AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
WASHINGTON, D. C. 20523

BIBLIOGRAPHIC INPUT SHEET

FOR AID USE ONLY

1. SUBJECT CLASSIFICATION

A. PRIMARY
Health
ND00-0000-G512

B. SECONDARY
Delivery systems--Bolivia

2. TITLE AND SUBTITLE
Sistema de prestacion de servicios de salud al area rural; informe final de antropologi

3. AUTHOR(S)
Donahue, J. M.

4. DOCUMENT DATE	5. NUMBER OF PAGES	6. ARC NUMBER
1978	54p.	ARC BL614.0984.D674

7. REFERENCE ORGANIZATION NAME AND ADDRESS
Donahue

8. SUPPLEMENTARY NOTES (Sponsoring Organization, Publishers, Availability)

9. ABSTRACT

10. CONTROL NUMBER
PN-AAG-716

11. PRICE OF DOCUMENT

12. DESCRIPTORS
Rural health
Health services
Delivery systems
Social anthropology
Bolivia

13. PROJECT NUMBER
511045300

14. CONTRACT NUMBER
AID-511-149-T

15. TYPE OF DOCUMENT

AID 590-1 (4-74)

BL
614.0984
D674

PN-AAG-716
③

INFORME FINAL DE ANTROPOLOGIA

Contrato No. AID-511-149T

SISTEMA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD AL AREA RURAL

Proyecto No. 511-0453

John M. Donahue, Ph.D.
Antropólogo
Trinity University
San Antonio, Texas 78284

Actividades desarrolladas durante el período Enero 8, 1978 a Enero 29, 1978 en las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Sucre, Bolivia.

C O N T E N I D O

APENDICE I: "Unas Reflecciones sobre el Entrenamiento de Lideres y la Organización de las Comunidades en el Proyecto Montero"

APENDICE II: "Los Criterios con que Evaluar la participación de las Comunidades en el Proyecto de Salud Rural Montero"

APENDICE III: "La Participación del Campesinado Boliviano en un Programa de Seguro Social Campesino"

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Enero 7 - 8, 1978	Hora de salida de San Antonio: 18:30 Vuelo de Continental # 60 Hora de salida de Miami: 1:45 Vuelo de Braniff # 979 Hora de llegada a La Paz: 10:30
Enero 9, 1978 A.M.	Reunión de orientación con el señor A.S. Landry, Jefe de la División de Salud y Asistencia Humanitaria.
	Reunión de orientación con la señorita Nancy Ruther, Project Officer del Proyecto de Salud Rural Montero. Me informó del status de la planificación y legislación para la salud dentro de la política gubernamental actual.
	Trabajo de biblioteca: "Evaluación del Proyecto de Salud Rural Montero - Informe Final". Comisión de Supervisión y Evaluación del Proyecto de Salud Rural Montero, MPS/SP, La Paz, Bolivia, Octubre 1977.
P.M.	Almuerzo con la Srta. Nancy Ruther y el Dr. Reinaldo Grueso, Asesor de NTF al Min Plan , Oficina de Planificación Nutricional.
	Reunión con el Dr. Glicerio Rojas, Director Nacional de Salud Pública y la Srta Ruther con referencia a mi colaboración con el MPS/SP En esta oportunidad el Dr Rojas nos citó a una reunión el día 11 de enero con mi contraparte boliviano, la Lic Laura Camarlinghi, Directora Nacional del Trabajo Social, División de Asistencia Médica. MPS/SP.
	Reunión con los señores Dallas Ostergaard, Mario Benavides y Melvin Van Doren de USAID referente a mi contrato.

Examen médico por el Dr. Mario Tejerina para asegurar mi capacidad de permanecer en la altura. Resultados positivos - Aceptado para el trabajo.

Enero 10, 1978
A.M.

Orientación por la Srta. Ruther al respecto de unos cambios en mi "work scope". El MPS/SP quiere que mi asesoramiento enfoque las estrategías que podría emplear el Ministerio para invitar a participar al campesinado boliviano en el proyectado Programa de Seguro Social Campesino (SSC).

Visita a las oficinas del CIPCA (Calle Socabaya # 340, tel. 63440) Entrevista con el personal acerca del trabajo de dicha institución en las zonas rurales de La Paz.

P.M.

Trabajo de biblioteca. Lectura de los informes de trabajo de los asesores de USAID en Montero.

Reunión con el Dr. Glicerio Rojas y la Lic. Laura Camarlinghi para precisar nuestro asesoramiento referente al proyectado Programa de SSC Se decidió que los dos elaboraríamos el diseño de un estudio para ver la manera en que los campesinos podrían hacer sus aportes a un Sistema de Seguro Social Campesino Nacional. Estuvimos de acuerdo en reunirnos los dos en el local de Acción Cultural Loyola (ACLO)(Calle Loa # 308, tel. 2230) en Sucre, a principios de la semana próxima para orientarnos en la manera de participación en el SSC del campesinado sureño. Mientras tanto yo viajaré a la ciudad de Santa Cruz para ponerme al día en cuanto al Proyecto de Salud Rural Montero y ver los modos de participación del campesinado del Oriente en el SSC. Nos reuniríamos en La Paz a partir del día 23 de enero para finalizar el diseño del punto de vista del campesinado norteño.

Entrevista con el señor Godofredo Sandoval, Jefe de la Sección de Investigaciones Sociales del Instituto Nacional de Desarrollo Socio-económico (INADES) tel. 20078, La Paz.

Enero 11, 1978

A.M. Entrevista con el Dr. Constantino Cuevas, Director de Planificación MPS/SP para comunicarle los resultados de la reunión entre el Dr. Glicerio Rojas, la Lic. Laura Camarlinghi y mi persona.

Vuelo a Santa Cruz en LAB # 957. Salida a las 11:45. Llegada a las 13:00.

P.M. Reunión de orientación con el señor Eloy Anello, Asesor de USAID a Nivel Distrital del Proyecto de Salud Rural Montero.

Discusión con el señor Eloy Anello para ver la manera de ampliar la base del liderazgo en las comunidades del Proyecto y de desarrollar un manual de organización de la comunidad para la salud. (Vease el Apendice I).

Enero 12, 1978

A.M. Revisión de los Manuales para la Formación de Lideres y para la Organización de la Comunidad con el señor Eloy Anello.

P.M. Reunión con el señor Eloy Anello y el señor James Becht, Asesor de USAID para evaluación e investigació del Proyecto de Salud Rural Montero.

Comienzo de un diseño de investigación para evaluar la participación de las comunidades campesinas del Distrito de Montero en el Proyecto de Salud Rural.

Enero 13, 1978

A.M. y P.M. Con los señores Jim Becht y Eloy Anello seguimos en la elaboración de los criterios para una evaluación de la participación del campesinado en el Programa de Salud Rural Montero.

Enero 14, 1978

A.M. Entrevista con el Dr. Evaristo Maida, Director de los Servicios de Extensión Médica, Proyecto de Salud Rural Montero.

P.M. Trabajo de escritorio Analisis de datos. Preparación preliminar del informe sobre la evaluación de la participación de la comunidad.

Enero 15, 1978 Día de descanso.

Enero 16, 1978
A.M. Entrevista con el Dr. Oscar Rojas, Director del Proyecto de Salud Rural Montero y el Dr. Carlos Tobón, Médico-Asesor de USAID a nivel Regional en Santa Cruz.

Reunión con el señor Eloy Anello, Jim Becht, Zulema Alvarez de Tudela, Educadora de Salud, y el señor Jaime Bravo, Coordinador de los entrevistadores del Proyecto. Continuamos con la elaboración de los criterios para evaluar la participación del campesino en el Proyecto de Salud Rural Montero.

P.M. Reunión con el señor Jim Becht y el señor Jaime Bravo para finalizar el diseño de un estudio de evaluación. (Vease el Apendice II).

