

**INVESTIGACION OPERACIONAL ACERCA DE LOS MEJORES
INCENTIVOS PARA
UN TRABAJO ESTABLE DE LOS SANITARIOS NATIVOS EN
BOLIVIA**

INFORME FINAL

I. I. M. S.

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICO SOCIALES
COCHABAMBA - BOLIVIA
ABRIL DE 1986**

CONTENIDO

| | |
|--|---------|
| 1. RESUMEN DIRECTIVO | |
| 2. ANTECEDENTES | Pag. 1 |
| - Introducción | |
| - Descripción general de la población meta | |
| - Situación de salud | |
| - Sector institucional de salud | |
| - Rol actual de la APS en Bolivia | |
| - Análisis del Presupuesto Nacional de Salud | |
| - La zona de estudio | |
| - Experiencias de APS estudiadas | |
| 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO | Pag. 4 |
| - El Problema Operacional | |
| - Objetivos | |
| 4. METODOLOGIA EMPLEADA | Pag. 5 |
| - Análisis del Problema | |
| - Desarrollo de Soluciones | |
| 5. RESULTADOS | Pag. 8 |
| - Resultados del estudio | |
| - El Modelo Propuesto | |
| 6. LA PUESTA A PRUEBA DEL MODELO | Pag. 14 |
| - La Puesta en Marcha | |
| - Recolección y Administración, Supervisión | |
| 7. EVALUACION PRELIMINAR | Pag. 16 |
| - El Modelo en la Práctica | |

- Valoración de los Elementos del Modelo por los integrantes.
- Evaluación del equipo de campo

| | |
|---|---------|
| 8. PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD DEL MODELO | Pag. 22 |
| 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | Pag. 23 |
| 10. ADMINISTRACION | Pag. 25 |

ANEXOS

1. CRITERIOS PARA LOS MODELOS
2. ESQUEMA PARA LA VALORACION DE LA VARIABLE CLAVE
3. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVO
4. ORGANIZACIONES QUE PARTICIPAN EN EL SISTEMA REGIONALIZADO
5. PLAN DE ESTUDIOS
6. LAS ZONAS ESCOGIDAS
7. ESTADISTICAS DE ATENCIONES
8. MAPA DE LA ZONA
9. DOCUMENTACION FOTOGRAFICA

RECEIVED MAY 8 1986

En Bolivia y en muchos países del mundo, los Trabajadores en Salud Comunitaria, atraviesan una diversidad de problemas. Entre ellos se encuentra el de la inestabilidad del desempeño de sus funciones. Es este aspecto que, el Instituto de Investigaciones Médico Sociales, IIMS, con la cooperación de Primary Health Care Operations Research, PRICOR, ha intentado resolver a través del presente estudio.

Tenemos conciencia de lo limitado de nuestro aporte, pero todos los esfuerzos, como el nuestro, contribuirán en su conjunto, esperamos mas temprano que tarde, a solucionar el aflictivo panorama de la salud en el mundo.

Agradecemos en estas líneas, a todas aquellas personas que, directa o indirectamente, colaboraron para que esta investigación tenga éxito.

INFORME FINAL

1. RESUMEN DIRECTIVO

- Antecedentes del problema** Uno de los elementos mas importantes para un efectivo funcionamiento de la APS (Atención Primaria en Salud) es el Trabajador de Salud Comunitaria.
- Las experiencias desarrolladas con estos trabajadores están caracterizadas por un elevado porcentaje de abandono de funciones, lo que significa el fracaso de considerables esfuerzos realizados.
- El estudio, que a continuación resumimos, tiende a la búsqueda de las causas y soluciones para dicho problema.
- El País** Dicho estudio ha sido llevado a cabo en Bolivia, país considerado como uno de los mas pobres de Latinoamérica, donde la situación del sector de salud es un fiel reflejo de su actual estado socio-económico.
- La zona de estudio** La región específica donde se llevó a cabo la investigación, esta ubicada en la parte alta (3.000 Mts. s.n.m. promedio) de la Provincia Carrasco (Cochabamba, Bolivia). cuya producción predominante es la papa y el trigo. Por la gran pobreza, en algunas zonas, lo producido solo alcanza para el autoconsumo.
- La población de la provincia (32.000 hbts.) se organiza en comunidades que tienen un promedio de 40 familias, distribuidas en una extensión de unos 25 Kms². y distanciadas entre si (las comunidades) por unos 5 a 8 Kms.
- El sistema organizativo y de autoridad reside en el sindicato, elegido democráticamente y en forma autónoma del Gobierno Central, por todos los comunarios
- Objetivo** El objetivo de la investigación fué encontrar los mejores incentivos para un trabajo estable de los S.N.(Sanitarios Nativos), es decir lograr que se queden en sus comunidades desempeñando sus labores de salud..
- Tomando en cuenta la grave crisis económica de Bolivia, y luego del estudio del presupuesto nacional general y de salud, se tuvo que desechar la posibilidad de contar con algún apoyo económico de parte del estado , así que el mayor esfuerzo se concentró en analizar las posibilidades locales y regionales del área rural.
- Metodología** Para dar solución al problema operacional, el primer paso fue la identificación y estudio de relaciones, de las variables mas importantes referidas al mismo. Posteriormente, para conocer el contenido y la fuerza de las correlaciones entre las variables mencionadas se realizó una recolección de datos de campo a 3 niveles:
- Entrevistas a S.N. que trabajan y desertores.
 - Debates comunales (con varones y mujeres).
 - Una encuesta aleatoria a familias campesimas en 15 comunidades de la provincia.

Como producto del análisis de los datos, y a través del manejo de las variables controlables se han desarrollado 2 modelos con cuatro variantes cada uno. Estas variantes son graduales, es decir, representan la evolución de un sistema de salud a otro y tienen el objetivo importante de permitir, en la etapa de prueba de la investigación, pasar de una a otra, como mecanismo de ajuste para lograr un adecuado funcionamiento del sistema, a fin de lograr los objetivos del estudio.

Mediante una evaluación subjetiva de las 8 variantes, un equipo de jueces escogió una de ellas, que está siendo puesta a prueba para conocer su viabilidad cultural, económica y política.

Resultados

Como producto del proceso descrito en párrafos anteriores tenemos los siguientes resultados:

- a) Las causas de deserción de los S.N. son:
 1. un ingreso insuficiente.
 2. falta de confianza y cooperación de la comunidad y externa.
 3. Mala selección.
- b) El hecho que el S.N. sea de la misma comunidad aumenta la confianza en él (ella).

La cooperación y el apoyo de la comunidad al S.N. son muy reducidas, porque los comunarios no comprenden la función del Comité de Salud.

En opinión de los comunarios el S.N. debe contar con un sueldo para trabajar y dedicarse mejor a sus funciones, sin embargo, este sueldo debe ser financiado por el Estado. Si el Estado no cumple esta función, tendrán que pagar los que se enferman, es decir que el S.N. deben cobrar sus servicios.

Algunas comunidades demuestran predisposición positiva para colaborar económicamente al S.N., siempre que trabaje dentro de la comunidad, en una posta sanitaria, y en horas o días fijos.

En general, las mujeres están más dispuestas a pagar que los varones; sin embargo no tienen mucho poder de decisión dentro de la comunidad. La principal autoridad en la comunidad, es ejercida por el sindicato agrario, organización que agrupa a todos los jefes de hogar de la comunidad, en su mayoría varones.

- c) La encuesta aleatoria indagó principalmente sobre la aceptación del S.N., la disponibilidad de recursos a nivel familiar, lo que implica también una solución comunal.

La aceptación y confianza en el S.N. son satisfactorias: el 30% de los enfermos son atendidos por el S.N. (contra 14% por el curandero tradicional) y casi la mitad de los entrevistados tienen confianza en el S.N.. Solo un 25% de los entrevistados no tienen confianza en el S.N., muchos de ellos viven en comunidades sin atención de un S.N.

El 52% de los entrevistados aportaría con una cuota anual para la mantención del S.N.; existe una mayoría significativa que aportaría en 11 de las 15 comunidades investigadas..

El monto que estarían dispuestos a pagar es muy variable, pero la moda está entre 7 a 9 dólares por año (el valor aproximado de unos 50 Kg. de papa o trigo, sus principales productos).

Conociendo estos datos básicos se prosiguió a encontrar la óptima solución para el problema de la deserción de los S.N. Se detectaron 7 variables controlables y claves en el problema operacional que son:

A nivel sanitario:

Variables Claves

1. una correcta selección
2. un salario mínimo estable y regular.
3. una formación, supervisión y seguimiento adecuado.
4. apoyo de la comunidad a la APS en forma organizada.
5. un buen equipamiento y stock de medicamentos.

Para lograr estas condiciones a nivel del sanitario, se requiere de las siguientes condiciones a nivel de la comunidad:

5. disponibilidad de medicamentos.
6. mayor tiempo y dedicación del S.N. a la salud.
7. un costo reducido de la APS a nivel de comunidad.

Cumpliendo con estas 7 condiciones se podrá lograr una mínima deserción de los S.N. Por lo tanto se procedió a la formulación de criterios óptimos para cada variable, basados en los resultados de las tres etapas de la investigación, y en experiencias de expertos e instituciones que trabajan con sanitarios y comunidades en el área rural.

Modelos

Para la selección del modelo de salud óptimo se consideraron dos modelos básicos con 4 variantes cada uno. Uno de los modelos es el que actualmente está vigente en la provincia estudiada, con 4 diferentes modalidades de este para la comunidad. En el otro modelo fue introducida la promotora de salud con menos formación que el S.N. Esta introducción obedece al deseo de los comunarios de contar con atención de salud en cada comunidad. En este modelo, las promotoras de todas las comunidades de una región son supervisadas por un S.N. de más nivel (el que ya existe en la provincia)

Fue este último modelo que se eligió con la modalidad (variante 4) del pago colectivo por los habitantes de toda una región, de los sueldos de promotoras, del S.N., y de un paquete de medicamentos básicos. En este modelo se pretende que alrededor del 50% del costo total de la APS sea cubierto por las comunidades y el resto por alguna institución privada externa.

En la elección del modelo óptimo se tomaron en cuenta los efectos de la modalidad de costos para la comunidad, sobre las demás variables y en último término sobre la tendencia a desertar de los S.N. y la aceptación por las comunidades.

El modelo elegido fue considerado por un equipo de expertos como el óptimo para lograr reducir la tendencia a la deserción de los S.N.; sin embargo fue también calificado como el más difícil de lograr por exigir mucho esfuerzo de promoción.

El modelo elegido

El modelo elegido, entonces es un modelo regionalizado de APS; funciona en una región, donde existe una comunidad central con una posta sanitaria atendida por un S.N., con formación relativamente elevada. Alrededor de esta comunidad "central" existen unas 6 comunidades aledañas, donde trabaja una promotora de salud en atenciones básicas y educación médica. El S.N. supervisa a las promotoras. Existe un médico en una región cercana que supervisa al S.N. (y a las promotoras) una vez por mes.

En el modelo el S.N. y las promotoras reciben un sueldo básico que es pagado por las familias de toda la región. Los habitantes tienen que pagar una cuota anual o semestral para cubrir los costos de los sueldos, los medicamentos básicos y parte de algunos otros costos de salud. La cuota necesaria en el modelo originalmente fue calculada en alrededor de 15 dólares anuales como suma máxima, que podría reducirse, especialmente tratando de conseguir los medicamentos a un costo más bajo.

En la recolección y administración de las cuotas y en la supervisión participarán los comités de salud, dirigentes, el S.N. y el mismo médico del área.

Regiones escogidas Desde noviembre de 1985 se está tratando de implementar este modelo en dos regiones de la provincia Carrasco: en Mama Huasi y en Potrero. En esta última se está todavía en la fase de concientización.

La región de Mama Huasi es considerada pobre, pero no excesivamente, y con mayores posibilidades de desarrollo. Esta zona consiste de 6 comunidades o sindicatos agrarios separados entre sí por un promedio de 5 Kmts.

El número total de familias registradas es de 229, pero el número efectivo es menor, por la fuerte emigración (temporal) a zonas tropicales donde se cultiva la coca y se produce ilegalmente cocaína.

Implementación La puesta en marcha empezó a fines de octubre de 1985, con una etapa de concientización y educación a cargo de un equipo de campo. Fueron formadas 5 promotoras (4 mujeres y un varón) que ya empezaron a trabajar desde el mes de diciembre. En esta zona existe ya un S.N. formado hace 2 años, que atiende en la comunidad central de Mama Huasi Bajo en la posta construida por los mismos pobladores.

La puesta en marcha tuvo que salvar las dificultades inherentes a una intensa época de lluvias y un pésimo camino de acceso.

Aspectos operativos Se definió, que para el buen funcionamiento del modelo, en la recolección y administración de los aportes intervendrán: el médico del área, el sindicato y el Comité de Salud. Al momento de la cosecha, serán el dirigente del sindicato y los miembros de los comités de salud de cada comunidad, los que exigirán a cada uno de los comunarios la entrega del aporte ofrecido. Se prevé que la mayor parte de los aportes serán entregados en especie.

Su recolección se realizará en un lugar a la vera del camino para facilitar su traslado en camión. Las dos comunidades que no están sobre el camino, tendrán que organizarse para llevar sus cargas hacia el lugar de transporte. La comercialización se puede hacer en el mismo camino (al transportista) o en las ferias locales (alquilando una movilidad). Dependerá de los precios del momento cual de las opciones será elegida.

La administración de los fondos estará a cargo del médico de área, por tener suficiente capacidad y conocimientos epidemiológicos, administrativos y del mercado.

La administración será vigilada por los miembros del comité de salud regional y los comunarios, que serán informados sobre todas las adquisiciones, y a su vez, serán los encargados de pagar los sueldos a S.N. y promotoras y de distribuir los medicamentos a las comunidades.

La supervisión del sistema también estará a cargo del médico de área, quien visitará mensualmente al S.N. y en esta oportunidad también se encontrará con las promotoras. Además la supervisión comprende funciones de relación con la

comunidad, la formación continua del personal nativo y la supervisión administrativa.

Las visitas de supervisión serán aprovechadas para suministrar los medicamentos requeridos a todas las comunidades.

Evaluación Preliminar

A los 3 meses efectivos de iniciada la puesta en marcha del modelo podemos decir que este está funcionando, aunque con algunas dificultades que eran de esperarse, tanto por las características especiales del sistema como por otras de carácter operativo.

De las 6 comunidades, inicialmente comprendidas, 4 de ellas están ubicadas entre sí a distancias que facilitan las reuniones y su unidad sindical, circunstancia que favorece a la organización de la salud regional. Otras dos (Pukara y Luque) están bastante alejadas y dispersas constituyendo ambos aspectos, obstáculos para el funcionamiento del modelo. Estas características han determinado un parcial marginamiento de las dos últimas comunidades.

La ampliación de cobertura de salud con recursos humanos comunales, que gocen de incentivos para implementar servicios de APS, como medios para mejorar la salud comunitaria ha resultado una idea convalidada por la considerable demanda solicitada por los campesinos (3 promotoras atendieron 100 pacientes en los primeros 3 meses).

Los conocimientos básicos adquiridos por las promotoras, les permitieron curar la mayoría de los casos correspondientes a este nivel, según su testimonio y el de los comunarios; hecho que demuestra la prioridad que tiene la curación de enfermos frente a las otras actividades de APS que serán implementadas gradualmente.

La elevada moral, el deseo de continuar aprendiendo, su permanencia continua en la comunidad y su conformidad con un sueldo racional, caracterizan a las promotoras. Todos estos atributos convalidan los criterios señalados para su elección.

Las promotoras fueron solicitadas en diferentes horarios y excedieron en pocas oportunidades las 2 horas diarias fijas previstas en el modelo, una promotora que aparentemente tiene problemas de relación con su comunidad, constituye la excepción.

El S.N. observa una huelga decretada por todos los sanitarios de la Provincia a raíz del retiro de las subvenciones que les otorgaba una institución privada y tiene aun una actitud dubitativa ante la divergencia comunal de la modalidad de los aportes. Pero, justamente, la efectivización de los mismos en el mes de mayo podría hacer que él retorne al trabajo.

