



***UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR***

**SEDE CENTRAL**

**Sucre – Bolivia**

**CURSO DE MAESTRÍA EN**

**“SALUD PÚBLICA”**

**“LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL PROCESO DE  
GESTIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZUDAÑEZ”**

**Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en “Salud  
Pública”**

**ALUMNO:** Enver Raúl Beltrán Sánchez

**TUTORA:** Dra. McS. Sonia Polo

Sucre – Bolivia  
2006

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES .....	1
PROBLEMA .....	3
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL .....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
MARCO METODOLÓGICO .....	4
ENFOQUE Y TIPO .....	4
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	4
TRIANGULACIÓN .....	6
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	7
ANÁLISIS DE DATOS .....	8
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	9
1 MARCO TEÓRICO .....	10
1.1 LA COMUNIDAD.....	10
1.1.1 LA COMUNIDAD COMO UN MODELO SOCIOLÓGICO .....	10
1.2 DIMENSIONES DE LA DIRECCIÓN COMUNAL .....	11
1.2.1 CAMBIO DE PARADIGMAS.....	14

1.3	RETOS DEL DIRIGENTE COMUNAL .....	15
1.4	COMUNICACIÓN PARA LA DIRIGENCIA COMUNAL .....	16
1.5	LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA .....	18
1.5.1	La participación en la Práctica .....	18
1.6	SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA .....	21
1.6.1	Salud y Políticas Públicas .....	21
1.6.2	Las teorías de la acción social.....	23
1.6.3	La interacción en los servicios de salud pública .....	27
1.6.4	Alternativas de participación comunitaria .....	32
1.6.5	Mecanismos de participación y tipos de acuerdos .....	35
1.7	LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD.....	37
1.8	ANTROPOLOGÍA DEL GÉNERO Y SALUD .....	44
1.8.1	La salud de las mujeres en el proceso de desarrollo. Enfoques: .....	45
1.9	LA CONCEPCIÓN DE GÉNERO EN BOLIVIA.....	47
1.10	ANTROPOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.....	49
1.10.1	Planificación sanitaria .....	49
1.10.2	El proceso de planificación sentida.....	50
1.10.3	Factibilidad de los programas de intervención. ....	51
1.10.4	La perspectiva democrático-participativa.....	51
1.11	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	56
1.12	LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA.....	57

1.13	POLÍTICA SOCIAL: FUNCIONES, PRINCIPIOS E INSTRUMENTOS.....	58
1.14	LA GESTIÓN EN SALUD .....	61
1.15	EL ROL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA DESCENTRALIZACIÓN.....	63
1.16	DIÁLOGO NACIONAL EN SALUD .....	65
1.17	EL MARCO LEGAL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN BOLIVIA.....	66
1.18	LA LEY DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	71
1.19	LA SALUD PÚBLICA Y LOS MUNICIPIOS .....	74
1.20	LOS ACTORES SOCIALES CON PODER DE DECISIÓN.....	76
1.21	El Sistema Nacional de Planificación SISPLAN .....	76
1.22	LA VISIÓN ANDINA DE LA SALUD .....	79
2	PLANIFICACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS.....	82
2.1	PLANIFICACIÓN .....	82
2.2	RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE LA REUNIÓN DE GRUPOS FOCALES.....	83
2.3	MODELO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	106
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	108
	CONCLUSIONES.....	108
	RECOMENDACIONES .....	112
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES

El concepto de la participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida cotidiana, una parte esencial de todas las sociedades humanas. Históricamente la participación comunitaria ha pasado por diferentes etapas o enfoques, en dependencia del contexto donde se ha desarrollado.<sup>1</sup>

En la década del 50, estas ideas y conceptos se aplicaron y adoptaron bajo la denominación de *animación rural* o *desarrollo de la comunidad*. El enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población.<sup>2</sup> La participación de la gente estaba representada por su capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, innovaciones y las prioridades establecidas por los profesionales de la salud. Muy pronto la operacionalización de este enfoque se encontró con resistencia y dificultades.

Según estudios reportados por la OMS, en el 1960, había unos 60 países con programas comunitarios; para 1965 la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o a ser drásticamente reducidos.

En la década del 70 se afirmó la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad. Muchos proyectos de desarrollo que reconocían la necesidad de colaboración entre el gobierno, sus instituciones y la población reaparecen en el escenario.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en la salud y en el desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Washington, 1984 (Publicación Científica, No. 473).

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de participación social en los sistemas locales de salud. Estudios de factibilidad. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. (Washington, 1988; Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 64).

<sup>3</sup> *Ibíd.*

En el 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la atención primaria constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". En esa oportunidad se recomendó la participación de la comunidad como uno de los métodos más importantes para extender las coberturas de los servicios de salud a la población; este concepto fue incorporado por la Organización Panamericana de la Salud.<sup>4</sup>

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma - Atá, URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: *"el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos"*.<sup>5</sup>

La modernización del estado en el mundo se ha hecho evidente para todos los países, más aún para los llamados subdesarrollados, donde son muchas las necesidades y pocos los medios para alcanzarlas. En este camino, Bolivia ha introducido cambios estructurales durante la presidencia del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, mismos que han tenido adeptos y críticos acérrimos, pero con cambios que trazan un nuevo marco para varias actividades, entre ellas las de salud.

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. Washington, (Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 18.)

<sup>5</sup> *Ibíd.*

Los impactos de la globalización se hicieron más visibles en Bolivia a partir de 1985, año en que se aplican medidas de ajuste en estricto cumplimiento del acuerdo de Washington. Los años siguientes, las reformas fueron alcanzando otros niveles y finalmente a partir de 1993, se implementan medidas de reforma y modernización del Estado a través de la modificación de la Constitución Política del Estado, la aprobación de la Ley de Participación Popular (LPP) en 1994 y finalmente la Ley de Descentralización Administrativa (LDA). A partir de entonces comienza una etapa nueva en el país en materia administrativa y sobre todo en las relaciones entre el Estado y la sociedad.

Las relaciones desde ese entonces han cambiado y se han modificado en gran medida, ya no se trata de una relación entre el Estado o el Ministerio de Salud con los Directores de Hospitales y de centros de salud, ahora se dan entre éstos y los encargados de salud de los municipios y por supuesto la participación de la misma comunidad representada por sus organizaciones y dirigentes.

## **PROBLEMA**

¿Cuál es el rol de la comunidad del municipio de Zudañez del departamento de Chuquisaca en el proceso de la Gestión de Salud?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar el rol de participación de la comunidad del municipio de Zudañez del departamento de Chuquisaca en el proceso de gestión de salud.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Identificar los actuales eslabones involucrados en la gestión en salud en el Municipio de Zudañez del departamento de Chuquisaca.
- ❖ Analizar cada eslabón de la gestión en salud identificado dentro del municipio de Zudañez del departamento de Chuquisaca.



- ❖ Determinar fortalezas y deficiencias de la gestión en salud en el Municipio de Zudañez.
- ❖ Establecer criterios para mejorar la gestión en salud en el Municipio de Zudañez.

## **IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación a realizar dará como resultado el diagnóstico de la participación de la comunidad del Municipio de Zudañez dentro del proceso complejo y de realización estratégica, de la gestión de salud.

La incorporación de la participación de la misma comunidad, en este proceso que de por sí es técnico y que exige de conocimientos previos, propone un reto a las organizaciones comunitarias; por ello, es que se analizará esta participación para poder determinar las características que ésta tiene, identificando sus debilidades y amenazas para poder de esta forma mejorar su participación en aras del principio de unidad y del bienestar salubre de la comunidad del municipio de Zudañez.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **ENFOQUE Y TIPO**

La investigación tiene un enfoque **cualitativo**, ya que se estudiaron aspectos tales como la calidad de las actividades que se realizan en gestión de salud en el municipio de Zudañez, las relaciones entre los diferentes actores involucrados, los asuntos que son tratados por la gestión de salud, los medios que se utilizan, los materiales o instrumentos de los que se valen para afrontar una determinada situación o problema, etc.

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

El estudio fue realizado en el municipio de Zudañez que se encuentra a 125 Km., de distancia desde la ciudad de Sucre, tiene en la actualidad una mancomunidad y es la circunscripción N° 4 de la provincia Zudañez. Dentro de su infraestructura de salud

cuenta con 4 puestos y 1 centro de salud.<sup>6</sup> La única vía de acceso a este municipio, es la terrestre.

Las personas que conformaron la población de estudio, fueron elegidas en grupos poblacionales compuestos de la siguiente manera, pero antes, cabe aclarar que la presentación del orden de los grupos no obedece a ningún parámetro en especial:

**Grupo 1:** Personas componentes de la comunidad en el rol de miembros de base.

**Grupo 2:** Personas representantes de la sociedad; entre ellos, dirigentes vecinales, municipales, laborales, de Organizaciones Territoriales de Base y de Comités de Vigilancia.

**Grupo 3:** En el que estarán los personeros encargados de la gestión de salud en el Municipio de Zudañez, entre ellos pueden estar los directores de hospitales y centros de salud, el encargado municipal de salud, el responsable municipal de Participación Popular.

La diferencia entre conglomerado y grupo es por el número de personas comprendidas en ellos, un grupo contiene menos de 30 integrantes, y a partir de ese número, se considera ya un conglomerado.<sup>7</sup> Para el estudio, estas personas, serán elegidas mediante el método de muestreo por criterios; estos criterios de muestreo fueron los siguientes:

**Para el grupo 1:**

- Pertenencia a la comunidad del Municipio de Zudañez
- Tener residencia actual en el municipio de Zudañez

**Para el grupo 2:**

- Años de permanencia en sus actuales funciones.
- Función que desempeña en su fuente laboral.

---

<sup>6</sup> En la red municipal. Fichas Municipales. Disponible en: <http://www.enlared.org.bo/2004/cgdefault.asp>

<sup>7</sup> MELLA, Orlando. Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa. Disponible en [www.todoinvestigaciones.org/mella/cualitativo.pdf](http://www.todoinvestigaciones.org/mella/cualitativo.pdf)

- Contacto directo con los personeros de salud.
- Conocimiento de la Ley de Participación Popular.
- Conocimiento de la problemática de salud del municipio.

**Para el grupo 3:**

- Tiempo de permanencia en actuales funciones
- Experiencia en gestión de salud.
- Conocimiento de la Ley de Participación Popular
- Conocimiento de la situación de la problemática en salud del municipio.

**TRIANGULACIÓN**

Para la investigación se procedió a la utilización de tres tipos de triangulación, que dieron validez respectiva a los resultados que se obtuvieron durante el trabajo de campo:

**Triangulación de investigadores**

Para el proceso de investigación, se contó con la colaboración de un profesional economista, entendido en los procesos de dirección y gestión de empresas públicas; un trabajador social, quien vio el componente beneficiario del proceso de gestión de salud y el investigador, que como entendido del área de salud, analizó lo relacionado a la salubridad del proceso de gestión de salud del municipio de Zudañez. Cada uno de estos profesionales, con sus respectivas perspectivas y experiencias, analizaron la gestión de salud que se viene dando en el municipio de Zudañez en consideración a teorías de la participación comunitaria.

**Triangulación de datos**

Para este tipo de triangulación, se contó con el apoyo del profesional médico encargado de la administración de salud en el municipio de Zudañez, del dirigente de las juntas vecinales, del dirigente de Organización Territorial de Base OTB's, de quienes se recogieron y analizaron los datos sobre el proceso de gestión de salud en el municipio.

### **Triangulación de técnicas**

Las técnicas aplicadas para este propósito, fueron: **la observación**, que se aplicó a través de una guía, que recogió aspectos tales como reacciones, cambios de actitud, etc., de las fuentes consultadas, al momento de responder las preguntas que se les planteaban; **la entrevista**, con una guía que fue aplicada a personas consideradas fuentes de datos para el trabajo y que fueron reunidas en grupos focales realizados.

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para dar mayor objetividad se aplicó primeramente un cuestionario dirigido a los tres grupos, que midió la situación de la gestión de salud en el municipio de Zudañez, según el punto de vista de cada grupo.

Para la recolección de los datos se procedió a aplicar los instrumentos de la **guía de observación**, que recogió datos sobre la realidad en la que se desenvuelven los personeros que manejan la gestión de salud en el municipio de Zudañez y los personeros municipales encargados del sector salud.

Otro instrumento aplicado, fue la **guía de entrevista** semi – estructurada, ya que contenía una serie de preguntas que dirigieron el debate grupal hacia los temas de interés de la investigación, pero además se tubo la posibilidad de incluir otras preguntas que eran consideradas como prudentes, oportunas u obligatorias por el equipo de trabajo; estas guías fueron aplicadas a los grupos focales que estuvieron conformados por personeros de salud, los encargados municipales que manejan la salud y demás actores sociales creadas por la Ley de Participación Popular, de esta forma se pudo recoger de manera directa sus opiniones, críticas y aportes al proceso de gestión en salud en aquel municipio. (Ver anexo 2).

Estas técnicas fueron aplicadas por el equipo de trabajo, durante sesiones de **grupos focales** organizados en dos oportunidades en el municipio de Zudañez; las personas que conformaron estos grupos fueron elegidos por el investigador de acuerdo a criterios de disponibilidad y conveniencia, ya que no todos ellos estaban en los días en que se realizaron las sesiones y tampoco cualquier persona tenía el conocimiento suficiente

acerca proceso en cuestión; estas personas brindaron los datos que posteriormente se analizaron en reunión privada por los tres especialistas, en donde se contrastaron los datos por cada uno de ellos identificado.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis cualitativo de la información a partir de las siguientes categorías:

- **Acciones que se llevan a cabo en gestión de salud dentro del municipio de Zudañez**

Dentro de esta categoría, se analizaron aspectos como: la planificación, ejecución y evaluación de políticas de salud dentro del municipio, por parte del personal encargado de estas funciones, considerando su accionar en temas laborales, ejecutivos y administrativos.

- **Accionar municipal en gestión de salud en el marco de la Participación Popular**

Dentro de esta segunda categoría, se analizaron aspectos como: el tipo de relación funciones y de actuación de los sujetos creados por la Ley de Participación Popular en la gestión de salud municipal.

Para analizar los datos y para la elaboración del documento de investigación se realizaron las siguientes actividades:

El análisis documental, que permitió recoger información y analizar documentos oficiales de forma sistemática y planificada para obtener información útil y necesaria con el fin de responder a los objetivos de la investigación.

Los datos recogidos por los instrumentos aplicados, fueron sistematizados según su importancia, tratando de cruzar respuestas a preguntas estratégicamente formuladas, con el objeto de descubrir de forma certera las relaciones y estado actual de la gestión en salud y confrontar los resultados con teorías de participación recogidas con el análisis documental.

Al ser una investigación cualitativa, se analizaron los datos recogidos en el terreno, entre tres personas para dar el matiz de imparcialidad a los datos recogidos y a sus resultados.

## **ALCANCES Y LIMITACIONES**

Una vez terminada la investigación, se han identificado los factores más débiles de la gestión en salud dentro del Municipio de Zudañez, teniendo en cuenta la actual forma de participar de la comunidad en ese municipio, y a partir de ellas, se podrá contribuir a políticas de gestión en salud para superar las dificultades o al menos poder disminuir su incidencia, para que así se logre beneficiar y elevar la calidad de vida de las personas que viven en ese municipio.

Las limitaciones con las que se tropezaron, durante la realización del presente trabajo fueron las siguientes:

- Negación para la cooperación en la realización del trabajo de campo por parte de algunos actores sociales.
- Imposibilidad de contactar a los actores sociales involucrados en el proceso investigado, debido a sus actividades laborales.
- Problemas logísticos o de tiempo, que retrasaron las investigaciones de campo.

# CAPÍTULO II

## **1 MARCO TEÓRICO**

### **1.1 LA COMUNIDAD**

La palabra “*comunidad*” se utiliza en diferentes contextos:

Los biólogos la utilizan como grupo de individuos de la misma especie, o de especies diferentes, que viven, compiten y cooperan para formar un conjunto mayor.<sup>8</sup>

Una comunidad no es sólo un conjunto de seres humanos singulares, es un superorganismo que pertenece y forma parte de la cultura, compuesto de relaciones entre la gente, de todos sus conocimientos. Sus dimensiones incluyen tecnología, economía, poder político, estructura social, valores comunes, creencias e ideas. Esto no se transmite de forma genética, sino por medio del aprendizaje.

Como un árbol o cualquier otra forma de vida que trasciende los átomos que la componen, sus miembros humanos van y vienen, por muerte, nacimiento y emigración, pero la comunidad continúa creciendo y viviendo. Nunca es homogénea, pues la dividen facciones, cismas, competiciones y conflictos. Una comunidad es un conjunto mayor que la suma de las partes que la componen.

#### **1.1.1 LA COMUNIDAD COMO UN MODELO SOCIOLÓGICO**

En el sentido sociológico, la comunidad un conjunto de interacciones, comportamientos humanos que tienen un sentido, y expectativas entre sus miembros.

No sólo acciones, sino acciones basadas en esperanzas, valores, creencias y significados compartidos entre personas.

La perspectiva social de los asentamientos humanos, no es solamente un conjunto de casas, es una organización (social y cultural) humana. Tampoco es sólo un conjunto de individuos humanos. Es un sistema sociocultural: está organizado socialmente. Esto

---

<sup>8</sup> ALFARO, Rosa María (1993). Una comunicación para otro desarrollo para el diálogo entre el norte y el sur. Lima: Calandria.



significa que usted necesita conocer algunas cosas sobre el concepto de sociedad, que enseña la sociología.<sup>9</sup>

La comunidad tiene una vida propia que va más allá de la suma de todas las vidas de sus residentes. Como organización social, una comunidad es cultural. Esto significa que es un sistema de sistemas, y que se compone más de cosas que se aprenden que de factores transmitidos por genes y cromosomas. Todos los elementos culturales de una comunidad, desde su tecnología a sus creencias compartidas, pueden transmitirse y guardarse por medio de símbolos.

La animación social (*promoción de la participación comunitaria o autoayuda*) moviliza y organiza una comunidad. Esto significa que la organización social de la comunidad cambia, aunque sea sutilmente.

## **1.2 DIMENSIONES DE LA DIRECCIÓN COMUNAL**

Para dilucidar el concepto de dirección comunal, a continuación se presentan las tres dimensiones en que se desenvuelve la misma. En primer lugar, la dirigencia comunal puede considerarse un instrumento sobre el cual recae la responsabilidad de diseñar e implementar las políticas sociales. Esta categoría de lo social comprende, por una parte, la esfera de la política social (organización de los servicios sociales y redistribución de riqueza e ingresos) y, por la otra, todos los puntos del ciclo de reproducción de la vida social (producción, distribución, consumo y acumulación), sobre los cuales se estructura la sociedad.<sup>10</sup>

En segundo lugar, la dirigencia comunal puede verse como un campo de conocimiento en proceso de construcción, experimentación y sistematización que va configurando un perfil de gerente social con inmensos desafíos y retos en la gestión. Finalmente, la dirigencia comunal puede entenderse como un movimiento profesional demandado hoy por innumerables organizaciones, tanto públicas como privadas.

---

<sup>9</sup> FUENTES, Carlos (1998). "Hacia un nuevo contrato social para el siglo XXI". Conferencia magistral. IV Encuentro Iberoamericano del Tercer Sector. Buenos Aires, sep., 1998

<sup>10</sup> LAMAS, Alicia (1997). "Mitos y desafíos de la política social", en UNIVERSIDAD JAVERIANA. Política social. Desafíos y utopías. Memorias seminario internacional. Bogotá: Universidad Javeriana

Ante la crisis que atraviesa el Estado benefactor y ante los cambios mundiales de paradigmas, la política social se asume ahora como un ejercicio de inclusión social para diseñar estrategias que se traduzcan en una sociedad más integral, justa y sostenible. Forzosamente se tiene que pensar, por lo tanto, en nuevas formas de gestión de políticas en las que el dirigente comunal cumpla el papel de coordinador de planes o programas sociales y esté en condiciones de trazar criterios de eficiencia y eficacia institucional, lo mismo que de conocer el medio cambiante y turbulento en que se mueve.