Reunión con el señor Jaime Bravo para revisar los formularios y datos de la encuesta hecha en las comunidades del Proyecto y del control. Analisis de los facotres que están influyendo en el funcionamiento del programa de Salud en las comunidades del Proyecto.

Enero 17, 1978
A.M. Revisión de las características socio-económicas, culturales y geográficas de las comunidades del proyecto con el señor Jaime Bravo.

P.M. Viaje a Sucre a bordo del Vuelo LAB # 921.

Enero 18, 1978
A.M. Reunión con la Lic. Laura Camarlinghi, el Padre J. Orias, S.J., Director de ACLO y mi persona con el fin de informarle del propósito de nuestra visita a ACLO.

Entrevista con el sociólogo Walter Zilvetti y la

antropóloga Dana Carpenter de Chavez, miembros del Departamento de Trabajo Comunal de ACLO con el fin de darles a conocer el asesoramiento que estamos prestando al MPS/SP referente al Programa de SSC.

Doy una charla a unos 45 técnicos de saneamiento ambiental de la Unidad Sanitaria (Chuquisaca, Potosi y Tarija) sobre la antropología aplicada al campo de la salud.

P.M. Reunión con el señor Juan Torricos, Presidente de Agro Central (la Federación de las cooperativas del Departamento de Chuquisaca) y la Junta Directiva de COINCA (Chuquisaca) una cooperativa afiliada con ACLO.

Enero 19 1978

A.M. Reunión con el sociologo W. Zilvetti y la antropóloga D. de Chavez con el propósito de informarme más sobre el plan de acción de ACLO en el campo.

P.M. Taller con los 45 técnicos de saneamiento ambiental con el propósito de informarles del proyecto de un Seguro Social Campesino y pedirles sus opiniones referentes a tres temas:

1) Las ventajas o desventajas de un SSC

2) Las maneras por las cuales podría ser un SSC un ejemplo del desarrollo integrado

3) Los mecanismos a través de los cuales el campesino podría aportar a un sistema de SSC

Reunión con el personal de ACLO para pedir sus opiniones sobre un sistema de SSC y los mecanismos de la participación del campesino en tal sistema.

Enero 20 1978

A.M. Salida a la Granja Experimental "Asani". Entrevista con el Ing. agrónomo Marcelino Larrea de ACLO y un grupo de campesinos.

P.M. Reunión con la Sra. Laura Camarlinghi para revisar los datos tomados en Sucre referentes al SSC.

Enero 21, 1978	
A.M.	Reunión con la Sra. Laura de Camarlinghi para finalizar la revisión de los datos tomados en Sucre referentes al SSC.
P.M.	Trabajo de escritorio: revisión de la encuesta llevada a cabo en las comunidades del Programa de Salud Rural Montero.
Enero 22, 1978	Día de descanso en Sucre.
Enero 23, 1978	
A.M.	Revisión de los programs de ACLO en el campo de la promoción campesina a través de las escuelas radiofónicas e imprenta de materiales.
P.M.	Viaje a La Paz en el vuelo LAB # 932.
Enero 24, 1978	
A.M. y P.M.	Preparación del informe final sobre la participación del campesino boliviano en el Seguro Social para el MPS/SP. Sitio de redacción: las oficinas de USAID, Salud/Asistencia Humanitaria (Vease el Apendice III).
Enero 25, 1978	
A.M. y P.M.	Preparación del informe final sobre el entrenamiento de líderes y la organización de las comunidades en el Proyecto de Salud Rural Montero. (Vease el Apendice I).
Enero 26, 1978	
A.M.	Preparación del informe final sobre los criterios para evaluar la participación de las comunidades campesinas del Distrito de Montero en el Proyecto de Salud Rural (Vease el Apendice II).
	Reunión con el Padre Javier Albo, antropólogo y Director del Centro de Investigaciones para el Campesino Aymara (CIPCA).
Enero 27, 1978	
A.M.	Redacción final del informe.
P.M.	Reunión con el Dr. Glicerio Rojas, el Dr. Demetrio Rocha del MPS/SP y el Lic. John Coury, Asesor de USAID. Informe oral sobre el trabajo de la Sra. Laura Camarlinghi y el antropóloga John Donahue referente a la participación del campesinado boliviano en el Seguro Social.

Enero 28, 1978	
A.M.	Reunión con la Sra. Laura Camarlinghi para revisar el informe escrito sobre la Participación del Campesinado Boliviano en un Programa de Seguro Social para el MPS/SP.
P.M.	Revisión y la codificación final de los datos tomados en la encuesta de las comunidades del Proyecto de Montero.
Enero 29, 1978	Viaje de La Paz a San Antonio en el vuelo de Braniff # 974.

APENDICE I

UNAS REFLEXIONES SOBRE EL ENTRENAMIENTO DE LIDERES Y LA ORGANIZACION DE LAS COMUNIDADES EN EL PROYECTO DE SALUD RURAL MONTERO

La Problemática del Proyecto

Para esta fecha (28 de enero de 1978) el Proyecto de Salud Rural Montero (PSRM) ha llegado a 39 comunidades (llamadas "unidades de cobertura"). Estas comunidades pertenecen a ocho Unidades Básicas de Salud (UBS) con un puesto médico o hospital en su sede. Las sedes de las UBS son Antofagasta (con 6 Unidades de Cobertura, UC pop. 1,700), el Johci (3 U.C. pop. 1,172), San Ignacio (6 U.C. pop. 1,271), Chané Independencia (5 U.C. pop. 1,604), Caimanes (4 U.C. pop. 1,770), Aroma (6 U.C. pop. 2,286). La población de cobertura total es 15.115.

Se ha llevado a cabo en cada comunidad una promoción previa. Después la comunidad aún organizó a un comité de salud o entregó la responsabilidad salubrista a un comité multifuncional. Cada comunidad seleccionó a un promotor de salud para mandar a un curso de entrenamiento de siete semanas en Montero. Mientras tanto, el equipo de extensión del Proyecto ofreció dos cursillos a los miembros de los Comités de Salud de tres días cada uno, en las materias de educación para la salud y programas de medicina preventiva.

