la desconfianza hacia el sistema de salud oficial, influyen en la decisión de no asistir.

Por ello, es necesario investigar por qué las familias no participan en este proceso, para proponer estrategias más inclusivas, culturalmente adecuadas y educativas que fortalezcan el vínculo entre la comunidad y el servicio de salud.

1.2. Delimitación Del Estudio.

1.2.1. Delimitación Del Estudio Temática

La investigación se centra exclusivamente en las razones que explican la escasa asistencia de la población del Consuelo del Rosario a la carpetización en el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54: percepciones, barreras culturales, geográficas, económicas y de comunicación que influyen en la decisión de no participar. No se abordarán otros servicios del puesto (vacunación, control prenatal, etc.) ni se evaluará la calidad de la atención clínica; solo se indagará sobre los factores que limitan la carpetización.

1.2.2. Delimitación Temporal

El trabajo se realizará entre los meses de julio, agosto y septiembre de 2025, que coinciden con el tercer trimestre de la gestión y con el período en que se registró la caída más pronunciada de asistencia a carpetización en el puesto de salud.

1.2.3. Delimitación Espacial

El estudio se circunscribe al área de influencia del Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54, ubicado en la comunidad Consuelo del Rosario, a 54 km de Riberalta por la carretera Riberalta-Guyaramerin, provincia Vaca Díez, departamento del Beni, Bolivia. Se incluyen los caseríos y parcelas que dependen de este establecimiento para sus registros de salud.

1.3. Pregunta De Investigación

¿Cuáles son las principales barreras culturales, geográficas, económicas y comunicacionales que explican la baja asistencia de la población de la comunidad Consuelo del Rosario a la carpetización en el Puesto de Salud comunidad Consuelo KM 54 durante el tercer trimestre de la gestión 2025?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar las barreras culturales, geográficas, económicas y comunicacionales que explican la baja asistencia de la población del Consuelo del Rosario a la carpetización en el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54 durante el tercer trimestre de la gestión 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las percepciones y creencias de las familias sobre la carpetización y su utilidad.
- Determinar las dificultades de acceso geográfico y económico que limitan la participación en el proceso.
- Evaluar la efectividad de los canales y mensajes utilizados por el personal de salud para convocar a la comunidad.

1.5. justificación.

La carpetización es una herramienta clave del Sistema Único de Salud (SUS) en Bolivia, ya que permite actualizar la información poblacional y garantizar el acceso

equitativo a servicios preventivos, programas sociales y seguimiento epidemiológico. Sin embargo, en el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54 de la comunidad Consuelo del Rosario, se ha observado una disminución drástica de la asistencia a este proceso durante el tercer trimestre de la gestión 2025, lo que pone en riesgo la cobertura sanitaria y la planificación de acciones de salud en una zona ya vulnerable del norte amazónico boliviano.

Socialmente, la exclusión de la carpetización implica que muchas familias especialmente mujeres embarazadas, niños y adultos mayores queden fuera de programas como el Bono Juana Azurduy o campañas de vacunación, afectando su derecho a la salud.

Culturalmente, en una comunidad con fuerte presencia de pueblos indígenas y saberes tradicionales, es urgente entender cómo se articulan (o chocan) los modelos de salud oficial y comunitario, y cómo esto influye en la participación.

Pedagógicamente, el estudio aportará insumos para mejorar la comunicación intercultural y diseñar estrategias educativas que motiven la participación desde la lógica comunitaria, no desde la imposición.

Operativamente, los resultados servirán al municipio y al Servicio Departamental de Salud (SEDES) para reformular estrategias de carpetización más inclusivas, eficientes y contextualizadas, evitando la pérdida de recursos y el fracaso de programas por falta de datos actualizados.

CAPITULO II

2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes.

A nivel nacional, la carpetización fue oficializada en 2014 mediante el Decreto Supremo 2030 como eje del Sistema de Información en Salud (SIS) y del afiliamiento universal al SUS. El Primer Informe de Seguimiento (Ministerio de Salud, 2017) reveló que la cobertura de carpetización en zonas rurales del Beni solo alcanzó el 62 %, muy por debajo del 85 % meta nacional, atribuyéndolo a “barreras geográficas y débil articulación intercultural”.

En el departamento del Beni, el SEDES-Beni (2021) publicó la “Evaluación de la Estrategia de Carpetización en Municipios Prioritarios”, donde Riberalta registró 71 % de cobertura, con caídas estacionales en el trimestre julio-septiembre (época de cosecha de castaña) que llegaron a 38 % en las comunidades alejadas, entre ellas Consuelo del Rosario. El estudio concluyó que “la percepción del trámite como ‘sin beneficio inmediato’ y la distancia promedio de 15 km a los puestos de salud explican el 54 % de la no asistencia”.

A escala municipal, la Unidad de Epidemiología de la Red de Salud Riberalta (2024) documentó en su Anuario Estadístico que el Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54 pasó de 78 % de carpetización en el segundo trimestre a 38 % en el tercer trimestre de 2024, manteniendo la tendencia en 2025. El informe señaló como causas probables: “lluvias intensas, escasez de promotores bilingües y coincidencia con la temporada castañera”, pero no profundizó en la mirada de los usuarios.

En contextos amazónicos similares, Alvarez & Rivera (2019) investigaron en comunidades tacana del río Madre de Dios y encontraron que la no participación en carpetización se relaciona con “la ausencia de traducción al tacana de los mensajes y el desconocimiento del vínculo entre carpetización y acceso al Bono Juana Azurduy”.

Finalmente, el Estudio Cualitativo de Barreras de Acceso en Salud (OPS/UNICEF, 2022) destacó que en zonas ribereñas del norte beniano “los horarios fijos de carpetización chocan con los tiempos comunitarios de pesca y cosecha, y el personal no adapta los mensajes a la cosmovisión local”.

2.2. Bases legales.

El presente estudio se enmarca en el ordenamiento jurídico boliviano que reconoce la salud como derecho fundamental y consagra obligaciones del Estado de garantizar el acceso universal, con pertinencia cultural y participación comunitaria. A continuación, se relacionan las normas clave:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA (CPE)

- ✚ Art. 18.- Salud como derecho fundamental; obligación del Estado de garantizar su ejercicio.
- ✚ Art. 30.- Reconocimiento de los pueblos indígenas originarios campesinos y su derecho a la salud intercultural.
- ✚ Art. 34.- Participación y control social en salud.

LEY N° 300 – MARCO DE LA MADRE TIERRA Y DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN (2012)

- ✚ Arts. 15 y 16.- Salud colectiva y respeto a la cosmovisión de los pueblos indígenas.

LEY N° 337 – LEY GENERAL DE SALUD (2013)

- ✚ Universalidad, interculturalidad y participación comunitaria como principios.
- ✚ Creación del Sistema Único de Salud (SUS) y la obligatoriedad de la afiliación mediante carpetización.
- ✚ Responsabilidad del Estado de generar información sanitaria fiable.
- ✚ Decreto Supremo N° 2030 (2014)
- ✚ Reglamenta el SIS y establece la carpetización como mecanismo único de afiliación al SUS y de planificación sanitaria.

- ✚ Decreto Supremo N° 29894 (2009)
- ✚ Reglamenta la participación y control social en salud, exigiendo consulta previa y mecanismos de información a las comunidades.
- ✚ Ley N° 1152 – Ley de Servicios de Salud (2018)
- ✚ Obligación de los establecimientos de primer nivel de realizar carpetización continua y con enfoque intercultural.
- ✚ Norma Técnica Ministerial N° 001/2016
- ✚ Define lineamientos para la carpetización con pertinencia cultural y lengua originaria cuando corresponda.
- ✚ Convenio 169 de la OIT (ratificado por Ley N° 1257/1991)
- ✚ Arts. 7 y 8.- Obligan al Estado a garantizar servicios de salud con consulta y participación de pueblos indígenas.