Las actividades de capacitación, concientización y organización permitieron a los comunarios, a los dirigentes, a los miembros de comités de salud y a las promotoras comprender el rol que debían asumir para convertir el modelo en realidad.

Al inicio del trabajo, la respuesta de los comunarios al modelo en general y, a los aportes en particular, fué muy positiva. Sin embargo, en el momento de concretizar el monto del mismo en una carga de papa, se encontró resistencia en una buena parte de los campesinos.

Esto obedece a que aun no saben la cantidad de cosecha que obtendrán, a la imposibilidad de comprender que el seguro comunal abarata el costo individual

de atención, y finalmente, a la carencia del sentido de previsión que denota su tradicional actitud fatalista frente a la enfermedad y la muerte.

No obstante, el 98% de los comunarios están de acuerdo en aportar 1/4 de carga de papa o pagar por los servicios y los medicamentos a las promotoras y al S.N. Ambas disposiciones ratifican la necesidad que tienen de ser atendidos básicamente en su comunidad y la aceptación tácita del personal comunitario de salud formado.

Los miembros de los comités de salud han participado positivamente en la promoción del modelo y en los debates comunales pero sus funciones administrativas específicas (control de los aportes, distribución de los ingresos, etc.) aun no las han ejercido puesto que las contribuciones se iniciarán en mayo.

La participación de las mujeres se redujo a aceptar el modelo y elegir a las promotoras, no estuvieron involucradas en la decisión de los aportes; delegaron esta definición a los varones del sindicato.

Este aspecto es contrario a las recomendaciones de la investigación y se debió, en parte, a la falta de iniciación del Programa de Educación Médica, que por el interés que despierta, permite congregarnos y discutir con ellas los problemas. Dicho programa no fué aplicado porque en los 3 meses anteriores fueron priorizadas las actividades de organización, concientización y formación de promotoras y también por los perjuicios derivados de la estación lluviosa.

Los 4 meses pasados, los 2 médicos que implementaron el modelo regionalizado, promovieron la organización de sus elementos, concientizaron a los comunarios y formaron a las promotoras. Demostraron en la práctica un buen conocimiento del mismo estudio y de sus objetivos. Iniciarán la supervisión en el mes de abril, entre otras razones, porque las prolongadas lluvias inutilizaron los caminos de acceso a la zona durante febrero y marzo. Esta función ha sido reclamada insistentemente por las promotoras.

Perspectivas de continuidad

Las acciones de referencia, supervisión y apoyo logístico previstas en el modelo están garantizadas hasta 1988 por la presencia de INEDER (Instituto de Educación para el Desarrollo Rural), institución que tiene el Programa de Atención a la Salud campesina, en el que se contempla la formación de Promotoras y S.N. que serán supervisados por los médicos de área.

INEDER tiene un convenio firmado con el Ministerio de Salud (Unidad Sanitaria) que ha sido ratificado por otros 3 años (hasta 1988) quedando así garantizada la permanencia institucional y las posibilidades de continuidad del personal médico que inició el trabajo.

En cuanto a la expansión del sistema de salud regionalizado, dos instituciones privadas (IDEPO y Proyecto Tiraque) aplicarán los resultados de la investigación por propia iniciativa.

Conclusiones y recomendaciones

1. Pukara y Leuque, por su inaccesibilidad deben salir del sistema, al menos temporalmente, para no retardar el proceso de consolidación del modelo en las otras comunidades. Una séptima comunidad, Iscay Huasi, por su accesibilidad y buena disposición, debe ser incorporada al sistema.

2. La propuesta original de los aportes debe ser modificada en favor de la opción combinada solicitada por los campesinos: aporte disminuido (1/4 carga de papa) y pago por servicios y medicinas a las promotoras y al sanitario.

3. La acción de supervisión debe tener la intensidad y frecuencia que permita realizar las actividades administrativas (cálculo de costos, cálculo de los aportes, etc.), formativas (adecuación del Programa de Formación de las promotoras y el S.N. etc.), de información (mejor calidad de los registros de atención), información continua de la marcha del modelo a las comunidades, entrenamiento práctico de los miembros de los comités de salud, elaboración de listas de los comunarios que eligieron distintas opciones, fijación de tarifas por prestación de servicios, discusión de la metodología de recolección, venta y distribución de los aportes, aplicación de otras acciones de APS (inmunizaciones, etc.) y desarrollo del Programa de Educación Médica como medio lograr la participación de las mujeres.
4. Demostrar objetivamente a los comunarios que el costo del aporte comunal es más económico que el pago individual por servicios. De esta manera se introducirá también el concepto de la prevención.
5. Concluida la participación del IIMS, la continuidad de la experiencia debe ser traspasada íntegramente a INEDER, recomendando a su departamento de Planificación, a su Unidad Salud y al Médico de área tomar en cuenta las recomendaciones de la investigación y de la evaluación.

2. ANTECEDENTES

2.1 Introducción

La magnitud y los altos costos de los problemas de salud en los países desarrollados y la gravedad y complejidad de los existentes en los países del Tercer Mundo obligaron a los responsables de los programas y políticas sanitarias de numerosas naciones, al planteamiento de nuevas estrategias para resolver dichos problemas.

En la conferencia mundial de Alma Ata, fueron institucionalizados los principios, métodos y prácticas de la Atención Primaria en Salud. Uno de sus postulados básicos es el de la capacitación de trabajadores de salud comunitaria.

Las numerosas experiencias desarrolladas con estos trabajadores indican que un elevado porcentaje abandona las funciones para las que fueron preparados, con la consiguiente frustración comunal y la inutilidad de las inversiones realizadas.

La presente investigación tuvo por fin identificar las causas de esa deserción y proponer soluciones para detenerla.

2.2 Población meta

2.2.1 Descripción general

Bolivia es un país con una población de 6.167.000 Hbs.(población estimada) y una densidad de 6 Hbs por Km². Tiene un ingreso per cápita anual de 288 \$us.(1984) y una crítica situación socio-económica que ha evolucionado desde un proceso hiperinflacionario a un estado actual de recesión económica e inestabilidad política.

2.2.2 Situación de Salud

La salud presenta índices y tasas que, por sí mismos son descripciones elocuentes de su realidad. Así, la tasa de mortalidad infantil llega fácilmente a 200 por mil (en algunas regiones hasta 250%). La esperanza de vida al nacer es de 47 años y se estima que un 47% de la población infantil de áreas rurales y un 57% en áreas urbano marginales, sufre de desnutrición moderada o grave.

2.2.3 Sector institucional de salud

La situación del sector institucional de salud se caracteriza principalmente por : la falta de recursos humanos, inadecuación a las necesidades nacionales de los mismos, falta de recursos materiales e irracionalidad en su distribución.

2.2.4 Políticas de salud

En ese contexto, la política oficial del ministerio de salud también se mantiene, fundamentalmente, dentro los marcos del sistema tradicional.

Sin embargo, los últimos cinco años, los niveles estatales empiezan a tomar mayor atención a los nuevos enfoques en la atención de salud, materializándose ella a través de seminarios, publicación de documentos oficiales, cambios en algunos sistemas administrativos y metodologías de trabajo.

Por diversos motivos y, en especial, debido a la falta de voluntad política, inestabilidad de la misma y la difícil situación económica, estos esbozos de cambio tuvieron siempre una vida coyuntural y una limitada trascendencia.

Una clara idea de lo anteriormente afirmado se tiene en referencia al Proyecto del Seguro Social Campesino, cuya historia empieza el año 1966 y se proyecta sucesivamente, a través de casi todos los numerosos gobiernos, en varios decretos e inauguraciones simbólicas. Ninguno de esos intentos se ha desarrollado mas allá de los simples proyectos, debido, especialmente, a la difícil solución del problema financiero y administrativo, aparte de otros factores ya mencionados.

2.3 Rol actual de la APS en Bolivia

Actualmente, existen muchas instituciones no gubernamentales que trabajan en salud y que, con sus actividades, cubren una importante área territorial que, quizá, supera a la que atiende el mismo Ministerio. El Gobierno, a nivel oficial y a pesar de la retórica que esgrime, no reconoce la anterior realidad, principalmente por que no concuerda con sus políticas económicas y sociales.

Sin embargo, a niveles de las direcciones departamentales de salud (Unidad Sanitaria), algunas trabajan muy estrechamente con una o varias organizaciones no gubernamentales, desarrollando programas pilotos o compartiendo responsabilidades.

2.4 Análisis del presupuesto Nacional de Salud

Como parte de la investigación, se realizó un estudio del Presupuesto Nacional de Salud, para determinar exactamente la posibilidad de estructurar un Servicio de Salud conformado por S.N. bajo el amparo del Gasto Público. Las conclusiones del mismo fueron muy claras: en las condiciones económicas y administrativas actuales, no es factible tal posibilidad, pues se calcula que serían necesarios 10.000 S.N. para satisfacer un eficiente servicio. Las razones son las siguientes:

a) Irracionalidad en la formulación del Presupuesto General de la Nación y del Presupuesto Nacional de Salud. Este último ocupa el décimo lugar de importancia (2.34%, 1982 - 1983), y más de la mitad está destinado al pago de sueldos y salarios (63%, 1982 y 51% en 1983).

b) Déficit crónico del Presupuesto Público.

c) Disminución de los ingresos por concepto de exportaciones.

d) Deuda pública Interna y Externa elevada.

e) Inadecuación de los mecanismos de modificación del Presupuesto, - éste, tradicionalmente está sujeto a presiones de tipo regional o ministerial, con escasa injerencia de la comunidad nacional.

2.5 La zona de estudio

La región donde se realizó el estudio está ubicada en la parte alta de la Provincia Carrasco del Departamento de Cochabamba, tiene una población aproximada de 32.000 habitantes. La altura promedio es de 3.000 metros sobre el nivel del mar. La producción predominante es la papa y el trigo, dependiendo de la altura a la que se encuentran las comunidades y de la existencia o no de riego. En algunas zonas la producción está principalmente destinada al autoconsumo y en otras existen excedentes que se distribuyen hacia el mercado interno.

Desde el año 1953 y como consecuencia de la Reforma Agraria, se ha ido acentuando el fenómeno de la parcelación de la tierra (minifundio) por la constante e intensa presión demográfica, llegándose, en la

actualidad, a un promedio de 2 a 3 Has. por familia. Esto, sumado a la inestabilidad y discontinuidad del proceso productivo - por factores climáticos, económicos, además de la irracionalidad y baja productividad - estaría determinando un proceso de descampesinización con importantes flujos migracionales a las zonas urbano marginales y a otras regiones - en las que se cultiva, cosecha y transforma la hoja de coca, y a la zafra de la caña -. El idioma hablado en la región es el Quechua. La tierra es trabajada familiarmente.

El nivel de vida es muy bajo en todos los aspectos y los indicadores son aproximadamente los mismos que los señalados para el país en general. El sistema organizativo y de autoridad reside en el sindicato que es la agrupación de los comunarios. Un determinado grupo de sindicatos conforman una Subcentral y estas la Central Campesina. La forma de elección de la dirección del sindicato es democrática e independiente del poder central del Estado.

2.6. Experiencias de APS estudiadas

Se han obtenido datos de varias organizaciones privadas que trabajan en salud, estas son: Instituto de Educación para el Desarrollo Rural (INEDER), Escuelas Radiofónicas San Rafael, Jesús María, CARITAS, y la Fundación Ecuémica para el Desarrollo (FEPADE).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. El problema operacional

A través de la observación del comportamiento del sistema de salud que actualmente funciona en la provincia Carrasco, uno de los miembros del equipo, el Dr. Juan Carlos Guillén, planteó la hipótesis de que la desertión de los S.N. era un problema determinante para la eficacia y eficiencia de dicho sistema.

El mismo equipo, durante el desarrollo de la investigación, constató que varias otras instituciones no gubernamentales que trabajan en salud confrontan el problema de la gran inestabilidad del trabajo que realizan los S.N. en sus comunidades.

Si una adecuada ejecución de las tareas de APS requiere el trabajo dedicado y constante de los trabajadores en salud, la ineficiencia de las tareas que les competen, determinara la ineficacia de los programas dedicados a esa actividad.

Apriorísticamente se determinó, que los motivos para dicha inestabilidad eran de dos naturalezas: causas de carácter económico y factores organizativos, educativos, de selección, etc. Estas causas y otras fueron motivo de estudio.

3.2 OBJETIVOS

El objetivo operacional de la investigación se refiere a la construcción y puesta a prueba de un modelo de APS que comprenda un determinado tipo de incentivos que tengan la virtud de lograr estabilidad en el trabajo de los S.N., en comunidades con características de tipo socio-económico similares.

El fin de la investigación es: La ampliación de la cobertura del servicio de APS con la consiguiente objetivización de bajas significativas en las actuales tasas de morbimortalidad general. Estos aspectos, solo serán observables y medibles en un plazo mediano.

Los objetivos específicos son:

- Adecuado funcionamiento del servicio de APS y S.N. acorde con las posibilidades de los habitantes de la comunidad.
- Conformidad y aceptación de la población al nuevo sistema de salud.
- Adecuado cumplimiento de las tareas específicas de los S.N.
- Adecuado cumplimiento de los compromisos de la comunidad.
- Costos del sistema, igual o menor a los de los actualmente utilizados.

4. METODOLOGIA EMPLEADA

a) Análisis del problema

El objetivo operacional del estudio fué el desarrollo de una política de incentivos y retribuciones para los S.N. tendientes a disminuir la actual tasa de deserción ocupacional entre ellos.

De esta manera el problema se definió operacionalmente como la alta tasa de deserción ocupacional de los S.N. Posteriormente a ésta

definición, se hacía necesario identificar las variables más importantes que se relacionan con el problema y estudiar las relaciones entre estas variables y el mismo. La técnica para ir descubriendo estas relaciones fué la del brain-storming. En 3 reuniones de brain-storming con S.N. muy activos y el resto del equipo de investigación se pudo producir el esquema de óvalos, presentado en la página 6a, que describe el sistema de la APS y el lugar que en él ocupa el problema operacional.