Esta última dimensión de la dirigencia comunal exige modificar la estructura jurídica y técnica de la administración pública con miras a emprender procesos de reforma social. Ello quiere decir que el nuevo gerente social debe estar capacitado para llevar a la práctica el rol facilitador del Estado, impulsando la concertación a través de negociaciones y acuerdos institucionales que hagan posible gerenciar la complejidad.

Pero en términos de política social, el tema de la dirigencia de ninguna manera se puede resumir en un conjunto de herramientas de gestión y operativas para la implementación de las políticas. La dirigencia no es sólo un conjunto de tecnologías neutrales, sino que debe estar enmarcada en una estrategia global, de la cual sea ésta la expresión eficiente de una modalidad de gestión.<sup>11</sup>

Se ha insistido mucho en la urgencia de modernizar el Estado, fortaleciéndolo para que garantice las condiciones en que pueda realizarse lo que se ha denominado desarrollo con equidad. El reto aquí radica en pensar un desarrollo social centrado en los seres humanos. Así lo sostiene Kliksberg al proponer que se reemplace el enfoque mecánico y simplista de la ejecución por otro, amplio y múltiple, que integre el desarrollo avanzado de las ciencias gerenciales con el diseño de las políticas públicas, pues el sector social en las políticas estatales sufre innumerables dificultades, entre otras de productividad social y seguimiento y evaluación de la gestión.<sup>12</sup>

Me limitaré, entretanto, a señalar que la gerencia social se encauza por ejes transversales que le van dando sentido e importancia. En primer término, es un sistema de relaciones, interrelaciones e interdependencias políticas, económicas y culturales, o

---

<sup>11</sup> KLIKSBERG, Bernardo. 1995). Modernización del Estado para el desarrollo social. Algunas cuestiones claves. Naciones Unidas

<sup>12</sup> *Ibíd.*

sea, es imposible concebirla al margen de una política económica y social. Otro eje es el poder, pensado como participación y apertura desde la sociedad civil. La gerencia debe ver en el poder un escenario donde ha de moverse siguiendo una concepción horizontal y democrática, gracias a la cual se generen nuevas relaciones y se lo asuma siempre como expresión de la sociedad civil.

Impulsar el cambio es otro eje transversal que debe recorrer la gerencia social. Si el cambio está ausente en la acción gerencial para el desarrollo es imposible hablar de gerencia social. De ahí que frecuentemente se reclame de ella que no sólo se ajuste a las transformaciones que se van presentando, sino que, además, se anticipe a ellas. Kliksberg afirma inclusive que debe ser una gerencia adaptativa, capaz de dar respuestas estratégicas a la situación de turbulencia y caos característica de la realidad social latinoamericana.<sup>13</sup>

La dimensión política tampoco puede estar ausente como eje transversal y debe entenderse como un conjunto de iniciativas que reviertan en los ciudadanos, porque la gerencia social es, ante todo, un ejercicio de construcción de ciudadanía. La escuela, la calle, la familia, las iglesias, las organizaciones comunitarias y los medios de comunicación, entre otros, son los espacios donde se construye la ciudadanía: en ellos se forma o se deforma al ciudadano y su cuidado compete a la sociedad civil. José Bernardo Toro lo dice en pocas palabras: "La socialización aquí no la puede resolver el Estado, la tiene que resolver la sociedad civil y aquí es donde se crea la ciudadanía".<sup>14</sup>

En conclusión, la dirigencia social no es una tarea exclusiva del Estado, sino que también debe incluir a otros sectores. Los procesos de participación comunitaria deben inscribirse en ella, ya que es a partir de los mismos como es posible construir el desarrollo social local, regional o nacional.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> KLIKSBERG, Bernardo (1994). "Gerencia social eficiente: Un problema estratégico para el futuro de América Latina", en Pobreza. El drama cotidiano. Claves para una gerencia social eficiente. Buenos Aires: Tesis - Norma. pp.167-172.

<sup>14</sup> TORO, José Bernardo (1996). Del desarrollo integral localizado a la complejidad. Bogotá: Fundación Social

<sup>15</sup> *Ibíd.*

### 1.2.1 CAMBIO DE PARADIGMAS

La dirigencia comunal se desarrolla en un tiempo y un espacio determinados y se los debe tener en cuenta para responder a necesidades sentidas de la población con las soluciones más adecuadas. Lo dicho hasta aquí deja claro, no obstante, que para que esto sea factible hace falta un cambio de paradigmas, toda vez que, en un mundo cada vez más internacionalizado y globalizado, los nuevos dirigentes deben estar en capacidad de lidiar con la complejidad y la incertidumbre de que habla Enrique Iglesias.

Un dirigente comunal debe ser capaz de arar la tierra, de negociar y llegar a consensos pertinentes con la participación de los grupos involucrados, y de trabajar con diseños organizacionales que maximicen la flexibilidad y den prioridad al desarrollo del personal y el talento humano. Igualmente, debe procurar que las organizaciones aprendan y busquen conformar organizaciones inteligentes totalmente adaptables. En ese cambio de paradigma, los siguientes son algunos requisitos que ha de llenar la dirigencia comunal para ser eficiente:

- No trabajar aisladamente sobre metas educativas o de salud, sino con un enfoque unificado y articulado que maximice el impacto de todos los actores. Es necesario aprender a trabajar en red.
- Diseñar redes con la intervención de todos, aprovechando a fondo las posibilidades de cada uno de los miembros de la red y minimizando los sesgos negativos.
- La gerencia de políticas y programas sociales debe ser de tipo netamente adaptativo, con un estilo de máxima flexibilidad que permita reajustar los programas sobre la marcha.
- La participación de los involucrados o beneficiarios es crucial. Debe ejercerse promoviendo, facilitando y apoyando la participación a pesar de su complejidad.
- La descentralización puede acercar los programas a las necesidades reales y favorecer la participación de la sociedad civil.

- Debe incorporarse dirigencia de avanzada en numerosos aspectos, entre ellos, la profesionalización de la dirigencia comunal, la capacitación de los recursos humanos, la instalación de un sistema de información moderno y la evaluación de los programas sociales con metodologías no tradicionales que den cuenta de los resultados sobre la marcha y no expost.<sup>16</sup>

### 1.3 RETOS DEL DIRIGENTE COMUNAL

El dirigente comunal deberá tener como retos primordiales, además de una comprensión detallada de la política social y las necesidades de los grupos sociales vulnerables, contar con un sistema de información preciso y ordenado, enmarcado en una estrategia comunicativa que se dirija a la comunidad a la cual sirve como profesional experto. Otras características que se mencionan a continuación ayudan a comprender aún más la enorme importancia de los gestores y los gerentes sociales:<sup>17</sup>

- El dirigente comunal debe aprender a leer la diversidad, entendiendo las lógicas de las culturas locales y el entorno regional.
- Debe ser un traductor, es decir, ser capaz de actuar como intérprete y facilitador de los procesos comunicativos y sociales que se dan en el tejido cultural y social.
- Ante todo, ha de ser un excelente negociador.
- Debe mantener la historia en la memoria. El desarrollo no es sólo construir, también es preservar.
- Tiene que estar conectado con el mundo, pues deberá construir redes e intercambiar información y experiencias, aprender de otros y mostrar los éxitos.
- Debe ser un gestor de oportunidades y saber aprovechar las que se le presenten.
- Debe ser un jugador a largo plazo: el desarrollo es un proceso con una meta virtual que nunca se alcanza.

---

<sup>16</sup> MUÑOZ Hernández, María Victoria (1996). "La gerencia social: una propuesta de desarrollo", en UNIVERSIDAD DE LA SALLE. La gerencia social como desafío para el desarrollo. Memorias seminario internacional. Bogotá: Universidad de la Salle.

<sup>17</sup> VILLA, Camilo (1998). Alianzas para el desarrollo: Respuestas locales en un mundo global. Bogotá: Universidad de los Andes, CIDER

- Debe producir hechos en el corto plazo.

#### 1.4 COMUNICACIÓN PARA LA DIRIGENCIA COMUNAL

La comunicación es inseparable para una buena dirigencia comunal. Todo proceso comunicativo facilita los mecanismos y ayuda a promover una gerencia para la comunidad, a la vez que contribuye a establecer una mejor calidad de los servicios de las instituciones sociales, ya sean gubernamentales, ya privadas, como las cooperativas, las Juntas de Acción Comunal, OTBs, Clubes de madres o cualquier otra forma de organización comunitaria.

Para analizar estas cuestiones se plantean tres premisas. Primera: la comunicación no es independiente del desarrollo social. Si se define el desarrollo como la capacidad de orientar recursos, estrategias y mecanismos para el bienestar de las personas, la comunicación debe entonces fomentar en esas personas una activa participación encaminada a buscar consensos, evitando al máximo el asistencialismo en que suelen caer algunos de los programas y proyectos de gobierno.

Si bien la comunicación por sí sola no produce cambios sociales, éstos tampoco ocurren si no existe una comunicación abierta y democrática. La comunicación, por lo demás, ya ha impulsado cambios sustanciales en América Latina.

Segunda: la comunicación constituye una herramienta fundamental para dinamizar los procesos de cambio social y no se circunscribe a los medios de comunicación. Aclaro, sin embargo, que la función de estos últimos es decisiva, porque, como mediadores de opinión e información, contribuyen a motivar, informar y estimular la participación de organizaciones comunitarias para el desarrollo. El periodista y educador Wilbur Shramm expresa así este aserto: "Los medios pueden ayudar a crear el clima para el desarrollo. Pueden alertar a los ciudadanos en situaciones peligrosas. Pueden enfocar la atención ante la necesidad de un cambio. Los medios pueden ayudar a elevar las aspiraciones de un pueblo y crear un sentido de independencia".<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> SHRAMM, Wilbur (1964). Comunicación de masas y Desarrollo Nacioanl. Prensa de la Universidad de Stanford.

Tercera: la comunicación tiene que hablar de cultura. En la última década se ha venido explorando este concepto, que ha calado en las ciencias sociales y en particular en quienes trabajan en procesos comunicacionales para el desarrollo social. García-Canclini define la cultura como el conjunto de fenómenos que contribuyen, mediante la representación o reelaboración simbólica de las estructuras materiales, a comprender, reproducir o transformar el sistema social, y añade esta valiosa reflexión: "No sabemos casi nada de los usos que los sectores populares hacen de los mensajes impuestos, cómo reestructuran y renuevan su práctica, la manera de emplear los objetivos producidos por la clase hegemónica, de seleccionarlos y combinarlos".<sup>19</sup>

Una manera de responder a la hegemonía de los mensajes es asumir la práctica comunicativa como un compromiso para el cambio, sin estar sujetos a concepciones equivocadas o adulteradas. La comunicación popular, por ejemplo, ha sido duramente combatida por quienes, desde otro ángulo, la ven como bloque de resistencia contra el orden institucional. La comunicación debe entenderse en las dimensiones de lo cultural, la experimentación y la apropiación, sin reducirse a la difusión. Sobre el particular comenta Martín Barbero que los medios de comunicación no pueden quedarse en la cultura que hacen los genios, sino abrirse a la cultura que hace cotidianamente la gente, desde el viejo jubilado que sabe contar cuentos hasta el saber culinario de un ama de casa.<sup>20</sup>

Los procesos de comunicación comienzan a ser mirados como escenarios de encuentro y transformación de la sensibilidad y el orden sociales, con lo que se plantea una reubicación de la comunicación en una mirada cultural. Lo que está en juego en los procesos de comunicación es la cuestión simbólica, como magistralmente lo anota Martín-Barbero en otro de sus escritos. La sociedad, escribe este autor, no está solamente reproduciéndose, sino cambiando y reconfigurándose, por eso se habla de los usos sociales de la comunicación:

La producción social de la comunicación pasa por los usos sociales de los medios, ligados a dos cuestiones fundamentales. La primera es lo que se conoce como tejido

---

<sup>19</sup> GARCÍA-CANCLINI, Néstor (1990). *Culturas híbridas, estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo

<sup>20</sup> MARTÍN-BARBERO, Jesús. (1997). "Culturas y medios de comunicación". *Revista de la Universidad del Rosario* (Bogotá). 90(576), abr.-jun

comunicativo de la democracia, es decir, el uso que los diversos actores sociales hacen de los medios de comunicación para construir o destruir una sociedad democrática y el segundo que se traduce en asunto de cultura política.<sup>21</sup>

## **1.5 LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

La participación de la comunidad es uno de los ingredientes más importantes de una comunidad fortalecida. La participación es el corazón que bombea vida a la comunidad, de sus ciudadanos en bien del interés de la sociedad.

Es un principio tan importante que involucra al ciudadano activo en todos los aspectos de desarrollo del plan estratégico y de su aplicación como una condición para la participación permanente en los Programas de Fortalecimiento y Desarrollo.

Pero la participación de la comunidad es mucho más que un requisito. Es una condición para el éxito. Los estudios han documentado que comunidades que comprometen a sus ciudadanos y compañeros profundamente en el desarrollo de la comunidad logran más resultados positivos, y un desarrollo más holístico y más beneficioso que aquellas donde la participación de la comunidad es casi nula.

### **1.5.1 La participación en la Práctica**

Actualmente hay muchas maneras correctas de lograr la participación de la comunidad, mismas que son diferentes en cada comunidad. A continuación se describen algunos de los elementos principales de esa participación.

#### **Cantidad elevada de Personas**

El primer y más obvio principio de participación ciudadana es la gran cantidad de personas que están involucradas en el proceso de participación, quienes tienen una inmensa cantidad de necesidades y demandas que se deben priorizar y ordenar para su ejecución.

---

<sup>21</sup> MARTÍN-BARBERO, Jesús (1993). "La comunicación: Un campo de problemas a pensar". Revista de Colciencias (Bogotá). 11(2), abr.-jun.



No se considera que el trabajo de la comunidad en la provincia o el área rural sea de especial dominio de un conocedor o un grupo de ellos, sino que es un asunto de todos los habitantes de la zona. La participación comunitaria, compromete a muchas personas en el transcurso del trabajo, tanto al nivel directivo de la comunidad como a las bases, compuestas por el común de la población.

### **Grado de Concentración**

La participación de la comunidad está abierta a la participación de muchos grupos. Ellos dividen en cierto modo las responsabilidades, talentos especiales e intereses de contribución por parte de las organizaciones, asignando la responsabilidad por la acción independiente a estos miembros de los grupos.

Para abreviar, bajo el paraguas global de una dirección de la comunidad representativa, se descentralizan el poder y las responsabilidades en toda una comunidad participativa. El resultado se refleja en que una comunidad que tiene muchos centros de actividad y es capaz de influir profundamente en el entusiasmo natural y talentos de sus ciudadanos individuales.

### **Apertura**

El asunto de la apertura consiste en que la participación de las comunidades está abierta a todos los públicos. Los ciudadanos están informados por una variedad de medios, sobre el trabajo que la comunidad debe realizar, y los papeles que se deben ocupar y cumplir.

Esas oportunidades para encontrar los papeles significativos contribuyen a este trabajo. Se deben abrir las puertas a las ideas y sugerencias, pero sobretodo a las demandas de la gente componente de la comunidad, por ello es que se afirma que “no hay ninguna idea o sugerencia mala”. Todas las ideas deben ser bienvenidas y tratadas con respeto. Esto no sólo honra a la persona cuya idea o sugerencia es considerada, sino que da la bienvenida a las ideas frescas e inspiradoras que podrían esconderse debido en parte al miedo al ridículo.

Las comunidades participativas establecen maneras de proteger y recoger las ideas más importantes, animando a que todos los ciudadanos traigan sus mejores sugerencias para el bien común.

### **Inclusión de la diversidad.**

En una comunidad participativa, ninguna distinción es aceptable entre los tipos de personalidades que se ofrecen a la participación en la comunidad. Todas las personas dan la bienvenida activamente a los papeles útiles, sin tener en cuenta el color, la edad, la raza de las personas que así se ofrecen.

Las comunidades participativas no se sientan pasivamente a esperar a un grupo diverso de ciudadanos para presentarles e involucrarlos en la acción de la comunidad por la salud.

Ellos comprenden el pasado de la discriminación, la inexperiencia, y la separación individual, y por ello mismo quieren impedir la comunidad poco participativa, y alentar la comunidad plenamente participativa; ellos extienden la mano activamente a todos los ciudadanos que se involucran activamente en los intereses de la comunidad.

### **Mente abierta, Proceso Abierto y Participativo.**

Como una consecuencia de la participación, las comunidades operan para que esté claro para todos los miembros que ellos no se encuentran controlados por ninguna organización, que no representan a ningún un grupo de personas, y no están limitadas a cualquier filosofía o manera de pensar. La dirección comunitaria se usa para facilitar la discusión de una diversidad de puntos de vista, en lugar de aprobar los de la propia dirigencia. Los líderes no se auto-manegan sino que se enfocan a operar a un alto nivel de participación, en el proceso de decisión y participación. En resumen, ellos deben estar abiertos a la recepción de nuevas ideas y de esta manera llevar a cabo las actividades de la comunidad.

### **Importancia de la Participación**

La participación de la comunidad no es un principio ocioso. Comunidades que se han dado cuenta de que la participación no sólo hace que ellas vivan más satisfechos, ellos

también logran más resultados, de forma más rápida y con mayor beneficio para la comunidad en conjunto.

## 1.6 SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La relación entre la medicina y las ciencias sociales ha sido, y sigue siendo, ambigua y/o conflictiva. La medicina reconoce una profunda raíz biológica y una racionalidad que gira alrededor del binomio salud - enfermedad, la lógica de la práctica clínica.

Hay un momento en que la clínica confluye con las ciencias sociales, es cuando la medicina se ocupa de las enfermedades en un escenario, de los enfermos en una población, así es como surge la epidemiología.<sup>22</sup>

Si bien existe una diversidad de abordajes desde la sociología, la psicología social y la antropología, al campo de la salud como práctica social, estas disciplinas no han ganado aun el reconocimiento de las instituciones oficiales y de los profesionales médicos.

Considerando a la medicina como un intento de transformar mejorando las condiciones de salud de la población se convierte en objeto de la Antropología Aplicada como la concibe Roger Bastide: *"Si la antropología se ha definido como el estudio del hombre y sus obras, la antropología aplicada sería el estudio del hombre cuando sus obras pretenden actuar sobre la realidad para modificarla"*<sup>23</sup>

### 1.6.1 Salud y Políticas Públicas

La intervención política sobre el cuerpo y la salud de la población surge, siguiendo a Foucault, con el capitalismo que instrumenta la medicina como biopolítica.

*"Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El*

<sup>22</sup> De Almeida Filho, Naomar (1992) Epidemiología sin números. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex n° 28. Buenos Aires: OPS- OMS

<sup>23</sup> Uribe Oyarbide, José María (1999) Antropología Aplicada: Momentos de un debate recurrente. En: Antropología más allá de la Academia. Santiago de Compostela.

*control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica."*<sup>24</sup>

Los organismos internacionales que integran la macro esfera social como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, UNESCO y UNICEF son los que imprimen la versión de las políticas públicas y, en el caso de la salud, la consideran explícitamente como un derecho humano básico. También integran esta esfera los organismos financiadores de los programas de desarrollo, como Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo BID.<sup>25</sup>

En las últimas décadas estos organismos impulsan la gestión de las políticas, entre ellas las de salud, con la participación de la comunidad. A manera de ejemplo se tiene que:

- La OMS convocó en 1978 a la "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud" en Alma Ata (ex URSS) En el documento conocido como la Declaración de Alma Ata se deja establecido que *"el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud"*. (OMS/UNICEF, 1978)
- La UNESCO auspicia en 1981 la "Reunión de peritos sobre etnodesarrollo y etnocidio en América Latina", realizada en San José de Costa Rica, en la que se propone como política recomendada el desarrollo alternativo o etnodesarrollo.<sup>26</sup> Esta estrategia debe cumplir un requisito básico para que sea eficaz en el tratamiento de los problemas de los pueblos del Tercer Mundo: que sea un desarrollo no tecnocrático, que se abra a la participación de las poblaciones en las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

---

<sup>24</sup> Foucault, Michel (1990) La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta

<sup>25</sup> Cardoso de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) *Ensaio Antropologicos sobre Moral e Etica*. Río de Janeiro: Tempo brasileiro

<sup>26</sup> *Ibíd.*

Estas líneas políticas son las que orientan las medidas de gobierno que se aplican a través de las instituciones públicas nacionales y de organizaciones no gubernamentales, es decir el ámbito de la mesosfera social.