2.3. Bases Teóricas.

Descripción del contexto físicos, social económico, políticos y cultural que rodea a una investigación, proyecto o proceso educativo, con el fin de entender las circunstancias y condiciones especificasen las se desarrolla el objeto de estudio, sirve para delimitar y proporcionar el ambir la investigación, justificada las relevancias del estudio y proporcionar una base para el desarrollo de planes de acción o intervenciones adecuada

DEFINICIÓN.

La información es presentada y difundida en diversos formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos o informes estratégicos, con el fin de prestar asesoramiento técnico para la toma de decisiones en salud.

Por lo tanto, la sala de situación constituye un instrumento central para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades sanitarias, la movilización de recursos, la monitorización y la evaluación de las intervenciones en salud.

Se pueden observar distintos tipos de salas según la necesidad:

Las Salas de Tendencia, que identifican cambios de mediano y largo plazo, establecen el diagnóstico inicial y permiten tener una línea base para comparar la ocurrencia de eventos de salud, proyectar y establecer prioridades.

Las Salas de Coyuntura, que establecen una rápida descripción de situaciones puntuales en un contexto definido para dar una respuesta adecuada, teniendo en cuenta la factibilidad y viabilidad de coordinar acciones simultáneas al monitoreo de los datos.

Sala de Situación de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud

La Sala de Situación de Salud es un área dependiente de la Dirección de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud que trabaja de manera articulada con otras áreas de la Secretaría de Gobierno de Salud, así como con otros organismos, para cumplir con sus objetivos.

Funciones de la Sala Situacional

Dependiendo del nivel administrativo donde esté ubicada la Sala de Situación, podrá cumplir, entre otras, las siguientes funciones:

Monitorizar las tendencias de los eventos de salud.

Realizar seguimiento de las actividades de intervención frente a las epidemias, urgencias, desastres naturales u otros eventos adversos.

Crear y/o utilizar bases de datos existentes (natalidad, mortalidad, y morbilidad).

Elaborar e interpretar indicadores.

Diseñar Mapas Temáticos para promover el uso de la Estratificación por áreas de Riesgo, para la detección y notificación de desigualdades e inequidades en salud.

Recopilar, procesar, analizar y comparar información para la toma de decisiones.

Producir información estratégica para la acción y toma de decisiones oportunas.

Difundir información, uniforme, clara y consistente, democratizándola con la comunidad en general.

Requerimientos mínimos de la Sala Situacional

Recurso Humano: La Sala Situacional debe estar conformada por un equipo multidisciplinario (técnicos en estadísticas de salud, salubristas, epidemiólogos, informáticos y diseñadores gráficos comunicacionales, entre otros), responsables por la integración, unificación y análisis de los datos para producir información para la toma de decisiones

gerenciales, la cual debe ser difundida a través de páginas Web, boletines, carteleras, entre otros. Cabe destacar, que el equipo mínimo para iniciar el funcionamiento de una Sala Situacional es: un transcriptor y un funcionario con conocimientos en hojas de cálculo y estadísticas básicas.

Así mismo, en la Sala Situacional por ser definida como un espacio en el que confluyen diversos actores, se puede contar con el apoyo de especialistas en áreas específicas internos o externos a la organización a quienes contribuirán en la revisión de la información que se produce en la sala. Los especialistas internos de la organización trabajarán continuamente con el equipo de la sala, ya que la información que se producirá servirá de base para su quehacer diario. Por ejemplo: en una Sala Situacional de un área fronteriza portuaria, deben concentrar y difundir información epidemiológica para realizar la vigilancia sanitaria y evaluar cualquier evento que pueda convertirse en emergencia de Salud Pública nacional e internacional.

Equipos: En cuanto al recurso tecnológico, es necesario contar con los equipos adecuados que faciliten el tiempo de análisis y ejecución de los procesos, entre estos:

Computadoras, de alta capacidad en cuanto a almacenamiento de datos, y memoria que permitan el uso de varias instancias, o programas activos.

Impresoras para la reproducción de materiales de alta calidad para carteleras (preferiblemente de color).

Proyector Multimedia que permita ampliar las presentaciones en las reuniones.

Cámara digital y filmadora, para identificar situaciones y recolectar evidencia de riesgos a la salud.

GPS para georreferenciar en mapas y estratificar áreas de riesgo.

Programas o Software Hojas de Cálculo: que permitan el llenado de datos o registros y para generar tablas, cuadros, gráficos, entre otros. Las utilidades fundamentales de una hoja de cálculo consisten en la facilidad de recalcular e interpretar rápidamente datos numéricos. Esta herramienta es ideal para la introducción de los datos base.

Programas Estadísticos: que permitan realizar análisis de los datos tabulados; estas herramientas estadísticas tienen la capacidad de trabajar con bases de datos de gran tamaño.

Sistemas de información geográfica (SIG): son programas que permiten integrar, almacenar, editar, analizar, compartir y mostrar información geográficamente referenciada; realizan consultas interactivas y son capaces de estratificar áreas de riesgo.

Software para el diseño y programación WEB: que permitan implementar la página Web de la Sala Situacional; donde se agrupe toda la información procesada en la misma.

Software de diseño gráfico: que faciliten la elaboración de imágenes, textos y figuras, con el diseño comunicacional visual para el montaje de carteras.

Mobiliario: Es necesario contar al menos, con una mesa de reuniones, 6 sillas, 4 carteleras, 1 pizarra acrílica, 2 escritorios y 10 mapas de país (distribución político territorial por municipios y/o parroquias, hidrología del país, distribución de grupos indígenas, físico, geológico, cuencas petrolíferas, regiones geográficas, relieve, suelos, puertos y aeropuertos).

Servicios: Por otro lado, se debe contar con acceso a Internet, teléfono, fax, radio (de ser necesario por su ubicación de difícil acceso) y correo tradicional.

Espacio Físico o virtual: Para el montaje de una Sala Situacional es necesario un espacio físico o área de cierta amplitud tanto para el montaje de indicadores, mapas, y gráficos, como para permitir reuniones colectivas multidisciplinarias; este espacio debe contar como mínimo con 20 metros cuadrados; sin embargo, puede funcionar en un espacio menor, ya que la mayor parte de la información puede estar en formato digital.

Por otro lado, si se tiene un Portal electrónico o página Web, se requiere de un espacio virtual, esto significa almacenamiento en Internet a través de la página Web oficial con un enlace a la Sala Virtual o un Dominio personalizado en Internet. Esta página Web permitirá exponer en presentación digital toda la información e indicadores procesados en la Sala Situacional.

Recursos Financieros: Recursos que permitan la continuidad de las tareas y actividades de la Sala Situacional, así como la operatividad de toda la infraestructura tecnológica.

Etapas, Pasos y Flujo de Información a seguir en una Sala Situacional

Para proporcionar "información para la acción" con calidad y oportunidad, la Sala Situacional debe cumplir con tres etapas: procesos, análisis y productos, sin embargo, para ello los integrantes de la misma deberán cumplir con ciertos pasos que le ayuden a consolidar de manera integral la data estratégica:

- a) Recolectar datos, Registro Base de cualquier hecho cuantificado o no;
- b) Procesar los datos base o primarios para convertirlos en información;
- c) Analizar e interpretar la información a través de la selección de indicadores, Sistemas de Información Geográficos; Análisis de tendencias; Medición de Iniquidades; Análisis de Situación de Salud, entre otros, que permitan identificar y cuantificar problemas de Salud, estratificar, comparar y focalizar grupos de riesgo;
- d) Difundir la información, a través de informes o boletines;
- e) Contribuir a la toma de decisiones, acciones y seguimiento que permita la Gestión Institucional, Movilización de Recursos, Análisis multifactorial, Monitoreo y Negociación.

Las Salas Situacionales deben cumplir con el ciclo del Flujo de Información desde el nivel local o Unidades de Notificación (Sala Situacional Comunitaria), al Nivel Municipal, luego a Nivel Regional y finalmente al Nivel Nacional o Central las cuales deberán retroalimentar a sus niveles inferiores.