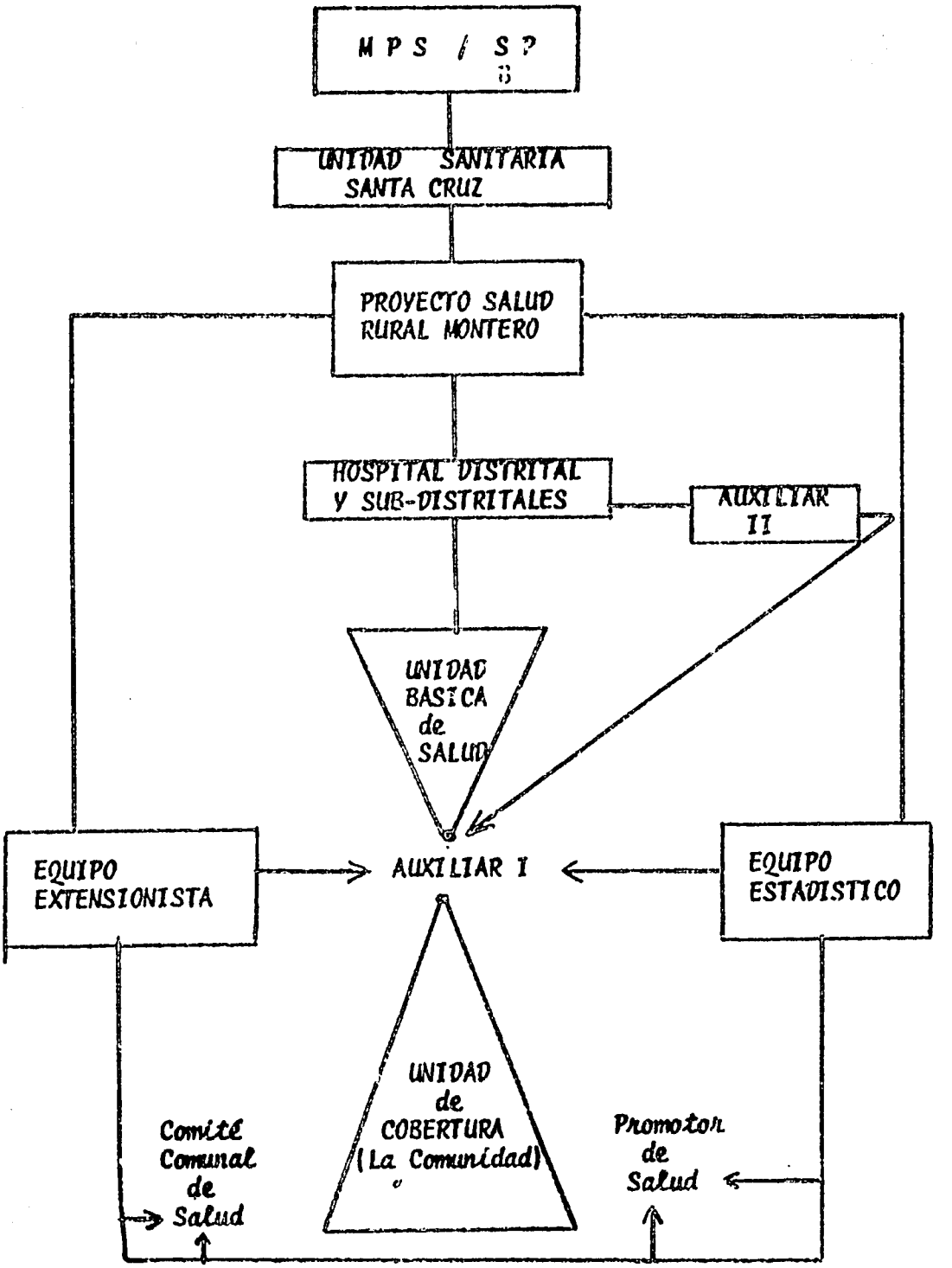
En la escuela de enfermería en Montero, hasta ahora se ha graduado una promoción de doce Auxiliares de Enfermería I para trabajar en las sedes de las UBS. Tienen la función de respaldo y supervisión de los Promotores de Salud en cada U.C. La preparación de los Auxiliares I se desenvuelve durante un lapso de 6 meses.

En la misma Escuela de Enfermería se han graduado cuatro Auxiliares de Enfermería II después de un entrenamiento de 13 semanas mas. Todos trabajan en los Hospitales Distritales o Sub-Distritales. Tienen la función de respaldo y supervisión a los Auxiliares I en las UBS. En el momento están trabajando tres Auxiliares II.

Además del personal técnico que se relacionan con la comunidad a través del Comité de Salud y el Promotor de Salud, intervienen también dos grupos mas del Proyecto. El equipo mobil extensionista que comprende a nueve técnicos en Salud ofrece cursillos dentro de la comunidad. Además, llega a la comunidad el equipo estadístico, cuya función es tomar datos de población, de morbilidad y de mortalidad para evaluar los cambios que se han efectuado en la comunidad a través del Proyecto.

Recomendaciones

El Proyecto de Salud Rural Montero comprende toda una red de relaciones interpersonales que se puede apreciar en el sociograma siguiente:



Sociograma del Programa del MPS/SP - PROYECTO DE SALUD RURAL MONTERO

En el Sociograma se trata de presentar en forma esquemática la coordinación de las relaciones sociales como actualmente se realizan. Esta organización puede y no puede conformarse de acuerdo a lo que se espera. El Sociograma nos sirve para hacer algunas observaciones y recomendaciones:

1.- A pesar de que el asesor antropólogo enfocaba más las labores del Proyecto en el entrenamiento de líderes y la organización de la comunidad, se dió cuenta de que un intercambio más estrecho entre el PSRM y la Oficina de Trabajo Social del MPS/SP en La Paz favorecerá mucho el papel que juegan los dos programas en prover los aspectos sociales, promocionales y educacionales dentro del mismo Ministerio. Quisiera recomendar que se reunan las directivas de las dos oficinas para ver la manera de aportar más al aspecto social dentro de los programas del MPS/SP. Sería muy conveniente este acercamiento mutuo si es que el MPS/SP va a participar en un Sistema de Seguro Social Campesino.

Incluso los manuales de los Recursos Institucionales, del Liderazgo, y de la Organización de la Comunidad que se está preparando en Montero podría servir a los que están iniciando otros programas en Salud Pública. En este caso, la Oficina de Trabajo Social podría servir como una fuente de difusión y comunicación entre estos varios programas en el país.

2.- Como se puede apreciar en el sociograma, es el Auxiliar I quién juega un rol clave en todo el sistema. El representa el punto de contacto más sistemático entre el Proyecto, la Unidad Básica de Salud y los Comités de Salud. El Promotor y la población de cada

Unidad de Cobertura (comunidad). Es el que visita continuamente a las comunidades (U.C.) que están incluídas en las UBS. Sin embargo, parece que el Auxiliar I es el eslabón más debil en el programa hasta ahora. La mayoría son jovenes, bachilleres y mujeres de la ciudad. Habría que evaluar el proceso de la selección de candidatos para ser el Auxiliar I. Si hubiera una manera de la población de la misma UBS, sería mejor. Si el mayor problema en seleccionar a personas locales es la falta de los requisitos académicos, valdría la pena revisar los requisitos y el rol de los Auxiliares I para que puedan capacitarse con más facilidad algunos candidatos de la área de cobertura. De otro modo, se podría buscar a los candidatos entre los bachilleres que quieran entrar a la escuela normal.

Al respecto de los roles de los Auxiliares de Enfermería I y II, se ve en el sociograma que el Auxiliar II supervisa y da apoyo al Auxiliar I. En realidad el rol del Auxiliar II fue creado precisamente para supervisar al Auxiliar I. Por eso, parece que hay cierta duplicación tanto en la formación de los Auxiliares como en su trabajo de campo. En cuanto a la formación, un análisis del programa de estudios del Auxiliar II muestra que los tres meses más de preparación que exigen del Auxiliar I para volverse un Auxiliar II, no es nada más que una profundización de los conceptos básicos aprendidos en el curso básico. Además puede haber un resentimiento del Auxiliar I para con el Auxiliar II por

por el mayor estatus que ocupa el otro. (Esta estratificación está reflejada en una manera interesante: El Auxiliar I anda en bicicleta y el Auxiliar II en moto.) Por lo tanto, es posible que los Auxiliares I siempre van a querer superarse y hacerse Auxiliares II, es decir, salir del UBS y las comunidades. A propósito, parece que los Auxiliares II están en un plan de mobilidad social parecida. Algunos vienen de Santa Cruz para aprovechar de una beca que da UNICEF para entrenar a los Auxiliares rurales. Piensan servir su "año de provincia" y después volver a la capital departamental. Si es así, entonces "la fuga de cerebros" se va a repetir dentro del distrito cuando la mobilidad social se convierte en la mobilidad geográfica.

Actualmente hay una demanda alta para Auxiliare II en las ciudades del Departamento. Además parece que los beneficios son mejores que los que reciben en el Proyecto. Es otro motivo, me parece, para seleccionar candidatos de entre la población rural, de entre la gente que muestra más probabilidades de quedarse. Se le podría dar un item que sirve unicamente para trabajar en el medio rural.

Tanto por la duplicación en los programas de capacitación como por los celos de estatus y la mobilidad social, quisiera sugerir que se discuta la posibilidad de suprimir los roles actuales del Auxiliar I y II y convertir todos a Auxiliares Rurales para trabajar en los puestos médicos de cada UBS. Su preparación sería de 9 meses (como es para los Auxiliares II ahora), pero

con más énfasis en la promoción, la educación y la organización continua en las comunidades. Es decir, que el Auxiliar Rural de Enfermería tendría dos roles muy importantes: uno de organizar nuevas comunidades dentro de la Unidad Básica de Salud y supervisar los servicios del MFS/SP en las comunidades ya organizadas.