Para conocer el contenido específico y la fuerza de las correlaciones se ha identificado los diferentes medios, seguros, rápidos y económicos de conseguir la información necesaria. Ello implicó que se tuvieran que realizar:

1. Entrevistas a los S.N. (31 personas - 6 desertores).
2. Charlas comunales en cada comunidad (hombres y mujeres por separado, en 12 comunidades).
3. Encuestas de hogares en 15 comunidades (379 familias campesinas).

b) Desarrollo de soluciones:

Las variables que restringen las posibles soluciones al problema son 12, resumidas en los siguientes grupos:

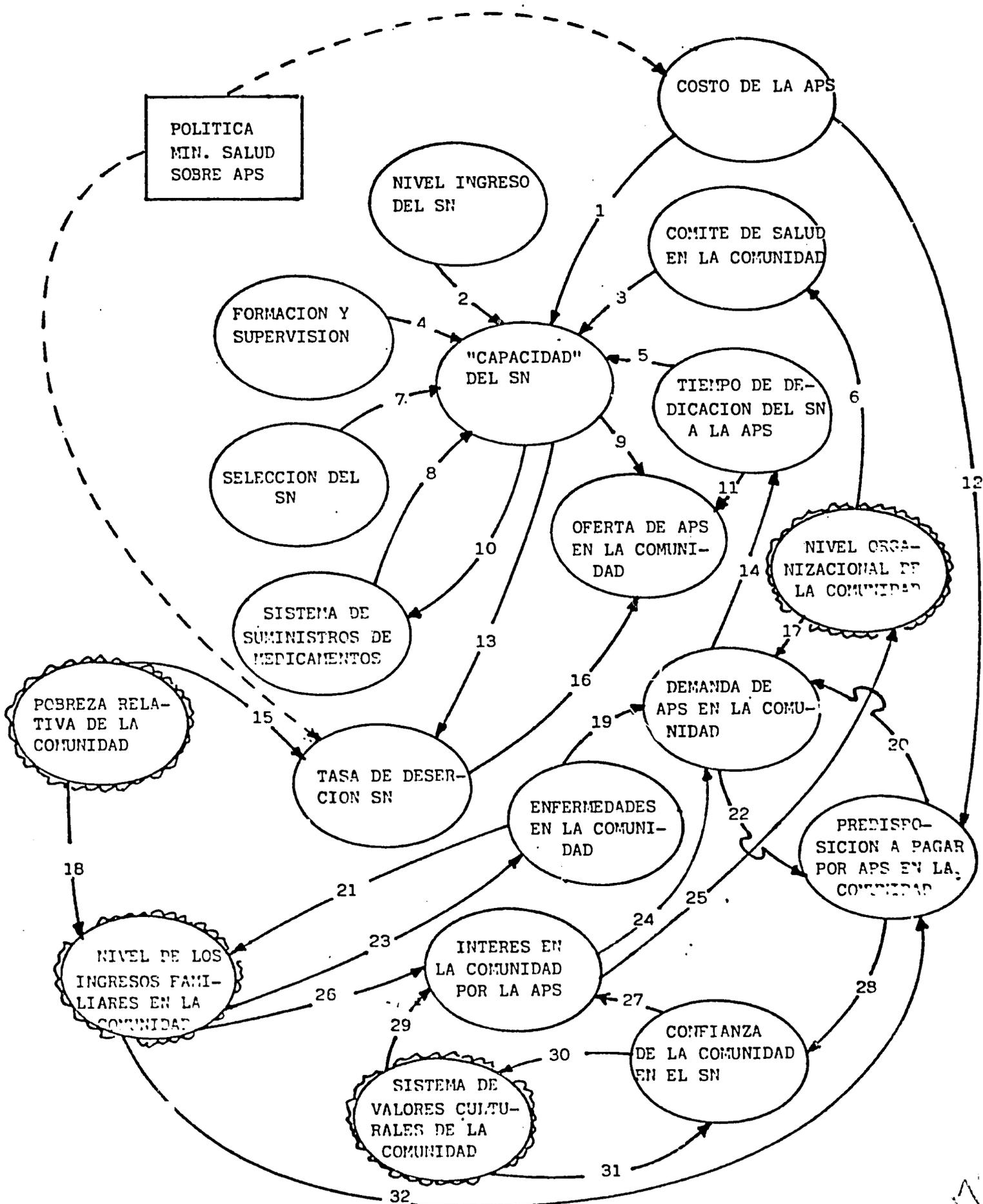
- Aptitudes, capacidades y percepciones del S.N.
- Características (económico/culturales) de la comunidad.
- Incidencia del Ministerio de Salud en la comunidad.

Las variables de decisión y controlables, a través de las cuales se puede influir en el sistema actual son 7 y se las puede agrupar en:

- Proceso de selección del S.N.
- Retribución aceptable, estable y regular del S.N.
- Formación, supervisión y seguimiento adecuados.
- Apoyo comunal organizado a la APS.
- Disponibilidad de medicamentos en la comunidad.
- Costo reducido de la APS a nivel de comunidad.
- Trabajo más estable y dedicado del S.N. en la comunidad.

Actualmente en la región de estudio existen algunas modalidades de financiamiento del S.N. y la APS pero ninguna se acerca a la del seguro o

DIAGRAMA n° 1 RELACIONES QUE INFLUYEN LA DESERCIÓN DE LOS SANITARIOS NATIVOS



○ Variables relativamente cíclicas.

◉ Variables de lenta evolución.

□ Variable fuera del sistema.

↔ 3 identificación y dirección de la relación.

... la relación de influencia del ambiente del sistema.

varias son las variables que determinan cierto nivel de deserción en los S.A.

Las relaciones 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8 son las que conjuntamente determinan una cierta "capacidad del S.A.". Se entiende como "capacidad" del S.A. la aptitud, que le confiere su situación socio-económica en la comunidad, su idoneidad en salud y su personalidad, para realizar servicios de A.S. en la población conservecada.

En éste sentido una alta capacidad irá también paralela con una reducida posibilidad de deserción.

De ésta manera la deserción de los S.A. estaría determinada en gran medida por su capacidad como S.A. y por la pobreza relativa de la comunidad. El nivel de deserción a su vez afecta el nivel de la oferta de A.S. en las comunidades.

mutual regional.

Las familias en algunas comunidades pagan el servicio del S.N. y las medicinas, y en otras solo las medicinas porque el S.N. es pagado por el estado o por una institución particular o religiosa. Esta situación trae inestabilidad económica para los S.N., e irregularidad en sus servicios hacia la comunidad.

Para llegar a las categorías óptimas dentro las variables de decisión y así resolver o aminorar el problema operacional (deserción), es condición organizar la oferta de APS esparciendo los riesgos y los costos hacia todos los miembros de la comunidad y/o a un conjunto de comunidades, ampliando la cobertura del servicio de APS con un trabajador de salud en cada comunidad. Es decir, dar un paso inicial hacia un seguro mutual de enfermedades. El evaluar posibles soluciones al problema es decidir o estimar cuán grande o pequeño debe ser este primer paso.

Para indagar sobre este aspecto, se han desarrollado dos modelos, uno por comunidad y el otro por grupo de comunidades o "modelo regionalizado", cada uno con estaciones graduales, desde la situación actual predominante, en que todo pago es individual y por servicios hasta un estado óptimo en que tanto el sueldo como los medicamentos son financiados por una comunidad o un grupo de comunidades (ver páginas 13a y 13b).

Este gradualismo permitirá hacer cambios oportunos de una a otra variante del modelo, que permitan subsanar deficiencias o problemas inherentes a la implementación del sistema de salud.

Para cada uno de estos modelos, 5 jueces (miembros calificados del equipo de investigación) han evaluado subjetivamente la factibilidad de cada nivel del modelo o de cada modo de manifestarse del costo de la APS para la comunidad, tomando en cuenta el efecto positivo o negativo esperado o supuesto de cada nivel sobre: (anexo 2).

- La disponibilidad de suministros.
- La dedicación y tiempo del S.N.
- El ingreso del S.N.
- La cobertura del servicio
- La tendencia a desertar del S.N.
- La aceptación esperada o supuesta de ese nivel en la comunidad.
- El esfuerzo promocional esperado para su aceptación en la comunidad.

Desde el punto de vista de la deserción el nivel 4 del modelo II, es decir, un servicio de APS organizado (un S.N. + promotoras comunales) para varias comunidades (regionalizado), en el que tanto el sueldo como los medicamentos serían financiados en gran parte por la comunidad, es el óptimo según los jueces. Sin embargo su viabilidad cultural y política no podrá ser conocida sin una puesta a prueba del modelo en la práctica.

Este modelo se está poniendo a prueba desde noviembre de 1985, tratándose especialmente de averiguar el nivel más aceptable para la comunidad, principalmente desde el punto de vista del financiamiento mancomunado de la APS y de su factibilidad desde el punto de vista cultural y político.

5. RESULTADOS

En el anterior acápite se describen las diferentes etapas de la investigación que llevaron a los siguientes resultados más importantes:

a) A nivel de S.N. se encontró una gran diversidad de actividades, formación, dedicación y remuneración.

Los sanitarios en el área rural en su mayoría son pequeños agricultores, y muchos de ellos por necesidad se dedican a otras actividades más - como el comercio o el trabajo asalariado en la agricultura tropical -. Estas actividades adicionales, muchas veces llevan a una emigración (temporal) de su lugar de trabajo.

Entre los sanitarios existe un consenso sobre las condiciones necesarias para un trabajo estable, y son las siguientes:

1. Una correcta selección.
2. Un ingreso suficiente.
3. Infraestructura y equipo de trabajo.
4. Confianza y apoyo de la comunidad.
5. Formación y supervisión continua.

En el sistema de salud existente en la provincia Carrasco, el S.N. participa a nivel de comunidad, sin embargo, solo una pequeña minoría de las comunidades cuenta con sanitarios, por lo tanto este personal atiende también a personas de otras comunidades. La mayoría de los S.N. trabajan en una posta sanitaria construida por los comunarios,

según convenio con una institución privada de desarrollo. La supervisión y el sistema de suministros son deficientes. En ésta región hay solo 2 S.N. que cuentan con un sueldo del Estado, algunos recibieron un subsidio temporal de una institución privada de desarrollo, otros no tienen ningún tipo de remuneración. No cobran por sus servicios. Solo en dos comunidades los S.N. - de más antigüedad - cuentan con el apoyo efectivo de un Comité de Salud.

- b) A nivel comunal el "problema de salud" para la población, consiste en la existencia de enfermedades y la falta de servicios y medios para curarlos.

En la mayoría de las comunidades investigadas existen sanitarios que han sido elegidos por la organización de los varones - el sindicato agrario - a sugerencia de algún médico u otra persona extraña. El principal criterio de selección es la mayor instrucción de la persona (saber leer y escribir mejor). La expectativa con la selección supone que después de la formación, el S.N. vuelva a la comunidad para atender a los enfermos. La esperanza general es también que no abandonará el trabajo porque es del lugar.

La confianza en los S.N. es alta, sobre todo en lugares donde han trabajado por varios años. El aspecto principal en esta confianza es la pertenencia del S.N. a la misma comunidad.

El papel de los curanderos tradicionales es importante en la mayoría de las comunidades - ellos curan enfermedades mágicas o culturales que no pueden ser curadas por el S.N. o el médico -. Los servicios del curandero son mucho más caros que los del S.N. Por lo general la relación S.N./curandero es buena, pero solo en algunos casos hay algún contacto y colaboración mutua. La formación de curanderos como S.N. sería dificultosa y hasta imposible por limitaciones de edad y analfabetismo.

En las comunidades con S.N. existe un Comité de Salud, elegido por los varones a instancia del médico. En la mayoría de los casos este Comité no funciona bien. Las mujeres no participaron en la elección del Comité de Salud y en muchos casos ni saben de su existencia. Los hombres tampoco conocen bien las funciones que debería cumplir el Comité.

La mayoría de las comunidades opinan que la situación de la salud en su comunidad ha mejorado con el trabajo del S.N., por las campañas de

vacunación, la existencia de medicamentos y especialmente porque siempre hay alguien a quien pueden recurrir en casos de enfermedad.

Es opinión generalizada que el S.N. - sobre todo si atiende permanentemente o días determinados - debe contar con un sueldo para que pueda dedicarse más y mejor a la salud. Los comunarios opinan que el gobierno debería pagar este sueldo. En caso de no poder cumplir el gobierno con este deber, tendrían que ser los enfermos que paguen después de cada consulta. En algunas comunidades, están dispuestos a aportar a un sueldo para el sanitario, en caso de que atendiera siempre o en días fijos.

Por lo general, las mujeres están más dispuestas a esto que los varones; muchas de ellas preferirían aportar una vez al año, después de las cosechas, porque es la única vez que disponen de dinero en efectivo. Sin embargo, las mujeres declaran no poder decidir nada, la decisión dependería de los hombres.

- c) Uno de los resultados importantes de la encuesta aleatoria es la ubicación de los problemas de salud al nivel comunal - inclusive son mencionados en el primer lugar a este nivel. Necesidades a nivel familiar son alimentos, ropas, dinero: indicadores de la extrema pobreza. A nivel nacional, las necesidades de los campesinos son luz eléctrica, radio, etc.

Los enfermos de las familias entrevistadas fueron atendidos en su mayoría por la misma familia y por el S.N. (28 y 30% respectivamente). El curandero tradicional atiende al 14% de los enfermos.

Algo más de la mitad de los entrevistados manifestaron estar dispuestos a pagar una cuota anual para las atenciones del S.N. (incluidas las medicinas). En 11 de las 15 comunidades investigadas existe una mayoría importante dispuesta a pagar. Las otras comunidades no tienen S.N. o tienen uno que se ausenta mucho, y en dos de las comunidades la población ya está acostumbrada a que su S.N. reciba un sueldo del gobierno.

Las principales condiciones al pago de una cuota son:

- Pagar en especie (37%).
- Pagar en dinero (22%).
- Un buen trabajo de su S.N. (12%).
- Visitas domiciliarias (6%).

El monto que estaban dispuestos a pagar varía mucho, pero el valor más común está alrededor de 7 a 9 dólares anuales, el valor aproximado de 50 Kg. de papa o trigo, los principales productos de la región. Un cuarto de los entrevistados pagaría el doble o más, otro tanto pagaría menos.

- d) Los resultados ya mencionados fueron comparados con el sistema de salud teórico, presentado inicialmente en un esquema de óvalos, resultado de un brain-storming anterior a la investigación sistemática de la situación real.

La capacidad del S.N. para enfrentar los problemas de salud en su comunidad es considerada la variable clave para evitar la deserción de los S.N. Esta capacidad es una resultante de varios factores:

1. La forma en que fué seleccionado, lo que define los compromisos de él con la comunidad.
2. Su formación, en contenido y metodología.
3. El nivel de su ingreso.
4. El sistema de suministros, que le permite ofrecer una asistencia oportuna.
5. El tiempo que pueda dedicar a la salud, que está relacionado con el punto tres.
6. El apoyo de su comunidad, y
7. El costo de la APS que pueda ser cubierto por la comunidad.

Los factores mencionados son considerados variables claves y controlables del problema operacional. Para lograr el objetivo de la investigación: la reducción de la deserción entre los S.N., se debía encontrar valores o criterios óptimos para cada variable. (anexo 1).

El equipo de investigación estableció criterios de selección tomando en cuenta los criterios de diferentes instituciones y médicos que trabajan con sanitarios en el área rural.

Un criterio nuevo es la preferencia por sanitarios y promotores femeninos, por haberse constatado el mayor interés de cooperación de las mujeres en general y la mayor importancia del cuidado de mujeres y niños en el trabajo de APS.

El sueldo deseable fué establecido tomando en cuenta los ingresos

percibidos por trabajadores similares (enfermeros auxiliares) y el salario mínimo vigente en Bolivia. Para el S.N. es un sueldo de alrededor de 27 dólares por mes, una promotora recibirá la mitad, o sea más o menos 11.5 dólares. Para lograr el tan deseado apoyo de la comunidad, será necesario exigir de la comunidad - a cambio de servicios de salud - la firma y el cumplimiento de un convenio entre partes, que establece la forma de apoyo al S.N. a través de un Comité de Salud.

Se hizo un programa tentativo de formación, tanto para S.N. como para promotoras, tomando como base el programa ya realizado por la institución que formó los S.N. de Carrasco, y ampliando y mejorándolo con aportes de otras instituciones.

La supervisión tendrá que componerse de visitas de personal calificado a las comunidades y de cursillos de reactualización a los S.N. y promotoras.

Tanto los sanitarios como la población en general sienten la necesidad de contar con suficiente equipo de trabajo y medicamentos. El sistema de suministros es de vital importancia y debe ser ligado estrechamente al sistema de supervisión.

Tomando en cuenta el deseo de los comunarios de contar con horarios fijos de atención, se ha considerado una atención diaria de 2 horas, aparte de otras actividades - preventivas - de APS. Se considera que no es deseable que el S.N. se dedique tiempo completo a la salud, descuidando y perdiendo su condición de agricultor y aumentando las probabilidades de deserción. La introducción de la promotora a nivel de comunidad obedece a la necesidad de una mayor atención dentro de cada comunidad.

Los costos de la APS a nivel de comunidad son principalmente los siguientes: posta sanitaria, equipamiento, medicamentos, formación y sueldo del sanitario y de las promotoras. Por la pobreza de la región, y del campesinado de Bolivia en general, el costo para la población tendrá que ser lo más bajo posible. Si los montos requeridos sobrepasan las posibilidades económicas de las comunidades, éstos tendrán que ser completados con aportes externos.

5.1 El modelo propuesto

Se han considerado 2 modelos básicos con 4 variantes cada uno.

El Modelo I consiste de un sistema de APS con un solo sanitario que atiende a su comunidad y además a pacientes de otras comunidades cuando lo requieran. (ver página 13a).