En esta esfera se evidencia la injerencia de los organismos del estado sobre los habitantes de su territorio, midiendo su cuerpo, controlando su estado de salud y regulando las prácticas sanitarias. *"Podría afirmarse que en la actualidad esta surgiendo lo que en realidad ya se venia preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia, sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud"* <sup>27</sup>

Los intereses y direcciones que toman las políticas conforman la llamada "razón de estado", que no es moralmente neutra, ya que en la acción del estado entran en contacto los valores particularistas de la comunidad con los valores universalistas de los organismos internacionales.<sup>28</sup>

### **1.6.2 Las teorías de la acción social**

Bourdieu tiene la siguiente intención en su obra: *poner de manifiesto el procedimiento y las herramientas conceptuales necesarias para entender el complejo universo de lo social.*<sup>29</sup> Objetivo ambicioso que no tarda en llevar a cuestiones reales.

En su intento de desmontar el entramado de supuestos sobre los que se levanta la sociología actual, Bourdieu pone el dedo en la llaga con la pregunta, que da título a uno de los mejores capítulos de este libro, "¿Es posible un acto desinteresado?". Para exponer sus tesis sobre la noción de interés, sustituye a ésta por otros conceptos como *illusio* (el hecho de tomarse el juego en el que uno está metido en serio) o *libido*. El mundo social mediante la socialización transforma la libido biológica, la pulsión indiferenciada, en libido social, intereses específicos. Éstos son intereses socialmente constituidos, varían en función de las cosas que se consideran importantes o carentes de todo interés en cada espacio social.

<sup>27</sup> Foucault, Michel (1990) La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta

<sup>28</sup> Cardozo Op. Cit.

<sup>29</sup> RODRÍGUEZ Guzmán Carmen. *Sobre la teoría de la acción*. Ed. Anagrama. Barcelona España. 1997. Pág. 56-78

Al pensar la **acción social**, dos hipótesis marcan la reflexión sociológica: los agentes se mueven por razones conscientes, para conseguir unos fines con el menor coste posible; y, los motivos se reducen a lo económico, al beneficio material. De lo que se trata es de buscar la complejidad que dé cuenta de cómo se produce cualquier acción social. Por lo tanto, hay que entender que entre los agentes y el mundo social hay corrientes subterráneas, infraconscientes, que las tesis implícitas en las acciones de las personas forman parte de lo no reconocido. Las ciencias humanas han de desconfiar de modelos que expliquen las acciones del mismo modo que la teoría de los juegos, ya que muy pocos comportamientos se rigen por intenciones estratégicas.

Weber sostiene por su parte el postulado de **que es la acción individual la productora del orden político** y no sólo marca indeleblemente las exposiciones propiamente conceptuales, también está en la base de la propuesta política de Weber para la Alemania de su época. Su orientación política y su sistema conceptual son en este punto *inseparables*. Dicho con propiedad: la posición política tiene efectos precisos en el campo de la teoría, esto es, se traduce en una determinada posición filosófica que determina el horizonte de planteamiento de los problemas y de los objetos de reflexión.

La posición "**humanista**" de Weber, consistente en colocar al hombre actuante como centro de la historia de las sociedades, constituye para nosotros un elemento esencial de su posición filosófica o posición política en la teoría<sup>30</sup>.

En otras palabras, las esmeradas definiciones de acción, acción social, etc. *suponen* ciertas categorías filosóficas que por definición son dogmáticas e indemostrables. Que el individuo es un sujeto de acción que decide *por sí mismo* entre varias alternativas posibles, entre "diferentes dioses", es una de esas categorías.

En resumen, la idea filosófica de que el individuo dotado de ciertas cualidades puede con sus actos torcer el destino histórico está en la base de las definiciones básicas del corpus teórico weberiano, entre las que se cuentan las de asociación política y Estado. Este individualismo también sostiene las consignas de los llamados "escritos políticos" de Weber.

---

<sup>30</sup> Althusser, Louis. "Sobre la evolución del joven Marx". *Elementos de Autocrítica*, pp. 81 a 85

Ciertamente, es la apuesta por el *individuo* la *solución* que imagina Weber para contrarrestar, al menos en parte, la "burocratización" creciente de la política. Políticos profesionales, burócratas sin vocación, sin alma, sin ideales, monopolizando la dirección del Estado: tal es la pesadilla de Weber. Sólo la perspectiva de unos "líderes carismáticos" dotados de virtudes excepcionales mantiene su esperanza.

Subsiste, sin embargo, una encrucijada: si es el individuo en acción el que, en definitiva, dota de legitimidad a las asociaciones políticas, ¿cómo ha sido posible que la burocracia, forma típica de la dominación política en las sociedades capitalistas, termine siendo una amenaza para la libertad de ese individuo? En términos más generales: si el orden político es el resultado de unas voluntades individuales ¿cómo se explica un sistema de opresión?

Puede decirse que hay en la trama teórica weberiana una *distancia* entre los motivos que tienen los individuos al entablar determinadas relaciones sociales y los resultados que *efectivamente* obtienen en el proceso. Lo que los actores sociales tienen en mente cuando accionan puede quedar negado en un resultado adverso, razona Luis Aznar refiriéndose al pensamiento weberiano<sup>31</sup>.

En una interpretación ya clásica de la obra de Weber, Wolfgang Mommsen advierte que existe un "antagonismo abismal" entre la responsabilidad individual y los productos de la racionalización, en particular en el moderno mundo del trabajo con sus disciplinas y burocracias<sup>32</sup>. Meyer Schapiro afirma que a Weber le preocupaba explicar la separación existente entre las intenciones del hombre y el resultado de sus acciones, entre la lógica de la historia y los cálculos de los hombres que hacen los acontecimientos<sup>33</sup>.

En *Historia económica general* expresa la misma idea: "La raíz religiosa del hombre económico moderno ha muerto. Hoy el concepto profesional aparece como un *caput mortuum* en el mundo. (...) La ética económica nació del ideal ascético, pero ahora ha sido despojada de su sentido religioso. Fue posible que la clase trabajadora se

---

<sup>31</sup> I Congreso Nacional de Sociología. VI Jornadas de Sociología de la UBA. Pre ALAS 2005. Buenos Aires. Argentina

<sup>32</sup> Mommsen, Wolfgang. "La sociología política de Max Weber y su filosofía de la historia universal". En Parsons, Talcott y otros. Presencia de Max Weber, p. 111.

<sup>33</sup> chapiro, Meyer. "Sobre la política de Max Weber". En Parsons, Talcott y otros. Presencia de Max Weber, p. 225

conformara con su suerte mientras pudo prometérselo la bienaventuranza eterna. Pero una vez desaparecida la posibilidad de este consuelo, tenían que revelarse todos los contrastes advertidos en una sociedad que, como la nuestra, se halla en pleno crecimiento. Con ello se alcanza el fin del protocapitalismo y se inicia la era de hierro en el siglo XIX"<sup>34</sup>.

La cuestión reside, pareciera querer decir Weber, en *recuperar* algo del carisma revolucionario a través de unos líderes carismáticos modernos. Grandes desarrollos de la historia se han relacionado con rupturas carismáticas de las cotidianidades y las tradiciones reinantes. El carisma es "la gran fuerza revolucionaria en las épocas vinculadas a la tradición" en tanto implica una renovación "desde dentro", "una variación de la dirección de la acción". Ello en contraste con "la fuerza igualmente revolucionaria de la *ratio*" que opera "desde fuera", por transformación de las circunstancias o por intelectualización.

El poder de transformar el mundo no pertenece a las masas populares, a las acciones colectivas *per se*. Por el contrario, en los fenómenos carismáticos, que a veces logran convertirse en verdaderas "revoluciones carismáticas", desempeñan un papel fundamental los grandes hombres, los hechiceros, los jefes de cacería, los caudillos militares, los magos, los profetas, en definitiva, los conductores ejemplares.

Lo anterior no significa que en la sociología weberiana la dominación carismática se desarrolle *a espaldas de* o *contra* las masas. La iniciativa de una revolución carismática corre por cuenta de una individualidad dotada, esto es indudable, pero si la asociación no asegura de un modo fehaciente cierto bienestar "material" a los dominados su supervivencia se encuentra gravemente amenazada.

Weber considera, en consonancia con la importancia que asigna a la comprensión de los motivos de la acción, que lo decisivo no es la valoración "objetiva" del carisma sino, por el contrario, cómo es valorado subjetivamente por los propios "dominados carismáticos", por los "adeptos"<sup>35</sup>. La validez del carisma reposa en el reconocimiento por parte de los dominados, el cual se mantiene por "corroboración" de las supuestas

---

<sup>34</sup> Weber, Max. *Historia Económica General* (1919), p. 309.

<sup>35</sup> *ibidem*, pp. 193 a 204.



cualidades carismáticas. Claro que, y en esto la problemática *humanista* se revela nuevamente esencial, en el carisma "genuino" este reconocimiento no es el fundamento de la legitimidad sino más bien un "deber" de los llamados. Ningún profeta, rey ungido o caudillo ha considerado su cualidad como dependiente de la multitud, subraya.

Pero si falta de un modo permanente la "corroboración", si el agraciado carismático parece abandonado por su dios o ha perdido su fuerza mágica o heroica, si le falla el éxito de modo duradero, y sobre todo, si no aporta a la subsistencia de su adeptos, entonces es probable que su autoridad carismática se disipe.

El proceso de "rutinización del carisma", al que se enfrenta tarde o temprano toda forma de dominación carismática -"extracotidiana" y transitoria por definición- que pretenda cierta durabilidad, implica ciertamente la adaptación a las exigencias planteadas por la cobertura de las necesidades de los prosélitos.

No hay entonces en el discurso de Weber la visión de unos líderes *aislados* del pueblo, desentendidos del todo social. Pero sí es preciso admitir, como tan justamente lo hace Meyer Schapiro, que:

"Weber siempre establece una distinción entre los líderes y el pueblo (hasta que su exasperación con los primeros desborda y los ataca calificándolos de 'literatos motivados por la vanidad o el resentimiento personal'). En cuanto desprende las cualidades éticas de los líderes revolucionarios del contenido de sus acciones, eso le permite respetarlos (...). En cuanto desprende la acción de las masas de las necesidades y la dignidad humana de las mismas, eso le permite justificar la represión y el poder de su propia clase"<sup>36</sup>

### **1.6.3 La interacción en los servicios de salud pública**

En la microesfera social se visualiza el contexto interactivo en el que se ejerce el derecho a la salud invocado desde la macro esfera. En el se recortan dos polos de la interacción; por un lado, la comunidad como colectivo y los pacientes como individuos objeto de las intervenciones, y, por el otro, las instituciones sanitarias y los

---

<sup>36</sup> Schapiro, Meyer. "Sobre la política de Max Weber". En Parsons, Talcott y otros. *Presencia de Max Weber*, pp. 237 y 238

profesionales agentes de las políticas. Desde ambos polos se expresan vivencias de profundo malestar, marcado por desaliento en los profesionales y disconformidad en la población asistida.

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, etc.) plantean una discusión acerca de las políticas en salud pública.

Algunos de ellos critican el hecho de que las acciones que realizan son eminentemente asistencialistas, la comunidad se informa pero no participa, los programas vienen de arriba hacia abajo y se imponen sobre la comunidad. Consideran que sería más efectivo si surgieran de la gente; por otra parte evalúan que el uso que se hace de los fondos se vuelca hacia acciones ineficaces.

Otro grupo opina que lo correcto es actuar cuando se detecta algún problema, las estadísticas aportan los datos necesarios para saber cuales son los problemas y necesidades de la población sin necesidad de ratificarlo, el siguiente paso de los programas es informar a la comunidad. En ese sentido: *"Peor es no hacer nada"*.

Hay un punto en el que se llega a un consenso: ante la cuestión de quien tiene el poder de decisión, surge la respuesta de que esto pasa solo por el nivel político central, es decir ministerios nacionales y provinciales, mientras los trabajadores de la salud y la comunidad no son escuchados.

Cuando se refieren a las comunidades a las cuales asisten, hay una tendencia acentuada a verla como ignorante: *"Saben poco y nada, depende del nivel social", "La comunidad es ignorante o no exige"*.

Encuentran que en la población hay sectores de muy difícil acceso, orientados hacia la pseudo medicina o medicina tradicional, a quienes cuesta mucho hacerles entender acerca del cuidado de la salud. *"Ante la enfermedad recurre a distintos circuitos: medico, enfermero, farmacéutico, curandero, pastor, etc."* *"La comunidad tiene - lamentablemente - el saber del curandero."*

Se hace referencia a la población como una comunidad que *"quiere todo regalado"*, algunos consideran que esto es así por las políticas que se han implementado y la manipulación que se hace con ellos.

Como diagnóstico global surge que el sistema de salud funciona sobre la base de esfuerzos individuales para resolver situaciones, en el marco de una cultura de no participar, de no tomar decisiones.

Son los médicos que pueden valorar algunas prácticas de salud de la comunidad. *"La comunidad es la que mas sabe, pero no le preguntamos nunca y erramos el camino cuando queremos cambiarles" "El curandero es eficaz porque los escucha, mientras que al medico no se lo forma de esa manera"*

Esta situación se visualiza claramente en los mensajes verbales (orales o escritos) que los profesionales dirigen a los pacientes. Aún cuando se trate de campañas de prevención en las cuales la persuasión es clave, el mensaje siempre es una orden, se impone un deber hacer, a veces apelando a la culpa (una buena madre cuida a sus hijos con la practica indicada), otras veces al miedo (si no hace esto sufrirá estas consecuencias), o al simple argumento de autoridad basado en el saber oficial. En la comunicación personal medico paciente el esquema del mensaje es el mismo.

El autoritarismo al límite de la despersonalización del paciente. Es muy frecuente que el profesional no tenga en cuenta la vivencia de intimidad del paciente, exponiendo su cuerpo y su dolencia a la mirada de una multiplicidad de personas: médicos, enfermeros, mucamas, y aun personal administrativo de la institución.

La distancia social entre los pacientes que demandan y los profesionales demandados se expresa en la dimensión temporal. Las largas jornadas de espera que soportan los pacientes para que se les atienda, es la moneda corriente en los Hospitales de las provincias, los lapsos se acortan en los Centros de Salud localizados en las ciudades capitales.

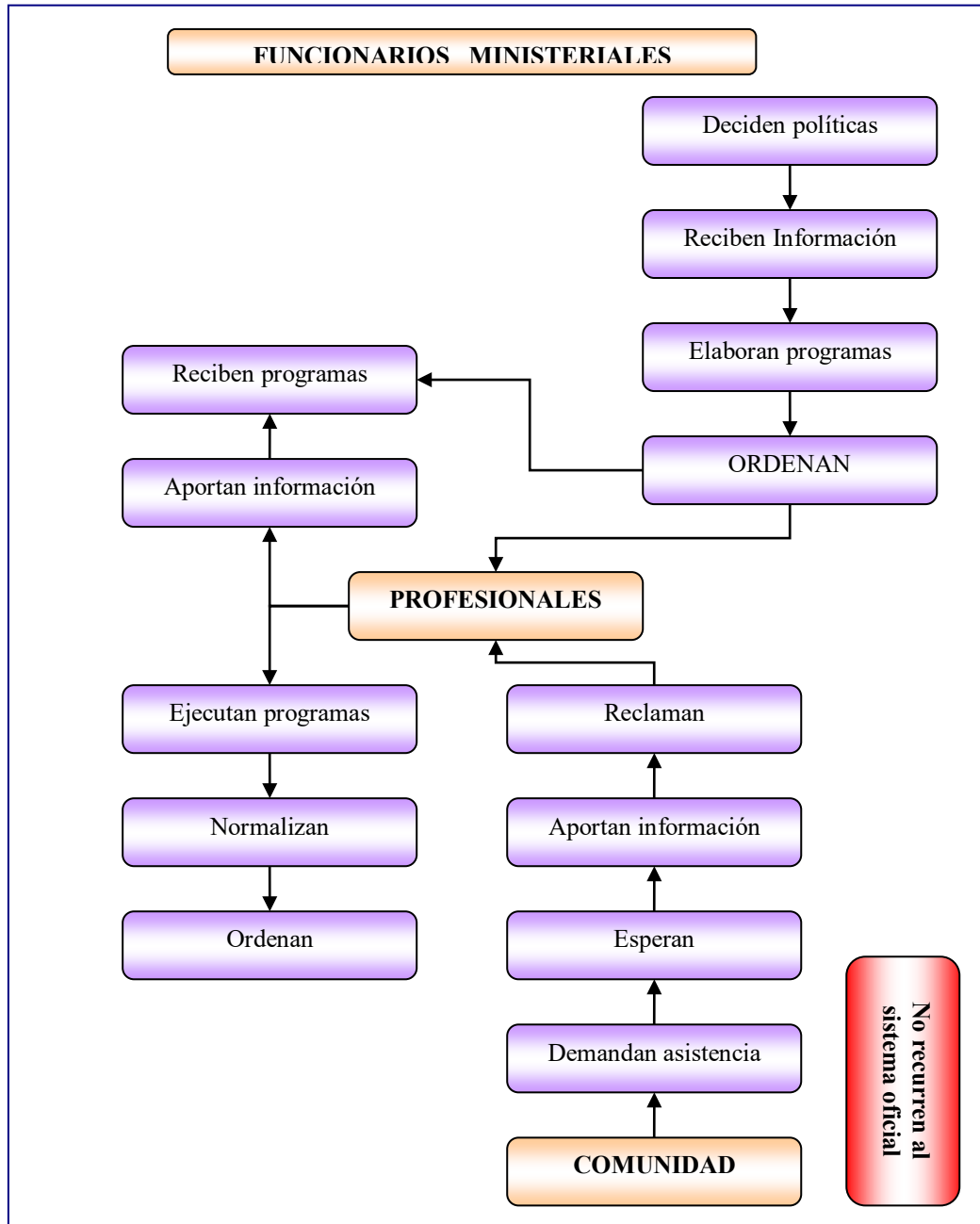
Un importante sector de la población no recurre al servicio sanitario institucionalizado porque les es imposible comunicarse con los profesionales, aun hablando el mismo

idioma, peor aún cuando no hablan en el mismo lenguaje. Así es como la práctica en el campo de la salud pasa por otros circuitos: curanderos, sanadores, pastores, etc.

Sin embargo estas barreras y aislamiento entre el sistema oficial y el sistema popular de salud no pueden entenderse solo como causa de culturas diferentes ya que *"las formas simbólicas están siempre insertas en procesos y contextos socio - históricos específicos dentro de los cuales ellas son producidas, transmitidas recibidas."*<sup>37</sup>. Como se ha visto, se trata de un contexto en el que prevalece la desigualdad entre los sujetos y las relaciones de autoridad, dinámica que se trata de reflejar en el siguiente esquema:

---

<sup>37</sup> Thompson, John B. (1998) Ideología e Cultura Moderna. Petropolis: Vozes



En ellos participan profesionales y trabajadores de la salud pública, en algunas ocasiones con integrantes de la comunidad a la que asisten. Se trata de un primer paso en el acercamiento entre los dos sistemas socioculturales, los agentes de salud han llegado por si solos a estas conclusiones, comienzan a cuestionarse su propia actitud hacia la comunidad y a plantearse la posibilidad de su participación real en las cuestiones de salud.