3.- Los Promotores de Salud. Se han graduado dos promociones de promotres de salud y después de un curso de siete semanas el primer grupo salió a trabajar a fines de agosto, mientras que el segundo salió a fines de noviembre. La primera promoción consistió en su mayoría de hombres de 30 a 40 años de edad. En la segunda fueron seleccionados en su mayoría jovenes, tanto hombres como mujeres. Es interesante notar que la diferencia en la composición, tanto de sexo como de edad de los grupos se debe al hecho de que la segunda fue seleccionada durante el tiempo de la siembra, cuando los hombres mayores estaban trabajando.

El mayor problema que se ha tenido en la selección de los Promotores, es que los Comités de Salud y las comunidades no tenían los criterios muy claros de lo se requería de un individuo para ser candidato. Esto se debe concretar para poder presentar a la comunidad una lista de candidatos que ya se sabe cumplen con los requisitos. De esta manera, la comunidad pue-

de escoger de esta lista a su candidato preferido mediante voto secreto. También es preferible que toda la comunidad y no el Comité escoja al candidato. Antes de las elecciones, tanto la comunidad como los candidatos deben tener en forma escrita el convenio que explica las labores que se van a realizar y el modo y la frecuencia de la renumeración que el Promotor va a prestar a la comunidad.

El Comité de Salud juega un papel de liderazgo dentro de la comunidad muy importante. Por eso hay que tratar de promover dentro del Comité y dentro de la comunidad modelos de liderazgo diferentes a los patrones tradicionales del liderazgo vertical y de tipo mandón. Sería útil compartir las responsabilidades del Comité entre varios sub-grupos de voceros, quienes se preocuparían por cumplir con unos papeles específicos. Por ejemplo, un grupo ede voceros podría velar por la latrinificación en la comunidad, otro por el agua potable, otro por el control de los vectores de las enfermedades, etc. Así se podría ampliar el concepto y la experiencia de la comunidad en cuanto al liderazgo de tipo grupo.

5.- Tanto los Comités como las Comunidades se encuentran un poco desorientados en cuanto a las finalidades y los procedimientos del Proyecto de Salud Montero. Es decir, nó han logrado todavía un concepto integrado y cabal de lo que es el Proyecto y de lo que se hace. Hasta ahora tienen unas ideas pero no muy claras.

En gran parte, esta situación se debe a las intervenciones múltiples que hacen los grupos distintos del Proyecto. Por ejemplo, llegan a las comunidades en distintas ocasiones y con finalidades diferentes el del grupo extensionista (que comprende ocho roles distintos), el grupo estadístico, el Auxiliar de Enfermería I y también el Auxiliar II, pero con menos frecuencia. Se podría solucionar este problema con una mejor coordinación entre los grupos del Proyecto. Donde se ha podido coordinar el trabajo así, como en Arona y Porfía, el impacto en la comunidad ha sido mucho más favorable y comprensible.

Sin embargo, hasta cierto punto, por fuerzas mayores del mal tiempo o de la mobilidad, este factor de coordinación es difícil de evitar en la etapa de la expansión del proyecto. Hay que estar en varias comunidades dentro de un espacio corto de tiempo. Por eso, parece importante que se divida el grupo extensionista en dos, cada sección con una función distinta. La una se dedicaría a la expansión del Proyecto en las comunidades nuevas. La otra sección se mantendría en contacto con las comunidades ya organizadas. Su función principal sería mantener la continuidad del programa en cada comunidad.

Quizás es mucho esperar que un equipo móbil podría llegar a cada comunidad con suficiente frecuencia para cumplir con este rol de la promoción continua. Por eso, mientras que el Proyecto

va extendiendose más, habrá que pensar en incorporar en la labor extensionista un programa de comunicaciones de masa para hacer llegar a las comunidades una promoción continua de lo que hace el Proyecto y como están participando las comunidades. Tal promoción por la radio podría complementar a la promoción que hace el grupo extensionista tanto en su función de expansión como de mantenimiento.

Hay varias maneras de utilizar las comunicaciones de masas dentro del Proyecto para promover y educar a la gente en cuanto a la salud. La manera más conocida es la escuela radiofónica. Una manera menos conocida pero de mucho potencial, es la tecnología de cinta grabada pequeña y una serie de cintas grabadas en las materias de la educación para la salud, el Promotor de Salud podría invitar a grupos de miembros de la comunidad para escuchar y conversar sobre uno u otro tema relacionado con la salud.

Este método puede resultar menos costoso y más eficáz que la radio. En primer lugar es más util la grabadora que la radio si cuenta el Promotor con una serie de cintas grabadas. Además, hay más control en las comunicaciones usando la grabadora. Sin un arreglo especial, la radio se puede sintonizar a otras emisoras y a veces las condiciones atmosféricas no permiten una buena recepción de la transmisión.

De todos modos, es aconsejable que el Proyecto invite a un técnico de comunicaciones de masas para tener con quién discutir estas ideas. En varias ocasiones he podido conversar con el Dr. Francisco Gerace Ph. D., experto en las comunicaciones de masa. Actualmente él se encuentra en el Proyecto de Educación Rural - Escuela Normal Rural de Vacas.

Quisiera recomendar que se lo invite a conversar sobre el uso y el costo de un programa de difusión masiva dentro del Proyecto. Se puede comunicar con él a la casilla 3309 en Cochabamba o por teléfono de la oficina 25-1-00 o de la casa 41-0-82.

Para finalizar estas reflexiones sobre la organización de la comunidad y la preparación de los líderes, quisiera pensar en el futuro del Proyecto y las necesidades de más personal para el trabajo de expansión y de mantenimiento. Aunque un componente de comunicación de masas podría reducir el número de personal extensionista que es necesario, siempre hay que mantener el contacto personal con la comunidad y los servicios técnicos de saneamiento ambiental, la nutrición, etc. Por eso, en el futuro próximo parece necesario contratar a más personal para complementar las funciones de extensión y mantenimiento dentro del equipo extensionista. En este momento el equipo cuenta con 8 UBS y 39 U.C., con una población de 15,000 personas. Además el equipo está para organizar más comunidades para doblar su

su población de cobertura.

Es difícil ver como los nueve técnicos van a poder extender el Proyecto a unas 40 comunidades más y todavía prestar sus servicios de mantenimiento a las comunidades ya entregadas en el Proyecto.

APENDICE II

Los Criterios con que Evaluar la Participación de las Comunidades en el Proyecto de Salud Rural Montero

MODELO PARA LA EVALUACION DE LA PARTICIPACION DE LAS COMUNIDADES EN EL PROYECTO DE SALUD RURAL MONTERO

AREAS DE PARTICIPACION	a) CRITERIOS EVALUATIVOS DE PARTICIPACION				
	b) ESFUERZO	c) RESULTADOS	d) ADECUACION	e) EFICIENCIA	f) PROCESO
1. Organización de la Comunidad					
1.1. Orientación 1.2. Organización	1.	2.	3.	4.	5.
2. Capacitación					
2.1. Comité 2.2. Promotor	6.	7.	8.	9.	10.
3. Investigación					
3.1. Preparación 3.2. Ejecución 3.3. Seguimiento	11	12.	13.	14.	15.
4. Infraestructura					
4.1. Edificaciones 4.2. Equipamiento	16.	17.	18.	19.	20.