El Modelo II es un sistema de APS regionalizado. Esto significa que aparte del sanitario, que cumple las mismas funciones que en el Modelo I, existen promotoras de salud en las comunidades circundantes, para atenciones básicas y actividades preventivas. Este modelo implica una mayor cobertura de APS para la región pero también un mayor costo. (ver página 13b)

Las 4 variantes se refieren al modo de presentarse el costo de los modelos a nivel de la comunidad.

En una sesión del equipo de investigación, se trató de estimar el efecto de los modelos sobre la tendencia a desertar de los sanitarios, sobre la aceptación de la comunidad y el esfuerzo promocional requerido para cada forma de modelo (anexo 2).

El modelo elegido es el considerado óptimo para disminuir la desertación de los S.M. Sin embargo, tendrá relativamente más dificultad de ser aceptado por la comunidad por tratarse de una innovación y representar un costo relativamente alto para la comunidad. Por lo tanto requiere de altos esfuerzos de promoción.

El modelo propuesto es el modelo regionalizado descrito, es decir un modelo donde un S.M. tendrá la supervisión sobre cierta cantidad de comunidades que cuentan cada una con una promotora de salud de más bajo nivel. Todas estas comunidades en su conjunto entran en el modelo y contribuyen a su realización. Cada familia de estas comunidades aportaría una suma fija de alrededor de 15 dólares anuales y este aporte sería destinado al pago tanto de la formación y los sueldos del S.M. y todas las promotoras como a la construcción y el equipamiento de una posta regional y a los medicamentos básicos utilizados en la zona.

Cada comunidad elige una promotora, según los criterios mínimos establecidos, que es formada con un contenido también pre-establecido. La promotora atenderá emergencias y atenciones básicas dentro de la comunidad durante dos horas diariamente.

Además, atenderá partos, participará en campañas de vacunación y dará

MODELO 1
UN SOLO SANITARIO

| v a r i a n t e s | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| | Todo pago es individual | Sueldo pagado comunalmente/medicamentos individual | Sueldo subvencionado/medicamentos individual | Sueldo y medicamentos comunamente |
| 1. Selección | critérios establecidos | idem | idem | idem |
| 2. Salario/ ingresos | variable | 23 US\$ | 23 US\$ | 23 US\$ |
| 3. Comité de Salud | no hay | critérios establecidos | idem | idem |
| 4. Formación/ supervisión | critérios establecidos | idem | idem | idem |
| 5. Equipam. Medicament | incompleto variable | Compl ó incompl variable | compl o incompl variable | completo estable |
| 6. Tiempo y dedicación | sólo atenciones cuando haya pacientes | APS completo / se puede exigir horario | idem | idem |
| 7. Costo para la comunidad | No hay solo ind. | bajo | no hay solo ind. | alto |

1
 MODELO 2 - REGIONALIZADO

UN SANITARIO + PROMOTORAS COMUNALES

| | | v a r i a n t e s | | | |
|----------------------------|----|---------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| | | Todo pago es individual | Sueldo pagado comunalmente/medicamentos individual | Sueldo subvencionado/medicamentos individual | Sueldo y medicamentos comunales |
| 1. Selección | SN | criterios establecidos | idem | idem | idem |
| | P | criterios establecidos | idem | idem | idem |
| 2. Salario/ ingresos | SN | variable | 23 US\$ | 23 US\$ | 23 US\$ |
| | P | variable | 11.5 US\$ | 11.5 US\$ | 11.5 US\$ |
| 3. Comité de Salud | SN | no hay | criterios establecidos | idem | idem |
| | P | no hay | criterios establecidos | idem | idem |
| 4. Formación/ Supervisión | SN | criterios establecidos | idem | idem | idem |
| | P | criterios establecidos | idem | idem | idem |
| 5. Equipam. | SN | incompleto | compl o incompl | compl o incompl | completo |
| | P | incompleto | compl o incompl | compl o incompl | completo |
| Medicament | SN | variable | idem | idem | estable |
| | P | variable | idem | idem | estable |
| 6. Tiempo y dedicación | SN | solo atenciones cuando haya pacientes | APS completo horario fijo | idem | idem |
| | P | solo atención cuando haya pacientes | APS completo horario fijo | idem | idem |
| 7. Costo para la comunidad | SN | No hay solo individual | bajo | No hay solo individual | alto |
| | P | No hay solo individual | bajo | No hay solo individual | alto |

curseillos a la comunidad. El sanitario es elegido por los representantes de todas las comunidades según los criterios mínimos establecidos. Después de su formación atenderá en la comunidad central de la región, donde debe existir o ser construida y equipada una posta sanitaria. El S.N. atenderá a los pacientes más graves de todas las comunidades del modelo. Además supervisará a todas las promotoras y coordinará el trabajo (campañas).

La supervisión del S.N. (y de las promotoras) será realizada por el médico de área en visitas mensuales y dos curseillos anuales de reactualización. Las visitas serán aprovechadas para suministrar los medicamentos necesarios a promotoras y S.N. Este médico también es el último responsable y supervisor de el sistema de recolección de cuotas y administración de los fondos del modelo.

En cada comunidad funcionará un Comité de Salud, que es la forma organizada de apoyo de la comunidad al S.N. o las promotoras. Los miembros del comité de salud controlan todo lo relativo a la posta, al S.N. y a las promotoras (ver anexo 3 y 4). Representantes de los comités de salud conforman el Comité de Salud Regional.

6. LA PUESTA A PRUEBA DEL MODELO

6.1. Puesta en marcha

El modelo descrito en el punto 5, está siendo puesto a prueba en 2 regiones de la provincia Carrasco. En una de ellas está todavía en la fase de concientización. En la otra está funcionando con algunas dificultades (ver anexo 9).

El trabajo de implementación fué encomendado a un equipo de campo compuesto por 2 médicos.

Las funciones asignadas al equipo fueron:

1. Formación de S.N. y Promotoras de salud.
2. Concientización y organización de las comunidades para la aplicación del modelo regionalizado de salud (comités de salud, selección de promotoras, explicación del modelo a la comunidad).
3. Supervisión en la recolección y distribución de los aportes.
4. Actividades de APS.

La metodología empleada por dicho equipo para cumplir sus objetivos

50

consistió en viajes semanales con permanencia de 4 a 5 días en la zona, visitas a dirigentes, reuniones comunales, reuniones explicativas, reuniones educativas a la comunidad sobre tópicos diversos, reuniones matinales diarias con las estudiantes (promotoras) quienes acudían muy temprano para retornar a sus comunidades en la tarde.

Las comunidades que comprenden esta región son: Mama Huasi Bajo, Mama Huasi Alto, Quirusillani, Jatun Kasa, Leuque y Fukara. Han sido elegidas por ser de una zona pobre (relativamente menos pobre que la otra región - Potrero -), tiene aproximadamente 200 familias y las 3 primeras se hallan cerca del camino. (Ver anexos 6 y 9).

La puesta en marcha sufrió algunos contratiempos referidos principalmente a una intensa época de lluvias que junto al mal camino de acceso a la zona, imposibilitaron el cumplimiento de todo lo cronogramado.

Junto al equipo de campo, también en varias oportunidades estuvieron presentes los otros miembros participantes de la investigación.

La puesta en marcha en la Región de Mama Huasi, empezó a fines de octubre de 1985, con una etapa de concientización entre dirigentes y en las comunidades. La respuesta inicial de todas las comunidades fue muy positiva. Se eligieron candidatas para promotoras y miembros para los Comités de salud en cada comunidad. Ya en noviembre empezó la formación de las promotoras que desde diciembre empezaron a trabajar en sus comunidades.

En esta zona ya existe un S.N. formado hace dos años, que atiende en la comunidad central de Mama Huasi Bajo, en una posta sanitaria construida y equipada por INEDER en colaboración con 3 de las comunidades. El S.N. se declaró dispuesto a supervisar a las promotoras.

Las organizaciones de la población que, de alguna manera, participan en el modelo son las siguientes: La Comunidad, el Sindicato, el Comité de Salud y el Centro de Mujeres. Una definición de cada una de ellas y sus funciones están descritas en el anexo 4.

Un papel importante - aparte del S.N. y las promotoras - juega también el médico de área.

6.2 Recolección y administración, supervisión.

El sistema de recolección de cuotas y administración de los fondos aún no está funcionando porque las cuotas recién serán cobradas en el mes de mayo. Por lo tanto solo se puede indicar como está planificado su funcionamiento.

En el sistema regionalizado de salud que se está poniendo a prueba, son el dirigente del sindicato agrario y los miembros del Comité de salud, los que exigirán a los comunarios la entrega del aporte ofrecido.

Una vez que se tengan recolectadas todas las cargas de papa a la vera del camino, estas serán trasladadas en camión a los mercados de consumo. Existe la posibilidad de ser vendida (la papa) en la misma región a camioneros o intermediarios que ingresan a la zona. Otra posibilidad es alquilar una movilidad y vender la papa en los mercados o ferias locales. Dependerá de los precios del momento, cual de las opciones será elegida.

Este aspecto operativo - la recolección - se establecerá con claridad en el momento de la recolección pues serán los propios comunarios los que den la última palabra.

La administración de los fondos conseguidos estará a cargo del médico de área por tener suficiente capacidad y conocimiento del mercado. La administración será vigilada por los miembros del Comité de Salud Regional y los comunarios, que serán informados sobre todas las adquisiciones y a su vez serán los encargados de pagar los sueldos al S.N. y a las promotoras. El médico de área también comprará las medicinas necesarias, las que serán distribuidas por los comités de salud al S.N. y a las promotoras.

Este médico también está encargado de la supervisión del sistema. Hasta la fecha no han habido aún muchas actividades de supervisión, ya que la mayor parte de su tiempo ha sido dedicado a la implementación del modelo incluyendo la concientización de la población.

7. EVALUACION PRELIMINAR

La presente es solo una evaluación muy preliminar de algunos aspectos de la puesta en marcha del cuasi experimento. La razón es simplemente el escaso tiempo transcurrido desde la implementación de los primeros pasos

- acercamiento a las comunidades, información, selección, educación - hasta el estado actual que no ha pasado aún de la primera fase.

7.1 El modelo en la práctica

7.1.1 La selección

Por el estudio de los informes presentados por todo el personal que ingresó a la zona y de las entrevistas realizadas a las promotoras de salud y a dirigentes de las comunidades podemos afirmar que los criterios de selección han sido cumplidos casi en su totalidad con las siguientes excepciones: El S.N. de Mama Huasi Bajo, ya ejercía funciones con anterioridad a la finalización del estudio por lo que no se pudo controlar su elección. La promotora de Quirusillani vive muy cerca de Mama Huasi Bajo (este no es un criterio explicitado, pero debe tomarse en cuenta en los modelos regionalizados, para quitar duplicidad de funciones en áreas geográficas muy cercanas). Los criterios del sexo, estrato económico no muy pobre e hijos poco dependientes -, se han cumplido parcialmente, Son difíciles de exigirse por las pocas alternativas de mujeres predispuestas existentes en las comunidades.

Existe algún problema entre la promotora de Mama Huasi Alto, y su comunidad puesto que ella ha manifestado carácter de apoyo y confianza motivo por el cual dejaría de trabajar. En el momento de la redacción de éste informe aún no se ha podido determinar si la causa corresponde a algún defecto de selección o a otra razón.

7.1.2 El sueldo

Este factor, considerado el más importante, ha sido cumplido parcial y provisionalmente con las promotoras, debido a dos razones: recién a fines de mayo los campesinos empiezan la cosecha anual, de la cual provendrán los aportes para el sueldo; y, el IIMS ha erogado un préstamo para pagar a las promotoras por el valor de solo dos meses (enero y febrero). El S.N. aún no ha recibido ningún monto de dinero debido a una huelga que realiza (ver 7.2.1)

7.1.3. El Comité de Salud

Está conformado en todas las comunidades, pero todavía no ha desempeñado ningún papel específico por la razón de que sus funciones no han tenido aún lugar de aplicarse, ya que se refieren principalmente a la recolección y administración de los aportes, supervisión de las labores de los trabajadores en salud comunitaria y actividades de colaboración en tareas de prevención y educación médica. Algunas funciones solo se efectivizarán a partir de la época de cosecha y otras no se realizarán por dificultades climáticas y de accesibilidad.

Se tiene el convencimiento de la importancia de un efectivo funcionamiento del comité de salud, además de la decisiva participación de la mujer en él. Este último detalle no ha podido generalizarse en todas las comunidades por falta de candidatas predispuestas.

El Comité de salud Regional tampoco ha funcionado por las mismas razones expuestas.

7.1.4 Formación y supervisión

El primer rubro ha sido cumplido satisfactoriamente, tanto en el sentido del contenido de los conocimientos, como en el de la extensión temporal del curso (anexo 5). Las promotoras de salud manifestaron que necesitarían algunas clases adicionales donde puedan ampliar sus conocimientos, concretamente en el campo dental, de enfermedades respiratorias y parasitarias. Los cursos de salud y actividades de prevención y supervisión no han sido realizados aún, por razones ya expuestas.

7.1.5. El equipamiento - medicamentos

No existe mayor problema al respecto, ya que tanto el S.N. como las promotoras de salud cuentan con material y equipo suficiente para desarrollar su labor. Es posible que el paquete inicial de medicamentos varíe algo en función de algún nuevo conocimiento que se imparta a las promotoras de salud. Es posible también que el mismo paquete disminuya de contenido o adquiera otra forma de

administración, en el caso de que los aportes comunitarios no sean suficientes para pagarlos todos.

7.1.6. Tiempo y dedicación

Los comunarios en general, han acudido a recibir atención en horarios distintos no establecidos, lo que parece ser, aceptado de buen grado por las promotoras y conveniente para la comunidad.

7.1.7. Aportes comunitarios

Este punto, clave para el modelo, aún no se ha definido completamente, y a nuestra manera de ver, a partir de los informes existentes, depende de los siguientes factores: un primer factor de tipo cultural, en el que la concepción y la percepción del sentido de la prevención en salud no existe o es de una naturaleza ajena a la nuestra, un segundo, de tipo económico, ligado a la incertidumbre de disponibilidad de suficiente producción para su propia subsistencia, y a la existencia de otras prioridades, para ellos más importantes; un tercer factor, de carácter social, en el que las diferencias económicas y personales intracomunitarias juegan un papel importante. Mayores detalles respecto a éste inciso se darán en 7.2.

7.1.8. Extensión geográfica del modelo regionalizado

De las 5 comunidades originalmente seleccionadas solo se trabajó en 5 de ellas. Mama Huasi Alto, Mama Huasi Bajo, Jatun Kasa, Qunrusillani y Pukara. Lauke es una comunidad de difícil acceso por lo cual los médicos no pudieron llegar para definir la situación con participación comunitaria. Con la comunidad de Pukara la situación es diferente, aunque se ha formado un promotor, la distancia y la vía de acceso diferente a la utilizada para las otras, no ha permitido un adecuado y coordinado trabajo.

Iskay Huasi es una séptima comunidad que por pertenecer organizativamente a otra provincia, fué excluida temporalmente, sin embargo, el persistente reclamo de sus dirigentes hace que esta decisión merezca ser revisada.

7.2 Valoración de los elementos del modelo por los integrantes

7.2.1. Las promotoras y el S.N.

La aceptación por las comunidades de estos dos recursos humanos locales encargados de la atención de salud comunal, queda demostrada por el número de atenciones que efectuaron en los últimos 3 meses (más de 100 atenciones, ver anexo 7).

A pesar de que las promotoras manifestaron que consideran adecuados los conocimientos recibidos, destacaron también la inmediata necesidad de que se les enseñe más sobre algunos otros problemas de salud.

En la aplicación de los conocimientos adquiridos, sobrasale el entusiasmo y la determinación de continuar trabajando y aprendiendo, que demuestran las promotoras, a pesar de las dificultades que presenta el desarrollo del modelo.