Bergallo (1999), ha detectado algunos *"aspectos que dificultan la participación:*

- *Los conflictos políticos de las relaciones de poder local.*
- *Actitudes antiparticipativas tanto de funcionarios como de miembros de la comunidad. Hay una modalidad que se ha naturalizado como práctica que es netamente asistencialista, por lo tanto generadora de dependencia, cuyo rédito político se visibiliza como más inmediato que las modalidades participativas.*
- *Dificultad de consensuar el concepto de participación.*
- *La gran atomización que hay de las comunidades, provocada en gran medida por la aplicación de proyectos en los que no cuenta la decisión de la población, lo cual también dificulta su capacidad de gestión.*
- *La sobre valorización de la institución medica y la negación o represión del saber y redes de las comunidades en el cuidado de la salud.*<sup>38</sup>

#### **1.6.4 Alternativas de participación comunitaria**

Alice Itani y equipo SISA (1999) analizan el desarrollo del **Sistema de Información en Salud** que se ejecuta en Río Claro (Brasil) con la finalidad de quebrar el proceso de desapropiación de la salud.

El programa comprende tres niveles de acción: 1) de elaboración sistematizada de los datos para la decisión en políticas publicas; 2) de discusión de los datos para la gestión de la atención y de los servicios, y 3) de promoción de acciones educativas por un sistema de datos e informaciones que contribuyan para un proceso de producción de conocimientos, al mismo tiempo, de apropiación de la salud por los ciudadanos, que le posibiliten el cuidado y las demandas de los servicios.

Los investigadores constatan que hay un volumen de datos e informaciones que es captado en el proceso de gestión de salud en el municipio, pero se nota una cierta dispersión de esos datos en el sistema institucional de salud. Hay cierta dificultad en obtener los datos necesarios y de utilizarlos para proponer acciones específicas. Esto

---

<sup>38</sup> BERGALLO, Elizabeth (1999) *Programa de Participación Comunitaria en Salud*. Resistencia: Ministerio de Salud Publica de la Provincia del Chaco. Buenos Aires Argentina.

comienza por la forma en que los datos son recogidos, el funcionario que registra los datos primarios no sabe para que sirven y no le atribuye importancia a su actividad, el que recibe los datos no siempre confía en ellos. De esta manera, los datos no permiten a los dirigentes tener seguridad en el uso de la información en el proceso de toma de decisiones ni les permite a los gestores conocer la condición de los servicios y la salud local.

Para lograrlo, proponen, un sistema de información debe comprender una concepción democrática de salud que presupone el acceso de todos los segmentos de la sociedad, con datos desagregados suficientemente comprensibles y que permita el conocimiento y análisis de las condiciones locales, evaluación de las acciones desarrolladas por los gestores de los servicios con el objetivo de una promoción de salud como parte de la apropiación de esas condiciones.

Maria Ines Souza Bravo, (1999) indaga en las formas de **gestión democrática de la salud** en Brasil. Encuentra que en la actual coyuntura brasileña se considera fundamental incorporar a los diversos sujetos sociales preocupados por las políticas públicas de salud en el fortalecimiento del Proyecto de Reforma Sanitaria defendiendo la ampliación de los derechos sociales y las conquistas obtenidas en la Constitución de 1988.

Mecanismos importantes de esa resistencia son los Consejos y conferencias de Salud concebidos como espacios de tensión entre intereses contradictorios en la lucha por mejores condiciones de vida y salud.

Los principales temas que se abordan se centran en las cuestiones inmediatas de funcionamiento de las unidades de salud, no hay preocupación por elaborar el plan de salud para el municipio o fiscalizar su implementación. Esos canales institucionalizados apuntan a la posibilidad de democratizar el espacio público. Aunque aparecen algunas cuestiones: El poder público no respeta las deliberaciones de los consejos. Las leyes que regulan el funcionamiento de los consejos no siempre son respetadas.

El funcionamiento de los mismos prioriza la burocratización de las acciones. Los consejos se posicionan en forma tímida en relación con la agenda neoliberal. La sociedad civil organizada aun no tiene plena conciencia de los consejos.

Wille Arrue y Beatriz Kalinsky (1991) relatan su experiencia en el sistema de salud de la zona sur de la Provincia de Neuquén (Argentina), centrándose en lo que llaman **abordaje conjunto**, es decir *"la intervención discriminada, simultanea o alternada, de los curadores oficial y popular en la atención de la salud"*<sup>39</sup>

La atención primaria de la salud en un medio intercultural encuentra un recurso en el abordaje conjunto, ya que a partir de la convivencia de distintos grupos humanos, se enfrentan distintas concepciones del proceso de salud, enfermedad, cura, vida y muerte, sostenidas por la medicina oficial y la medicina popular.

Cada una de esas concepciones propone soluciones posibles a los problemas, que expresan puntos de vista basados en vivencias cotidianas, existenciales y trascendentales. Son sistemas socioculturales en transformación permanente como producto de los intercambios con los otros sistemas.

Esta diversidad de la realidad aporta distintos recursos para la cura, que pueden utilizar tanto el medico oficial como el paciente. En un medio intercultural hay quienes se socializan en una dualidad cultural lo que los mantiene en una situación ambigua y a menudo conflictiva; esta suele ser la situación del personal hospitalario inserto en el sistema oficial, pero muy cercano (por origen) a la medicina popular.

El abordaje conjunto por lo general surge a partir de la demanda del paciente, y adquiere distintas formas según la posición del médico oficial. Así, los autores diferencian:

- Abordaje conjunto suprimido: el médico oficial desconoce la intervención del curandero popular, esto se debe a que el paciente oculta la información evitando el posible rechazo y descalificación, y a la negación que el médico hace de la realidad del otro en un marco de interacción muy pobre.

---

<sup>39</sup> Arrue, Wille y Kalinsky, Beatriz (1991) De "la medica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia de Neuquén. Buenos Aires: CEAL



- Abordaje conjunto admitido: el médico oficial acuerda explícitamente con la intervención del curandero popular, aunque ambos no se conozcan. El vínculo entre ambos está mediado por la práctica del paciente, con lo cual el desarrollo de la terapia está virtualmente guiado por sus propios criterios.
- Abordaje conjunto ejercido: es una práctica médica que implica una articulación activa entre el médico oficial y el curandero popular, en un proceso de conocimiento mutuo. Suele darse con más frecuencia en el área rural, donde el curandero popular y el agente sanitario realizan el seguimiento del paciente, y cuando los problemas familiares y sociales son graves. La eficacia de esta forma depende de mantener la discriminación entre ambos sistemas, es decir, evitando deslizamientos de un sistema a otro que puedan perturbar la articulación.

### 1.6.5 Mecanismos de participación y tipos de acuerdos

Es indudable que en cada experiencia hay una intención de reducir las desigualdades entre los decisores políticos y los profesionales de la salud por un lado, y la población objeto de las políticas por el otro.

Los Consejos de Salud son espacios de puja de poderes entre grupos sociales, políticos, económicos, religiosos, etc. La dinámica que predomina es la de la discusión y negociación y los resultados que se obtienen de esta interacción son **compromisos negociados** que *"se caracterizan por el énfasis en una orientación más estratégica donde la principal preocupación de las partes está en la obtención de la mayor ganancia posible dentro de las circunstancias, o por lo menos, en la consecución de un acuerdo razonable de las pérdidas y ganancias potenciales"* <sup>40</sup>

Este mecanismo propuesto para la gestión democrática de la salud basa su eficacia en el hecho de que los grupos tengan una mínima diferencia entre sí (de información, legitimación, autoafirmación), es decir que el debate se produzca en un pie de igualdad, caso contrario se transforma en un mecanismo reproductor de poder y desigualdad.

---

<sup>40</sup> Cardoso de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) *Ensaio Antropológico sobre Moral e Ética*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

Así la población se apropia de elementos de la medicina oficial adaptándolos a su propia estructura, pero también la medicina oficial encuentra recursos valiosos en el sistema popular y los utiliza en el proceso de la cura.

Se trata de una relación que deriva en **acuerdos ecuánimes** por los que las partes ponen en juego su responsabilidad, consideración y reconocimiento, llegando a acuerdos satisfactorios para sus demandas y preocupaciones.<sup>41</sup>

El papel del antropólogo se define como el de Mediador, facilitador de la comprensión entre ambos grupos y responsable, junto con todos los participantes, de la construcción de la comunidad de argumentación.

A modo de síntesis:

<b>Mecanismo de participación</b>	<b>Condiciones de posibilidad</b>	<b>Compromisos negociados</b>	<b>Acuerdos ecuánimes</b>	<b>Rol del antropólogo</b>
Sistema de información	→			Asesor y/o divulgador
Consejos de salud		→		Asesor o defensor
Abordaje conjunto			→	Mediador
Endoepidemiología			→	Mediador
Proyecto comadronas			→	Mediador

En este punto volvemos a la relación entre las ciencias sociales y la medicina y, a partir de este análisis, se puede inferir la importancia que adquieren la sociología, ciencias políticas, psicología social y antropología para lograr las condiciones de posibilidad, compromisos negociados y acuerdos ecuánimes.

Sin embargo, es en el logro de los acuerdos ecuánimes donde la antropología pasa a ser imprescindible. Esto es así porque *"La contribución que la antropología puede ofrecer en el tratamiento del problema del cambio social inducido gracias al recurso de modelos alternativos de acción, donde la población objeto de programas de*

<sup>41</sup> Cardoso de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) *Ensaio Antropológicos sobre Moral e Ética*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

*desarrollo, por ejemplo, sea parte de una única comunidad de comunicación y de argumentación, lado a lado con los agentes de cambio social" <sup>42</sup>*

*Esa comunidad de argumentación se basa en un intercambio igualitario de formas simbólicas, formas que la antropología puede abordar desde sus distintas dimensiones: intencional, convencional, estructural, referencial y contextual. <sup>43</sup>*

*Este aporte de la antropología echa por tierra una tendencia crudamente criticada "Lo que campea en la antropología aplicada es la voluntad de asimilar minorías a las mayorías, en manos de las cuales se encuentran las Haves del poder y la dirección de la estrategia"<sup>44</sup>*

## 1.7 LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

El significado etimológico del término "antropología" es el de "estudio del hombre". La amplitud de este significado se corresponde con el vasto campo de estudio de esta disciplina, sin duda la de ámbito más extenso de las que se proponen el conocimiento del ser humano.

Dentro de esta enorme ciencia, existe la **Antropología social y cultural**, que estudia el comportamiento social y cultural del hombre, que tiene una rama más específica que es la **Antropología de la salud**, que estudia los sistemas médicos y las dimensiones culturales de la enfermedad. Es decir que es el estudio del comportamiento del hombre según las diferentes culturas y estructuras sociales existentes.

Dentro de estas definiciones, se encontró la palabra *Cultura*, que tiene varias concepciones, entre ellas:

**Tylor (1.871):** *es ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, ley, costumbres y toda la serie de capacidades y hábitos que el hombre adquiere en tanto que forma parte de una sociedad dada.*

---

<sup>42</sup> Cardoso de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) *Ensaio Antropologicos sobre Moral e Etica*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro.

<sup>43</sup> Thompson, John B. (1998) *Ideología e Cultura Moderna*. Petropolis: Vozes

<sup>44</sup> Bastide, Roger (1972) *Antropología Aplicada*. Buenos Aires: Amorrortu

**SKeesing:** *es un sistema de ideas compartidas. Un sistema de conceptos, reglas y significados que subyacen y son expresados en la forma y manera de vivir de los seres humanos.*<sup>45</sup>

Los componentes de la cultura son:

**Costumbres:** comportamientos observables que llevan a cabo los miembros de una cultura, por ejemplo: comportamientos dietéticos y religiosos, formas de vestir, etc.

**Valores:** criterios sociales de evaluación.

**Creencias:** formas de pensar que subyacen en las personas.<sup>46</sup>

La salud y la enfermedad tienen la consideración de construcciones sociales, en función de una sociedad determinada y de la cultura de sus miembros. Existen importantes determinantes biológicos, sociales, económicos y culturales en el binomio salud - enfermedad necesaria para hacer frente a la enfermedad.

Los grupos humanos responden de manera diferente a la enfermedad de acuerdo con:

- La estructura social.
- El sistema de valores.
- Las relaciones sociales.
- El grado de adaptación al medio.
- Su cultura.

La cultura es la teoría definitoria de la enfermedad y de los medios necesarios para combatirla. Define y tipifica qué es la salud y la enfermedad, de ahí la relatividad cultural de la alteración biológica. Cada cultura crea su propio contexto terapéutico y elabora soluciones para resolver los problemas de salud. Debido a esto es necesaria una disciplina que trate las formas de ver la enfermedad, de combatirla y de explicarla, es decir, *la antropología de la salud*.

---

<sup>45</sup> MARTÍNEZ Ortiz Maria Belén. (2002) Antropología de la salud. Editorial Adbul. Caracas. Venezuela

<sup>46</sup> *Ibíd.*

En conjunción de los conceptos previos y de la aclaración del concepto de *cultura*, se puede desprender la siguiente definición de antropología de la salud:

*“La Antropología de la salud es una especialidad de la antropología social y cultural, que estudia los sistemas médicos y de forma particular la dimensión cultural de la enfermedad”<sup>47</sup>*

Si se discuten el objeto y el método de la antropología de la salud, se debe aclarar que la antropología de la salud no puede encuadrarse dentro de ninguno de los campos de estudio de la Antropología general, ya que utiliza una gran variedad de enfoques teóricos para llevar a cabo sus estudios de cómo los diferentes grupos humanos se explican a sí mismos y manejan la salud y la enfermedad. Los objetivos de la antropología son tanto ampliar el conocimiento como resolver problemas concretos. Para ello utiliza diferentes enfoques:

### **Enfoques de la antropología.**

Los diferentes enfoques comparten una serie de premisas:

- Necesidad de entendimiento holístico de la salud y la enfermedad como una interacción entre la biología y la cultura.
- Existencia de determinantes sociopolíticos y culturales sobre la salud y la enfermedad.
- El cuerpo y sus síntomas se interpretan a través de filtros culturales y epistemológicos. Nada es innato. Todo se aprende
- Los aspectos culturales de los sistemas sanitarios tienen importantes consecuencias prácticas.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> PINEAULT R., Dvely C. (2000) *La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos y aplicaciones*. 3ª edición. Barcelona. Masson.

<sup>48</sup> BOAS, Franz (1994): *Cuestiones fundamentales de antropología cultural*. Solar/Hachette. Buenos Aires

**Enfoque biológico.**

- Este tipo de abordajes ayudan a explicar las relaciones entre el proceso evolutivo y la variación genética humana, los diferentes modos en que los humanos son susceptibles o resistentes a la enfermedad y a otras influencias ambientales, y las relaciones con la cultura y el medio ambiente.
- También son muy importantes las contribuciones en el campo de la etnofarmacología.<sup>49</sup>

**Enfoque ecológico.**

- Estos enfoques subrayan que el medio ambiente total de los humanos incluye los fenómenos naturales y los productos de la actividad humana y que la salud se ve influida por todos los aspectos de la ecología humana.
- Se basan en tres conceptos:
  - Ecosistema.
  - Homeostasis.
  - Las innovaciones culturales y tecnológicas alteran el ecosistema y la homeostasis.

**Tipos:**

- Ecología médica.
- Ecología cultural.
- Ecología política.

**Enfoque crítico.**

- Tienen en cuenta enfoques críticos que privilegian las explicaciones provenientes de la economía política a nivel global en vez de explicaciones

---

<sup>49</sup> BENEDICT, Ruth (1964): *El hombre y la cultura*. Sudamericana. Buenos Aires.

meramente socioculturales. Esta postura crítica también es utilizada para el análisis de las políticas de Salud Pública que solo tienen en cuenta los niveles microsociales sin analizar el contexto general.

- Critican la naturaleza científica de la llamada biomedicina y el carácter pretendidamente neutro de sus asunciones sobre la salud y la enfermedad.<sup>50</sup>

### **Enfoque etno-médico.**

- Estudian como los diferentes grupos humanos organizan sus ideas sobre las enfermedades y los modos de enfrentarlas.
- Se centran en:
  - Prácticas curativas
  - Comparación de sistemas médicos.
  - Modelos explicativos de la salud y la enfermedad.
  - Comportamientos de búsqueda de la salud.
  - Eficacia de los sistemas médicos.<sup>51</sup>

### **Enfoque aplicado.**

- Se refiere a la aplicación de la teoría y los métodos antropológicos para resolver problemas sanitarios en entornos: Clínicos: asistencia sanitaria, seguimiento de tratamientos, de Salud pública.
- Diseño de políticas sanitarias, desarrollo de programas, intervenciones, etc.<sup>52</sup>

### **Los tres cuerpos: el individual, el social y el político.**

Aunque en antropología existen tres niveles de cuerpos, existe una interrelación entre ellos. La importancia de las dicotomías, separaciones irreal-real, cuerpo-mente etc., es

---

<sup>50</sup> *Ibíd.*

<sup>51</sup> *Ibíd.*

<sup>52</sup> *Ibíd.*

algo que hay que romper y cuesta mucho hacerlo. Otras sociedades que son más integradoras, holísticas y que usan otras dualidades (yin-yan), son más armónicas y complementarias.

### **El cuerpo individual:**

Se ha definido al ser persona, en esta civilización. Se le ha dotado de unas cualidades morales, políticas, individualidad que se han ido definiendo con el tiempo. En otras sociedades no se vive tan individualmente. El nombre o identidad es algo que se ha construido incluso antes de haber nacido. Se ha construido al ser humano como muy importante, se ha construido el yo propio y no se puede entender que alguien pueda tener distintos “yoes”. En psiquiatría esto se llama personalidad múltiple. En ciertas sociedades hay rituales en los que se pueden tener distintos “yoes”, y hace analizar las cosas de forma simplista, engloba todo lo que tiene que ver con la experiencia del cuerpo, intuición de separación individual, de que las personas son diferentes y que ha estudiado la fenomenología de “cómo se experimentan o sienten las cosas”. Define las distintas partes del cuerpo así como las distintas relaciones que llevan a la salud y enfermedad.

### **El cuerpo social:**

Trata lo relativo al uso del cuerpo como metáfora/símbolo y organiza el mundo del entorno. El *estructuralismo* parte de que hay algo universal en todas las culturas que son como los esquemas mentales, Surge el *postmodernismo* y aparece la antropología del cuerpo.<sup>53</sup>

Los antropólogos simbólicos estudian el simbolismo de cada cultura, el cuerpo como símbolo o metáfora. Los productos del cuerpo también se analizan, y representan la cultura social: la sangre, el semen, la leche etc.

Todas las sociedades organizan un determinado uso/prácticas del cuerpo. Si cambia la sociedad, también lo hace el cuerpo, y viceversa.

---

<sup>53</sup> KROTZ. Esteban: *La otredad cultural entre utopía y ciencia*. Fondo de Cultura Económica, México



En la sociedad actual se da una alineación separación del cuerpo. Somos cuerpo, tenemos cuerpo, pero también miramos el cuerpo como algo separado: separación mente – cuerpo, trabajos manuales – intelectuales o mentales etc.

### **El cuerpo político:**

Las disciplinas, diferentes sociedades y sistemas políticos hacen cuerpos acordes para las necesidades que tiene esa sociedad. Los ideales, el respeto al cuerpo cambian con cada cultura (la cultura regula estos cambios), por Ej., se regula a las personas para ser individuos productivos para la sociedad.

Existen disciplinas que se encargan de domesticar los cuerpos con la escuela, política, orden, sanidad, etc., la sociedad se encarga de criticar a aquellos que se salen de los sistemas establecidos.

### **Las relaciones entre biología y cultura.**

No se puede negar la biología al hablar del cuerpo. Existen autores que pensaban que era más importante la sociedad que el aspecto biológico. La construcción cultural es muy importante, pero la biología también lo es.