	ESFUERZO b)	RESULTADOS c)	ADECUACION d)	EFICIENCIA e)	PROCESO f)
5. Prestación de Servicios 5.1. Promotor 5.2. Utilización 5.3. Mobilización (Comité de Salud)	21.	22.	23.	24.	25.
6. Apoyo Administrativo 6.1. Control 6.2. Rendición de Cuentas de finanzas y bienes 6.3. Programación	26.	27.	28.	29.	30.
7. Diseño Final del Sistema 7.1. Planificación 7.2. Evaluación 7.3. Modificación	31.	32.	33.	34.	35.

a) Adaptado de los criterios de la evaluación de Edward A. Suchman Evaluative Research. Russel Sage Foundation pp.61-68.
b) El esfuerzo se define como la cantidad y calidad de la actividad.
c) Los resultados se definen como los efectos medidos del esfuerzo.
d) La adecuación se refiere a la medida de la rendición referente al nivel de la necesidad.
e) La eficiencia se pregunta si fue ésta la mejor manera de alcanzar la meta o pueden haber unas alternativas más útiles La eficiencia = $\frac{\text{resultados}}{\text{esfuerzos}}$
f) El proceso se refiere a la manera o el procedimiento por el cual se alcanza la meta.

Area de Participación:

1. Organización de la Comunidad.

   1.1. Orientación.

   1.2. Organización.

Criterios Evaluativos:

(1) Esfuerzo:

   1. Contacto con autoridades y líderes informales.

   2. Tres asambleas en un mes.

   3. Formación de comités a nivel de UC, UBS, Club de Madres, etc.

   4. Estatutos para cada comité.

(2) Resultados:

   1. Aceptación y apoyo de los dirigentes formales e informales.

   2. Decisión de organizarse.

   3. Procedimiento de selección.

   4. Acta de posesión.

   5. Aprobación de estatutos por la comunidad.

(3) Adecuación:

   1. Reconocimiento de necesidades.

   2. Grupo organizado para enfrentarse con las necesidades.

   3, Reconocimiento general.

   4. Personería jurídica.

   5, Declaración pública del compromiso.

(4) Eficiencia:

   1 Recursos utilizados.

      - comunidad,

      - Proyecto.

2. Resultados esperados.

3. Resultados logrados.

4 Alternativas.

(5) Proceso:

1 La metodología utilizada en la organización de la comunidad.

2. El contexto geográfico, demográfico, socio-cultural, económico, político, religioso.

3. Porqué dió un buen resultado? porqué no?

Area de Participación:

2. Capacitación.

2.1. Comité.

2.2. Promotor.

Criterios Evaluativos:

(6) Esfuerzo

1. Curso de liderazgo I y II de tres días cada uno.

2. Disponibilidad al adiestramiento eventual.

3. Situación del promotor.

4 Apoyo a la capacitación del promotor.

5. Asistencia al curso del Promotor.

6 Asistencia al curso para las parteras.

(7) Resultado:

1. Orientación y concientización de los lideres sobre las funciones del Comité de Salud.

2. Desarrollo de habilidades administrativas.

3. Promotor seleccionado.

4. Concientización y desarrollo de las habilidades del Promotor y de la Partera de acuerdo a las actividades a realizarse.

(8) 2. Calidad y comportamiento en el trabajo.

(9) Eficiencia:

1. Recursos utilizados.

- comunidad

- proyecto

2. Resultados esperados.

3. Resultados logrados.

4. Alternativas.

(10) Proceso:

1. Procedimiento de la selección de los Comités de Salud y los Promotores de Salud.

2. Plan de estudios del curso de liderazgo.

3. Plan de estudios del curso del promotor.

4. Plan de estudios del curso de la partera.

Area de Participación:

3. Investigación

3.1. Preparación.

3.2. Ejecución.

3 3. Seguimiento.

Criterios Evaluativos:

(11) Esfuerzo:

1. Reunión de orientación del Comité.

(11) 2. Promoción de entrevistas en la comunidad.

3. Grado de colaboración de los entrevistados.

4. Recolección de datos por los promotores.

5. Comunicación de los resultados.

6. Entrega de medicamentos para los enfermos.

(12) Resultados:

1. Número de entrevistas y analisis realizados: encuesta domiciliaria, censo de población.

2. Comunicación de los resultados.

(13) Adecuación:

1. Tasa de cumplimiento de la encuesta y del censo.

2. La calidad de la información.

3. Receptibilidad y motivación para cambios a nivel de la comunidad.

(14) Eficiencia:

1. Recursos utilizados,

- comunidad

- proyecto

2. Resultados esperados,

3. Resultados logrados,

4. Alternativas,

(15) Proceso:

1. Procedimientos,

2. Metodologías.

Area de Participación:

4. Infraestructura.

   4.1. Edificaciones.

   4.2. Equipamiento

Criterios Evaluativos:

(16) Esfuerzo:

   1. Movilización de recursos locales y recursos de afuera para construcciones.

   2. Movilización de recursos locales y de afuera para equipamiento.

(17) Resultado:

   1. Un local para almacenamiento de equipo, suministros y documentos.

   2. Equipo y materiales de trabajo.

(18) Adecuación

   1. Equipo y local apropiado de acuerdo a las necesidades de salud y actividades a realizarse.

(19) Eficiencia:

   1. Recursos utilizados.

      - comunidad.

      - proyecto.

   2. Resultados esperados

   3. Resultados logrados

   4. Alternativas.

(20) Proceso:

   1. La dinámica que genera y mantiene la acción solidaria y espontanea de la comunidad.

2. El acercamiento entre la comunidad y las instituciones de asistencia.

Area de Participación:

5. Prestación de Servicios.

5.1 Promotor.

5.2. Utilización.

5.3. Movilización (Comité de Salud)

Criterios Evaluativos:

(21) Esfuerzo:

1. Definición y atribuciones del Convenio entre el Comité y el MPS/SP.

2. Definición y atribuciones del contrato entre el Comité y el Promotor.

3. La utilización de los servicios del promotor y auxiliares.

4. Promoción de parte del Comité de los programas de salud.

5. Entrenamiento para servicios de parteras.

(22) Resultados:

1. Celebración del acto del convenio.

2. Celebración del acto del contrato.

3. Ejecución del plan operacional de parte del Comité de Salud, los promotores y la comunidad.

(23) Adecuación:

1. Alcance a las metas programáticas establecidas.

2. La reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad.

(24) Eficiencia:

1. Recursos utilizados.
   - comunidad.
   - proyecto.
2. Resultados esperados
3. Resultados logrados.
4. Alternativas.

(25) Proceso:

1. Dinámica de la programación.
2. Método de la ejecución.
3. Definición y resolución de problemas.

Area de Participación:

6. Apoyo administrativo.
   6.1. Control.
   6.2. Rendición de cuentas de finanzas y bienes.

Criterios Evaluativos:

(26) Esfuerzo:

1. Reuniones quincenales y mensuales a nivel de la UC y UBS.
2. Preparación de los informes financieros de actividades, de la programación y de los suministros
3. Asambleas comunitarias.
4. Visitas y entrevistas con personal técnico.

(27) Resultados:

1 Aprobación del plan de trabajo.

2. Aprobación del presupuesto operacional.

3. Aprobación y entrega de informes.

4. Pago regular al promotor.

5. Intervenciones en la comunidad en 26/1-4

(28) Adecuación:

1. Funcionamiento de los sub-sistemas administrativos: planificación, información, suministros, personal y financiamiento.

(29) Eficiencia:

1. Recursos utilizados.

- comunidad

- proyecto.

2. Resultados esperados.

3. Resultados logrados.

4. Alternativas.

(30) Proceso:

1. Dinámica de la programación

2. Método de la ejecución.

3. Definición y resolución de problemas.

Area de Participación:

7. Diseño Final del Sistema.

7.1. Planificación.

7.2. Evaluación.

7.3. Modificación

Criterios Evaluativos:

(31) Esfuerzo:

1. Asistencia de los representantes en los talleres distritales No. 3 y 4
2. Evaluación sobre la participación comunal y la evaluación interina y final del proyecto.
3. Elaboración de un informe evaluativo sobre la implantación del sistema.

(32) Resultados:

1. Un dialogo abierto sobre los alcances y las limitaciones del proyecto.
2. Conclusiones y recomendaciones específicas para la adecuación del sistema.

(33) Adecuación:

1. La ubicación de las recomendaciones.
2. Aceptación y apoyo de las conclusiones y las recomendaciones de parte de la comunidad en general.