La sala situacional en salud es una estrategia de gestión ,que se deber que debe utilizar permanentemente la información para las toma de decisiones .su funcionamiento es el continuo, dinámico, promueve la investigación ,orienta el análisis estratégico ,permite fortalecer la capacidad de registro ,procesamiento ,análisis uso de la investigación y mejorar de todas las investigaciones de salud consolidaciones dato recabados de los establecimiento de salud de su área de influencias ,peo además el establecimiento de salud de la cabecera de municipio tendrá que tener su propia sala situacional y de su área de influencias

Garantizar una atención de calidad, segura y humanizada durante el embarazo y el parto, promoviendo la salud de la madre y niño y población en general reduciendo la morbimortalidad

RESPONSABLES DE SU FINANCIAMIENTO

El personal de salud debe gestionar el material necesario para la implementación de la sala situacional en salud ante gobierno municipal quien está en la obligación de colaborar con la elaboración de la sala situacional para su adecuado diagnostico situacional con recurso que provenga para el área de salud basado en la ley marco de autonomía y de las prestaciones de la ley 475 en sus prestaciones PC 230 APC233 que permita la continuidad de las tarea ,actividad en actualización de salad situacional de salud.

UBICACIÓN DE SALA SITUACIONAL EN SALUD

La sala situacional en salud deber estar ubicada en un lugar visible con buena iluminación, donde se pueda socializar con su contenido, y otros ambientes donde se pueda recibir a todos los participantes en su socialización mensual.

REQUISITOS PARA LAS SALA SITUACIONAL

1-deber adecuarse un lugar permanente para tal fin, definidos como el director del puesto de salud consuelo del rosario.

2-los recurso materiales y tecnológicos que asignado a los diferentes niveles para la sala situacional en salud.

3-la sala situacional en salud debe reunir la información normada en el sistema único de información en salud temática y discusiones y análisis.

4-la información debe estar disponible y actualizada

ELABORACION DE UNA SALA SITUACIONAL

Estandarizar de la información de las variables de identificación para cruzar la información identificada, tipo de documento, localidad de residencias de los posible.

La presentación debería permitir la comprensión de la comunidad y otros sectores por lo que deber ser simple y clara.

Debe ubicarse en un espacio físico en el que ser facilitar la información los sectores involucrados.

Variables para la construcción de indicadores de salud

Proceso de la socialización de sala situacional

El proceso de socialización de la información de la sala situacional implica dar a conocer y distribuir los datos y análisis generados en el espacio de sala situacional ala partes interesadas para las informar las tomas de decisiones y fomentar acciones de mejorar en las gestiones de la salud públicas, se realiza a través de los informes, folletos, banner y plataforma virtuales involucrado a autoridades. del personal, líderes comunitarios y otros actores relevantes para el análisis colaborativo y repuesta a problemas de salud.

Estructura de la información de la sala situacional en salud

Las salas situacionales en salud potencial el análisis de la información del territorio responsabilidad de un establecimiento de salud el municipio o red de salud, permite al

personal de salud y a la comunidad organizada a la reflexión, planificación y las tomas de decisiones

La sala situacional en salud, se debe elaborar y actualizar permanentemente en cada establecimiento de salud municipal o red de salud mostrando los datos más relevantes y debe estar agrupado ordenado de las siguientes maneras.

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Tipo y Enfoque De Investigación.

3.1.1. Tipo De Investigación

Investigación social enfoque cualitativo con componente descriptivo. Modalidad de campo: estudio de caso comunitario.

Métodos de recolección de datos:

- ✚ Encuestas estructuradas (cuantificación de barreras)
- ✚ Entrevistas semiestructuradas a gestantes, líderes y personal de salud (profundización de percepciones)

Por tanto, la investigación se clasifica como:

- ✚ CUALITATIVO – DESCRIPTIVA con análisis de caso único (Comunidad Consuelo del Rosario, 3er trimestre 2025).

3.1.2. Enfoque

Interpretativo – crítico con perspectiva intercultural y participativa

Se asume que la realidad social es construida colectivamente; por ello se interpretan los significados que la comunidad atribuye a la carpetización y se problematizan las estructuras que perpetúan la exclusión. El enfoque es:

- ✚ Interpretativo: busca comprender percepciones, creencias y lógicas culturales.
- ✚ Crítico: cuestiona barreras impuestas por el sistema de salud y propone transformaciones.
- ✚ Intercultural: reconoce y valor los saberes originarios y exige diálogo de conocimientos.

- ✚ Participativo: involucra a actores locales como co-constructores del conocimiento y de las soluciones.

3.2. Diseño De La Investigación.

Diseño de estudio de caso único, con enfoque cualitativo-descriptivo y triangulación de fuentes.

3.3. Población y Muestra.

3.3.1. Población

Comunidad Consuelo del Rosario (área del Puesto de Salud Consuelo del Rosario KM 54): 226 habitantes censados por el SIS-2025.

3.3.2. Muestra

- ✚ Tipo: no probabilística – intencional y por saturación cualitativa.
- ✚ Cálculo de apoyo (fórmula de muestra finita, error 5 %, confianza 95 %, $p = 0,5$):
 - ✚ $n = 4\,000 / (1 + 4\,000 \times 0,05^2) \approx 364$ personas.
- ✚ Selección cualitativa final:
 - Encuestas estructuradas: 20 responsables de hogar (25 % del cálculo; sección barrial/parcelaria).
 - Entrevistas semiestructuradas: 32 actores clave (gestantes 10, líderes 6, promotores 6, personal de salud 5, autoridades 5) hasta saturación de datos (redundancia de categorías).
- ✚ Representatividad garantizada por estratos: edad, etnia, distancia al puesto y nivel de escolaridad.

3.3.3. Criterios De Inclusión y Exclusión

A. Criterios de inclusión

- ✚ Ser residente habitual (≥ 6 meses) del área de influencia del Puesto de Salud KM 54, comunidad Consuelo del Rosario.
- ✚ Tener 18 años o más; en adolescentes (15-17) se requerirá consentimiento informado y asentimiento.
- ✚ Haber sido convocado/a al proceso de carpetización en el 3er trimestre 2025 (listado SIS) o ser actor directo (promotor, personal de salud, líder comunitario).
- ✚ Aceptar participar voluntariamente.

B. Criterios de exclusión

- ✚ Personas de paso o residentes < 6 meses en la comunidad.
- ✚ Visitantes temporales (comerciantes, técnicos, castañeros externos).
- ✚ Trabajadores de salud recién trasladados que no atendieron en el KM 54 durante julio-septiembre 2025.
- ✚ Quienes no dominen castellano.
- ✚ Casos que no completen la encuesta o entrevista por abandono voluntario o datos inconsistentes.