Esta actitud contrasta con la inseguridad que afecta al S.N., quién desde el mes de diciembre de 1985 se halla en huelga, a raíz de la supresión de la subvención que recibía. El S.N. manifiesta su acuerdo con el modelo y sus componentes, pero no ha decidido aún si reanudará sus labores; no hay claridad sobre las razones de esta actitud, sin embargo ha solicitado que se le proporcione los precios de las medicinas lo que hace suponer que reanudará sus actividades a la brevedad.

Las acciones de supervisión propuestas, fueron insistentemente reclamadas por todas las promotoras. Esta actitud es demostrativa de la comprensión y necesidad que ellos tienen de este elemento del modelo.

Finalmente, las promotoras manifestaron su conformidad tanto en relación al equipo y medicamentos entregados, como al salario cancelado por los 2 primeros meses del año. No podemos afirmar lo mismo del S.N. quién comunicó su deseo de reflexionar unos días más.

7.2.2. El Comité de Salud

Los miembros del Comité de Salud, como lo han manifestado,

están dispuestos a ayudar en la consolidación del modelo, su participación efectiva se reduce hasta el momento a su presencia y opinión favorable en los debates comunales y al compromiso de cumplir con sus actividades específicas en el momento que se los requiera.

7.2.3. La comunidad

La actitud y valoración de los comunarios hacia los diferentes aspectos del modelo, ha ido cambiando gradualmente. Ahora resulta evidente que los comunarios entendieron la propuesta consistente en financiar los sueldos de las promotoras y del S.N. y los costos de medicamentos, con sus aportes.

La disposición inicial de las comunidades fué manifiesta en la firma de convenios entre partes. Sin embargo, cuando se quiso concretizar el monto de los aportes familiares, hubo cierta resistencia. Después de un nuevo proceso de concientización, los habitantes de 4 comunidades decidieron aportar con 1/2 carga de papa.

Sin embargo, en Mama Huasi Bajo, la comunidad central donde está la posta, no se logró un consenso e inclusive hubo un rechazo inicial de algunos comunarios.

En una posterior reunión, se logró una mayoría que está dispuesta a pagar 1/4 de carga de papa, mientras el resto está en favor del pago por servicios. Esto influyó en las otras comunidades que ahora aportarían también solo 1/4 de carga. Las cuotas recién podrán ser recogidas en el mes de mayo cuando se realice la cosecha principal - en algunos casos únicos - de la zona.

Esta situación no es definitiva y sufrirá todavía cambios bajo el influjo del posterior trabajo que realice la institución que continuará el proyecto.

7.3. Evaluación del equipo de campo

La mayor parte del trabajo de puesta en marcha cayó bajo la responsabilidad de los doctores Guillermo Yañez y Ruth Magne, de quienes podemos decir que, aparte de demostrar una notable dedicación y empeño, tuvieron un completo conocimiento del problema y de los objetivos del estudio y del modelo.

Utilizaron técnicas y medios de Educación Popular para conseguir que las promotoras - semialfabetas y quechua/hablantes - comprendieran los temas explicados y fueran capaces de aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos.

La buena relación que sostuvieron con los comunarios, el S.M., las promotoras y los miembros del Comité de Salud, les permitieron crear un ambiente propicio para explicar los elementos del modelo y conseguir su adhesión inicial para la implementación.

3. PERSPECTIVAS DE CONTINUIDAD DEL MODELO

En el informe final preliminar se estableció claramente que las posibilidades de resolver el problema de la desertión de los S.M. está estrechamente ligada a la presencia institucional ya sea del estado o de una institución privada.

En este caso se cuenta con el respaldo concreto de INEDER que tiene un financiamiento asegurado hasta el año 1988. El compromiso de INEDER, que está respaldado por un sub-programa de salud que recibe el nombre de "Atención a la Salud Campesina", garantiza en primer lugar la permanencia del médico de área en Lope Mendoza. En segundo lugar, determina la formación de promotoras que no solamente será en salud, sino que recibirán un respaldo de otras unidades de INEDER, es decir tendrán otras actividades organizativas, de promoción, de manualidades, etc.

Además al programa de salud campesina de INEDER.

Por otra parte el convenio existente entre INEDER y la Unidad Sanitaria ha sido ratificado por 3 años más, es decir 1986, 1987 y 1988.

Este convenio establece que el médico de área nombrado por la Unidad Sanitaria recibirá el apoyo institucional de INEDER y obligará al médico a desarrollar parte de los programas de Salud Pública de la Unidad Sanitaria y los programas de Atención a la Salud Campesina propuestos por INEDER. Por otra parte, a principios de éste año, contando ya con los resultados de la investigación, el Dr. Juan Carlos Guillén, asistió a un seminario organizado por el Ministerio de Salud, en el cual se elaboró la Guía de Programación Local, que se aplicará en todo el país. En dicho evento, se logró que fueran incluidos en la guía, el Plan de Formación de las promotoras, la metodología de trabajo con el S.M. y algunos aspectos de la misma regionalización.

36

Finalmente tenemos otra perspectiva de ampliación y de aplicación del modelo, que radica en las organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud que asistieron al seminario de difusión de resultados de la investigación.

Dos de estas instituciones solicitaron una copia del modelo, manifestando la intención de implementarlo en sus respectivas zonas de trabajo (proyecto Tiraque y proyecto IDEPO).

Queremos recalcar que la base de la implementación del modelo reside en la permanencia institucional, que por las características del mismo, debe ser además de carácter intensivo.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Para poder evaluar el modelo, en función de la solución al problema operacional y los objetivos de la investigación, habrá que esperar un tiempo, en el cual se desarrolle un trabajo dedicado e intensivo en la región de Mama Huasi. La práctica ha demostrado, en numerosas oportunidades, que la introducción de nuevas concepciones y esfuerzos económicos, en un contexto socioeconómico como el que encontramos en nuestro estudio, es resultado de un proceso laborioso, que hasta el momento se desarrolló dentro los límites esperados.
2. El modelo está funcionando y está siendo utilizado por los comunarios quedando demostrada su necesidad.
3. Los comunarios no aceptaron dos principios del concepto del seguro.
 - a) La necesidad del aporte de todos los beneficiarios para cubrir los costos totales del modelo.
 - b) Que los aportes conjuntos significan un menor costo individual. Producto de esta situación son las 2 variantes postuladas por los comunarios:
 - Reducción del aporte a 1/4 de carga de papa por la mayoría.
 - Introducción del cobro de servicios y pago del costo real de las medicinas.
4. La implementación del modelo debe efectuarse con las 2 variantes aceptadas por los comunarios (aportes y pago por servicios y

medicinas), la posibilidad de incluir en el modelo el elemento originalmente propuesto (aporte 1/2 carga de papa por todos los comuneros) será posible si se les demuestra con el tiempo que el pago individual por servicios resulta más caro que el aporte comunal igualitario.

5. El modelo, en el fondo, pretende introducir el concepto del seguro en la mentalidad de los campesinos. Todo cambio de concepto en la estructura mental campesina necesita del tiempo suficiente para demostrar sus beneficios objetivos. No debe olvidarse que la precaria economía campesina, los obliga a priorizar en primer lugar el abastecimiento alimentario anual para toda la familia.

La introducción de otros programas preventivos (inmunización por ejm.), se ha logrado a los 2 y a veces, más años de trabajo continuo.

6. Dada la actual situación de disminución de los aportes, será decisiva la acción administrativa de los supervisores, quienes deben estudiar cuidadosamente la cantidad de la demanda, ajustar al mínimo los medicamentos necesarios para la atención, procurando evitar la disminución de sueldos a las promotoras o al S.N. Tendrán que informar regularmente a los comités de salud y a las comunidades de los montos recaudados y de la inversión que se haga de ellos, esforzándose para conseguir que el modelo funcione hasta fin de año, época en la que habrá una segunda cosecha.

7. Las estadísticas demuestran que más del 50% de quienes recurrieron a las promotoras fueron mujeres, de aquí la importancia y urgencia de que la supervisión inicie de inmediato el Programa de Educación Médica, mediante el cual las promotoras podrán aglutinar a las mujeres de la comunidad y lograr así su participación en el modelo.

8. La supervisión médica debe adecuar la formación de las promotoras a las reales necesidades de la comunidad restringiendo conocimientos y medicinas que no hayan sido utilizados. Así mismo, debe insistir en el perfeccionamiento del sistema de registros de atención, pues este será el documento de referencia para analizar la marcha del modelo.

9. Los miembros de los comités de salud deben empezar a cumplir sus

funcionas con dos tareas inmediatas:

1. Elaboración de listas de los comunarios que se comprometieron a dar aportes y de aquellos que pagarán por servicios y medicinas.

2. Fijación de las tarifas y precios de las medicinas.

Las próximas acciones serán, el control de la recolección de los aportes, su comercialización y posterior distribución.

10. La decisión definitiva del S.N. sobre la continuación de su trabajo debe obtenerse a la brevedad. No debe descartarse la posibilidad de trabajar en Mama Huasi Bajo, exclusivamente con la promotora, quién ha tenido un excelente desempeño, a condición de mejorar su formación cuantitativa y cualitativamente.
11. En la práctica se observó que Leuque y Pukara no reúnen las condiciones de accesibilidad que necesita el modelo por ello se sugiere su eliminación definitiva. Al contrario Iskay Huasi debe ser incluida inmediatamente.
12. Concluida la participación del IIMS es necesario traspasar la totalidad de la responsabilidad a INEDER, institución que debe asumir la continuidad de la experiencia mediante su departamento de planificación, su Unidad Salud y su responsable de área.

10 ADMINISTRACION

Participaron en la investigación el Dr. René Gonzáles, como Director y Coordinador de los diferentes aspectos de la investigación. La Lic. Cristina Tuijtelaars en el análisis de los datos. El Dr. Juan Carlos Guillén dirigió el trabajo de campo y aportó con la información práctica acerca de los problemas, métodos y prácticas que confrontan los programas de APS. El Lic. José Quitón Daza como asesor en la metodología de la investigación. El Lic. Raúl Gutiérrez realizó el análisis del Presupuesto Nacional y el cálculo de costos, colaborado en este último aspecto por el Sr. Gustavo Eguea. El Ing. Agrónomo Fernando Rivas asesoró y proporcionó toda la información de economía agraria registrada en el estudio. A los Drs. Guillermo Yañez y Ruth Magne les

cupó la puesta en marcha del modelo. La Secretaria Maria del Rosario Parra, registró y mecanografió la abundante información producida por la investigación.

Estimativamente el estudio costó un poco más de \$us.29.230.-, que es lo que la financiadora - PRICOR - desembolsará al IIMS. Este monto fue invertido durante 18 meses en el pago de personal, gastos del estudio, de aplicación del modelo y gastos indirectos.

CRITERIOS PARA LOS MODELOS

A continuación describiremos las consideraciones que han sido tomadas en cuenta en la introducción de cada variable en los diferentes modelos.

1. La selección

Analizando los criterios de algunas instituciones y tomando en cuenta los resultados de la investigación, hemos llegado a la conclusión que para la Provincia Carrasco se deben establecer los siguientes criterios de selección para los S.N.

- saber leer y escribir en castellano
- edad mayor de 25 años
- ser casado
- ser agricultor con tierras en la comunidad sin pertenecer al estrato socio-económico más pobre.
- residencia permanente en el lugar
- deseo y compromiso de trabajo en la comunidad
- ser mujer (preferentemente)
- para varones, haber cumplido el servicio militar

- a) el saber leer y escribir en castellano es un condición mínima para poder aprovechar los cursillos intensivos de la institución.
- b) La edad madura es una condición que limitara la deserción por cambio de actividad o estado civil (mujeres). Además influye en la confianza de las personas en el S.N., sobre todo en la atención de los partos.
- c) La condición de estado civil casado o conviviente garantiza cierta estabilidad en la persona, en cuanto a residencia y actividades.
- d) Hemos visto que la condición de agricultor significa una fuerte ligazón con la comunidad por el mismo hecho que su principal fuente de ingreso y su principal actividad se encuentra allí. Esto en cierta medida es una garantía de permanencia, y es por eso que no debe perderse esa condición de agricultor, por ej. por una excesiva dedicación a tareas de salud. Tampoco debe pertenecer al estrato más pobre por el mayor chance de emigración que ello implica.

- e) Residencia permanente en el lugar, ésta condición no requiere explicación.
- f) El deseo y compromiso de trabajar en salud para beneficio de su comunidad debe existir explícitamente en la persona elegida. No vale la pena formar sanitarios que llegaron a cursillos con otra motivación, porque su formación resultará en vano. Este aspecto ha sido descuidado hasta ahora en los cursillos de INEDER.
- g) La preferencia por sanitarios mujeres proviene de los resultados de la investigación. Aunque los comunarios expresan que en casos de urgencia o emergencia, el sexo del sanitario no importa, en principio las mujeres prefieren una mujer, y los hombres un hombre. La encuesta demostró que el S.N. es consultado más en caso de enfermedades de niños que son llevados a la posta por la madre. Además las mujeres se mostraron más interesadas en colaborar al S.N. que los hombres. Finalmente, la organización de las mujeres y sus reuniones en que participa la S.N. femenina, facilitarían trabajos de prevención y educación médica.

La condición de edad madura y estado civil casada, son aún más importantes en una mujer que en el varón, ya que es costumbre en la zona que la mujer al casarse se va con su marido si éste es de otro lugar. Además es importante que la mujer al elegirse no tenga hijos demasiado dependientes (menores) o que no tenga hijos.

Sin embargo, en caso de no poder encontrarse una mujer que cumpla todas las demás exigencias (en especial el ser alfabeta - el analfabetismo entre las mujeres de Carrasco es muy alto) el S.N. podrá ser un varón.

- h) Para varones, el haber cumplido el servicio militar (salir de la comunidad), y haber regresado a la comunidad, significa una cierta garantía de estabilidad y permanencia. Además el servicio militar otorga cierto prestigio a la persona que lo haya cumplido. Consideramos que éstos criterios son tan vitales que pueden ser exigidos de la comunidad en el momento de la selección del S.N. Directamente esto limita la libertad de selección de la comunidad, pero a la vez asegura un trabajo más eficiente del S.N. en el futuro, lo que resultará un beneficio para la comunidad.

Como todos los criterios son importantes, éstos no varían en los modelos construidos, sino son uniformes para todos.

Una variante en los modelos, es la introducción en algunos de ellos de la "Promotora", que es resultado del deseo de zonificación (regionalización) de los servicios de salud, que será explicado en el punto 6.

La promotora de salud es una persona con menor formación que el S.N., que atiende solo las cosas más apremiantes y elementales de su comunidad. Para la promotora sugerimos los mismos criterios de selección que para el S.N., con la excepción del alfabetismo, que no es imprescindible en su formación más sencilla.

Para las promotoras consideramos el criterio del sexo femenino aún más importante que para el S.N. Además se sugiere que en lo posible se forme como promotoras a las parteras empíricas existentes en la mayoría de las comunidades.

2. El sueldo

Para determinar el sueldo mínimo que merecerá el S.N. y que además significaría suficiente incentivo para dedicarse a sus actividades de salud en forma estable, se ha tomado en cuenta los siguientes puntos de referencia.

- El sueldo mínimo actual en Bolivia (\$b.25.000.000) que es alrededor de 22 dólares americanos (noviembre 1985).
- El sueldo de los Enfermeros Auxiliares de la Unidad Sanitaria, que tienen un nivel comparable con los S.N., que trabajan en el campo, y es de \$b.25.000.000, o unos 23 dólares mensuales.
- El subsidio pagado actualmente por INEDER a los S.N. de Carrasco, que es también de \$b.25.000.000.
- Para futuros ajustes se tendrá que tener en cuenta la relación con el jornal agrícola pagado en la región. Tomando en cuenta los anteriores montos, y el tiempo dedicado a la salud del S.N., que se calcula será un promedio de alrededor de 9 días por mes, ésta relación es de 3.6 jornales por una jornada del S.N.