(34) Eficiencia:

1. Recursos utilizados.
   - comunidad.
   - proyecto.
2. Resultados esperados.
3. Resultados logrados.
4. Alternativas.

(35) Proceso:

1. Métodos utilizados en las realizaciones de los talleres. y las evaluaciones indicadas.
2. La forma de llevar a cabo el informe evaluativo.

APENDICE III

La Participación del Campesinado Boliviano

en un Programa de Seguro Social Campesino

LA PROBLEMATICA DE LA ANTROPOLOGIA

El punto de vista antropológico abarca de la cultura conceptualizada como un complejo de creencias y valores situado en una red de relaciones interpersonales (es decir las relaciones sociales, economicas políticas y religiosas), amoldado por factores medio ambientales (como la estructura de la población, el nivel de la tecnología y el caracter del medio ambiente mismo) e influido por el právis histórico en el cual cada comunidad se desenvuelve.

Así, la antropología trata de describir la cultura como si fuera un sistema funcional en el cual cada aspecto que sea ideológico, estructural o medio ambiental se relacionen e interdependan. Puesto que ninguna comunidad o sociedad se encuentra aislada de las influencias históricas contemporáneas, la antropología tiene que tomar a la cultura no solo como un sistema funcional estático. sino también como un grupo de personas en cierta relación de intercambio cultural con otros grupos cercanos distintos.

La Antropología Aplicada al Campo de la Salud

Así, cuando se pide a un antropólogo hacer un análisis de la participación del campesinado en un sistema de Seguridad Social Campesina, él se encuentra frente a una realidad compleja en la cual la salud juega solo una parte en lo que se refiere a la cultura(s) del campesino boliviano.

Además, se puede decir desde el comienzo, que la salud se relaciona con una serie de factores cognoscitivos, estructurales y medio ambientales que tienen sus antecedentes históricos. Para introducir cualquier cambio en la comunidad campesina, tanto el agente de cambio como el campesino mismo, tienen que entender estas interrelaciones en su contexto histórico.

En el caso de la salud, tanto el personal médico como el campesinado, tienen que tomar conciencia de los factores históricos que han producido el estado actual de la morbilidad y mortalidad en el campo rural.

Para cambiar este proceso histórico y mejorar las condiciones de la salud rural, tanto los proveedores de salud dentro de la profesión médica como los campesinos tienen que enfrentarse por lo menos con dos sistemas culturales distintos que pretenden prestar servicios de salud y bienestar en el medio rural.

Por una parte, está toda la estructura y organización del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública con sus antecedentes cognoscitivos, estructurales y medio ambientales. Por otra parte, está toda la estructura y organización autóctona de las comunidades campesinas que reflejan entre ellas todo un espectro de grados de la aculturación y cambio frente a la cultura mestiza nacional.

Cada sistema, nacional y local, tiene ya sus estrategias para aportar al bienestar y la salud de la población.

No es necesario apuntar de que en cuanto a la entrega de la salud, muchas veces el sistema de la medicina moderna y urbana ha estado en conflicto con la medicina folklore y rural. Cada una lleva sus propias creencias en cuanto a la salud y a las causas de la enfermedad. También cada una refleja valores distintos en cuanto a los métodos que hay que tomar para prevenir o curar la enfermedad.

A pesar de los conflictos ideológicos culturales, existen puntos de intercambio entre los sistemas culturales distintos. En este informe se tratará de enfocar los puntos de conflicto y de intercambio que habrá de tomarse en cuenta para que el MPS/SP y el campesinado boliviano lleguen a un acuerdo en cuanto a la realización de un sistema de seguro social campesino.

El Modelo de Análisis

Para dar algo de organización y perspectiva antropolótica (es decir, integrada y global) a este análisis, se tomará como esquema una clasificación tradicional dentro de la antropología en la cual se distinguen cuatro niveles de análisis:

1. Los Factores Cognoscitivos
   - las creencias
   - los valores

2. Los Factores Estructurales
   - las relaciones sociales
   - las relaciones económicas
   - las relaciones políticas
   - las relaciones religiosas

3 Los Factores Medio Ambientales

- la población: el tamaño, la composición, la distribución
- el nivel tecnológico
- el medio ambiente: flora y fauna

4. Los Factores Históricos

- la socialización o la enculturación
- el cambio histórico o la aculturación

Este esquema tiene el propósito de hacer una presentación análitica de cómo es este informe. Hay que tomar en cuenta, sin embargo, que la realidad cultural abarca a todos estos aspectos en una manera integral y relacionada. Por eso, en el informe se tratará de relacionar los varios aspectos culturales y sugerir como se influyen en la entrega de la salud.

La Metodologia

Es conveniente hacer un comentario más en cuanto a la metodología desempeñada en el transcurso de este trabajo. Tanto el antropólogo asesor como la Directora de Trabajo Social del MPS/SP entrevistaron al personal de varias instituciones estatales y privadas que se encuentran en la promoción de la salud en el campo rural.

Hicimos varias observaciones de campo y nos comunicamos con algunos campesinos referente a un Programa de Seguro Social Campesino. El objetivo fue de hacer el diseño de una investigación previa a la aplicación de un sistema de Seguro Social Campesino.

No fué el propósito nuestro hacer tal investigación. No nos permitía ni el tiempo ni los recursos. Sin embargo, creemos que las hipótesis que proponemos, faciliten una investigación en la cual el campesino ofrezca sus propias opiniones y sus propias pautas referente a su participación en el Seguro Social.

1. Factores Cognoscitivos

1.1 La medicina folklore

Si bien el sistema médico folklore representa toda una visión del mundo con sus propias creencias y valores, el sistema médico occidental también representa sus propias creencias y valores culturales.

Cualquier intento de hacer llegar un seguro social al campesino, tendría que abarcar las diferencias cognoscitivas que existen entre los dos sistemas. Si hablamos de una jerarquía de factores condicionales para que tenga exito un seguro social, una promoción educadora y concientizadora sería el primer paso.

En tal programa de promoción tendría que hacer un acercamiento entre los proveedores de la salud publica y los proveedrores tradicionales de la salud dentro de la comunidad, es decir. los curanderos y las parteras empíricas. Se esperaría por este acercamiento una valorización de los patrones culturales de la comunidad por parte del cuerpo médico y a través de la confianza así lograda, una aceptación más fácil de todo el proceso que implica un programa de salud preventiva y curativa en la comunidad.

Esta política quizas implica más un cambio de actitud dentro del cuerpo médico que dentro de los curanderos. Por lo general se ve un rechazo total de la medicina folklore entre muchos de los medicos urbanos. Entre algunos médicos rurales hemos encontrado cierta simpatía hacia la medicina herbal y hasta en algunos casos una estrecha colaboración con los curanderos y las parteras.

Hemos notado que esta política ha servido para entrenar a los curanderos en admitir el valor del diagnóstico y del tratamiento médico. Como decía un curandero: "El medico trata a los enfermos; nosotros los curamos."

Podemos percibir en esta reflexión, un entendimiento entre dos perspectivas necesarias para llegar a un acuerdo entre la medicina occidental y la medicina autóctona. Trata de combinarse la perspectiva biológica con la perspectiva sicosomática.

Sin embargo, no hay que esperar que un médico cuya formación ha sido el 99% de materia biológica, pueda llegar facilmente a esta división de labor con los curanderos. Por eso, sería recomendable una mejor preparación de los alumnos de las facultades de medicina en las materias socioantropológicas referente a la salud. A corto plazo se podría incorporar varios aspectos de la medicina folklore en la preparación de los Auxiliares de Enfermería y de los Promotores de Salud en los lugares en que se cuente con ellos

1.2 La salud como valor dentro de la comunidad campesina.

Dentro de la antropología, los valores se refieren a las metas que son compartidas entre un grupo cultural los cuales todo aspiran alcanzar.