### **Las emociones: mediación entre los tres cuerpos.**

El estudio de las emociones humanas es un buen sistema para estudiar los tres cuerpos y sus relaciones no una manera tan fragmentada, Las emociones deben verse como sentimientos y como movimientos de acción, orientación para la acción, ética y moral, ideología cultural en un sentido amplio.

El estudio de los rituales: se aprende a comportarse en sociedad a través de ellos.

Separación entre emociones femeninas y masculinas: las tareas del hombre se conceptualizan como trabajo, mientras que la de las mujeres como sentimientos (cuidar y trabajar: sentimientos y razón).

### Concepto de “*embodiment*”, o la noción de persona.

Entendido como un proceso a partir del cual lo social entra en el individuo. El cuerpo es como el mediador, y se está uniendo a la noción de persona. Es un proceso de corporización / encarnación a partir del cual lo social entra en el individuo, y el cuerpo es el mediador de la socialización.<sup>54</sup>

## 1.8 ANTROPOLOGÍA DEL GENERO Y SALUD

El género como construcción cultural, debe ser diferenciado del sexo como término relacionado con las características fisiológicas diferenciales de hombres y mujeres:

- GÉNERO: Construcción social histórica y cultural de los seres humanos en función de su sexo desde su nacimiento.
- El ROL DE GÉNERO masculino o femenino, que asigna funciones, actitudes capacidades y limitaciones diferenciadas a mujeres y hombres, que la normativa de la cultura vigente establece como atributos “naturales” de ambos sexos.
- Actualmente existe la necesidad de introducir esta categoría de análisis en políticas, programas y proyectos de cooperación internacional y de accionar nacional y regional, con objeto de eliminar desigualdades en salud.

Los roles de género y la estratificación ha variado ampliamente a través de la cultura y de la historia.

La competición por los recursos lleva a la guerra y a la intensificación de la producción lo que favorece la patrilinealidad y la virilocalidad (costumbre de residir con los parientes del marido tras el matrimonio). En la medida en que las mujeres pierden sus roles productivos en las sociedades agricultoras y pastoriles, se acentúa la dicotomía doméstico – público y se agudiza la estratificación.

El género es flexible y varía con los factores culturales, sociales, políticos y económicos.

---

<sup>54</sup> LINTON. Ralph (1972): *El estudio del hombre*. Fondo de Cultura Económica, México

- Roles de género: Tareas y actividades que una cultura asigna a los sexos.
- Estereotipos de género: Ideas simplificadas, pero fuertemente asumidas, sobre las características de los varones y de las mujeres.
- Estratificación de género: Distribución desigual de recompensas (recursos socialmente valorados, poder, prestigio y libertad personal) entre hombres y mujeres, reflejando posiciones diferentes en la escala social. Esta jerarquía puede ser de prestigio pero también económica

### **1.8.1 La salud de las mujeres en el proceso de desarrollo. Enfoques:**

#### **La salud en el enfoque del bienestar.**

Las mujeres como sujetos pasivos del proceso de desarrollo, cuya función principal es la de madres y cuidadoras.

Las intervenciones sanitarias:

- Acciones asistencialistas.
- Programas de ayuda alimentaria.
- Programas materno – infantiles.

Se capacita a las mujeres para:

- Que cumplan su papel de madres.
- De cuidadoras de familia.
- No se considera su acceso al trabajo fuera del hogar.

No se cuestiona la discriminación que sufren en:

- La protección de la salud.

- El cuidado de la salud.<sup>55</sup>

### **El enfoque mujeres y desarrollo.**

Propio de los años 60 – 80.

Necesidad de la participación de las mujeres en el desarrollo a través de su acceso al sector productivo, como instrumento imprescindible para el crecimiento económico de países, regiones o comunidades.

La contribución de las mujeres al desarrollo se considera desde dos puntos de vista:

- COMO USUARIA de los servicios de salud exclusivamente por su función reproductiva para garantizar la supervivencia de los hijos.
- COMO PROVEEDORA de servicios, agente social y comunitario que contribuye a la mejoría de la salud de la comunidad en su conjunto. Se parte de la base de que las mujeres se responsabilizan más que los hombres en la gestión de los beneficios de las ayudas y responden mejor a las exigencias impuestas.

Son proyectos que aceptan la división sexual del trabajo vigente y no tienen en cuenta la desigualdad entre los sexos.

### **El enfoque de género y desarrollo.**

Surge a partir de la década de los 90 unido a un nuevo concepto de desarrollo centrado en las personas.

La salud de las mujeres, como la de los hombres, son factores imprescindibles en el desarrollo humano, un derecho fundamental, algo importante en sí mismo.

La salud de las mujeres es un derecho humano, independientemente de su relación con la salud y el bienestar de la infancia o la comunidad.

Este enfoque parte de considerar que las mujeres no solo tienen necesidades diferentes de los hombres, sino que las mujeres no están en igualdad de condiciones con los

---

<sup>55</sup> MEAD, Margaret (1967): *Educación y cultura*. Paidós. Buenos Aires

hombres en el acceso a la salud, y que la división sexual del trabajo y su posición de subordinación en la sociedad las condiciona de forma adversa.

## **1.9 LA CONCEPCIÓN DE GÉNERO EN BOLIVIA**

El análisis de género en la realidad boliviana, particularmente para el área rural, resulta dificultoso y complejo por diferentes motivos. Por un lado y, principalmente, los agentes externos a las comunidades piensan que trabajar este aspecto es entrometerse en la vida privada de las familias, que es un concepto feminista importado de los países occidentales y, por tanto, no aplicable a la realidad nacional. Por otro, las relaciones de género en el área rural son, evidentemente, complejas por la complementariedad entre hombres y mujeres, sobre todo, en el desarrollo de las labores productivas; es decir, en la agricultura y la ganadería, fundamentalmente.

La relación que se establece entre la fertilidad de la mujer con la fertilidad de la tierra (pachamama); la responsabilidad sobre el ganado ovino, caprino, porcino correspondiente a la mujer y la del hombre, por el cuidado del ganado vacuno, expresan esa complementariedad sustentada en diferentes planos de la realidad que se manifiesta en actividades y comportamientos cotidianos, rituales, públicos y privados de todo tipo.

Es por ello que se puede afirmar que existe complementariedad en el trabajo entre hombres y mujeres; principalmente, en los roles productivos y en las acciones comunales como indica Carafa (1992).<sup>56</sup>

La migración es un fenómeno común en las familias campesinas, a veces más temporal que permanente, para complementar o incrementar su economía o por razones de desarrollo personal, educacionales o culturales, etc. Lo cierto es que cuando un miembro de la familia migra, se produce un desequilibrio en esa unidad de consumo y producción porque ésta se apoya en la capacidad de la fuerza de trabajo de todos los miembros de la familia. "La migración temporal se apoya en la permanencia de la unidad doméstica familiar y el hombre es quien busca nuevas alternativas de trabajo, permaneciendo, la mujer, como responsable de la manutención del hogar. Si bien esto ocurre generalmente en épocas de descanso agrícola, las necesidades económicas y del

---

<sup>56</sup> OPS. Organización Panamericana de la salud. (2004) Género, etnia y salud.

mercado de trabajo, pueden producir variaciones determinando que las mujeres se responsabilicen de todas las tareas que exige su unidad productiva" (Carafa 1992).

Esto implica que la mujer en determinadas épocas es responsable de todo el proceso productivo y la administración de los ingresos provenientes de la comercialización de los productos. Es decir que durante estas épocas la mujer asume la conducción de la unidad económica familiar (Carafa 1992).<sup>57</sup>

Asimismo, se hace responsable de todas las tareas y presiones específicamente domésticas durante la ausencia del esposo. De igual manera, los roles de autoridad (sucesivos y por turno según el sistema de cargos comunales) a veces son ejercidos por mujeres cuando se ausentan los hombres. Sin embargo, esta notoria complementariedad, no significa que exista una relación armónica y equitativa. La mistificación de estas relaciones impide desentrañar la desigualdad y realizar un análisis desde un punto de vista más crítico y con un sentido constructivo.

La discriminación es evidente cuando se trata de necesidades e intereses específicos de las mujeres. **El menor acceso a la educación, a la capacitación técnica o social, y principalmente, a los niveles públicos de decisión, contrasta con la riqueza cultural acumulada a partir de sus actividades no sólo en la producción, sino también en otros aspectos culturales y de conocimientos que trasmite a sus hijos.** La mujer es quien más aporta a la conservación de la cultura en el área rural por su permanencia y menor movilidad espacial. Esto le permite, por ejemplo, ser poseedora de muchos conocimientos vinculados a las estrategias de sobrevivencia y por ende, al desarrollo de su comunidad.<sup>58</sup>

Durante décadas los agentes externos, llámense maestros, sanitarios, autoridades y representantes de los organismos oficiales o promotores del desarrollo, cuyas funciones generalmente han estado destinadas al cambio en las comunidades en diversos aspectos, no contribuyeron, en mucho, a conocer y menos aún a superar la discriminación de las mujeres, tampoco a equilibrar condiciones desventajosas como el analfabetismo, marginación y la poca valoración de su aporte a nivel familiar y comunal.

---

<sup>57</sup> *Ibíd.*

<sup>58</sup> *Ibíd.*

En la actualidad, la mayoría de los proyectos o de las instituciones de desarrollo tienen como uno de sus componentes la temática de género o de la mujer. Sin embargo, a pesar de que los beneficios de un proyecto de desarrollo se destinan a toda la comunidad, generalmente, se diseñan y aplican solo en función del hombre porque se le considera pública y explícitamente activo y con poder de decisión. Todo esto, porque la unidad familiar sigue siendo la categoría clave para trabajar en el área rural. Es así que las mujeres y los niños son sólo mano de obra, cuyos intereses y decisiones se asumen como implícitos en los del hombre. La categoría familia debe ser reconsiderada.

Por tanto, esta problemática debe estar inserta en todos los temas y los proyectos de desarrollo, para que los mismos resulten eficaces y aporten realmente a un verdadero desarrollo, conociendo y dando atención a las necesidades y demandas específicas de hombres y mujeres.

Por todo lo dicho y, pese a las dificultades expuestas, la perspectiva de género no puede ser reducida a una temática aislada y únicamente conceptual. Se trata de buscar la complementariedad con equidad entre hombres y mujeres a partir de las particularidades de cada realidad.

## **1.10 ANTROPOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA.**

### **1.10.1 Planificación sanitaria**

**Planificar** es anticipar cambios en la dirección deseada. Ni la planificación es un fin en sí mismo, ni su utilización va a resolver problemas básicos que solamente pueden acometerse a partir de una identificación correcta de las preferencias, actitudes y valores de la sociedad. El resultado final de todo proceso de planificación sanitaria debe ser alcanzar unos objetivos de salud. La incorporación de la planificación a los servicios sanitarios ha sido tardía, además esta es pobre y muy inexistente.

El método propuesto por la salud comunitaria determina los contenidos de la planificación para la salud:

- Identificar los problemas de salud de la población y establecer prioridades.
- Concebir y poner en marcha programas para resolver los problemas.

- Evaluar el impacto de las intervenciones.<sup>59</sup>

La planificación debe estar basada en las necesidades de salud de la población:

- **Necesidad sentida:** percepción de la población sobre los problemas de salud o sobre los servicios de salud que se desean.
- **Morbilidad sentida:** definición dada por el individuo a partir de la percepción de síntomas y molestias.

Es decir, se debiera basar en una proyección de valores socioculturales sobre los problemas y necesidades.

### 1.10.2 El proceso de planificación sentida.

Etapas:

1. Identificar problemas y necesidades.
2. Analizar problemas y necesidades.
3. Diseñar un programa de intervención.
4. Poner en marcha el programa de intervención.
5. Evaluación: ¿Se han resuelto los problemas? ¿Se han cubierto las necesidades?

El *método antropológico* puede ayudar a identificar los problemas y analizarlos, así como las necesidades de salud (morbilidad y necesidad sentida), puede mejorar el diseño y puesta en marcha de los programas de intervención (valoración de los factores socioculturales asociados a problemas y necesidades), y debe participar en la evaluación de los resultados (existen barreras culturales que pueden llegar a reducir el impacto de los programas de intervención).

---

<sup>59</sup> Disponible en: [www.seci.es/antropo/salud/pub.htm](http://www.seci.es/antropo/salud/pub.htm)



### **1.10.3 Factibilidad de los programas de intervención.**

Los programas de intervención son factibles desde el punto de vista: legal, político, económico, organizativos, éticos y socioculturales. Para ello se deben tener en cuenta los valores, creencias y actitudes de la población, si estos responden a la necesidad sentida por la población y si son lo suficientemente flexibles como para asumir la diversidad sociocultural.

Para determinar, la eficacia y eficiencia del proceso se deberán estudiar lo siguientes aspectos:

1. La pertinencia.
2. Factibilidad económica.
3. Aceptabilidad.
4. Disponibilidad de recursos.
5. Marco legal.<sup>60</sup>

### **1.10.4 La perspectiva democrático-participativa**

En contraposición a la perspectiva liberal-conservadora, la democrático-participativa intenta, precisamente, incentivar la participación y, a través de ella, desarrollar el juicio político ciudadano.

Allí donde hayan de tomarse decisiones que afecten a la colectividad, la participación ciudadana se convierte en el mejor método (o el más legítimo) para hacerlo. Y no es únicamente que la participación garantice el autogobierno colectivo y, por ende, aumente la gobernabilidad. Además, como ya se ha aludido más arriba, produce efectos políticos beneficiosos ligados a la idea de autodesarrollo de los individuos. Para los griegos era la participación en el autogobierno la que convertía a los seres humanos en dignos de tal nombre. La discusión, la competencia pública y la deliberación en común de ciudadanos iguales colaboraban a la dignidad de los participantes y a la construcción

---

<sup>60</sup> *Ibíd.*

ordenada y pacífica del bien colectivo. Para los humanistas del Renacimiento el compromiso con la *vita activa* constituía el vínculo comunitario creador de virtud cívica. Para Tocqueville, en fin, la implicación ciudadana en todo tipo de asociaciones (civiles, sociales, políticas, económicas, recreativas, etc.) constituía un rasgo distintivo del régimen democrático. Para John Stuart Mill o John Dewey la democracia no era únicamente un sistema de reglas e instituciones, sino un conjunto de prácticas participativas dirigido a la creación de autonomía en los individuos y a la generación de una forma de vida específica. Los partidarios contemporáneos de la democracia «fuerte» o «expansiva» aspiran igualmente a hacer de la participación el centro de gravedad de sus argumentaciones.<sup>61</sup>

En general, la participación es un valor clave de la democracia según esta tradición. Y esa posición privilegiada se legitima en relación con tres conjuntos de efectos positivos. Primero, la participación crea hábitos interactivos y esferas de deliberación pública que resultan claves para la consecución de individuos autónomos. Segundo, la participación hace que la gente se haga cargo, democrática y colectivamente, de decisiones y actividades sobre las cuales es importante ejercer un control dirigido al logro del autogobierno y al establecimiento de estabilidad y gobernabilidad. Tercero, la participación tiende, igualmente, a crear una sociedad civil con fuertes y arraigados lazos comunitarios creadores de identidad colectiva, esto es, generadores de una forma de vida específica construida alrededor de categorías como bien común y pluralidad. La combinación de estos tres efectos positivos resulta favorecedora del surgimiento, en esta forma de vida, de otros importantes valores: creación de distancia crítica y capacidad de juicio ciudadano, educación cívica solidaria, deliberación, interacción comunicativa y acción concertada, etc. En una palabra, la forma de vida construida alrededor de la categoría de participación tiende a producir una justificación legítima de la democracia, basada en las ideas de autonomía y autogobierno.

Los ciudadanos serán juiciosos, responsables y solidarios, únicamente si se les da la oportunidad de serlo mediante su implicación en diversos foros políticos de deliberación y decisión. Y cuantos más ciudadanos estén implicados en ese proceso, mayor será la fortaleza de la democracia, mejor funcionará el sistema, mayor será su legitimidad, e,

---

<sup>61</sup> Salleras Sanmartí Ll. (1998) *Educación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Madrid.

igualmente, mayor será su capacidad para controlar al gobierno e impedir sus abusos. La participación creará mejores ciudadanos y quizá simplemente mejores individuos. Les obligará a traducir en términos públicos sus deseos y aspiraciones, incentivará la empatía y la solidaridad, les forzarán a argumentar racionalmente ante sus iguales y a compartir responsablemente las consecuencias (buenas y malas) de las decisiones. Y estos efectos beneficiosos de la participación se conjugan con la idea de que la democracia y sus prácticas, lejos de entrar en conflicto con la perspectiva liberal, son el componente indispensable para el desarrollo de la autonomía individual que presumiblemente aquellas instituciones quieren proteger. Dicho de otro modo, existe una conexión interna entre participación, democracia y soberanía popular, por un lado, y derechos, individualismo y representación, por otro. Esa conexión se apreciaría, por ejemplo, en el hecho de que estas últimas constituyen precisamente las condiciones legal-institucionales bajo las cuales las variadas formas de participación y deliberación política conjunta pueden hacerse efectivas. Así pues, la participación ahora se contempla desde el punto de vista de sus efectos beneficiosos en la creación de mutuo respeto, de comunalidad, de confianza interpersonal, de experiencia en la negociación, de desarrollo de valores dialógicos, de habilidades cognitivas y de juicio; en definitiva, de autodesarrollo personal en la multiplicidad de esferas públicas que la democracia pone al alcance de los ciudadanos. De hecho, el autodesarrollo personal es descrito aquí, en buena medida, en términos de autodesarrollo moral.

En esta etapa de fin de milenio que hace coincidir la universalización de la democracia liberal con altísimos grados de corrupción política y de deslegitimación de los sistemas, el demócrata participativo ve en la implicación política de la ciudadanía la única salida. Es hoy casi un lugar común en muchos sistemas democráticos la idea de que resulta necesario reforzar la sociedad civil y los lazos cívicos que ésta crea. El demócrata participativo aspira a seguir esa línea y a construir nuevos y variados ámbitos de participación democrática institucional y no institucional. De hecho, existe evidencia empírica de que el retrato del ciudadano ofrecido por el liberal-conservador no es del todo exacto. No es que la apatía sea funcional, es que no hay que confundir un seguimiento «de segundo orden» de la política con mera pasividad. En las circunstancias adecuadas, los ciudadanos reaccionan y se movilizan en defensa de sus intereses políticos y de lo que creen justo o necesario. Además, la débil voluntad de

participación a veces refleja defectos del sistema, pues la utilidad de la participación para los ciudadanos no siempre es evidente. Así pues, cuanto mayores sean las expectativas de que la implicación política obtendrá resultados, mayor será la participación. Por último, el pluralismo de intereses y opiniones existente en nuestras sociedades hace que la participación no siempre deba seguir la senda institucional, sino que se disperse en una miríada de ámbitos, no exclusivamente relacionados con la política institucional, que acogen las aspiraciones políticas ciudadanas cuando otros lugares (los partidos, por ejemplo) ya no parecen los apropiados para hacerlo.