Todos los sueldos de referencia tienen un valor más o menos igual de alrededor de 23 dólares americanos por mes. El salario mínimo y el sueldo de las Enfermeras Auxiliares es un sueldo para trabajar a tiempo completo, sin embargo, con el costo de vida actual en Bolivia, este no es suficiente para sobrevivir.

Por lo tanto consideramos que este pago es el mínimo aceptable para el trabajo parcial de salud de los S.N. de Carrasco.

Las promotoras, por su trabajo menos especializado, y por dedicarse menos tiempo a la salud, recibirán la mitad del sueldo establecido para los S.N., 13 millones de pesos o sea unos 11.5 dólares americanos, lo que equivale a 2.6 jornales agrícolas por jornada de las promotoras (tiempo dedicado de 7 días/mes).

Como una mayoría de los comunarios en las charlas comunales expresaron una preferencia por el "pago por servicios", en uno de los modelos se ha introducido esta variante para fines de comparación.

Para llegar a establecer el sueldo percibido por el S.N./promotora en este caso, tomamos el promedio de 21 atenciones de las postas de Carrasco, una suma promedio de 1 millón de pesos por atención, llegando a un total de 21 millones de pesos, suma cercana al total percibido por los S.N. con un sueldo fijo.

7. El Comité de Salud

El apoyo de la comunidad - un incentivo muy importante para los sanitarios - solo se puede lograr en forma organizada. La forma de organización para la salud, existente en la región e introducida por INEDER, es el Comité de Salud.

Para recibir servicios de salud, la comunidad tendrá que comprometerse - mediante un convenio entre partes - a prestar apoyo al S.N. a través del Comité de Salud. El Comité de Salud tendrá que colaborar en las actividades del S.N. o la promotora cuando éstas así lo requieran. Deberá supervisar la recolección de las cuotas de los comunarios y controlar el manejo administrativo/económico de la posta. Ayudará al S.N./promotora en las actividades preventivas y de educación médica.

Las actividades del Comité de Salud - por considerarse imprescindibles - son inalteradas en todos los modelos propuestos.

En los modelos "zonificados" los Comités de Salud tienen su representante en un Comité de Salud Regional, que se reunirá con el S.N. cada 2 meses en la comunidad donde éste reside.

4. Formación y supervisión

Como ésta es otra variable que debe cumplir condiciones mínimas, éstas condiciones mínimas son iguales en todos los modelos.

La formación de los S.N./promotoras tendrá que realizarse en forma continua, con una duración mínima pero suficiente para el óptimo aprovechamiento de los alumnos. La duración y el contenido propuesto de los cursos tanto del S.N. como de promotoras, ésta explicitado en el Anexo 5.

Obviamente, los costos de formación varían en los diferentes modelos, según el número de personas formadas y el tipo de formación de cada uno de ellos.

La supervisión tiene que tener dos aspectos en todos los casos:

1. Visitas de personal supervisor a las comunidades.
2. Cursillos de reactualización.

También la supervisión tendrá que cumplir condiciones mínimas, por lo tanto no variará en los diferentes modelos.

Las visitas a las comunidades se realizarán 1 vez por mes, en los meses que no haga cursillos.

Los cursillos de reactualización se realizarán 3 veces por año, con duración de un día.

Para las promotoras, la supervisión consistirá de un contacto una vez al mes con el S.N. En ésta oportunidad se reunirán todas las promotoras de una zona, lo que permitirá un intercambio de experiencias y eventualmente cursillos de reactualización. En lo posible estas visitas al S.N. coincidirán con la visita del personal médico supervisor.

5. Equipamiento - medicamentos

Este aspecto es de importancia tanto para el S.N. como para los comunarios. De la investigación resultó claramente que los comunarios quieren tener atención a la salud dentro de su comunidad, y en una posta sanitaria.

En las comunidades donde funciona un S.N., es imprescindible la construcción y la implementación de una posta sanitaria completa.

En las comunidades donde funciona una promotora de salud, no es

posible ni necesaria la construcción de una posta. Sin embargo, para satisfacer la demanda de los comunarios y crear condiciones higiénicas para las atenciones, en cada comunidad se habilitará una habitación en la vivienda de la promotora u otra persona, para reunir las condiciones mínimas para la atención. Así mismo la promotora será dotada de un equipo mínimo, consistente de un maletín de enfermería, proveniente de donaciones y algunos materiales más.

Para determinar y calcular los requerimientos de medicamentos en las comunidades, se ha tomado en cuenta los datos sobre enfermedades en la región, y otros de instituciones internacionales. En cuanto a tratamientos, se ha usado criterios de tratamiento nacional.

Así se llegó a un paquete de medicamentos mínimos que tendrá que disponer cada S.N., y cada promotora, tomando en cuenta el tipo de atenciones de cada uno.

El sistema de suministros será ligado estrechamente al sistema de supervisión propuesto. Cada mes los stocks de los S.N. y las promotoras serán renovados aprovechando las visitas de los supervisores, y en su caso los cursillos de reactualización. Este aspecto tampoco varía en los modelos alternativos.

6. Tiempo y dedicación

El tiempo de dedicación a actividades de salud, ha sido calculado en base a los requerimientos de las actividades de APS en las comunidades. Como los comunarios han expresado su deseo de días y horarios fijos de atención, se ha considerado una atención de dos horas preferiblemente en la mañana, pero que debe ser fijada en conjunto con la comunidad.

El equipo investigador considera que no es deseable que el S.N. se dedique tiempo completo a la salud, descuidando y perdiendo su condición de agricultor y aumentando las probabilidades de deserción.

La introducción de la promotora a nivel de comunidad obedece a la necesidad de una mayor atención dentro la misma. Así la población no necesita viajar fuera de la comunidad para ser atendida, y además se logrará una mayor cobertura con menos horas de trabajo de varias personas.

7. Costo para la comunidad

Los costos de APS para la comunidad varía según haya o no aportes externos, el monto de ellos; y según hayan más o menos servicios y personal de salud.

Los costos de los modelos con un solo S.M. en toda una región son principalmente los siguientes:

- Una posta sanitaria.
- Equipamiento de la posta.
- Un stock de medicamentos.
- La formación de un S.M.
- Un sueldo para el S.M.

Estos costos pueden ser cubiertos por una sola comunidad o por toda una región.

En los modelos regionalizados se tiene todos los costos mencionados, más:

- La habilitación de un cuarto de atenciones en todas las comunidades.
- Equipamiento básico de las promotoras.
- Un stock básico de medicamentos en cada comunidad.
- La formación de una promotora para cada comunidad.
- Un sueldo para todas las promotoras.

Todos los costos en estos modelos regionalizado deberán ser cubiertos (parcialmente) por toda una región, consistente de varias comunidades. Como ya hemos dicho, por la pobreza de la zona, el costo de la APS para la comunidad necesariamente tendrá que ser lo más bajo posible. Si los montos requeridos sobrepasan las posibilidades económicas de las comunidades, éstos tendrán que ser completados por aportes externos.

| Modelos Básicos | Variable Clave | Categorías de la variable clave | E F E C T O S O B R E | | | | | | | Σ | |
|--|---|---------------------------------|---|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------|----|
| | | | Suminis- tros | Dedica- ción y T/S.N. | Ingreso del S.N. | Cobertu- ra pobla- ción | Tenden- cia a deserc. | Aceptac. por comund. | Esfuerzo Promoci- onal | | |
| MODELO I | | | | | | | | | | | |
| Cada comunidad su S.N. sin que se niegue a atender a otros pacientes de comunidades vecinas que no tienen S.N. | Modo de manifestarse el costo para la comunidad | 1 | Todo pago es individual (pago por servicios) | - (2) | + (3) | - (2) | - (2) | 5 (9) | - (2) | 5 (2) | 14 |
| | | 2 | Solo el sueldo del S.N. se paga comunamente (seguro imperfecto.) | - (2) | + (4) | + (4) | + (4) | 14 (14) | + (4) | 4 (4) | 22 |
| | | 3 | Sueldo S.N. subsidiado y medicamentos pagan las familias individualmente (seg. imperf.) | - (2) | + (4) | + (4) | + (4) | 14 (14) | + (4) | 4 (4) | 22 |
| | | 4 | Cada comunidad paga el salario del S.N. y un stock minimo de medicamentos (seguro imperfecto) | + (4) | + (4) | + (4) | + (5) | 17 (17) | + (5) | 1 (5) | 23 |
| Σ | | | | | | | | | | | |
| MODELO II | | | | | | | | | | | |
| Regionalización de APS con un S.N. y hasta 7 promotoras en comunidades de acceso y alrededor de 10 familias | Modo de manifestarse el costo para la comunidad | 1 | Todo pago es individual | - (2) | - (2) | - (2) | - (2) | 8 (8) | - (2) | 5 (2) | 15 |
| | | 2 | Solo sueldos de personal APS se paga comunamente (seguro imperfecto) | - (2) | + (4) | + (4) | + (4) | 14 (14) | + (2) | 2 (2) | 20 |
| | | 3 | Sueldo personal APS subsidiado y medicamentos pagan las familias individualmente (seguro imperf.) | - (2) | + (4) | + (4) | + (4) | 14 (14) | + (4) | 4 (4) | 22 |
| | | 4 | Las comunidades mancomunadamente pagan sueldos personal APS y stock medicam. (seg. cuasi-perf.) | ‡ (5) | ‡ (5) | + (4) | ‡ (5) | 19 (19) | ‡ (5) | 1 (5) | 25 |
| Σ | | | | | | | | | | | |

SCALA DE VALORACION

Para las columnas 1 a 4, y 6

- (1) = efecto negativo fuerte
- (2) - leve efecto negativo
- (3) ± sin efecto notable
- (4) + leve efecto positivo
- (5) ‡ efecto positivo fuerte

Para la columna 7

- (1) esfuerzo muy grande
- (2) esfuerzo grande
- (3) esfuerzo regular
- (4) poco esfuerzo
- (5) ningun esfuerzo

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

En el sistema regionalizado de salud será el dirigente y los miembros del Comité de Salud los que, en el mes de mayo cuando exista cosecha de papa, exigirán a cada uno de los comunarios la entrega del aporte ofrecido (1/4 carga de papa).

Aquí debemos hacer un pequeño paréntesis para indicar que tradicionalmente la autoridad del dirigente es obedecida y respetada aún por los campesinos disidentes, a riesgo de ser multados o inclusive segregados por la comunidad en caso de incumplimiento.

Una vez que se tengan colectadas todas las cargas de papa viene el problema del transporte. Algunas comunidades que integran el modelo no tienen problemas al respecto, nos referimos a Mama Huasi Alto, Mama Huasi Bajo y Quirusillani, porque son comunidades que están a la vera del camino y son visitadas por camiones.

En cambio las comunidades de Leuka y Jatun Kasa, tendrán que implementar una acción de transporte a Lomo de Bestia, para situar sus cargas de papa, la una en Quirusillani, y la otra en Mama Huasi Bajo.

El sistema de recolección no presenta mayores dificultades puesto que se puede contratar un camión que prácticamente, en una sola entrada, retire todas las cargas de papa que ya estarán concentradas en estas comunidades acaquibles a la vera del camino.

La comercialización de los aportes comunitarios en especie (papa) presenta 4 perspectivas.

Primera posibilidad

Que se haga un acuerdo con un transportista que compre toda la producción, depositando el dinero en efectivo, para su posterior traslado a cualquier centro de comercialización en la ciudad o en las provincias.

La desventaja de esta modalidad, está en que el camionero paga menores precios cuando va a recoger los productos a las mismas comunidades.

Segunda posibilidad

Es la de trasladar los productos mediante un camión a la feria semanal que exista en la zona, (Iscoy Huasi), ubicada solo a 8 Km. de Mama Huasi Bajo, y vender la papa ahí.

La desventaja de esta opción es que igualmente los precios de los productos son bajos.

Tercera posibilidad

Significa la inversión de más fondos para pagar el transporte a mayor distancia y llevar los productos a la feria de Lope Mendoza, donde los precios son un poco más altos.

Cuarta posibilidad

Sería inclusive la de trasladar los productos hasta Punata o hasta Cochabamba, donde los precios son mayores.

Esta última opción es la que presenta mayores costos y habría que ver si no se la desecha de antemano.

La venta del producto papa no presenta ningún problema puesto que es un producto que se vende durante todo el año. Lo importante es vender en precios más o menos rentables.

Como dijimos anteriormente, la administración de los fondos estará a cargo del médico de zona puesto que éste es la persona que tiene la capacidad y el conocimiento del mercado para hacer las compras respectivas de acuerdo a los cálculos correspondientes de las medicinas.

Además tendrá que hacer cálculos para pagar a los S.M. y a la promotora, pero el hecho de que sea el médico el principal responsable administrativo no quita de ninguna manera que sea estrechamente vigilado por los miembros del Comité de Salud.

Estos delegados comunales participarán en la compra de las medicinas para conocer los costos y a su vez serán los que lleven el dinero para pagar al S.M. y a la promotora y también los que distribuyan las medicinas tanto al uno como a las otras.

De esta manera conseguiríamos una administración eficiente de los aportes comunitarios en especie.

La entrega tanto de las medicinas como de los aportes obviamente tiene que hacerse delante de la comunidad a entera satisfacción de los contribuyentes y de los destinatarios de este aporte.

Nota. La implementación del modelo tiene un cálculo de costos necesarios para adquirir todas las medicinas de acuerdo a la casuística, de acuerdo a la frecuencia de casos que se presenta en base a los costos de las medicinas en el comercio local. Los precios de éstas medicinas son exageradamente altos y es necesario decir muchas veces son un 500% mayores que en los países productores (también están incluidos en los costos el 50% de la construcción e implementación de la posta).

El modelo inicialmente basaba las posibilidades de realización en los

aportes de una carga de papa por comunario, equivalente mas o menos a 15\$U\$.

Sin embargo, el cálculo al que hacemos referencia al iniciar este párrafo tiene un margen de previsión consistente en la adquisición de medicamentos a costos muy inferiores a los que existen en el comercio local, importándolos directamente de varias agencias (MEDEOR, ACCION, ECHO) que tienen sus sedes en Inglaterra, Alemania, etc., de hecho ya existe un pedido efectuado por INEDER para aprovisionar a todo el sistema de la Provincia Carrasco con estas medicinas baratas.

De esta manera resulta que el aporte inferior en un 75% al previsto, sería suficiente para adquirir la misma cantidad de medicinas.

ORGANIZACIONES QUE PARTICIPARAN EN EL SISTEMA REGIONALIZADO

DE SALUD

Definiciones

Comunidad:

Es la reunión de un número determinado de familias que generalmente no pasan de las 5 decenas que habitan un espacio geográfico de alrededor de 25 Km².

Estas familias se dotan de una dirección que atiende todos aquellos aspectos que afectan al quehacer de la vida en común. Es decir, tienen autoridades que atienden las querellas entre los habitantes, las distribuciones de tierras, que velan y representan a la comunidad ante diferentes agentes externos, etc.

El sindicato agrario:

El origen del sindicato se encuentra en la Reforma Agraria, la reivindicación específica alrededor de la cual se constituyeron los sindicatos, fue la distribución de la tierra en la revolución de 1952.

La directiva del Sindicato está formada por 5 a 8 personas que son elegidas por la comunidad, con el objetivo de representarla. El primer responsable de la Directiva del Sindicato es el dirigente, que a su vez está colaborado por un secretario de deporte, otro de asuntos agrícolas, otro secretario que atiende lo relativo a la escuela comunal, etc.

Resumiendo, el Sindicato es el organismo de poder de la comunidad que cuenta con un líder que es el dirigente a quien colaboran varios secretarios, constituyendo todos ellos la directiva. La elección de sus miembros es democrática.

La sub-central campesina:

Los sindicatos de varias comunidades se reúnen para constituir regionalmente un órgano de poder que recibe el nombre de sub-central campesina.

La central campesina

El conjunto de Sub-centrales de una provincia constituyen la Central Provincial Campesina que es el máximo órgano de poder.

Comité de Salud.