Si bien el MPS/SP espera que un Seguro Social Campesino tenga aceptación entre la población rural, se presume que para el campesino la salud tenga la prioridad entre su complejo de valores. No es cierto esto. No hay duda que el campesino busca, como cualquier otro, su seguridad. Sin embargo, él más busca su seguridad en la producción y la comercializacion de sus productos que en la salud. La salud tiene un valor pero en muchos casos no es la meta de mayor importancia para el campesino.

Si queremos convencer al campesino sobre la necesidad de programas de la medicina curativa y la preventiva, tenemos que encajar el programa de Seguro Social dentro del marco de sus necesidades sentidas. Así, un seguro social por ser integral y multisectorial podría mostrar objetivamente que respeta la prioridad de valores que tiene el campesino.

1.3 Los programas de medicina preventiva.

Si el campesino apenas da mayor importancia a la salud salvo cuando por estar enfermo o accidentado no puede trabajar, con mucha más dificultad se preocupa por la prevención de la enfermedad.

Por eso, es posible que el desarrollo economico no solo garantize el mejoramiento de la salud. Hay un caso muy instructivo en el Proyecto de Salud Rural Montero. Al comparar la taza de la parasitosis entre dos comunidades, la una mucho más pudiente que la otra, se notó que las dos sufren de altos niveles de contaminación.

Este hecho comprueba la necesidad de un esfuerzo total de promoción social y educación para la salud dentro del programa de Seguro Social Campesino. Si el Seguro dá prioridad a la atención médica en la enfermedad a través de la infraestructura actual del MPS/SP, también debe darse igual importancia al cambio de actitudes dentro del campesinado a través de programas de promoción, de concientización y de la educación en la medicina preventiva.

1 4 Programa de Promoción para lograr la participación del campesino.

Si es cierto que el 80% de las enfermedades tratadas en el area rural son de un origen ambiental, sería más util invertir los recursos escasos del Seguro en programas para promover la salud preventiva, que en una infraestructura que abarca demasiado una atención médica a las enfermedades previsibles.

Esta promoción debe ser a largo plazo y contínua. Al principio se podría tomar algunas comunidades pilotos en varias partes del país. La promoción tendría tres etapas esencial: una, la de hacer opinar a la gente sobre la problematica de la salud en su comunidad; otra etapa de educación para la salud y los servicios que

presta el MPS/SP y la tercera etapa abarca la administración e implementación del proyecto del Seguro Social dentro de la comunidad.

Si bien el Seguro Social entra en vigencia en el año 1978, los primeros dos años se podrían dedicar a las primeras dos etapas La forma final que toma el Seguro Social en una determinada zona o en un tipo de comunidad se define en estas dos etapas preliminares.

El evito de la ultima etapa depende de la toma de conciencia y los acuerdos logrados en las primeras etapas. Existen varios programas muy destacados dentro del MPS/SP que se han especializado en la promoción y la educación para la salud. Basta mencionar el Proyecto de Salud Rural Montero y el Departamento de Trabajo Social, ambos del MPS/SP.

De parte de las instituciones privadas, se puede mencionar el trabajo de Acción Cultural Loyola (ACLO) en Chuquisaca. Es decir, existe personal capacitado de quienes el Programa de Seguro Social podría aprovechar para entrenar a su personal en las etapas de promoción y educación.

2. Factores Estructurales

Es la promoción que figura como prioridad en una jerarquía de los factores condicionantes para el éxito de un Seguro Social Campesino.

Cuando se habla de los factores determinantes (es decir, de la factibilidad de un Seguro Social Campesino) es el aporte económico

el que figura como prioridad en esta otra jerarquía Hasta ahora no se ha probado si un Seguro Social Campesino sea factible desde un punto de vista economico.

La historia del impuesto unico revela el desacuerdo que muestra la gran mayoría del campesinado boliviano con aportes directos, especialmente cuando se refiere a un aumento en los impuestos. Sin embargo, el campesino debe aportar algo para mejorar su salud y no esperar que el MPS/SP le dé una asistencia gratuita.

Además. el acuerdo que se espera lograr con el camepesinado en las dos etapas mencionadas más adelante, depende en gran parte en los mecanismos que se encuentren para lograr su aporte al Sistema de Seguro Social. Aunque el Sistema sea unico en todo el país, su manera de funcionar y financiarse tendría que adaptarse de acuerdo con una serie de variables sociales, económicas, políticas y medio ambientales

2.1 Factores medio ambientales

La misma variación de clima en el país ha dotado a algunas zonas con recursos naturales más abundantes que a otras. No debe esperarse el mismo aporte de una poblacion más dotada que de una población menos dotada. Incluso, cualquier aporte en efectivo tendría que tomar en cuenta las variaciones en temporadas de cosecha (cuando la gente cuenta con más capital) de zona en zona.

Además, tendría que existir un mecanismo en el sistema de aportes para compensar cuando sufran daños las cosechas por uno u otro inconveniente temporal como la sequía, las inundaciones, las heladas, etc.

2.1 Factores socioeconómicos.

A través de unos desenvolvimientos históricos distintos hoy en dia se encuentran comunidades campesinas de estructura y organización social muy variada. Sin embargo, se puede destacar a dos tipos de comunidad campesina en Bolivia cuya estructura y organización social distinta puede irfluir en el modo de hacer participar a cada uno en el Seguro Social.

Existen las comnidades de tipo integrado, es decir, que gozan de una jerarquía político-religiosa de liderazgo, Estas comunidades por lo general mantienen su propio idioma, sus propias creencias y valores, distintos a los de la cultura nacional mestiza.

Aunque la tecnología de dichas comunidades es sencilla, su recurso principal es la tradición de la ayuda mutua en el sector agropecuario en particular. Por lo general, la producción agropecuaria de esta comunidades es destinada al autosustentamiento aunque un poco se lleva al mercado.

Si el ingreso anual per capita en el campo rural boliviano es entre los $b 1,000.00 y los $b.1,600 00 al año, la gente de este tipo de comunidad se encuentra por debajo del promedio. Practicamente viven fuera del mercado capitalista nacional. En su mayoría, este tipo de comunidad se encuentra en los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí.

No hay que esperar aporte económico muy significativo de los miembros de estas comunidades. Si se exige un aporte económico

directo, solo los pocos pudientes dentro de la comunidad van a poder aprovechar del Seguro. Los que lo necesitan más van a encontrarse fuera del programa.

El segundo tipo de comunidad rural boliviano se ha desarrollado a través de una trayectoria historica distinta. De repente este tipo de comunidad, llamada "abierta", fue de tipo integrado en el pasado A través del tiempo se iba perdiendo su liderazgo tradicional, se adoptaron las estructuras políticas nacionales y se integró mas la cultura mestiza.

En otras ocasiones, este tipo de comunidad evolucionó directamente de unas colonias criollas en que los indios fueron en gran parte asimilados. De este encuentro de culturas nació la cultura mestiza. Que sea el origen de este tipo de comunidad campesina, todas comparten de la misma idiosincracia. La comunidad "abierta" siempre ha estado estrechamente ligada al mercado capitalista nacional e internacional.

Los campesinos producian los productos agropecuarios de subsistencia para el sector urbano del pais y los productos comerciales como el azucar, el café, el algodón y el arroz para un mercado mayormente internacional. Por eso la vida socioeconomica de estas comunidades siempre ha variado segun las fluctuaciones en los precios del mercado internacional.

Por estar más ligado al mercado capitalista, este tipo de comunidad se encuentra más susceptible, para bien o para mal, a las influencias de afuera. Además pueden gozar de una entrada más elevada

(aunque sea poco sobre el promedio) de que gozan las comunidades del primer tipo. Se encuentra este tipo de comunidad más en los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, Santa Cruz, Beni y Pando.

Aunque parece obvio, vale decir que el ingreso economico anual campesino no ha llegado a tal nivel que pueda el Seguro Social esperar un aporte directo. Sin embargo, la estructura y la organización de los dos tipos de comunidad se prestan para lograr un aporte indirecto a través de una organización tipo cooperativa. Puede ser una estrategia eficaz la organización cooperativa de parte del Seguro Social tomando en cuenta los factores condicionantes.
En ambos casos, la cooperativa enfocaría la producción y la comercialización.