De hecho, los partidos políticos han sufrido una importante crisis en su conexión con su función de canales de participación ciudadana. Veámoslo con algún detalle. Hubo un tiempo en el que los partidos políticos pudieron aspirar, al menos parcialmente, a justificar su existencia a través de ese valor de la participación. Durante buena parte de los siglos XIX y XX los partidos de masas incentivaban y catalizaban la participación. En tanto que organizaciones políticas, aspiraban a promover la educación política o la discusión sobre decisiones y procesos colectivos o la explicación deliberativa de las opciones y alternativas políticas, etc. También, a crear una «cultura» propia, a desarrollar ciertos valores y hábitos, a generar prácticas de solidaridad y ayuda mutua, a aumentar la capacidad de juicio político de los ciudadanos, etc. La lucha por la extensión del sufragio se unía así a la creación de «sentido de comunidad» en el seno de las organizaciones de partido. Según el discurso prevaleciente, los partidos podían funcionar como catalizadores de la participación y como canales a través de los cuales el pueblo soberano ejercía su soberanía. Pero esta imagen y estos partidos no han sobrevivido al paso del tiempo. Aunque gran parte del discurso político que trata de legitimarlos (o sea, de ligar sus funciones a valores queridos para nosotros) continúa describiendo sus actividades de acuerdo con la imagen recién apuntada, la transformación de sus funciones dificulta extraordinariamente esa tarea. Es cierto que siguen siendo una pieza fundamental en el entramado institucional de las democracias, y también lo es que a través de ellos los ciudadanos pueden hacerse presentes como unidad de acción efectiva en el proceso de toma de decisiones. Pero también es verdad que su conversión en maquinarias electorales ha roto con sus tendencias participativas y ha modificado sus funciones. Junto a cambios que no se puede detallar aquí (transformaciones en la estructura de clases, etc.), la transformación institucional y electoralista de los partidos

tiende a convertir a éstos en organizaciones desincentivadoras de la participación. Y esto en dos sentidos: 1) tanto en lo que hace a su intento de monopolizar y disciplinar movimientos participativos que suceden al margen de su control, 2) como en lo que se refiere a los mecanismos de participación interna de los afiliados y simpatizantes. En ambas zonas los partidos intentan controlar “desde arriba” los procesos, siendo su preocupación máxima lograr una cierta estabilidad en la participación. Es decir, una especie de equilibrio entre participación y apatía que les garantice el control de esos procesos. Las razones esgrimidas para ello son variadas, pero lo cierto es que parecen encontrar eco en la población, puesto que ésta castiga severamente en las elecciones a aquellas organizaciones de partido en las que cree advertir fuertes disensiones internas (debidamente, según algunos, a un exceso de democracia y participación en el seno de la organización).<sup>62</sup>

En opinión de J.J. Linz, esto sugeriría que modelos como el schumpeteriano estarían en lo cierto: en la actualidad, lo que el ciudadano vota es a un primer ministro y a un gobierno y al partido que les apoya. Los partidos no son mecanismos incentivadores de la participación política, sino alternativas electorales. Pero este hecho, nos recuerda Linz, conduciría a la depreciación de la discusión, de los debates internos y de la formación colectiva y democrática de opiniones en el seno de los partidos. E, igualmente, crearía las condiciones para la subordinación oligárquica de los partidos a los gobiernos y de los gobiernos a sus líderes. Todo parece colaborar, pues, a esta tendencia antiparticipativa y, por tanto, a contribuir a debilitar los lazos legitimantes de los partidos con la categoría de participación.<sup>63</sup>

Así pues, la participación en la tradición democrático-participativa no debe ser entendida en términos exclusivamente institucionales o ligada de manera excesiva a los partidos como canales de participación. Sin embargo, su valor esencial como mecanismo de educación cívica quedaría intocado para esta perspectiva, pese a las dificultades de convertir en prácticas institucionales lo que se extiende a otros ámbitos no institucionales de tomas de decisión. De hecho, hay quien opina que esos nuevos lugares de participación, tales como el movimiento feminista o el movimiento

---

<sup>62</sup> *Ibíd.*

<sup>63</sup> <http://www.ull.es/publicaciones/latina/200353vargas.htm>

ecologista, pueden resultar de enorme importancia para el desarrollo de una ciudadanía crítica y con capacidad de juicio autónomo.

### **1.11 LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

La tendencia histórica latinoamericana ha sido centralizadora. En ello han influido razones políticas, como la matriz unitaria, típica de la mayoría de los Estados de la región, el centralismo larvado que existe incluso en los que adoptaron estructuras federales, y las influencias culturales, muy importantes desde la independencia, procedentes de países tradicionalmente centralizados, en especial Francia.

A todo ello se agregan los mecanismos de retroalimentación, que se dan entre la centralización de la toma de decisiones y la concentración de la actividad económica. Esto fue notorio especialmente en el largo periodo de la sustitución de importaciones que, como ya se dijo, caracterizó a la región hasta 1980.

También coadyuvó a la centralización, la gran concentración urbana de la segunda mitad del siglo XX, provocada por el proceso de redistribución poblacional, derivado de las migraciones campo-ciudad aceleradas por el propio modelo industrializado.<sup>64</sup>

Siempre han existido críticas al centralismo característico de la región. Ellas han girado en torno a que las decisiones escapaban a la esfera de acción de los afectados y quedaban en manos de una remota burocracia, de tamaño creciente, con intereses propios y que era ajena a las preocupaciones de los interesados e inaccesible a ellos.

Durante los años ochenta, apareció la descentralización como una estrategia incluida en el paquete de las reformas, y pronto adquirió amplio consenso como un elemento importante en la modernización de la región.<sup>65</sup>

La recomendación descentralizadora, procedía de una perspectiva política y argumentaba que ella permitiría fortalecer la democracia, incentivando la participación

---

<sup>64</sup> FRANCO Rolando. *Descentralización y Políticas Sociales en América Latina: Dilemas políticos y estrategias de gestión pública*, organizado por el Centro de Estudios Internacionales de Barcelona (CIDOB), Barcelona, 3-4 de abril de 2003.

<sup>65</sup> *Ibíd.*

ciudadana y otorgando a las personas una mayor ingerencia en asuntos que les conciernen directamente.

## **1.12 LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN AMÉRICA LATINA**

La descentralización en América latina tuvo dos fases:

Por un lado, la descentralización política, que transfiere la capacidad de decisión sobre la provisión de bienes públicos a instancias locales. De esa manera busca crear canales de representación y participación ciudadana que permitan adecuar esta provisión a las preferencias que se dan en ámbitos geográficamente diferenciados, como ser municipios, departamentos, estados federales, etc.

Por otro lado, la descentralización económica que introduce mecanismos de mercado en los procesos productivos, con lo cual pretende contribuir a la eficiencia y reducir los costos mediante la competencia, retirando asuntos de las decisiones de naturaleza político-administrativa.<sup>66</sup>

Ambas promueven la participación de los ciudadanos tanto en las decisiones de naturaleza puramente política, como también en las vinculadas a la vida cotidiana, la que se realizaría individualmente a través del mercado, y comunitariamente en el caso de los proyectos sociales y la creación de bienes cooperativos.

La descentralización aparece como una apuesta para lograr que el gobierno sea eficiente, para que se haga política a bajo costo y se entreguen los servicios que la población espera que el gobierno produzca y los administre o ayude a administrarlos, la misma población. Esto podría lograrse estableciendo algún grado de competencia entre servicios y organizaciones gubernamentales. Tal competencia se daría entre territorios de un mismo país, como ha demostrado la trascendental migración campo-ciudad que ha tenido lugar en América Latina en la segunda mitad del siglo XX, como en la migración internacional, que caracteriza hoy a grandes regiones de este continente.

---

<sup>66</sup> FINOT Federico *Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía*, en *Revista de la CEPAL*, No. 78, 2002 diciembre.

En definitiva, la descentralización permite que los ciudadanos de diferentes territorios adecuen la provisión de bienes y servicios públicos a sus propias preferencias, pero también implica que esa nueva canasta será financiada total o parcialmente con los recursos generados por la comunidad que escoge.

Esto debiera ocurrir en Bolivia también, pero si bien la administración de los servicios sociales se han descentralizado, el personal que trabaja en ellos, aún no lo ha hecho, y obedecen a un ente matriz nacional que va, si se puede utilizar el término, contra la corriente, impidiendo el teórico funcionamiento de la descentralización.

Esto es evidente, ya que en departamentos de Bolivia, donde la situación está bien, una determinación de paro nacional del personal médico, perjudica las normales funciones de salud que hasta ese momento iban desarrollándose.

### **1.13 POLÍTICA SOCIAL: FUNCIONES, PRINCIPIOS E INSTRUMENTOS**

La política social tiene que contribuir a igualar las oportunidades de toda la población y a reducir, por tanto, las desigualdades que tienen una clara expresión regional y local. Por ello, esta tarea no puede quedar librada, en exclusiva, a la acción de las entidades regionales.

La política social es el gran canal de cumplimiento de tales objetivos y tiene que cumplir tres funciones básicas:

- Dotar a la población de capital humano,
- Realizar acciones compensatorias y
- Contribuir a asegurar la cohesión social.

La gestión social es la disciplina responsable de la identificación concreta de los beneficiarios y del manejo de los medios que se ponen a disposición para alcanzar los fines de los programas y proyectos.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> FRANCO R. et al. *Derechos económicos sociales y culturales en América Latina: su situación actual, en Orden económico internacional y derechos fundamentales. Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, Granada, Universidad de Granada 2001. p. 35:59-82.



Los tres principios orientadores de la política social tienen que ver con la definición de su población-meta (universalización), la consecución del objetivo buscado (impacto) y la utilización de los medios asignados a alcanzarlo (eficiencia). Y utiliza diversos instrumentos, entre los que hay que destacar la focalización y el análisis costo-impacto.<sup>68</sup>

Para una mejor comprensión de lo anteriormente señalado, es necesario desarrollar un poco más esos tres principios claves, por cuanto es a partir de ellos que corresponde realizar el análisis de las ventajas e inconvenientes que puede tener la descentralización y la competencia en el área de la política social:

- a. El *universalismo* ha sido parte del discurso social tradicional, aunque en general se lo ha interpretado como el esfuerzo por generalizar una oferta de bienes y servicios igual para todos aduciendo, entre otras cosas, que ello contribuiría a elevar la cohesión social. Pero en la práctica latinoamericana siempre se mostraron desigualdades notorias en esa provisión, por lo cual se ha hablado de universalismo excluyente, en unos casos, y estratificado, en otros. La primera acepción pone énfasis en los que quedan al margen de cualquier protección; la segunda, si bien acepta que muchos son atendidos, destaca que reciben prestaciones que varían en monto y calidad y enfatiza que esas diferencias no tienen que ver con las necesidades, mayores o menores, de cada cual sino con el status de los beneficiarios. Quienes reciben las mejores atenciones pertenecen a los sectores más instruidos, más informados, más organizados, o viven en áreas mejor dotadas de servicios, y disponen de un mínimo de recursos para hacer frente a los costos en los que debe incurrirse para obtener los bienes o servicios que implica la prestación (transporte y tiempo, como mínimo; a veces pago de una tarifa). El acceso a esa oferta ha sido siempre difícil para quienes, aun teniendo mayores necesidades, carecen de las características enunciadas.

---

<sup>68</sup> FRANCO R. et al. *Derechos económicos sociales y culturales en América Latina: su situación actual, en Orden económico internacional y derechos fundamentales. Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, Granada, Universidad de Granada 2001. p. 35:59-82

Las políticas universalistas así entendidas tienen alto costo y bajo impacto. Una oferta que quiera igualar por arriba y llegar a todos resultará muy cara. Para ajustarla a los recursos disponibles “manteniendo” el principio, suele disminuirse la calidad de las prestaciones y, por tanto, se deteriora casi seguramente el impacto del programa sobre los beneficiarios, o bien se recorta la "universalidad" por criterios no transparentes que orientan los servicios hacia un grupo restringido que tiene el poder suficiente para imponer su interés. No es baladí recordar que el corporativismo suele ser un rasgo característico de los sistemas políticos de la región.

Por ello, hay que entender la universalización de otra manera. Se trata, en verdad, de perseguir la satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas. Algunas podrán solventarlas con sus propios ingresos, mientras que eso sería imposible para otras, en diferente proporción y será responsabilidad del Estado el facilitar esos satisfactores.

- b. El elemento clave en los programas sociales es el *impacto*, esto es, la medida en que un proyecto, en función de sus objetivos, transforma alguna parcela de la realidad. Pero hay factores no relacionados con la eficiencia operacional que pueden dificultar y hasta impedir que muchos proyectos sociales alcancen los fines que persiguen. La evaluación de impacto calcula los efectos netos del proyecto, eliminando los cambios derivados del contexto. Determina, en fin, en qué medida el proyecto ha alcanzado sus objetivos, qué cambios ha producido en la población beneficiaria, y cuáles fueron sus efectos secundarios previstos y no previstos.<sup>69</sup>
- c. La *eficiencia*, mide la relación que existe entre los productos (bienes o servicios) que se entregan a través de la política social y los costos de los insumos y las actividades que se llevan a cabo para obtenerlos. Como los recursos siempre son escasos frente a necesidades crecientes, la eficiencia es muy importante también en la política social, aunque erróneamente algunos tiendan a pensar que es propia de un enfoque economicista. También debe

---

<sup>69</sup> COHEN, E. y R. FRANCO *Evaluación de proyectos sociales*. 1992 México D. F., Ed. Siglo XXI .

tenerse presente que los productos, en los programas sociales, son necesarios para lograr el fin, pero no son el fin. Cabe sostener que al descentralizar, puede mejorarse el diagnóstico, por cuanto es posible suponer que en el nivel local resulta más fácil identificar necesidades, conocer en profundidad los problemas a enfrentar y, por tanto, también postular soluciones más pertinentes, dado el tamaño más pequeño tanto del territorio como de las personas implicadas, lo que permitía realizar un mejor cálculo de las ventajas e inconvenientes de las acciones a implementar, y llevarlas a cabo de manera más directa y rápida. Todo lo anterior puede ser cierto siempre que el cuerpo técnico encargado de realizar el diagnóstico y plantear soluciones tenga la suficiente formación técnica y conocimiento de las soluciones que se están llevando a cabo en otros lugares del país, de la región y del mundo. En caso contrario se corre el riesgo de no aprovechar la acumulación de experiencias producidas fuera de su limitado terruño.

#### **1.14 LA GESTIÓN EN SALUD**

Los procesos que en materia de salud pública se lograron a nivel general en el mundo durante el siglo pasado son innegables, especialmente si se centra la atención en la reducción de las enfermedades transmisibles, la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida, entre otros logros. No obstante, en muchos de los países de América Latina y principalmente en Bolivia, se ha vislumbrado un preocupante retroceso de las acciones de salud pública como producto de las reformas sanitarias implantadas a partir de la última década y que ya se encuentran en curso.

Ante la disminución de la participación del Estado en materia de Salud Pública de forma directa, sino delegándola a otras instituciones, de tipo regional e incluso privadas, los nuevos sistemas de salud se debaten entre brindar atención oportuna, equitativa, digna y con calidad, y la necesidad de atender los fenómenos económicos para lograr la sostenibilidad financiera, sin olvidar el verdadero motivo del servicio.

Se requiere, por lo tanto, el desarrollo articulado de la formación de recursos humanos acorde con el nuevo entorno y con las necesidades que de allí se desprenden, y que cuente con gran capacidad de gestión y conocimiento apropiado de la dinámica

poblacional que afecta la salud pública y, por consiguiente, la salud individual, todo ello tendiente hacia una adecuada gestión de los servicios de salud.

La relativamente reciente iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), se respaldan en las prácticas sociales saludables, que son el resultado de las manifestaciones del proceso social mismo y que tienen que ver con el desarrollo de una cultura de la vida y de la salud, el desarrollo de entornos saludables y del control de riesgos y daños para la salud, el desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social y la atención de las necesidades y demandas de salud. Estas prácticas sociales que originan las funciones esenciales de la salud pública deben ser a la vez alimentadas y promovidas por dichas funciones, para reforzarlas y promover así la salud integral de las personas.

El III Congreso Internacional de Salud Pública: Las funciones esenciales de salud pública en la formación de recursos humanos y en la gestión de los servicios de salud es la continuación de los esfuerzos que la Facultad Nacional de Salud Pública ha venido haciendo desde hace cuatro años mediante el primero y segundo congresos internacionales, que abordaron los temas de salud para todos, el desarrollo de políticas de salud pública para el siglo XXI y la accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud como condición para el bienestar. Dichos esfuerzos buscan definir las responsabilidades que en torno a la salud pública deben tener las instituciones académicas formadoras de recursos humanos y los servicios de salud alrededor de las funciones esenciales de la salud pública para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, lo cual es la esencia de la salud pública.

La gestión en salud, implica; la aplicación de la administración como ciencia básica, por parte de los administradores, o la aplicación de la gerencia como pensamiento administrativo, desde el más alto nivel conceptual hasta el oficio más simple de la organización, que es una parte de la administración.<sup>70</sup>

Es importante diferenciar Administración de Gestión en Salud, en el sentido que cuando se pide administrar lo que es una institución pública, siempre se piensa en que no se

---

<sup>70</sup> FASANO, V. y M. Alvarez (1997): *Sistemas de información en salud. Marco conceptual*, Buenos Aires Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Acción Social, Documentos del PRESSAL, <http://www.msal.gov.ar/pressal>

tienen los conocimientos de la ciencia básica administrativa para llevar a cabo esa labor; pero es muy diferente cuando se trata de actuar de gerentes en lo que significa los centros de salud, porque eso no es más que aplicar el buen uso de los recursos para lograr los objetivos planteados mediante buenos procesos. Es decir aún sin el conocimiento de la ciencia básica, se puede hacer Gestión en Salud.

La gestión de Salud es, sin lugar a dudas, uno de los desafíos más complejos para las sociedades actuales. A la natural relevancia y prioridad del tema, se agregan aspectos como el desarrollo tecnológico, el incremento de los costos, el diseño de esquemas de financiamiento y cobertura, además de la necesaria generación de mecanismos de incentivos al desempeño en un ámbito en que la complejidad hace más difícil el evaluar la gestión.

### **1.15 EL ROL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA DESCENTRALIZACIÓN**

El sujeto de descentralización no son los aparatos gubernamentales, sino las comunidades regionales que tienen la posibilidad de decidir sobre la provisión de bienes públicos ajustados a sus preferencias geográficamente diferenciados. Pero usualmente no existiría una representación equitativa de los intereses de todos los ciudadanos en las decisiones.<sup>71</sup>

Esto es especialmente importante para la política social. Y por ello hay que prestar atención a cómo incrementar la participación de aquellas comunidades tradicionalmente excluidas en su propia entidad territorial, en especial en los programas que se dirigen a ellas.

Distintas evaluaciones han mostrado que existe una fuerte correlación entre el nivel de participación de la población-objetivo en la formulación e implementación de las propuestas de solución y el grado de éxito en el logro de los objetivos de impacto de los programas y proyectos sociales.<sup>72</sup> Esta identificación con el proyecto y puede contribuir a orientar la estrategia de resolución de los problemas sociales haciendo

---

<sup>71</sup> FINOT *Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía*, 2002 en *Revista de la CEPAL*, No. 78, diciembre.

<sup>72</sup> COHEN, E. y R. FRANCO *Evaluación de proyectos sociales*. 1992 México D. F., Siglo XXI editores.

coincidir la oferta pública de bienes con las necesidades sociales priorizadas por la población a la que están destinados.

Otro autor señala que los programas sociales con activa participación comunitaria en su diseño, gestión y evaluación, tienen resultados muy superiores a los programas de corte tradicional burocrático vertical y centralista. Menciona como apoyo, un estudio del Banco Mundial analizó el rendimiento bajo diversas modalidades organizacionales de 121 proyectos de dotación de agua potable a grupos campesinos pobres en 49 países de continentes con más pobreza en el mundo. Los proyectos donde la participación comunitaria fue elevada tuvieron un alto rendimiento en el 80% de los casos, un rendimiento mediano en el 20% restante, y ninguno tuvo bajo rendimiento. En cambio entre los proyectos con baja participación comunitaria sólo tuvieron un alto rendimiento el 2,7%, tuvieron rendimiento bajo el 57,3%.<sup>73</sup>

El éxito de los procesos de descentralización y de las políticas sociales, tiene que ver con la participación. Y para que ésta sea amplia se requieren ciertas condiciones:

- Los programas sociales deben superar el enfoque de considerar a la comunidad simplemente la población-beneficiaria, vale decir, una receptora pasiva de las intervenciones. Para ello se requiere promover su participación activa en el programa.
- Para que la participación sea viable se requiere que los programas sociales tengan mecanismos de diseminar la información más allá de quienes tienen que tomar decisiones. Dado que la información es poder, si se carece de ella, se sufre una asimetría que limita la calidad de la participación y genera una actitud pasiva en los involucrados.
- También se requieren mecanismos que operacionalicen las demandas y prioridades de la comunidad, reflejando así el compromiso efectivo de las unidades descentralizadas.