Como las actividades de los dirigentes son múltiples, necesariamente, tienen que dividir las funciones del poder. Una secretaría que ha sido implementada a sugerencia de agentes externos a la comunidad, es la del Comité de salud. Esta secretaría está conformada por los miembros de la comunidad elegidos democráticamente para que se ocupen del problema específico de salud.

Las funciones del Comité de Salud están explicadas en otro documento pero podemos sintetizarlas en lo siguiente: controlan todo lo relativo a la posta y al S.N., informan a la comunidad de todas las actividades de salud que deben desarrollarse buscando la colaboración y la participación de los comuneros, etc.

El Comité de Salud está supeditado al accionar del dirigente que es la máxima autoridad de la comunidad.

El funcionamiento de un Comité de Salud es teórico mientras no se implementan acciones concretas, es decir que ellos cooperan en la letrinitización de la comunidad, en la vigilancia del cumplimiento de la construcción de letrinas, en la construcción de sistemas de agua potable, etc. Los aportes deben ser controlados y repartidos por este Comité de Salud.

Comité de Salud Regional:

Los integrantes de los Comités de Salud de todas las comunidades contempladas en el sistema regionalizado constituyen el Comité Regional de Salud, cuya función es la de coordinar las diferentes actividades explicadas anteriormente.

Centro de mujeres:

Es la reunión de todas las mujeres de la comunidad comprendidas entre los 16 y 45 años. Su presidenta es una de las delegadas al Comité de Salud de la comunidad, aunque pueden ser que las mujeres elijan a otra persona como delegada al Comité de Salud.

Medico de area.

El medico de area depende de la Unidad Sanitaria de Cochabamba, de manera que sí existe la posibilidad de que la presencia de éste médico en Lope Mendoza sea permanente aunque se cambién las personas.

Es un eslabón fundamental para promover e implementar el sistema regionalizado de salud puesto que el cálculo para la adquisición de medicinas económicas, pagar a las promotoras y el S.N. estará bajo su responsabilidad.

PLAN DE ESTUDIOS

Plan de estudios de los S.N.

Este plan tiene una duración de 4 meses y tiene los siguientes contenidos y niveles.

I. FORMACION SANITARIA

- a) Primeros Auxilios: CONTENIDOS; heridas, intoxicaciones, traumatismos, picaduras. NIVELES; prevención, reconocimiento, tratamiento, remisión.
- b) Materno Infantil: CONTENIDOS; fisiología y anatomía de la función reproductora, embarazo, parto, atención del recién nacido, lactancia, nutrición. NIVELES; educación médica, atención, control, prevención, remisión.
- c) Enfermedades digestivas: CONTENIDOS; parasitosis - ascariasis, amebiasis, anquilostomiasis - enfermedades bacterianas y virales - gastroenteritis y tifoidea. NIVELES; diagnóstico, tratamiento, prevención, remisión, educación médica, letrización, agua potable.
- d) Enfermedades respiratorias: CONTENIDOS; gripe, bronquitis, faringitis, neumonía, otitis, conjuntivitis. NIVELES; diagnóstico, tratamiento, prevención, educación médica, remisión.
- e) Enfermedades infectocontagiosas: CONTENIDOS; sarampión, tosferina, poliomelitis, tuberculosis, difteria, tétanos. NIVELES; diagnóstico, tratamiento, prevención, educación médica.
- f) Endemias: CONTENIDOS; bocio. NIVELES; prevención, educación médica.

II. MEDICINA HEREDOLARIA

III. FORMACION AGROPEDUARIA

Problemas generales de agricultura, horticultura, cunicultura, forestación.
NUTRICION.

IV. FORMACION SOCIAL

Ubicación geográfica, histórica, socio-económica y política del individuo y su comunidad.

V. FORMACION ADMINISTRATIVA

Censo de la población, registro de nacimientos, registro de defunciones, registro de pacientes, de control de niños, de control de embarazadas, de vacunados, inventario de muebles, instrumental y medicinas. Balance de ingresos y egresos mensuales y anuales de la posta. Funcionamiento del Comité de Salud.

Plan de estudios de las promotoras - (duración 1 mes)

- I. Primeros auxilios: heridas e infecciones de piel.
- II. Diarreas Leve: tratamiento con rehidratación oral (URO).
- III. Enfermedades Respiratorias leves: faringitis, gripe; tratamiento IRA-L.
- IV. Educación médica: fisiología y anatomía sexual, embarazo, parto-reconocimiento del parto normal, higiene y atención del mismo. Reconocimiento del recién nacido normal. Reconocimiento del parto complicado y remisión - lactancia, nutrición, higiene - letrinización - venéreas, chagas, bocio.

HORARIO DE TRABAJO ANUAL DE UN SANITARIO

| | |
|---|--------------------------|
| - 2 pacientes al día | 2 Hrs. diarias |
| - 12 Hrs de vacunación anuales (3 campañas) | 12 Hrs. anuales |
| - Letrinización | 60 Hrs. trabajo efectivo |

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| - Reactualización | 48 Hrs. anuales |
| - Educación Médica | 48 Hrs. anuales |
| - Control de niños | 48 Hrs. anuales |
| - Control de embarazadas | 18 Hrs. anuales |
| - Registro y control administrativo | 24 Hrs. anuales |
| - Supervisión de promotora de salud | 10 Hrs. mensual |

HORARIO DE TRABAJO ANUAL DE UNA PROMOTORA

| | |
|--|----------------|
| - Atención de diarreas | 1 Hr. diaria |
| - Atención de enfermedades respiratorias | 1 Hr. diaria |
| - Atención de heridas | 1 Hr. semanal |
| - Atención de partos | 28 Hrs. anual |
| - Programa de Educación Médica | 50 Hrs. anual |
| - Promoción de letrinización | 10 Hrs. anual |
| - Informe a Sanitario Nativo | 4 Hrs. mensual |
| - Reunión Comité de Salud | 2 Hrs. mensual |

Tanto los Sanitarios Nativos como las Promotoras de Salud recibirán instrucción sobre técnicas de comunicación.

ANEXO # 6

LAS ZONAS ESCOGIDAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL QUASI EXPERIMENTO

Para la elección de las regiones en las que se debe implementar el modelo de APS, surgido del proceso de Investigación Sanitarias Nativas, se han tomado los siguientes criterios:

- Deben ser regiones en las que existan comunidades relativamente más pobres, ya que son ellas, las que precisamente carecen de servicios de salud y en las que siempre se ha concentrado mayores dificultades de implementación de los mismos por la situación socio-económica de dichas comunidades.
- Deben ser zonas comprendidas dentro de provincia Carrasco, en la cual se ha desarrollado la mayor parte de la investigación.
- La predisposición de los comunarios, manifestada en las charlas comunales y en la encuesta, debe ser predominantemente favorable a pagar por un sistema de Salud.

En base a estas características se han escogido a dos comunidades como asiento organizativo. Estas son Mama Huasi y Potrero, cada una con particularidades que darán diferencias significativas en la implementación del modelo.

El resto de las comunidades han sido desechadas por varias causas, entre las más importantes: algunas ya tienen S.N. pagado por el Estado, otras por no tener un sanitario que garantice el buen funcionamiento del sistema (sin experiencia, migraciones temporales) y por no adecuarse a los requerimientos en el estudio.

MAMA HUASI fue elegida principalmente por:

- Ser una comunidad que se encuentra entre las más pobres, pero no en el más bajo nivel de estas, sino más bien ocupa el primer lugar en el ranking de pobreza relativa.

- Cuenta con cierta infraestructura de salud, tiene una posta equipada y un stock mínimo de medicamentos.

- Cuenta con S.N. predispuesto a colaborar con la implementación del modelo.

Todo esto permitirá una implementación a partir de ciertas condiciones previas con el objetivo de adaptar un sistema a otro ya existente y mejorar el rendimiento del servicio.

Algunas otras características de Mama Huasi son:

Garancia de luz, agua potable, ferra y riego. Cuenta con escuela hasta cuarto básico, existe un Comité de Salud inactivo, un Centro de Mujeres en el mismo estado. El camino de acceso es muy malo (2 horas de viaje para 25 Km. a partir del cruce ubicado en el kilómetro 85 de la carretera a Santa Cruz). Cultiva principalmente papa. Existe entre mucha y regular confianza de sus pobladores hacia el S.N. y un porcentaje de 84% de comunarios con predisposición a pagar por un servicio de salud.

La principal necesidad familiar es: dinero, la principal necesidad comunal: salud. En esta comunidad el curandero o jampiri tiene mucha importancia - éste atiende a la mitad de los enfermos adultos, de los cuales el 90% pagó en dinero -.

Entre los hombres existe un 72.2% que tiene regular confianza en el S.N., un 14.3% mucha, y poco o nada el 14.3%. Entre las mujeres el 53.3% tiene regular confianza y el 33.3% mucha.

La región de Mama Huasi está compuesta de alrededor de 229 familias pertenecientes a comunidades aledañas que poseen a su vez entre 24 y 49 familias:

| | |
|--------------------|--------------|
| 1. Mama Huasi Alto | 32 familias |
| 2. Mama Huasi Bajo | 53 " |
| 3. Qurruaillani | 24 " |
| 4. Jatun Kasa | 25 " |
| 5. Pukara | 35 " |
| 6. Machajmarka | <u>60</u> " |
| | 229 familias |

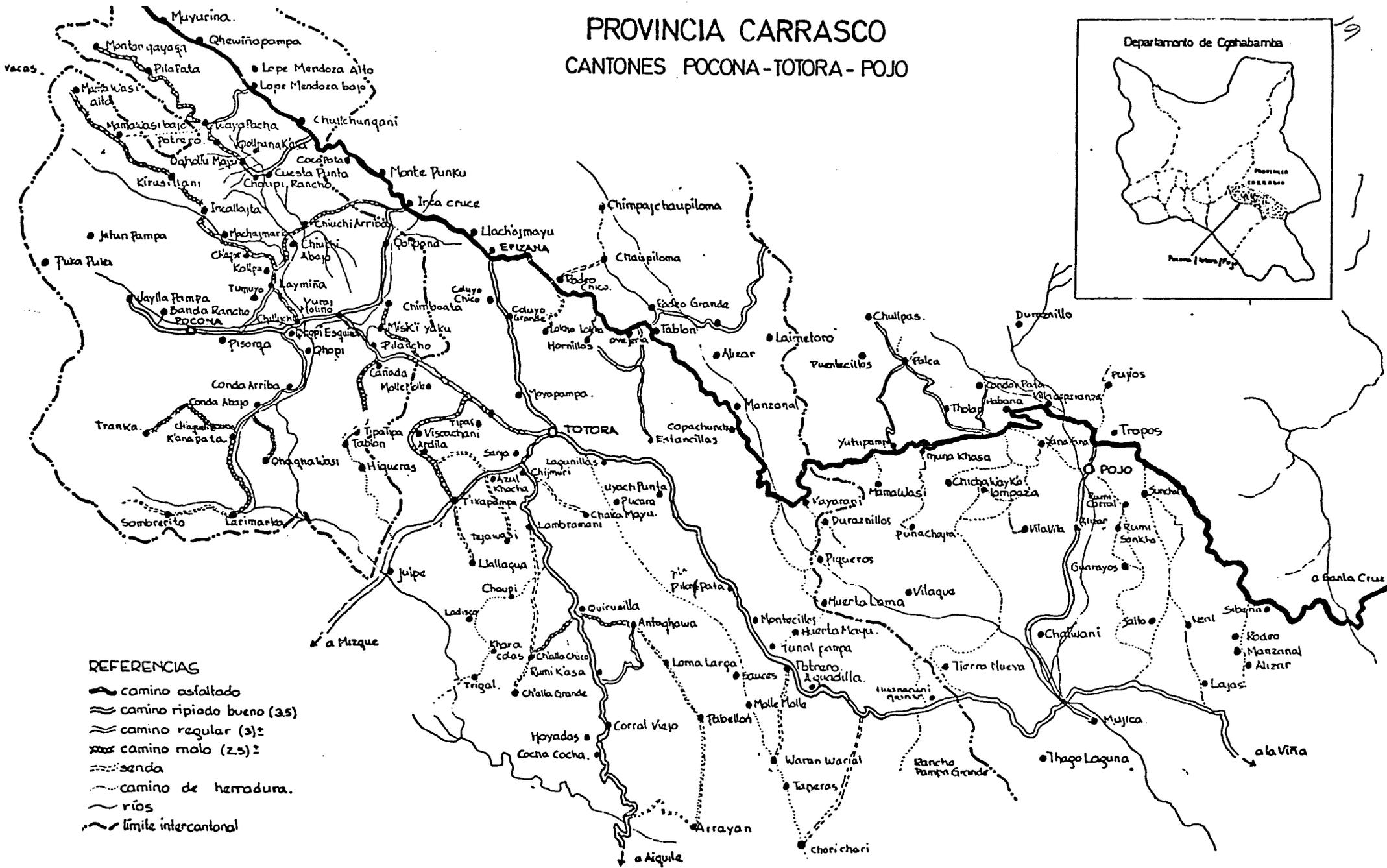
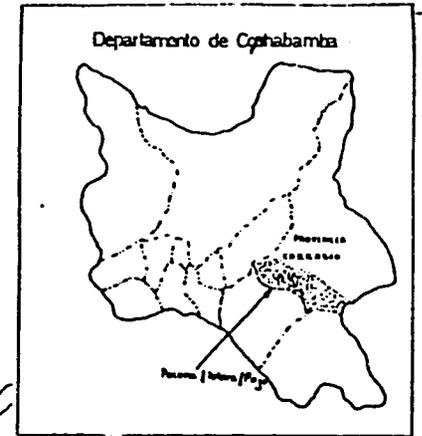
Las distancias entre comunidad y comunidad fluctúan alrededor de los 4 y 8 Km. Ninguna de las poblaciones mencionadas tiene riego.