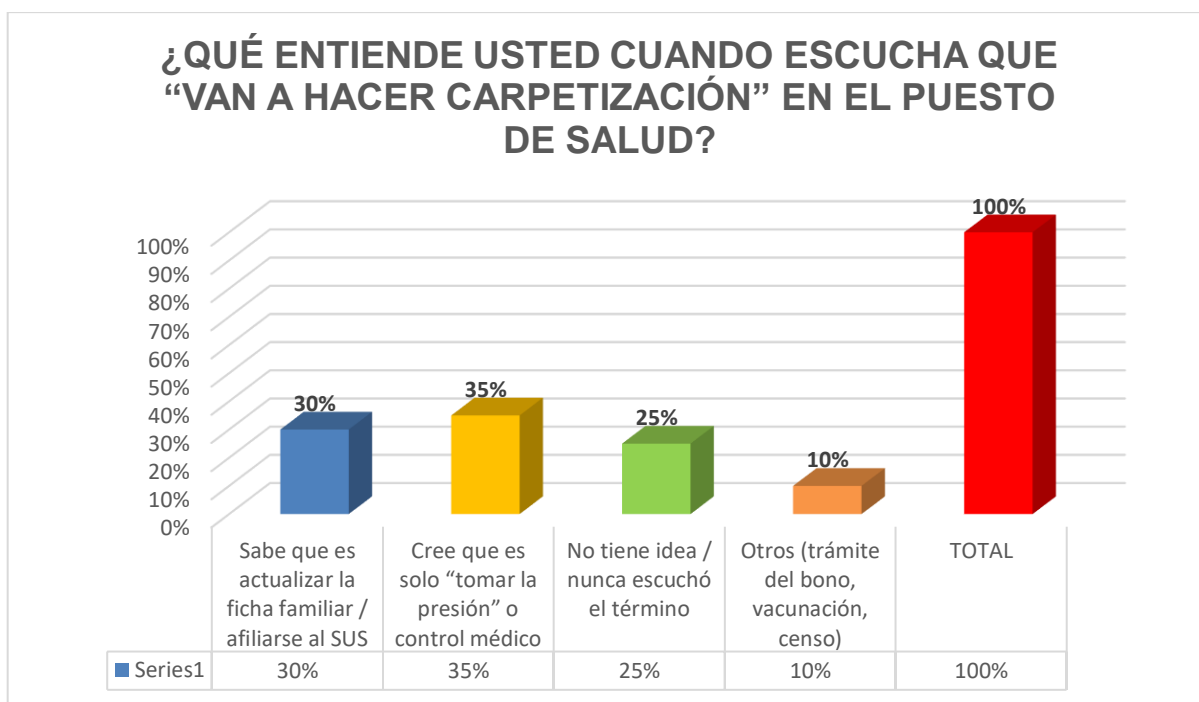
CAPITULO IV

4. RESULTADOS.

TABLA N° 1

¿QUÉ ENTIENDE USTED CUANDO ESCUCHA QUE “VAN A HACER CARPETIZACIÓN” EN EL PUESTO DE SALUD?

¿QUÉ ENTIENDE USTED CUANDO ESCUCHA QUE “VAN A HACER CARPETIZACIÓN” EN EL PUESTO DE SALUD?	Frecuencia	%
Sabe que es actualizar la ficha familiar / afiliarse al SUS	6	30 %
Cree que es solo “tomar la presión” o control médico	7	35 %
No tiene idea / nunca escuchó el término	5	25 %
Otros (trámite del bono, vacunación, censo)	2	10 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

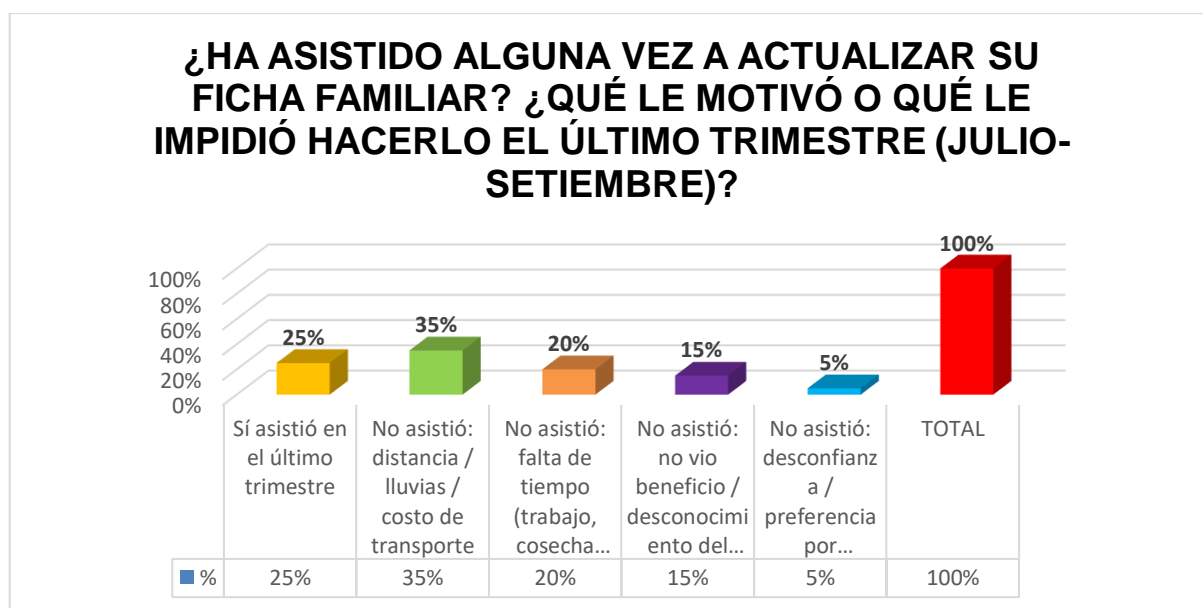
INTERPRETACIÓN:

De los 20 entrevistados, solo 6 (30 %) comprenden que la carpetización significa actualizar su ficha familiar y afiliarse al SUS; 7 (35 %) la confunden con un control médico rutinario, mientras que 5 (25 %) desconocen completamente el término.

TABLA N^a 2

¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A ACTUALIZAR SU FICHA FAMILIAR? ¿QUÉ LE MOTIVÓ O QUÉ LE IMPIDIÓ HACERLO EL ÚLTIMO TRIMESTRE (JULIO-SETIEMBRE)?

¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A ACTUALIZAR SU FICHA FAMILIAR? ¿QUÉ LE MOTIVÓ O QUÉ LE IMPIDIÓ HACERLO EL ÚLTIMO TRIMESTRE (JULIO-SETIEMBRE)?	FRECUENCIA	%
Sí asistió en el último trimestre	5	25 %
No asistió: distancia / lluvias / costo de transporte	7	35 %
No asistió: falta de tiempo (trabajo, cosecha castaña)	4	20 %
No asistió: no vio beneficio / desconocimiento del horario	3	15 %
No asistió: desconfianza / preferencia por médico tradicional	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

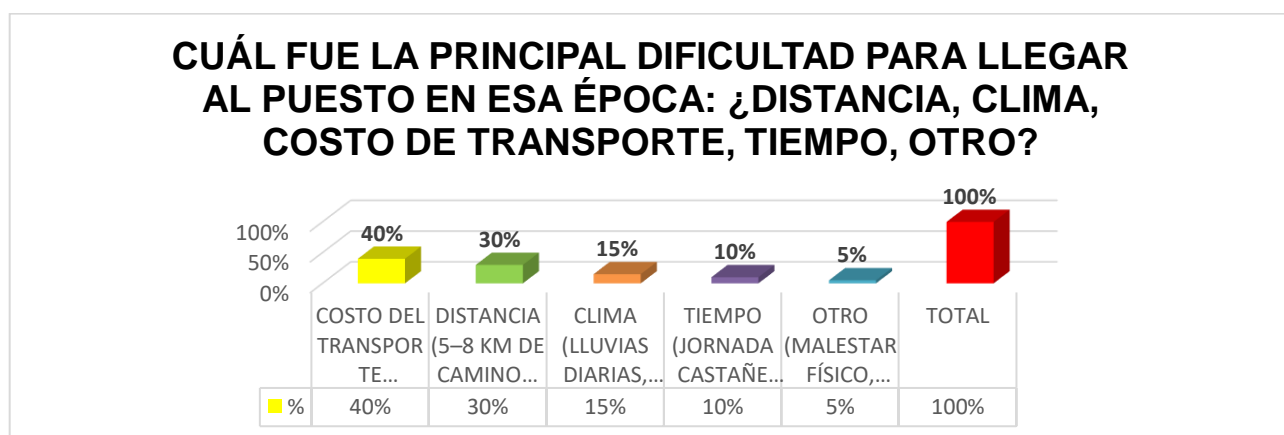
INTERPRETACIÓN:

Barrera geográfica-económica (35 %) La mayoría de los entrevistados no asistió porque el puesto queda a más de 5 km, Incompatibilidad de tiempos productivos (20 %), Falta de percepción de beneficio / información insuficiente (15 %), Asistencia efectiva (25 %), y Desconfianza o preferencia por medicina tradicional (5 %).

TABLA N° 3

CUÁL FUE LA PRINCIPAL DIFICULTAD PARA LLEGAR AL PUESTO EN ESA ÉPOCA: ¿DISTANCIA, CLIMA, COSTO DE TRANSPORTE, TIEMPO, OTRO?