---

<sup>73</sup> KLIKSBURG, B. *¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?*, en Instituciones Desarrollo, Barcelona, IIG N° 6

- De la misma forma que es necesario fortalecer la organización social, también es imperativo adecuar al Estado para incorporar los aportes generados por la participación social.<sup>74</sup>

Los cuatro puntos anteriores, asegurarían de forma a priori, el éxito de la descentralización en el aspecto social, pero como se puede observar, es necesaria una operativización de varios aspectos, que requieren la movilización de recursos humanos, materiales y por supuesto económicos, que muchos gobiernos no pueden enfrentar, dadas sus limitaciones presupuestarias, o por simple desconocimiento de estos requerimientos de éxito.

### **1.16 DIÁLOGO NACIONAL EN SALUD**

En años anteriores, y del 25 al 26 de abril en el Círculo de Oficiales del Ejército (Calacoto de la ciudad de La Paz) se realizó la segunda fase del Diálogo Nacional de Salud con la participación de 360 personas de la sociedad.

En este Diálogo Nacional se centró la atención sobre varios aspectos que sobre todo recalcaron la participación de la comunidad en el que hacer de salubridad.

Por ejemplo se pusieron en evidencia los éxitos y fracasos, de una serie de acciones participativas en salud, con diverso grado de continuidad y reafirmación de la participación comunitaria en salud, que necesariamente constituyen las bases para la construcción de una propuesta renovada de reordenamiento del sector.

Entre los grupos de acciones más significativas y de mayor protagonismo ciudadano se encuentran:

- Movilización social y vigilancia epidemiológica comunitaria: Consiste en la labor asistencial y promocional realizada por personas de la comunidad que voluntariamente expresan su solidaridad mediante su participación en acciones de los servicios y de los programas, facilitando el acceso de la población a los servicios, orientando sobre los cuidados de la salud en el hogar, prestando

---

<sup>74</sup> OEA/MIDEPLAN/CEPAL *Institucionalidad social para la superación de la pobreza y la equidad*  
Editor: R. Franco, 1998 Santiago de Chile

asistencia de acuerdo a sus posibilidades a las personas con problemas y coadyuvando con el trabajo comunitario del personal de salud. También recolectan información y contribuyen al análisis de los problemas locales.

- **Comunicación comunitaria y abogacía:** Son el conjunto de acciones que realizan diversos actores de la comunidad para construir socialmente una cultura sanitaria preventiva y facilitadora de los cuidados de la salud, con las herramientas comunicacionales disponibles en cada comunidad.
- **Control social de la calidad de la atención:** Es la facultad de ejercer la defensa del derecho a la salud mediante el conocimiento del desempeño de los servicios y la vigilancia del manejo de los recursos destinados a la salud por parte del Estado, que tienen las organizaciones representativas de la comunidad en todos los niveles de gestión de la salud.
- **Planificación participativa y gestión social en salud:** Consiste en el ejercicio legítimo de la participación de la población en los procesos de identificación de necesidades, determinación de prioridades de gasto e inversión pública, asignación de recursos, ejecución y evaluación de las actividades de las instituciones y autoridades sanitarias, especialmente en los Planes de Desarrollo Municipal y los Planes Anuales Operativos correspondientes.

### **1.17 EL MARCO LEGAL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN BOLIVIA.**

La ley de Participación Popular reconoció la división territorial de las secciones de provincia ya existentes considerando que cuentan con una superficie territorial y una densidad poblacional medianamente adecuadas. De este modo la ley de Participación Popular dispuso la división del territorio nacional en 314 municipios con iguales competencias y atribuciones, correspondiendo éstos a la jurisdicción territorial de la sección de provincia y reconociéndoles a cada uno de ellos un solo gobierno municipal. Para avanzar en una estructura más coherente de unidades político-administrativas menores al interior de los municipios, en reemplazo de los cantones, se han promovido procesos de distritación municipal, pudiendo designarse en cada una de ellos un



subalcalde, de tal manera que respondan a las características físicas y geográficas, y representen unidades socio-culturales con rasgos productivos comunes en cada municipio.

Como sujetos de la ley de Participación Popular se reconoce, promueve y consolida a las comunidades indígenas, pueblos indígenas, comunidades campesinas y juntas vecinales en la vida jurídica, política y económica del país, a las cuales denomina con el término genérico de organizaciones territoriales de base (OTB's)

Dentro del Art. 14 de la Ley de Participación Popular, Ley N° 1551, del 20 de abril de 1993 se han definido nuevas competencias para los municipios, que son:

ARTICULO 14°. (Ampliación de Competencias Municipales).-

I.- Se amplían todas las competencias municipales al ámbito rural de su jurisdicción territorial.

II.- Además de lo establecido en el Art. 9 de la Ley Orgánica de Municipalidades, se amplía la competencia municipal en las siguientes materias:

a) Administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Gobierno Municipal, incluyendo los transferidos por la presente ley, reglamentando su uso.

b) *Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios de salud, saneamiento básico, educación, cultura y deporte.*

c) Supervisar de acuerdo a los respectivos reglamentos, el desempeño de las autoridades educativas, directores y personal docente, y proponer a la autoridad educativa departamental la

ratificación por buenos servicios o la remoción por causal justificada, por gestión directa o a solicitud de las organizaciones territoriales de base y del Comité de Vigilancia.

d) *Fiscalizar, supervisar y proponer el cambio o la ratificación de las autoridades en el área de salud pública, con arreglo a los reglamentos sobre la materia y precautelando la eficaz prestación del servicio, por gestión directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.*

e) Administrar los sistemas de catastro urbano y rural de acuerdo a las normas técnicas y de aplicación general emitidas por el Poder Ejecutivo.

f) Administrar los registros y padrones de contribuyentes necesarios para la recaudación de ingresos propios, en base al catastro rural y urbano y al Plan Nacional de uso de suelo aprobados por el Poder Ejecutivo.

g) Conservar y restaurar el patrimonio cultural e histórico y promover la cultura en todas sus expresiones.

h) Promover y fomentar las prácticas deportivas buscando su masificación y competitividad.

i) Promover el desarrollo rural mediante la utilización de tecnologías propias y otras aplicadas, obras de microriego y caminos vecinales.

j) *Dotar y construir nueva infraestructura en educación, cultura, salud, deporte, caminos vecinales y saneamiento básico.*

k) Contribuir al mantenimiento de los caminos secundarios y vecinales que pasen por el municipio.

l) Responder a las peticiones, representaciones, solicitudes y actos de control social de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de Vigilancia.

m) Atender los programas de alimentación complementaria incluyendo los desayunos escolares.

n) Promover y fomentar políticas que incorporen las necesidades de las mujeres en el ámbito de las competencias municipales arriba mencionadas.<sup>75</sup>

Además de la transferencia de la infraestructura de salud y educación, se han creado otros actores sociales civiles que se comprometen activamente en el quehacer municipal, participando más que todo como entes fiscalizadores de los procesos de educación y salud.

Es decir que ahora ya no habla con el gobierno central sobre la falta de medicamentos o sobre el mal estado o necesidad de refacción de los hospitales y centros de salud, sino mas bien con las Alcaldías

A nivel Latinoamericano, el mayor grado de formalización otorgado al control social se da en el caso de Bolivia, donde, aunque sólo para el espacio municipal, el diseño institucional contempla: i) un órgano especial cuya legitimidad es jurídicamente reconocida por el Estado y cuyas atribuciones son asignadas legalmente; ii) que actúa en representación de sujetos sociales específicos; y iii) que dispone de recursos expresos, respaldados por la normativa jurídica, para hacer valer el control social.<sup>76</sup>

El caso presenta, a su vez, otra singularidad: en principio, los sujetos sociales habilitados para ejercer el control social son un cierto tipo de organización social, aquellas de base territorial. En efecto, bajo un contexto singular, signado por un esfuerzo de fortalecimiento y de democratización de los espacios municipales, en el año 1994 la Ley de Participación Popular reconoce personalidad jurídica a las comunidades

---

<sup>75</sup> Bolivia. Ley de Orgánica de Municipalidades. Ley N° 1551. Art. 9

<sup>76</sup> Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Participación Popular (1996a). *Sujetos de la participación popular*. La Paz: SNPP.

campesinas, comunidades y pueblos indígenas y juntas vecinales, denominadas genéricamente "Organizaciones Territoriales de Base" (OTB).

La personalidad jurídica otorga a la organización que la requiera y haya cumplido los requisitos legales, capacidad de actuar y participar ante cualquier instancia pública o privada para demandar o hacer valer sus derechos y contraer obligaciones. Entre tales derechos figura el de **"proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de la comunidad"**, **"representar y obtener la modificación de acciones cuando sean contrarias al interés de la comunidad"**, **"proponer cambio o ratificación de las autoridades educativas y de salud en su territorio cuando exista un motivo justificado"** y **"pedir informes a su gobierno municipal sobre el uso del dinero de la Participación Popular y pronunciarse sobre ello"**<sup>77</sup>

Sin embargo, tal como lo disponen las normas, las OTB no ejercen necesariamente en forma directa tales derechos, sino a través de una figura especial elegida por aquéllas, y que también dispone de personería jurídica, el "Comité de Vigilancia". Este es definido como "el organismo que articula a las comunidades campesinas, comunidades y pueblos indígenas y juntas vecinales con el Gobierno Municipal; articula también las demandas de la población con la Planificación Participativa Municipal. Representa a la población y ejerce el control social".<sup>78</sup>

De hecho, la composición y las atribuciones del Comité de Vigilancia son definidos de manera precisa por la ley. Destacan, en cada caso, varias cuestiones. Primero, en lo que respecta a la composición, se estipula que los candidatos deben ser postulados por una OTB de la jurisdicción municipal respectiva ("según usos y costumbres"), pero además que deben ser miembros de la OTB con personalidad jurídica que lo postula.<sup>79</sup> En sí, el Comité de Vigilancia se conforma por un representante de cada cantón o distrito de la jurisdicción municipal, elegido por las OTB. Una vez elegidos, los miembros deben, a su vez, acreditar su representación ante el Concejo Municipal correspondiente.

---

<sup>77</sup> *Ibíd.*

<sup>78</sup> *Ibíd.*

<sup>79</sup> *Ibíd.*

Con respecto a sus atribuciones, la Ley de Participación Popular es también precisa, reconociéndoles las de "vigilar que los recursos municipales de Participación Popular sean invertidos en la población urbana y rural, de manera equitativa..."; "controlar que no se destinen en gastos corrientes del Gobierno Municipal más del 15% de los recursos de la Participación Popular" y "pronunciarse sobre el presupuesto de los recursos de la Participación Popular, y la rendición de cuentas de gastos e inversiones efectuados por el Gobierno Municipal". Sin embargo, de este hecho se derivan dos tipos de roles distintos atribuidos a los Comités de Vigilancia. Uno (vinculado a la primera atribución), de agregadores y promotores de las demandas sociales en el proceso de planificación municipal, y otro, de control social, que, a su vez, engloba al primero.<sup>80</sup> Por otra parte, normas legales posteriores atribuyen funciones a los Comités de Vigilancia en los campos de la salud y la educación, que incluyen, entre otras, la participación en los directorios tanto de unidades específicas como de entes locales.

Ahora bien, en lo que compete a los recursos de que disponen los Comités de Vigilancia para desarrollar su rol de control social sobre los gobiernos municipales, las disposiciones legales son taxativas: se les otorga la posibilidad de que se ejerza una sanción colectiva sobre el Gobierno Municipal, que se expresa en la suspensión de los recursos de la participación popular.

Formalmente, las denuncias siguen una trayectoria que comienza en el Comité de Vigilancia, sigue en el Poder Ejecutivo (a través del actual Ministerio de Hacienda) y culmina -en caso de no respuesta o satisfacción- en el Senado. Desde que éste admite la denuncia, quedan congelados los recursos de la co-participación tributaria del Gobierno Municipal infractor.

## **1.18 LA LEY DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

La idea básica de la descentralización es la de acercar el Estado a los ciudadanos, de manera que se tome en cuenta a la ciudadanía en los asuntos públicos, no únicamente como votantes.

---

<sup>80</sup> Guzmán Boutier, Omar (1998). Denuncias del comité de vigilancia o cuán efectivo es el control social. En: *Participación popular : una evaluación-aprendizaje de la Ley, 1994-1997*. Bolivia. Viceministerio de Participación Ciudadana y Fortalecimiento Municipal. La Paz: VPPFM.

El proceso de descentralización en Bolivia empieza a concretarse con la Ley de Participación Popular que amplía las responsabilidades de los Gobiernos Municipales junto al reconocimiento de la participación ciudadana a través de organizaciones comunitarias, indígenas y campesinas, y juntas vecinales (OTB).

La Ley de descentralización administrativa, señala:

**Artículo 1:** En el marco de la Constitución Política del Estado, La Ley de Descentralización Administrativa regula el régimen de descentralización administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, que conforme al sistema unitario del Estado, consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico / administrativo no privativas del Poder Ejecutivo a nivel Nacional.<sup>81</sup>

El objetivo de la ley de Descentralización es, por tanto, mejorar y fortalecer la eficiencia y la eficacia de la administración pública en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población, para que ella entre en un camino hacia el desarrollo.

La Ley de Descentralización Administrativa otorga Poder Político a los departamentos. Es decir, el Estado designa responsables por departamento que representan al Presidente de la República. Este Poder departamental está compuesto por el Prefecto y por los Consejeros Departamentales. Ambos conforman el Consejo Departamental.

En el artículo Cuarto de la Ley de descentralización Administrativa, se establecía quién era el prefecto.

**Artículo 4:** En cada Departamento, el Poder Ejecutivo está a cargo y se administra por un Prefecto designado por el Presidente de la República.<sup>82</sup>

El Prefecto es el representante del Presidente; como tal, el Prefecto administra el Poder Ejecutivo a nivel departamental.

El Prefecto tiene las mismas funciones del Presidente de la República solamente que en el Departamento. Él se encarga de administrar los recursos económicos y financieros; y de formular, y de ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social.

---

<sup>81</sup> BOLIVIA. Ley de descentralización Administrativa. Art. 1

<sup>82</sup> *Ibíd.* Art. 4

Mientras que se define al Consejo Departamental en el Art. 4 de esta Ley de la República, en los siguientes términos:

**Artículo 10:** El Consejo Departamental es un órgano colegiado de consulta, control y fiscalización dentro del ámbito de atribuciones que señala la Ley de Descentralización Administrativa, de los actos administrativos del Prefecto.<sup>83</sup>

El Consejo Departamental está compuesto por un miembro de cada provincia y es presidido por el Prefecto. El Consejo es el grupo de representantes que controla los diferentes actos del Prefecto y vigila que los recursos económicos sean bien utilizados.

La designación de los Consejeros departamentales, es un aspecto importante, ya que son personas especiales, de reconocida reputación entre la ciudadanía de las distintas provincias, que tendrán la tarea de transmitir las necesidades de sus respectivas provincias a las que representan; según se señala en la misma Ley de Descentralización Administrativa.

**Artículo 12: I.** Los Concejales Municipales de cada una de las provincias del departamento, designan por dos tercios de votos de sus miembros presentes, a los ciudadanos que reúnan las condiciones de idoneidad y que deben tener domicilio en la provincia, por lo menos durante el año anterior a su elección.

**II.** En cada Provincia que tenga derecho a uno o más consejeros adicionales por razón de población, la designación se hará respetando la proporción poblacional de cada sección municipal dentro de la Provincia y estará a cargo del Concejo Municipal correspondiente.

**III.** Los Concejales municipales y los funcionarios jerárquicos de la administración pública, no podrán ser designados Consejeros Departamentales.

**IV.** Los Concejales Municipales podrán revocar la designación de los Consejeros, por dos tercios de votos de sus miembros presentes, por causales establecidas mediante reglamento.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> *Ibíd.* Art. 10

<sup>84</sup> *Ibíd.* Art.12

Cada uno de los Consejeros Departamentales tiene que reunir requisitos que le hagan capaz para el puesto de Consejero. Como se dijo anteriormente, deben ser verdaderos líderes que pueden representarnos como provincia para que puedan cuidar nuestros derechos como departamento.

Los Consejeros Departamentales son elegidos por los Concejales Municipales; por lo tanto, el Concejo Municipal es el responsable de la elección de nuestro Consejero Departamental.

En el caso de que los Concejales Municipales se equivoquen al elegir al representante departamental, ellos pueden cambiarlo o cambiarla para sugerir otro hombre u otra mujer que sí pueda ponerse la camiseta por nuestro departamento.

Este representante provincial durará 2 años en sus funciones como Consejero Departamental. Si ha desempeñado una buena labor puede ser elegido o elegida por segunda vez.

Los Consejeros se reúnen con el Prefecto cada mes; también, el Prefecto puede llamarles de forma urgente para cualquier asunto que sea del interés del Departamento.

El Consejo Departamental juega un papel importante en la historia de cada Departamento. Los Consejeros se encargan de aprobar los planes de desarrollo para el departamento, el presupuesto económico para saber cuánto y en qué se gastará el dinero y los informes del Prefecto sobre los gastos que se hacen de la Prefectura.

También, el Consejero de Departamento se encarga de atender las necesidades y los pedidos de las poblaciones de la capital, de las provincias y de los cantones. Por otro lado, tiene la responsabilidad de hacer un llamado a la comunidad para que participe en el que hacer del Departamento.

## **1.19 LA SALUD PÚBLICA Y LOS MUNICIPIOS**

En el espacio de la Administración Pública en Bolivia, el nacimiento de los primeros Municipios descentralizados, supuso la aparición de grandes municipios, por ejemplo, el municipio paceño, que por su elevada población, captó grandes recursos económicos, y que por ello pudo hacerse cargo de los servicios de salud y educación sin muchos



problemas, pudiendo cubrir los huecos más urgentes del sistema sanitario y actuando sobre todo en la atención primaria de salud, la promoción y la prevención de la salud.

Así se abrieron a partir del año de 1994, centros de salud con múltiples servicios como: planificación familiar, salud escolar y atención materno-infantil, prevención del cáncer genital femenino, enfermedades de transmisión sexual, atención a la mujer y la familia, control e higiene de los alimentos, las aguas y el medio-ambiente.<sup>85</sup> En definitiva se pretendía mejorar el nivel de salud de la población, con medidas de prevención y promoción y desde un modelo integrador y multidisciplinar.

Ahora Con la aplicación en el país de la Ley de Participación Popular, se dan algunas características interesantes:

- La Administración Local de la salud y las Entidades Municipales tienen una mayor cercanía con el ciudadano.
- Poseen un conocimiento más práctico y real de los problemas específicos de los habitantes.
- El ámbito municipal como entorno humano, y la Administración Local de la salud como Institución, son marcos idóneos para unir eficazmente los resultados de la inspección sanitaria con proyectos prácticos de mejora ambiental y con programas de información y educación para la salud.
- La promoción para la salud en este marco, crea entre el ciudadanía y el Gobierno Municipal un flujo de relación e intercambio de ideas, sugerencias y soluciones de los problemas de salud y posee una rentabilidad política inherente.”<sup>86</sup>

Estas acciones o nuevos escenarios deben ser compartidos entre personas que están en el mismo territorio, el municipio, que desde 1994 deben sentarse juntos a planificar las políticas de salud dentro de ese mismo territorio, considerando sus limitaciones presupuestarias y necesidades institucionales.

---

<sup>85</sup> COMINETTI R.(comps.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Santiago de Chile, CEPAL.