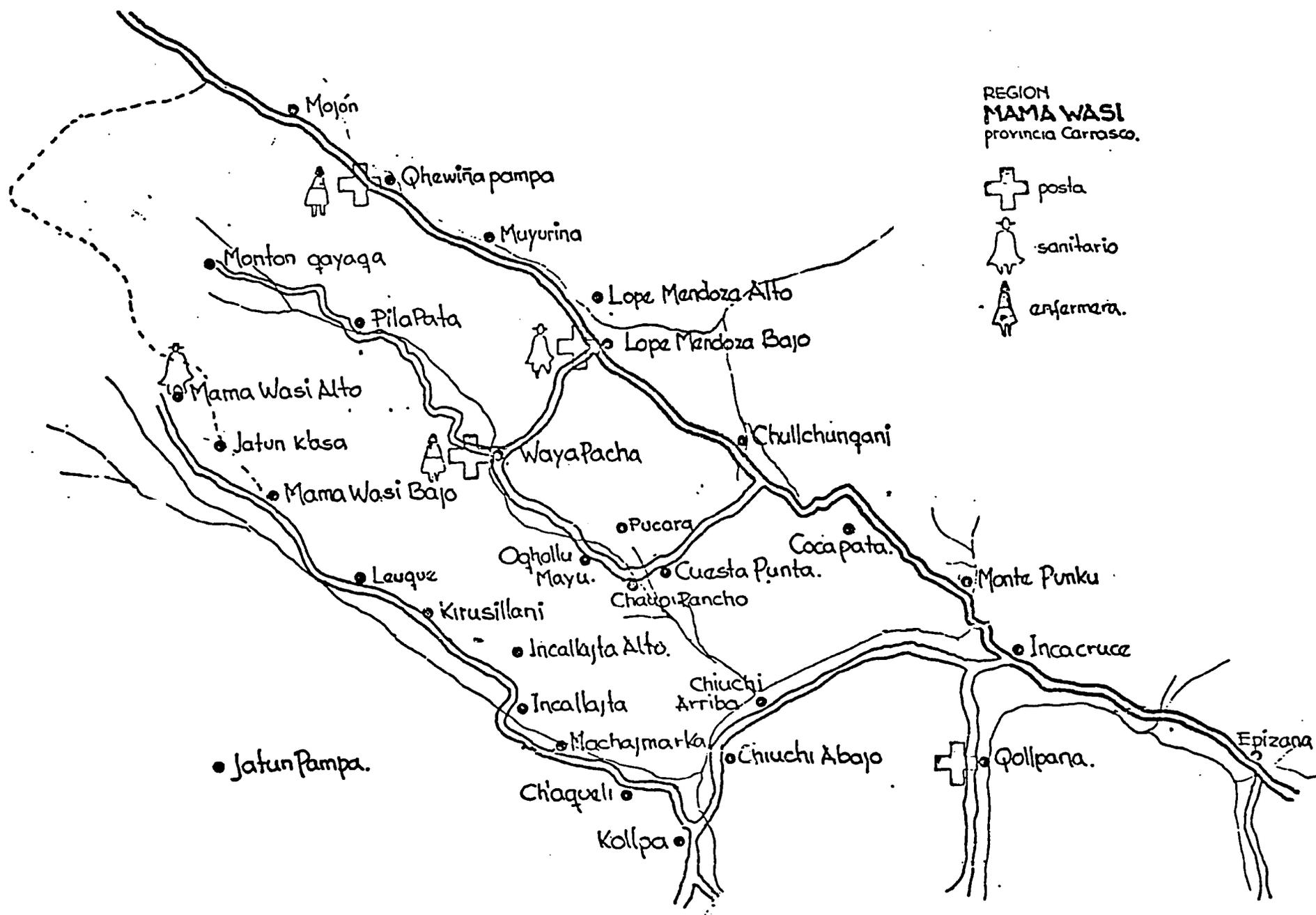
| PROMOTORA | COMUNIDAD | # Atención | | | Sexo | | Enfermedades | | | | | | | Tratamiento | | | | | Edades + | | | | |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|-------|-------|------------|----------|--------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|---------|--------|-------|-----------------------------|------------|------------------------|----------|-------|----------|-------|--------|---------|----------|
| | | Diciembre Enero/Feb. | Marzo | Total | Masculino. | Femenino | Heridas/Enfi. de piel | Vías Respi. ratorias | Dolores Varios | Temperatu- ra | Diarrea | Partos | Otros | Analgésico/ Antiespasmód | Antigripa- | Astringentes + IRO. | Curación | Otros | 0 | 1 - 5 | 6 - 10 | 11 - 15 | 15 y más |
| Riguelina Cano | Mama Huasi Bajo | 27 | 37 | 64 | 35 | 29 | 23 | 4 | 24 | -- | -- | 2 | 11 | 29 | 4 | -- | 20 | 11 | 2 | 7 | 3 | 7 | 27 |
| Justina Condori | Quiru- sillani | ++ 9 | 1 | 10 | 5 | 5 | 3 | -- | 3 | 4 | -- | -- | -- | 6 | -- | -- | 3 | 1 | -- | 2 | -- | -- | 4 |
| Isabel Mamani | Jatun K'asa | +++ 7 | 19 | 26 | 11 | 15 | 7 | 4 | 15 | 2 | 5 | -- | -- | 19 | -- | 7 | 7 | -- | 1 | 5 | 1 | 5 | 14 |

- + Solo mes de Febrero y Marzo
- ++ No registró Diciembre
- +++ Solo datos de Enero, Febrero y Marzo

PROVINCIA CARRASCO

CANTONES POCONA-TOTORA-POJO





REGION
MAMA WASI
 provincia Carrasco.

-  posta
-  sanitario
-  enfermería.

● Mojon
 ● Qhewiña pampa
 ● Monton qayaga
 ● Muyorina
 ● Lope Mendoza Alto
 ● Lope Mendoza Bajo
 ● Pila Pata
 ● Mama Wasi Alto
 ● Jatun kbsa
 ● Mama Wasi Bajo
 ● Waya Pacha
 ● Chullchungani
 ● Pucara
 ● Oqhollu Mayu.
 ● Cuesta Punta.
 ● Coca pata.
 ● Monte Punku
 ● Inca cruce
 ● Chiuchi Arriba
 ● Chiuchi Abajo
 ● Qollpana.
 ● Epizana
 ● Jatun Pampa.
 ● Lauquez
 ● Kirusillani
 ● Incallajta Alto.
 ● Incallajta
 ● Machajmarka
 ● Ch'aqveli
 ● Kollpa.
 ● Challopancho



Al fondo: COMUNIDAD DE SANTA ROSA



La Dra. Ruth Payne, con 4 promotoras, miembros del Comité de Salud y el S.N. de Mama Huasi Bajo (Mama Huasi).



COMUNIDAD DE SAN ANTONIO



Promotores de 5 comunidades, el dirigente de Santa Rosa de Lima y el Dr. Guillermo Yarec.

64

BIBLIOGRAFIA

1. CONTACT. No. 42 - OCTUBRE 1980
"El programa de asistencia sanitaria en el poblado. Apoya u oprime a la comunidad?"
2. CONTACT. FEBRERO DEL 82 No. 50
"Servicios sanitarios oficiales y no oficiales" (Egipto)
3. CONTACT. JUN. 78 No. 29
"Programa de servicios integrados para el cuidado de la salud en la India Rural"
4. CONTACT. MAYO 74 No. 5
"Programa de salud pública en la zona rural Hospital de Vanga, Zaire"
5. CONTACT. ABRIL 76 No. 16
"La asistencia sanitaria de la Colectividad"
6. CONTACT. AGOSTO 80 No. 41
"Un programa sanitario en una comunidad...."
República de Filipinas.
7. CONTACT. DICIEMBRE 79 No. 30
"La formación de la comunidad comienza en las personas"
Nicaragua
8. CONTACT. FEBRERO 79 No. 33
"La evaluación, puede convertirse en una creatividad colectividad?"
"Las organizaciones no gubernamentales y la APS".
9. CONTACT. ABRIL 80 No. 40
"La evaluación basada en la participación"
"Una tecnología apropiada para los programas de salud de la colectividad".
10. CRÓNICA DE LA OMS VOL. 31 No. 8 - 1977
"Comités sanitarios, de aldea, punto de partida para el desarrollo rural".
11. CRÓNICA DE LA OMS VOL. 34 No. 1 - Enero de 1980
"Utilización de la epidemiología en la APS"
12. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - 1978
Informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia"
13. FORO MUNDIAL DE LA SALUD - 1982 - VOL. 3 No. 2
"Formación de Agentes de Salud Indígenas: un ensayo en Filipinas" (p.185)
"Formación de personas para la atención primaria de salud en el Caribe" (177)
"Función del Hospital en la APS" (172).
"Los servicios de salud para las mujeres en el Sudan" (p.187)
"Agentes de Salud Aborígenes en Australia" (190) "Ventajas y desventajas de los curanderos tradicionales" (p.240)

14. ATENCION PRIMARIA DE SALUD - UNICEF - OMS

"Problemas relacionados a la estructura general de los servicios" (p.23)

"Proyecto SAYAR Bangladesh" (34, 35)

"Proyecto de Nutricion de Jirain" (p.38)

La asistencia Sanitaria en la República de China. (p. 39)

Venezuela "Medicina Simplificada" (74)

Proyecto de acción Sanitaria general en el medio rural. Jamkhed India (79)

15. Situacion de la salud en Bolivia. Estrategia del Sector Salud 1971 - 1980. Informe de la Comision Nacional de salud 1970.

16. Educacion popular. Inicep 1974

"La Ullskatura, sistema politico Aymara" (p.1)

"La salud y educacion popular" Vol. No. 6 - 1974

"Factores socio culturales de la salud rural" Vol. No. 6 - 1974

17. Medicina sin doctores por Alexander Dorozynski (111) 1976

18. Revista internacional del desarrollo sanitario. Vol. 1, 2, 3.

19. Revista de OPS

"Boletin" Ag. 1977 - Oct. 1977 - Dic. 1977

Feb. 78 - Abr. 1978

20. SISTEMAS DE SALUD

(OFICINA SANITARIA PANAMERICANA - OFICINA REGIONAL DE LA OMS 1972)

21. LA SALUD COMUNITARIA UNA RESPONSABILIDAD DE LA IGLESIA

J.H. Hellberg. Consejo Mundial de Iglesias 1976.

22. CUADROS Y ESTADISTICAS (ENCUESTA NUTRICIONAL)

Ministerio de P.S.B.P. - UMSS - IESE

Cochabamba 1976

23. SISTEMAS PARA AUMENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN AREAS RURALES.

(Discusiones tecnicas XVII Reunion del Consejo Directivo)

OPS - OMS 1968

24. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 96, No. 3 - Marzo 1984

Parteras tradicionales y planificación familiar pp. 260 - 266

25. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 96, No. 4, Abril 1984

Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en America Latina

Por Leonel D. Gallardo

pp. 314 - 323

66'

26. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 vol. 95, No. 6 - diciembre 1983
 La equidad del sistema de servicios de salud.
 Conceptos, Indicadores e Interpretación
 por Philip Musgrave
 pp. 525 - 5 y 6

27. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA LA PANAMERICANA
 vol. 95, No. 2, Agosto 1983
 Epidemiología y Antropología en la Atención Primaria
 pp. 186 - pp. 189

28. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 vol. 94, No. 1, enero 1983
 Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: Una
 evaluación de la satisfacción de los pacientes.
 Por Paul Sommers
 pp. 64 - 70

29. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 vol. 92, No. 5 - Mayo de 1982
 Examen retrospectivo de los servicios médicos materno infantil en el hospital Albert Schweitzer,
 en el Haiti Rural
 Por Charles E. Wallace y otros.
 pp. 391 - 404

30. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 vol. 93, No. 4 - octubre 1982
 Los indígenas Sudamericanos ante una alternativa:
 Servicios de Salud tradicionales o modernos, en las zonas rurales del Ecuador.
 Por Axel Lerøed
 pp. 300 - 316

31. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 Vol. 93, No. 6, diciembre 1983
 La estrategia, el costo y el progreso de APS.
 por Robert G.A. Boland y Mary F.M. Young
 pp. 550 - 562

32. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 vol. 95, No. 3 - 1983
 Participación comunitaria en salud.
 Conceptos y criterios de valoración.
 pp. 205 - 216

33. BOLETIN DE LA OFICINA PANAMERICANA
 vol. 10, No. 1, enero 1961
 Atención Primaria de Salud. Estrategia para entender los servicios a la población marginada.
 por Fortunato Vargas Tentori

34. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 89, No. 1, enero 1980

Prioridades, cuestiones y problemas en las investigaciones sobre educación para la salud, con especial referencia a las naciones en desarrollo.

pp. 82 - 86

35. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 88 No. 6, diciembre de 1980

Extensión de la cobertura de servicios de salud en Puno - Perú

Por Gregorio Mendizábal L. y Carlos Cornejo Rosello Y.

36. BOLETIN DE LA OFICINA PANAMERICANA

Vol. 88 No. 6, diciembre 1982

Investigaciones en educación para la salud orientada hacia la familia: Consideraciones generales.

37. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 89 No. 2, agosto 1980

Investigación en los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud.

Por: Jorge Castellanos Robayo

38. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 83, No. 1, julio 1977

Cobertura de servicios de salud, APS y participación de la comunidad

39. REVISTA DE EDUCACION MEDICA Y SALUD

Vol. 16, No. 3, 1982

The demand for human resources by the community:

The implications of a community participation approach.

por - Anne V. White

La demanda de recursos humanos en la comunidad.

Repercusiones del sistema de participación comunitaria en los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento.

40. EDUCACION MEDICA Y SALUD

Vol. 16, No. 3, 1982

Principales problemas que limita la participación comunitaria en los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento.

por: Julio Alvarez Vigil.

41. EDUCACION MEDICA Y SALUD

Vol. 9, No. 3, 1975

La salud por el pueblo

por: K. W. Newell

42. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 82(5) - 356 - 397, 1977

Extensión de la cobertura APS y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos.

68.

43. DESARROLLO Y POBREZA EN BOLIVIA
Dr. Rolando Morales Anaya 1984 (283 pag.)
44. APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD
Werner Y Bower 1984 (622 pag.)
45. BOGAS DE PUATA O REQUIM PARA UNA REFORMA AGRARIA?
Javier Albo 1983 (105 pag.)
46. EPIDEMIOLOGIA
Dr. Rojas 1974 (189 pag.)
47. EPIDEMIOLOGIA, ECONOMIA, MEDICINA Y POLITICA
Jerome Breith 1979 (236 pag.)
48. COMMUNITY HEALTH WORKERS
Monnie Schaefer - Jack Reynolds 1985 (67 pag.)
49. COMMUNITY FINANCING
S. Stanton Russell - Jack Reynolds 1985 (79 pag.)
50. COST EFFECTIVENESS ANALYSIS
Jack Reynolds - K. Celeste Gaspari - 1985
51. OPERATIONS RESEARCH METHODS: A GENERAL APPROACH IN PRIMARY HEALTH CARE.
Stewart N. Blumenthal - 1985 (67 pag.)
52. COMMUNITY ORGANIZATION
Goldsmith - Pillsbury - Nichollos / 1985 (71 pag.)
53. DOCUMENTO DE CONCLUSIONES SEMINARIO HCCA
Tarija 1984 (68 pag.)
54. PRESUPUESTO NACIONAL DE SALUD 1982
55. PRESUPUESTO NACIONAL DE SALUD 1983
56. PROYECTO SEGURO SOCIAL CAMPESINO 1978
57. RECOMENDACIONES AL PROYECTO SEGURO SOCIAL CAMPESINO 1978
58. EXPERIENCIAS NACIONALES EN EL EMPLEO DE TRABAJADORES DE SALUD DE LA COMUNIDAD.
Virginia Ofazo - Amash 1983 (63 pag.)
59. EL LIBRO UNIVERSAL DE INSTITUCIONES SOBRE EL PARTO
F. P. Horken, M. C. Williams
60. DONDE NO HAY DOCTOR.

61. URBAN STRUCTURES AND INTERNAL MIGRATION IN A HISTORICAL PERSPECTIVE: LATIN AMERICAN CASE STUDIES.

Jorge Balán - ODEB 1979 (75 pag.)

62. BASES PARA LA DEFINICION DE UNA POLITICA POBLACIONAL.

Ministerio de Planeamiento y Coordinación 1982, Bolivia (55 pag.)

63. POLITICAS DE POBLACION / BOLIVIA

Bol / 82 / UNESCO - UNFPA (110 pag.)

64. PROYECTO DE SALUD RURAL MONTERO

Informe del análisis de la participación comunitaria.

Bolivia - 1978 (62 pag.)

65. EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD DEL COMITE CENTRAL MENONITA EN BOLIVIA.

J.N. Becht / S. M. Burkholder - Santa Cruz, 1981 (17 pag.)

66. COMMUNITY FINANCING

Wayne Stinson 1982 (90 pag.)

67. PROYECTO DE SALUD RURAL MONTERO - ANALISIS EVALUATIVO DEL SISTEMA

Bolivia 1979 (76 pag.)

68. NIÑO a niño

69. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION BOLIVIANA / 1981

Ministerio de Salud - Bolivia

70. PLAN GLOBAL DE SALUD 1985 - 1989 / BOLIVIA

71. CONTACT No 65-1984

"La Mujer y La Salud"

72. MISERERE

Diagnósticos de los Proyectos de APS en Bolivia

Por Dr. Jens Jarde - Lic. Susane Engelhardt 1984

73. PLAN DE ESTUDIOS PARA EL PROMOTOR DE SALUD

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública-UNICEF /1981

74. ENFERMEDAD Y SALUD SEGUN LA CONCEPCION AYMARA Y QUECHUA

Por Federico Aguiló

75. EL PAPEL DEL DURANDERO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL VALLE ALTO

COCHABAMBA-BOLIVIA

76. BASES PARA LA POLITICA DE SALUD DEL GOBIERNO DEMOCRATICO Y POPULAR

Ministerio de previsión Social y Salud Pública 1983

77. ESTUDIO DE LAS PERSPECTIVAS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1979

70