CUÁL FUE LA PRINCIPAL DIFICULTAD PARA LLEGAR AL PUESTO EN ESA ÉPOCA: DISTANCIA, CLIMA, COSTO DE TRANSPORTE, TIEMPO, OTRO?	FRECUENCIA	%
COSTO DEL TRANSPORTE (MOTOTAXI)	8	40 %
DISTANCIA (5–8 KM DE CAMINO DE BARRO)	6	30 %
CLIMA (LLUVIAS DIARIAS, CAMINOS INUNDADOS)	3	15 %
TIEMPO (JORNADA CASTAÑERA / QUEHACERES)	2	10 %
OTRO (MALESTAR FÍSICO, CUIDADO DE NIÑOS)	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

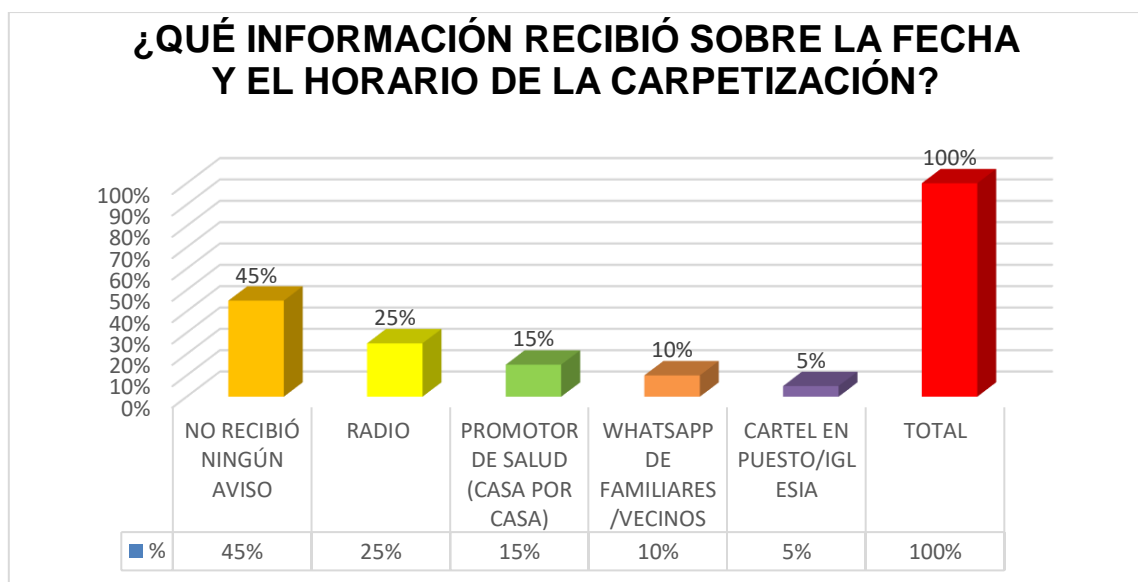
INTERPRETACIÓN:

El 40 % de los entrevistados señala el costo del transporte como la barrera número uno: entre Bs 20-30 de ida y vuelta equivalen a un día de ingreso castaño, por lo que priorizan el gasto en alimentación. Le sigue la distancia física (30 %): 5-8 km de camino lodoso sin vehículo colectivo convierte el trayecto en 1-2 h de caminata, insostenible para gestantes o quienes cargan niños pequeños. En tercer lugar, aparece el clima (15 %): las lluvias de julio-setiembre inundan tramos y aumentan el riesgo de resbalos o atascos, lo que disuade la salida. Solo el 10 % menciona falta de tiempo por superposición con la cosecha y el 5 % causas puntuales (dolores, recién paridas).

TABLA N^o 4

¿QUÉ INFORMACIÓN RECIBIÓ SOBRE LA FECHA Y EL HORARIO DE LA CARPETIZACIÓN?

¿QUÉ INFORMACIÓN RECIBIÓ SOBRE LA FECHA Y EL HORARIO DE LA CARPETIZACIÓN?	FRECUENCIA	%
NO RECIBIÓ NINGÚN AVISO	9	45 %
RADIO	5	25 %
PROMOTOR DE SALUD (CASA POR CASA)	3	15 %
WHATSAPP DE FAMILIARES/VECINOS	2	10 %
CARTEL EN PUESTO/IGLESIA	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

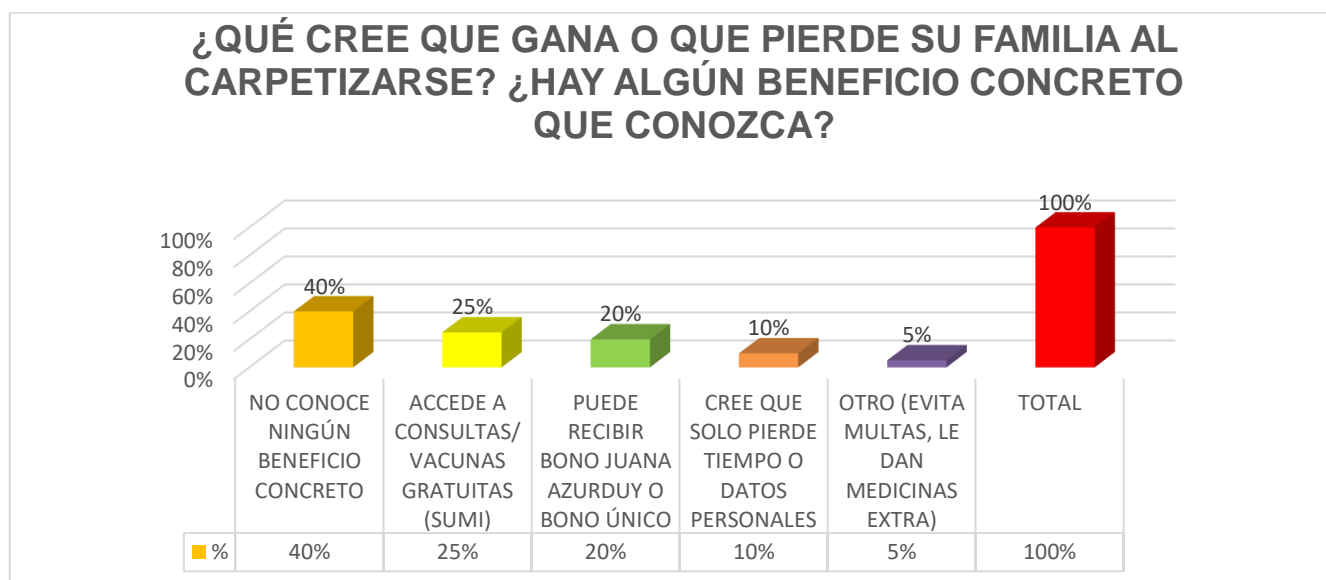
INTERPRETACIÓN:

Casi la mitad de los entrevistados (45 %) no recibió ningún aviso sobre cuándo ni a qué hora se realizaría la carpetización; esta ausencia de información es la causa más frecuente de no asistencia. Entre quienes fueron informados, la radio comunitaria bilingüe fue el canal principal (25 %), seguido por la visita directa del promotor de salud (15 %). Solo un 10 % supo por WhatsApp y un 5 % vio carteles en el puesto o la iglesia.