Sin embargo, la comunidad integrada quizás dá más importancia al aumento de producción y la comunidad abierta a la comercialización. Como sea, la comunidad integrada ya cuenta con unos antecedentes de trabajo comunitario que pueden servir a la cooperativización. Sin embargo, la política cooperativista en Chuquisaca nos enseña que puede influir mucho en el exito del programa a largo plazo

En ACLO no se toma a los individuos como socios sino a la comunidad entera. Una cooperativa se forma a base de los recursos humanos y económicos de unas ocho a diez comunidades. Esta política asegura más la fuerza economica de la cooperativa y así las posibilidades de que la cooperativa tenga una entrada suficiente para poder aportar al Seguro Social lo necesario para asegurar a sus socios.

Se podría recomendar entonces que el MPS/SP trate de integrar las Unidades de Cobertura con una obra cooperativista multisectorial la cual podría tener una función salubrista entre sus otras funciones agropecuarias. Esto se está relizando en la Cooperativa de Tarabuco, Chuquisaca, en la cual se ha contratado a un médico a tiempo completo para las necesidades de los socios. Vale la pena hacer notar que sus dias de trabajo más destacados son los sábados y los domingos cuando los socios acuden al pueblo para el mercado. (El médico toma sus dias libres los martes y miercoles) Así, la cooperativa ejecuta cierto control sobre las actividades del personal médico, situación que favorece la responsabilidad tanto del médico como de la comunidad. Por lo tanto, la comunidad toma la obra médica como cosa de ellos mismos.

Vale la pena hacer notar en este momento que en toda la discusión anterior se asume que el punto de partida de la organización cooperativista del seguro social campesino no es el individuo y su familia, sino toda la comunidad. En este punto, un seguro social campesino diverge del modelo urbano del Seguro Social. Exige este cambio de procedimiento los escasos recursos economicos con que cuenta el campesinado. Además, la organización cooperativista aprovecharía de los patrones culturales de trabajo mancomunal en las comunidades de tipo integrado. Para ambos tipos de comunidad, la organización cooperativista brindaría una infra-estructura amplia para un desarrollo integral y multisectorial. Por ser la comunidad el socio y no el individuo, la organización cooperativista tendría un respaldo más amplio en la zona y así una estabilidad y representación mayor frente a las instituciones estatales y privadas.

2.2 Factores Políticos

Si una organización de tipo cooperativista tiene exito dentro del proceso de un Seguro Social Campesino, parece necesario que se tomen varias pautas para que el manejo de la cooperativa represente los intereses y necesidades sentidas de las comunidades campesinas.

En primer lugar, habrá que hacer la promoción de que se habló en la parte 1.1 de este informe. Aunque sea larga la duración de las etapas de la promoción y la educación, así se afirman las bases para que después la comunidad se organize con más motivación y conciencia.

En la tercera etapa, se organiza la cooperativa según las pautas siguientes. En primer lugar, hay que exigir que haya un número mínimo de socios dentro de cada comunidad, como por ejemplo, de diez familias. Después, parece mejor que la directiva de la cooperativa esté en manos de los campesinos si son socias las comunidades campesinas. Si los socios son del pueblo, entonces que la manejan ellos. Eso se sugiere porque muchas veces los intereses comerciales y agropecuarios de los campesinos y de la gente del pueblo son distintos. También para que el liderazgo dentro de la cooperativa esté compartido, es conveniente que la directiva sea rotativa.

Hasta ahora, se ha hablado de la comunidad campesina como si fuera una masa homogénica. Aceptar este estereotipo sería caer en una trampa. En realidad la comunidad campesina tiene su estratificación social y económica tanto el tipo integrado como el tipo abierto

Se ha notado antes la existencia de una jerarquía religioso-política dentro de las comunidades de tipo integrado. Esta jerarquía refleja una estratificación de prestigio y en las comunidades integradas más aculturadas refleja aún una estratificación económica. Si existen estratos económicos dentro de ambos tipos de las comunidades campesinas aparecen más agudas las diferencias económicas en las comunidades de tipo abierto. Esta situación se debe a su mayor envolvimiento en el mercado capitalista y la posibilidad de mayor mobilidad vertical de parte de unos sectores de la comunidad. Por lo tanto cualquier tentativa de formar cooperativas o de buscar aportes de la población rural para un seguro social, tiene que enfrentarse con los estratos economicos distintos de la comunidad y los intereses particulares de cada estratus. De otra manera, las personas de un estratus más pudiente podrían apoderarse de la cooperativa o del programa del Seguro Social según sus propios intereses y no de toda la comunidad. Por eso, hay que identificar la estructura de "poder" dentro de la comunidad para ver en que forma la organización cooperativista y salubrista puede ser más representativa y democrática.

Por lo general, la autoridad en las comunidades campesinas está compartida entre tres personajes: el corregidor o lider tradicional, el secretario general del sindicato y el maestro rural Puede intervenir también el cura o el médico. En algunas comunidades de Chuquisaca, la competencia para el poder se hace entre el corregidor y el sindicato. En muchos casos el maestro figura como un intermediario entre los rivales. En Santa Cruz, el corregidor tiene menos

prestigio. Por eso en las etapas de la promoción y la educación habrá que investigar dentro de que marco del liderazgo y de la autoridad marcharía mejor el programa. En el caso que la autoridad política represente al estratus mayor dentro de la comunidad, es posible que la comunidad elija manejar su proyecto de cooperativa y programa de salud a través de un nuevo Comité elegido por un voto secreto. A lo mejor eligen organizarse a través de la autoridad tradicional o con la participación de los curacas o yatiri. A la medida que la mayoria de la comunidad acepta y confía en sus autoridades, mas esperanza hay de que la gente colabore en el programa y de que éste tenga exito.

Si bien la política se refiere a la distribución de los recursos escasos, habrá que ver la manera de hacer participar a los médicos en un sistema de Seguro Social Campesino. No parece muy eficaz cualquier incentivo económico que premiaría a los médicos al costo de un mayor aporte de parte del campesinado. Por ejemplo, si los medicos recibieran un pago mayor por los servicios prestados en el campo del que reciben por los mismos servicios en la ciudad, el campesino acudiría a los centros urbanos de servicio médico o a lo mejor no participaría jamás.

Incluso, hasta cierto punto habrá que ver la utilidad de mandar a los médicos muy especializados y poco motivados en el campo de salud pública al campo rural para trabajar. Más bien, parece

más factible entrenar a largo plazo a personal médico de mando medio como Promotores de Salud, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Trabajo Social, Educadores de Salud o incluso. médicos rurales.

La formación de este tipo de personal, podría enfocar la medicina preventiva, la promoción social y la educación para la salud. Hasta ahora, estas materias despiertan poco interés en las facultades de medicina y menos aún entre los medicos urbanizados.

Si dentro de la distribución de los recursos escasos salubristas hay una deficiencia de personal médico para un Seguro Social Campesino, puede haber una duplicación de esfuerzos si las instituciones estatales y privadas no desarrollan un plan de trabajo integrado en las Areas de Cobertura del Seguro Social. Se debe comenzar un trabajo inter-sectorial a una escala pequeña y a nivel de base. Los respectivos ministerios podrían ponerse de acuerdo en dejar a sus agentes regionales y distritales elaborar sus planes de trabajo integrado según las idiosincracias de cada zona. En este sentido, un Seguro Social Campesino podría promover la formación de equipos polivalentes para trabajar en las comunidades. Así, se asegura que el Programa continue y crezca porque no depende ni de un solo ministerio sino de varios que estén de acuerdo en colaborar con el campesino en hacerse autor de su propio destino.

Laura de Camarlinghi
Directora
Oficina de Trabajo Social
MPS/SP, La Paz, Bolivia

John M. Donahue, Ph.D
Antropólogo
Trinity University
San Antonio, Texas