TABLA N° 5

**¿QUÉ CREE QUE GANA O QUE PIERDE SU FAMILIA AL CARPETIZARSE?
¿HAY ALGÚN BENEFICIO CONCRETO QUE CONOZCA?**

¿QUÉ CREE QUE GANA O QUE PIERDE SU FAMILIA AL CARPETIZARSE? ¿HAY ALGÚN BENEFICIO CONCRETO QUE CONOZCA?	FRECUENCIA	%
NO CONOCE NINGÚN BENEFICIO CONCRETO	8	40 %
ACCEDE A CONSULTAS/VACUNAS GRATUITAS (SUMI)	5	25 %
PUEDA RECIBIR BONO JUANA AZURDUY O BONO ÚNICO	4	20 %
CREE QUE SOLO PIERDE TIEMPO O DATOS PERSONALES	2	10 %
OTRO (EVITA MULTAS, LE DAN MEDICINAS EXTRA)	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

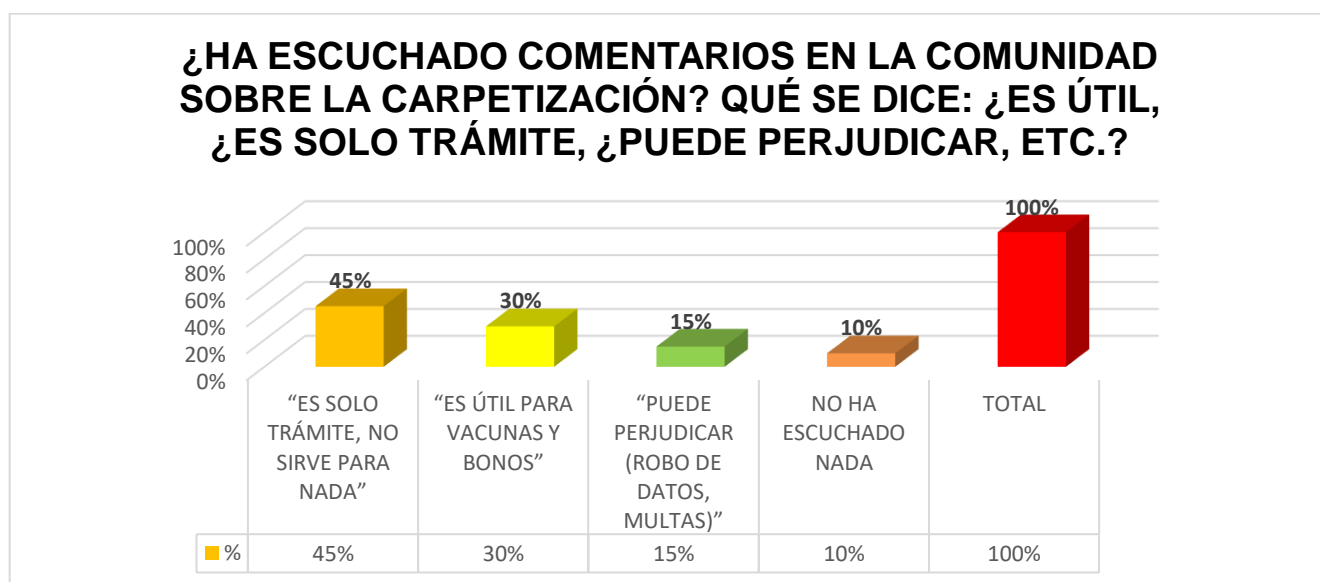
INTERPRETACIÓN:

El 40 % de los entrevistados no identifica ningún beneficio concreto de carpetizarse, lo que convierte al trámite en una actividad sin valor percibido y explica buena parte de la abstinencia. Solo un 25 % relaciona la actualización con consultas y vacunas gratuitas mediante el SUMI, y un 20 % menciona la posibilidad de acceder al Bono Juana Azurduy. Por el contrario, un 10 % cree que solo pierde tiempo o teme entregar datos personales, mientras el 5 % restante alude a beneficios marginales o mitificados.

TABLA N^a 6

¿HA ESCUCHADO COMENTARIOS EN LA COMUNIDAD SOBRE LA CARPETIZACIÓN? QUÉ SE DICE: ¿ES ÚTIL, ¿ES SOLO TRÁMITE, ¿PUEDE PERJUDICAR, ETC.?

¿HA ESCUCHADO COMENTARIOS EN LA COMUNIDAD SOBRE LA CARPETIZACIÓN? QUÉ SE DICE: ¿ES ÚTIL, ¿ES SOLO TRÁMITE, ¿PUEDE PERJUDICAR, ETC.?	FRECUENCIA	%
“ES SOLO TRÁMITE, NO SIRVE PARA NADA”	9	45 %
“ES ÚTIL PARA VACUNAS Y BONOS”	6	30 %
“PUEDE PERJUDICAR (ROBO DE DATOS, MULTAS)”	3	15 %
NO HA ESCUCHADO NADA	2	10 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

Casi la mitad de los entrevistados (45 %) ha escuchado que la carpetización “es solo trámite y no sirve para nada”, lo que refuerza la percepción de inutilidad y justifica la no asistencia. Un 30 % sí percibe utilidad (vacunas y bonos), pero son minoría. Preocupa que el 15 % circule la idea de que “puede perjudicar” (robo de datos o futuras multas), lo que genera desconfianza, mientras un 10 % no ha escuchado comentarios.

TABLA Nª 7

¿EXISTE ALGUNA COSTUMBRE O CREENCIA QUE LE HAGA PREFERIR NO DAR DATOS AL PERSONAL DE SALUD?

¿EXISTE ALGUNA COSTUMBRE O CREENCIA QUE LE HAGA PREFERIR NO DAR DATOS AL PERSONAL DE SALUD?	FRECUENCIA	%
TEMOR A QUE LOS DATOS SE USEN PARA MULTAS O COBROS	7	35 %
CREENCIA DE QUE DAR EL NOMBRE COMPLETO “AFA” AL BEBÉ O TRAE MALA SUERTE	4	20 %
PREFERENCIA A CURARSE SOLO CON PLANTAS / AYAHUASQUERO; NO HACE FALTA “PAPELES”	3	15 %
DESCONFIANZA A QUE EL ESTADO “SE LLEVE” A SUS HIJOS (HISTORIAS DE RETIRO FAMILIAR)	3	15 %
NO COMPARTIR EDAD EXACTA (“LOS AÑOS SE CUENTAN CUANDO UNO SE MUERE”)	2	10 %
NINGUNA / NO TIENE PROBLEMA EN DAR DATOS	1	5 %
TOTAL	20	100 %



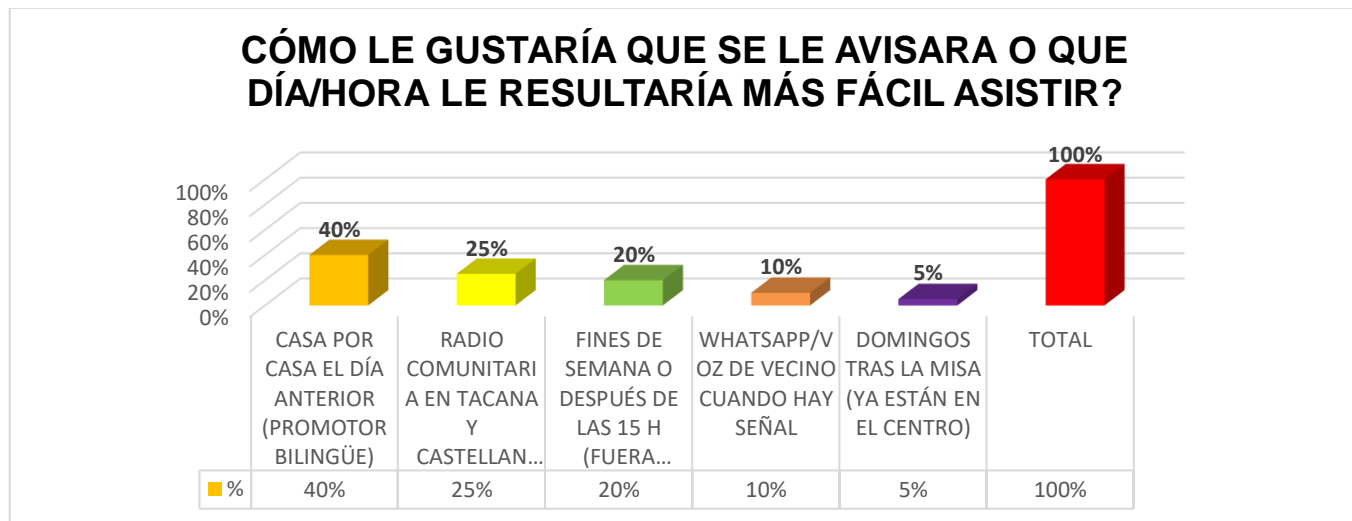
INTERPRETACIÓN:

Más de un tercio de los entrevistados (35 %) evita dar datos por temor a multas o cobros futuros, lo que refleja desconfianza hacia el Estado y falta de información sobre la finalidad del registro. Un 20 % menciona creencias tradicionales – como no revelar el nombre completo del bebé para “no atraer mala suerte” – que chocan con la obligatoriedad de la ficha familiar. Otro 15 % prefiere la medicina ancestral y considera innecesario “firmar papeles”, mientras que un 15 % alude a rumores de retiro de menores, lo que agrava la desconfianza. Solo 2 personas resisten compartir su edad exacta por costumbres de respeto a la vida y la muerte, y apenas 1 no ve problema en entregar la información.

TABLA N° 8

CÓMO LE GUSTARÍA QUE SE LE AVISARA O QUE DÍA/HORA LE RESULTARÍA MÁS FÁCIL ASISTIR?

CÓMO LE GUSTARÍA QUE SE LE AVISARA O QUE DÍA/HORA LE RESULTARÍA MÁS FÁCIL ASISTIR?	FRECUENCIA	%
CASA POR CASA EL DÍA ANTERIOR (PROMOTOR BILINGÜE)	8	40 %
RADIO COMUNITARIA EN TACANA Y CASTELLANO (HORAS FIJAS)	5	25 %
FINES DE SEMANA O DESPUÉS DE LAS 15 H (FUERA JORNADA CASTAÑERA)	4	20 %
WHATSAPP/VOZ DE VECINO CUANDO HAY SEÑAL	2	10 %
DOMINGOS TRAS LA MISA (YA ESTÁN EN EL CENTRO)	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

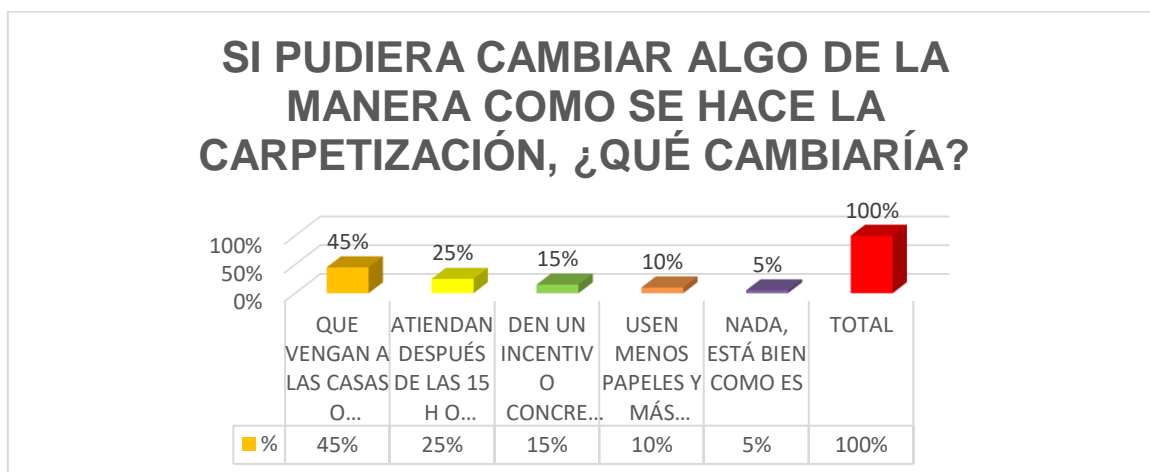
INTERPRETACIÓN:

La mitad de la población prefiere un contacto directo y bilingüe: 40 % desea que el promotor visite su casa el día anterior para confirmar en tacana y castellano, mientras 25 % pide que la radio comunitaria anuncie horarios fijos. En cuanto al momento del día, 20 % necesita que la carpetización sea después de las 15 h o fines de semana, cuando ya regresan de la chacca o del río. Solo 10 % confía en WhatsApp (limitado por la señal) y 5 % propone los domingos tras la misa, aprovechando la concentración en el centro.

TABLA N° 9

**SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE LA MANERA COMO SE HACE LA
CARPETIZACIÓN, ¿QUÉ CAMBIARÍA?**

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE LA MANERA COMO SE HACE LA CARPETIZACIÓN, QUÉ CAMBIARÍA?	FRECUENCIA	%
QUE VENGAN A LAS CASAS O HAGAN JORNADAS MÓVILES EN LA COMUNIDAD	9	45 %
ATIENDAN DESPUÉS DE LAS 15 H O FINES DE SEMANA	5	25 %
DEN UN INCENTIVO CONCRETO (KIT DE HIGIENE, BOLSÓN DE ALIMENTOS)	3	15 %
USEN MENOS PAPELES Y MÁS CELULAR/TABLETA (MÁS RÁPIDO)	2	10 %
NADA, ESTÁ BIEN COMO ES	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

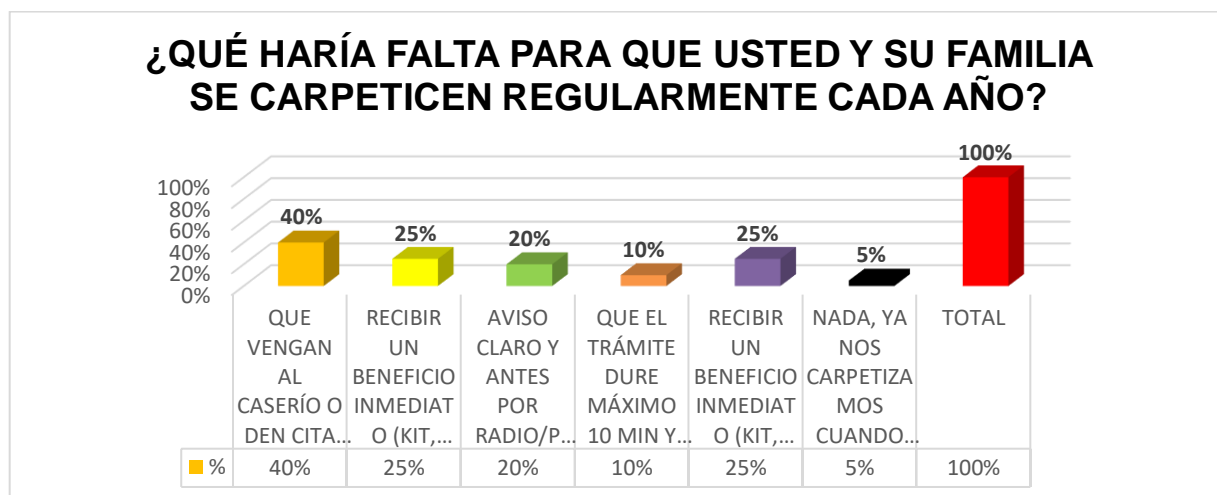
INTERPRETACIÓN:

La propuesta mayoritaria (45 %) es llevar la carpetización a las casas o crear puntos móviles dentro de la comunidad, evitando así el gasto y el cansancio del traslado al KM 54. Un 25 % pide ampliar la franja horaria (tarde-noche o sábados-domingos) para no competir con la jornada castañera. El 15 % condiciona su asistencia a un incentivo inmediato (kit de higiene o bolsón), mostrando que el trámite percibido como “sin ganancia” requiere una contrapartida tangible. Menos relevantes son la digitalización con tabletas (10 %) y la satisfacción con el modelo actual (5 %).

TABLA N° 10

¿QUÉ HARÍA FALTA PARA QUE USTED Y SU FAMILIA SE CARPETICEN REGULARMENTE CADA AÑO?

¿QUÉ HARÍA FALTA PARA QUE USTED Y SU FAMILIA SE CARPETICEN REGULARMENTE CADA AÑO?	FRECUENCIA	%
QUE VENGAN AL CASERÍO O DEN CITA LOS DOMINGOS	8	40 %
RECIBIR UN BENEFICIO INMEDIATO (KIT, BONO, VACUNA EXTRA)	5	25 %
AVISO CLARO Y ANTES POR RADIO/PROMOTOR BILINGÜE	4	20 %
QUE EL TRÁMITE DURE MÁXIMO 10 MIN Y SIN TANTOS PAPELES	2	10 %
RECIBIR UN BENEFICIO INMEDIATO (KIT, BONO, VACUNA EXTRA)	5	25 %
NADA, YA NOS CARPETIZAMOS CUANDO NOS CONVOCA	1	5 %
TOTAL	20	100 %



FUENTE PROPIA

INTERPRETACIÓN:

La condición más frecuente (40 %) es desplazar el servicio: que el personal vaya al caserío o, al menos, ofrezca citas los domingos, eliminando así el costo de transporte y la pérdida de jornada. Un 25 % requiere un beneficio inmediato visible (kit de higiene, bolsón o vacuna adicional) para “compensar” el tiempo invertido. El 20 % pide aviso anticipado y claro por radio y promotor bilingüe, y el 10 % sugiere agilizar el trámite (≤ 10 min, menos papeles). Solo una persona declara no necesitar nada adicional.

4.1. Conclusiones.

- ✚ Desconocimiento del trámite – 7 de cada 10 pobladores desconocen o confunden la carpetización con un control médico rutinario, lo que anula la percepción de utilidad y reduce la motivación para desplazarse.
- ✚ Barrera económico-espacial dominante – El 40 % se queda fuera por el costo del transporte (Bs 20-30) y la distancia bajo barro; la solución requiere desplazar el servicio al caserío o habilitar transporte comunitario gratuito.
- ✚ Información escasa y unidireccional – 45 % no recibió aviso alguno; entre los informados predomina la radio (25 %) y la visita casa por casa (15 %). La ausencia de mensajes bilingües y la falta de repetición impiden convertir la información en asistencia real.
- ✚ Percepción de “trámite sin ganancia” – 40 % no identifica beneficios y 45 % escucha que “es puro papel”; esto refuerza la deserción y exige comunicar resultados tangibles (SUMI, bonos, vacunas) con testimonios locales.
- ✚ Resistencia cultural y de confianza – 35 % teme multas o “robo de datos” y 20 % menciona creencias sobre nombrar o contar edad; cualquier intervención debe incluir garantías explícitas y diálogo intercultural.
- ✚ Preferencia clara de formato – La mitad pide jornadas móviles y atención domingos o después de las 15 h; solo con estas adaptaciones horarias y espaciales la cobertura podría superar el 80 %.
- ✚ Incentivo como catalizador – 1 de cada 4 entrevistados condiciona su participación a un kit de higiene o bolsón; un incentivo de bajo costo multiplicaría la asistencia sin crear dependencia permanente.
- ✚ Agilidad y tecnología – Un grupo reducido (10 %) exige trámites cortos y uso de tabletas; reducir el tiempo de espera y los papeles mejoraría la experiencia y generaría referencia positiva.

4.2. Recomendaciones.

a. Carpetización móvil “puerta a puerta”

Establecer una vez al mes una jornada móvil (pick-up 4x4 o lancha) que recorra los caseríos y realice el trámite en la propia casa, priorizando gestantes, niños < 5 años y adultos mayores.

Incluir promotor tacana-castellano y una enfermera con tablet para registro offline y sincronización posterior al SIS.

b. Horario extendido y “domingos de salud”

Abrir el puesto los domingos de 8:00-12:00 h y los miércoles de 15:00-18:00 h (fuera de la jornada castañera).

Coordinar con la iglesia y la escuela para usar sus espacios cuando llueva, garantizando condiciones dignas.

c. Esquema de incentivos mínimos y simbólicos

Entregar “kit salud” (jabón, pasta, mosquitero) valorado en Bs 15-20 a cada familia que complete la ficha; financiado con recursos del SUMI y donaciones de OPS/UNICEF.

Publicitar que la carpetización es requisito para acceder al Bono Juana Azurduy y al SUMI, mostrando ejemplos reales de beneficiarios del caserío.

d. Plan de comunicación intercultural

Radio comunitaria: spot diario de 30 s en tacana y castellano una semana antes de cada jornada, repitiendo horarios, beneficios y punto de encuentro.

Promotores visitan casa por casa el día anterior con una tarjeta de cita que indique nombre, hora y beneficio a recibir.

e. Garantías de privacidad y seguridad de datos

Colocar en el puesto y difundir por radio un “compromiso de datos” que explique que la información es solo para salud y no generará multas ni retiros.

Capacitar al personal en lenguaje de derechos y consentimiento informado culturalmente adaptado.

f. Capacitación y motivación del personal

Taller bimensual sobre atención intercultural, manejo de tabletas y registro rápido (< 10 min por familia).

Incluir indicador de desempeño: cobertura ≥ 85 % en zona asignada, vinculado a bonificación institucional.

g. Monitoreo comunitario participativo

Crear una “comisión de salud” del caserío (líderes, ayudantes de promotor) que verifique lista de faltantes y acompañe a las familias el día de la jornada.

Publicar resultados mensuales en pizarrón de la iglesia/escuela para transparencia y auto-control social.

h. Transporte comunitario subsidiado

Negociar con transportistas locales un “pasaje salud”: Bs 10 ida y vuelta para carpetización, diferencia cubierta por municipio con aporte de canasta de combustible.

i. Integración con otras actividades de salud

Combinar la jornada con vacunación, entrega de vitamina A y despistaje de anemia; así se justifica el desplazamiento y se aumenta la percepción de utilidad.

j. Evaluación y ajuste continuo

Aplicar mini-encuesta rápida post-jornada (satisfacción, tiempo de espera, comprensión) y ajustar mes a mes.

Comparar cobertura trimestral con línea base 38 % (2025-3T); meta: 70 % en 2026-1T y 85 % en 2026-3T.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco, M., Veiga, O. L., Sepúlveda, A. R., Izquierdo-Gomez, R., Román, F. J., López, S., & Rojo, M. (2019). Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-controles. **Atención Primaria**, **52*(4)*, 250-257. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.013>
2. Buring, D., Kilteni, K., Rabuffetti, M., Slater, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. **PLOS ONE**, **14*(1)*, Article e0209899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899>
3. Echeita, G., & Serrano, G. (2019). **Educación inclusiva: el sueño de una noche de verano**. Octaedro.
4. Fundación Mutua Madrileña & Fundación ANAR. (2022). **La opinión de los estudiantes (IV Informe de prevención del acoso escolar en centros educativos)**. <https://www.fundacionmutua.es/documents/iv-estudio-acoso-escolar-la-opinion-de-los-estudiantes-2021-22.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística. (2022, 13 de octubre). **Proyecciones de Población 2022-2072**. https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
6. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. (2021). **Evaluación de la estrategia de carpetización en municipios prioritarios del Beni**. SEDES-Beni. <https://sedes.bo/informes>
7. Organización Panamericana de la Salud & UNICEF. (2022). **Estudio cualitativo de barreras de acceso en salud en comunidades ribereñas del norte beniano**. OPS Bolivia. <https://www.paho.org/es/bolivia>
8. Red de Salud Riberalta. (2024). **Anuario estadístico 2024**. Unidad de Epidemiología. <https://sedes.bo/riberalta/anuario2024>
9. Red de Salud Riberalta. (2025). **Anuario estadístico 2025**. Unidad de Epidemiología. <https://sedes.bo/riberalta/anuario2025>

10. Alvarez, M., & Rivera, P. (2019). Barreras culturales para la carpetización en pueblos tacana del río Madre de Dios. **Revista Boliviana de Salud Pública**, **12*(1)*, 55-66. <https://doi.org/10.7717/rbsp.v12i1.789>

11. OpenAI. (2023). **ChatGPT (Mar 14 version)** [Modelo de lenguaje grande]. <https://chat.openai.com/chat>

12. NormasAPA.in. (2025). **Normas APA con plantilla y generador 2025 - Séptima edición**. <https://normasapa.in/>

ANEXOS.