<sup>86</sup> Municipio de Alcobendas. Educación para la Salud: conceptos y evolución. 2003. Huelva España

## 1.20 LOS ACTORES SOCIALES CON PODER DE DECISIÓN

Uno de los rasgos más destacados de la evolución de la salud pública en los municipios de Bolivia es la presencia de una multiplicidad de actores públicos y privados en este campo. Frente a la situación más tradicional en la que las Administraciones Públicas eran las únicas entidades que abordaban el trabajo en el ámbito de la Salud Pública, los últimos años han visto aparecer un conjunto mucho más variado, rico y plural de actores en este terreno: las organizaciones territoriales de Base (OTBs), Los Comités de Vigilancia, etc., que influyen en los siguientes aspectos dentro del campo de la salud:

- Movimientos y asociaciones más específicas y especializadas en algún tipo de problema de salud pública.
- Los propios movimientos vecinales representados principalmente por las Juntas Vecinales, pero no sólo por ellas se han ido erigiendo con el paso del tiempo en uno de los actores más presentes en el terreno de la Salud Pública y en especial en todo lo que se refiere a las dimensiones más urbanas y medioambientales de la misma.
- Las distintas ONG más clásicas como *Cáritas* o *Cruz Roja* o más recientes como puedan ser *Médicos sin Fronteras*, cumplen una función esencial en el abordaje de algunos de los problemas de salud de algunos de los colectivos y sectores marginales y/o excluidos de Madrid.<sup>87</sup>

El accionar de todos estos actores hace que se tenga un complejo panorama para la gestión de la salud en los municipios, al parecer hay más actores y opiniones unilaterales de cómo realizar la gestión en salud que ideas constructivas y de progreso para ésta área.

## 1.21 El Sistema Nacional de Planificación SISPLAN

Dentro de las normativas que tiene el Ministerio de Salud de Bolivia, se tiene **Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud**, que es el documento que de forma reglamentaria determina el Sistema Nacional de Salud, en él se establecen de forma

---

<sup>87</sup> UNICEF. Salud Comunitaria en Bolivia. México. Ed. Azteca. 2003 Pág. 23-24

individualizada a los actores que debieran intervenir en el accionar en salud en Bolivia, por ejemplo, en el primer artículo, se mencionan a los siguientes actores; al Sistema Público, al Seguro Social de corto plazo, las Iglesias, las Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y a la Medicina Tradicional, quienes debieran actuar de forma permanente en beneficio de la salud de los estantes y habitantes de Bolivia, pero existe algo que no funciona de forma eficiente.

En el sexto artículo, referido a las Funciones y Atribuciones de los Comités de Vigilancia en el DILOS, se propone apoyar la organización y el desarrollo de redes sociales basadas en la cultura organizativa de los pueblos con énfasis en las poblaciones campesinas, indígenas y originarias, para lograr una activa participación en la planificación de salud, así como el control social de la gestión de los programas de salud y el SUMI.

Asimismo, informar periódicamente a las organizaciones de base de su municipio sobre los avances en salud, así como canalizar sus iniciativas y demandas en procura de una mejor calidad de vida. Artículo que no tiene el efectivo cumplimiento porque no basta la escritura de la participación comunitaria, sino promover su efectiva aplicación.

El artículo octavo del Decreto Supremo en análisis señala las funciones y atribuciones del Directorio Local de Salud DILOS, en los siguientes términos:

- Ejecutar la gestión compartida con participación popular de salud en su ámbito municipal, armonizando la planificación participativa municipal con la sectorial para garantizar la prestación de todos los servicios de salud, el desarrollo de programas de atención integral y el SUMI, en el marco del ejercicio del derecho a la salud, basado en la interculturalidad, la equidad de género y la inclusión social.
- Promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud en el marco de regulaciones y convenios en vigencia.
- Elaborar, suscribir y evaluar compromisos de gestión con el Gerente de Red.

- Evaluar la situación de salud, la red de servicios, la ejecución de programas, el SUMI y la calidad de atención.
- Instruir la realización de auditorías financiero-contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios.
- Apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de las Cuentas Municipales de Salud, promoviendo la generación de informes periódicos dirigidos a los Concejales y la comunidad.
- Gestionar los recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios de salud, promoviendo en los establecimientos y brigadas móviles de salud la aplicación de modelos de gestión, para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios.
- Para su funcionamiento el DILOS podrá utilizar las instancias técnico-administrativas y sociales existentes en el Gobierno Municipal, Redes de Salud, Redes Sociales y Servicio Departamental de Salud.
- El DILOS elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el MSPS.<sup>88</sup>

En el Capítulo III, artículo N° 15 de la normativa, se indica la forma en que debiera llevarse a cabo el proceso de planificación participativa:

- La gestión compartida con participación popular en salud, será instrumentada a través de la planificación participativa como mecanismo que garantice la presencia del Gobierno Municipal o Mancomunidad de Municipios, SEDES y organizaciones de la sociedad en el diseño y gestión de su propio desarrollo.
- Los establecimientos de salud integrantes de la Red de salud deberán realizar planes operativos anuales - POA, con participación de la comunidad y todos los actores involucrados en la defensa de la salud en su área de influencia. Cada POA se constituirá en el compromiso de gestión con el DILOS.

---

<sup>88</sup> BOLIVIA. D. S. *Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud*. Art. 8

- Los DILOS conformarán mesas de negociación municipal con participación de representantes de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, juntas vecinales y de todas las instituciones vinculadas a la salud, asentadas en su municipio, para generar procesos de planificación participativa sectorial, cuyos resultados se constituirán en el POA del DILOS, el cual es el compromiso de gestión del DILOS con el SEDES.
- El POA de los establecimientos de salud y del DILOS debe ser incorporado en los procesos de planificación participativa municipal.<sup>89</sup>

Es así que en Bolivia, una vez más se ha creado un documento que establece los roles de actores sociales a todo nivel, nacional, departamental, municipal y local, pero no da los instrumentos para la efectiva participación de los mismos, la idea de que colocar recursos económicos y financiamiento para estos decretos, es suficiente para su ejecución, persiste y sigue representando un gasto de recursos económicos de forma ineficiente, ya que si bien se da cabida a la participación de la comunidad originaria en el proceso de planificación, no se dice nada de su participación en los procesos de ejecución y evaluación.

## 1.22 LA VISIÓN ANDINA DE LA SALUD

Como afirman algunos autores, las culturas andinas asumen una actitud integral, global, respecto al cuerpo y alma, persona, sociedad y cosmos. No se puede considerar al ser humano ni a la enfermedad o a la salud separadamente, sin tomar en cuenta todo el entorno (familiar, social, natural, etc.). Por otra parte, existe un principio estructural de dualismo (dos mitades, cielo-tierra, grande-chico, frío-caliente) que debe estar en armonía y equilibrio.

La enfermedad es considerada justamente como un desequilibrio entre los contrarios. Consiguientemente, el proceso de curación pasa por el restablecimiento del equilibrio entre influencias opuestas.

Algunos ejemplos: el resfrío es generalmente considerado « fresco» y puede ser curado con inhalaciones de eucalipto considerado «cálido», mientras que la fiebre (cálida) se

---

<sup>89</sup> *Ibíd.* Art. N° 15

curará con un emplasto fresco. En algunas regiones la inyección es percibida como «cálida», debido a ello muchas veces es rechazada cuando se trata de una enfermedad considerada «cálida». Siguiendo la lógica de los opuestos, no es de extrañarse que frecuentemente se rechacen las sales de rehidratación en casos de diarrea aguda, lo que se necesita es algo que «seque» las heces en vez de introducir al cuerpo un elemento líquido más.

Otro aspecto fundamental de las culturas andinas es el del intercambio y reciprocidad respecto a todos los ámbitos de la vida y de relaciones: entre personas, entre la naturaleza y el ser humano, etc.

En este sentido, cuando por una u otra razón el principio de reciprocidad no se cumple, se produce el desequilibrio, la enfermedad, la riña, etc.

Según apreciaciones de algunos autores, las rupturas de equilibrio (enfermedades) pueden ser de varios tipos:

- “Enfermedades de dios”. Frecuentemente resentimiento o ira de los Apus (espíritus de las montañas) o de la Pachamama (madre tierra) por que no se les trató bien, es decir, se faltó al principio de reciprocidad.
- “Enfermedades del blanco”. Algunas infecciones.
- “Enfermedades de la posta”. Las que sólo se pueden curar a través de la medicina occidental.
- “Nuestras enfermedades” o “enfermedades del brujo”. Las que sólo se tratan con curanderos y medios tradicionales.

Es así que cuando escuchamos decir «no había sido enfermedad de médico», simplemente significa que el médico no puede curar todas las enfermedades y que hay casos que sólo el yatiri (curandero) puede curar. En el período de la concepción, el embarazo y el parto existen muchos peligros de tener una enfermedad de este tipo, por ello existe una variedad de medidas de protección.

Más allá de lo anecdótico o «exótico» de ésta y otras maneras de concebir la salud-enfermedad en las distintas culturas y latitudes del mundo, lo que se intenta es demostrar que no se puede prescindir del conocimiento de esas otras formas de ver las cosas cuando se trata de impulsar proyectos de cualquier tipo. Es necesario hacer un esfuerzo de lucidez y honestidad en las explicaciones respecto a los pocos o nulos resultados de las políticas de salud, aplicadas indiferentemente en distintas regiones y culturas del mundo.<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Burgos, Ofelia. Saber ancestral en los andes, salud, parteras e identidad cultural indígena. Editorial. DERTHE. Lima Perú. P. 67 – 70.

# CAPÍTULO III



## 2 PLANIFICACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS

### 2.1 PLANIFICACIÓN

La planificación del trabajo de campo fue realizada con un mes de anticipación, se tuvo la colaboración de profesionales médicos que participaron en las reuniones de grupos focales realizadas en el Centro Polifuncional de la localidad de Zudañez.

Para asegurar la participación de los actores identificados como agentes que debieran participar en la reunión, se visitó la localidad y principales comunidades en dos oportunidades, para comprometer su participación en una fecha futura, asegurar que esta actividad no se cruzara con otras propias de sus funciones.

Una vez coordinada y asegurada la participación de los participantes, se prepararon los medios e instrumentos que se iban a utilizar, como ser: grabadora, papeles, lápices, borradores, etc.

El día de la realización del grupo focal, se partió en una movilidad de uso público con destino la población de Zudañez. El tiempo de viaje fue de una hora y cuarenta minutos, debido a que en el transcurso del viaje se recogían y dejaban pasajeros en comunidades intermedias.

Una vez en la población, el equipo se dirigió hacia el centro Polifuncional de la comunidad y se preparó el ambiente para que los participantes se sientan cómodos y a gusto.

Uno a uno fueron llegando los participantes, más o menos a la hora fijada. Esto demostró un interés especial en el evento a realizar.

La guía de trabajo que se presenta en el Anexo N° 2, fue dividida en las siguientes partes:

- Mecanismos
- Amplitud
- Áreas de participación

– Modalidades

Todas ellas enfocadas a la participación comunitaria en la planificación de salud dentro del Municipio de Zudañez.

La guía de trabajo fue desarrollada a partir de la guía denominada de “Diagnóstico de Participación de la Sociedad en Salud”<sup>91</sup> de Panamá, que al parecer es común en su aplicación en todos los países de Centroamérica, y tiene sus orígenes en el país de Cuba; este instrumento fue alterado a la realidad de la región en estudio y de acuerdo a las características culturales de la sociedad andina; los cambios introducidos a este instrumento de diagnóstico, fueron fruto del trabajo coordinado de los tres profesionales que también realizaron el trabajo de grupos focales.

Los resultados que a continuación se detallan, están divididos en estos aspectos y se presentan en cada uno de ellos las impresiones de los personeros de salud en primer lugar y a continuación la de los dirigentes comunitarios y alguna participación de personas de base que a pesar del impulso a su participación no se logró que fueran más abiertos, más expresivos.

## **2.2 RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE LA REUNIÓN DE GRUPOS FOCALES**

### **MECANISMOS**

En cuanto a la organización de la comunidad para llevar a cabo acciones dentro de la planificación de salud, se tiene diferentes puntos de vista y opiniones a este; por un lado los personeros de salud del municipio manifestaron que mediante Decreto Supremo N° 2426, la sociedad está organizada o más bien se debe organizar según sus costumbres y orígenes para que pueda coordinar el accionar en salud.

*“Esto les permite a ellos participar o realizar acciones colectivas dentro del proceso de planificación de salud, a través de su representante en el Directorio Local de Salud”  
(Personero de salud)*

---

<sup>91</sup> Ministerio de salud de Panamá. Disponible en:  
[www.ministeriodesalud.gob.pa/biblioteca/dinost/guia.pdf](http://www.ministeriodesalud.gob.pa/biblioteca/dinost/guia.pdf) Consultado en: 04/02/2005

La comunidad por su parte, manifestó que se organizan de forma autónoma para participar en los Planes Operativos de los municipios, y en esas reuniones ellos se preparan para poder realizar sugerencias en las reuniones de planificación que se preparan de forma anual en el municipio de Zudañez, al tiempo de la realización del Plan Operativo Anual, POA municipal:

*“Nos reunimos en la comunidad para determinar las cosas que vamos a llevar a la reunión de elaboración del POA del municipio...toda la comunidad con representantes participa” (Dirigente comunario)*

Quizás por ser la primera pregunta del grupo focal organizado, es que se presentó una actitud pasiva de los representantes de la sociedad, e incluso se muestran tímidos frente a las preguntas que se les hizo.

La participación de los miembros de la sociedad se enmarca dentro de lo que señala la teoría antropológica, con escasa participación de parte de la sociedad en los procesos de planificación, y casi ninguna de parte de las mujeres de la comunidad. Muchos de ellos no tienen esa identificación con la sociedad, sobretodo en las mujeres se nota el cumplimiento de un papel aprehendido desde la niñez y que la destina a las labores de casa.

Por otra parte, si bien los responsables de salud del Municipio y los miembros de la comunidad se reúnen por separado antes de planificar el accionar del Municipio durante todo el año, no se obtuvieron respuestas exactas a una simple interrogante: *“¿La comunidad conoce y se comunica con el responsable de la planificación de salud en el municipio?”*

A esta pregunta, la parte formal de salud del municipio, que está compuesto por los encargados de salud, indicó que era necesario hacer conocer a la comunidad la parte legal del proceso de salud, dado que esto les permite hacer conocer sus demandas. Aquí como en otras partes del evento realizado, sobresale el hecho de que las demandas de la comunidad se van sobretodo al sector de infraestructura, equipamiento, etc., para el funcionamiento de puestos de salud en las comunidades.

*“El encargado de salud del municipio, sí se comunica con la comunidad, aunque las demandas de ellos, van sobretodo al sector del municipio, porque dentro de sus competencias están aspectos como: Infraestructura, equipamiento, medicamentos, para el funcionamiento del sector salud.” (Personero de salud)*

Esto puede demostrar una falta de conocimientos o de desarrollo de competencias por parte de la comunidad para que ésta pueda participar de mejor forma en el proceso de planificación, ejecución evaluación del componente de salud. En este punto se identifica la actitud de la comunidad encerrada en sí misma y escasamente abierta a los personeros de salud, teoría sociológica que caracteriza la actitud de las sociedades andinas.

Hubo un dirigente comunario que llegó tarde al evento, pero al parecer es uno de los más radicales en cuanto a la forma de exigir el cumplimiento de las demandas de la comunidad y al respecto de la pregunta dijo:

*“Si, lo que más importa es pues las otras cosas que permiten a las familias comer...”  
(Dirigente comunario)*

Las respuestas que se obtuvieron de la comunidad, también fueron esquivas a la pregunta planteada y señalan que comunidad utiliza a las OTBs (Organizaciones Territoriales de Base) para planificar los planes operativos de los municipios, y destinan recursos para el rubro de salud, además se designa a los responsables de salud para que se encarguen de la organización de clubes de madres, centros de salud, RPS, quienes colaboran en los procesos de salud.

*“Nos reunimos para elaborar el POA de Zudañez, y ahí planteamos nuestras demandas a la alcaldía...” (Dirigente comunario)*

Las respuestas no fueron dirigidas a la pregunta planteada, y por mucho que se explicaba la pregunta, no se lograba tener una respuesta satisfactoria. Incluso se pidió a los miembros de la dirigencia comunitaria el nombre del encargado de salud del Municipio, y ellos insistían en mencionar su participación en salud en las reuniones de planificación. Esto demuestra que no existe mucho contacto entre el encargado de salud del municipio y los dirigentes de la comunidad. Se evidenció una vez más la

intransigencia del dirigente radical quién desde que llegó a la reunión de grupo focal, tomó la cabeza e iniciativa de los dirigentes comunarios asistentes.

Al recibir estas respuestas esquivas, se preguntó a ambos grupos sobre la existencia de barreras o de algunos aspectos que dificultan la participación de la comunidad en el proceso de planificación de salud. Estas las respuestas obtenidas:

En este punto, los personeros de salud acusaron a los dirigentes de la comunidad de una falta de conciencia por parte de la comunidad respecto a la importancia que tiene el sector salud, en parte por la falta de tangibilidad de los resultados:

*“Respecto a que si existen algunas barreras, o aspectos que dificultan la participación de la comunidad podemos mencionar, que es el tema de que ellos no asimilan el tema de la salud como prioridad, ya que no lo ven reflejado como en otros aspectos, como obras o algo que ellos puedan enfatizar como representantes...El sector salud tiene una participación representativa tal vez mínima, ya que las necesidades son muchas, pero no se reconoce el trabajo del representante del sector salud, porque no ven su accionar como un logro obtenido... Por ello, cuando se tiene un proceso de planificación en el municipio, ellos (la Comunidad por sus representantes) priorizan aspectos de poteos, alcantarillados, etc.” (Personero de salud)*

La participación de las OTBs en las reuniones de elaboración de los POAs, hace que muchas veces se prioricen aspectos como poteos, alcantarillados, etc., antes que el aspecto de salud, aspectos que se ven, se pueden palpar en la realidad. El dirigente comunitario indicó:

*“La gente prefiere cosas que se puedan ver, como poteos, alcantarillado, electricidad, porque sino te dicen que no haces nada...” (Dirigente comunario)*

En tanto, la comunidad afirmó que los factores que dificultan la participación de la salud, se identifica al aspecto cultural ancestral que provoca que las comunidades se alejen del proceso de salud del municipio. A este respecto, se sondeó las principales actitudes que presentaba la comunidad de Zudañez y se indicó que existían grupos de personas del municipio que prefieren aún la utilización de la medicina tradicional antes de acudir a los médicos del municipio:

*“La gente de los cantones del municipio, es más tradicional, prefiere utilizar las plantas medicinales, mates, ungüentos, para sanar los malestares de sus familiares enfermos” (Miembro de base)*

La lucha que presentan los encargados de salud del municipio frente a este factor es constante, consiguiendo resultados paulatinamente más favorables, aunque se nota una presencia fuerte de las costumbres de la gente en este municipio.

Entonces la cultura ha sido identificada como el aspecto que dificulta la participación de la comunidad en los procesos de salud, este aspecto hace que la comunidad se aleje de los centros de salud y sólo acuda a ellos cuando los problemas de salud amenazan la vida de las personas.

La teoría de la acción indica precisamente esta forma de actuar de las sociedades andinas, que las enmarca dentro de un accionar más bien pasivo y/o con escaso contacto coordinado con personas o agentes ajenas a la cultura originaria.

Una vez identificado este aspecto, se preguntó sobre los aspectos que facilitaban esa participación.

Los encargados de salud en el municipio de Zudañez, indicaron que el único aspecto que facilita la participación de la comunidad, es el marco legal que ahora rige en Bolivia, que hace que instituciones de gobierno local, regional o nacional, no realizan procesos de planificación sin la participación de los representantes de la misma comunidad.

*“La Ley de Participación Popular obliga a que en los procesos de salud y de planificación de las actividades en los municipios, se tenga de forma obligada la participación de la comunidad” (Personero de salud)*

*“Antes no podíamos realizar ninguna sugerencia ni podíamos decidir en el municipio, la comunidad solo acataba las órdenes y observaba el accionar del municipio que también era poco...Ahora si podemos hacer muchas cosas” (Miembro de base)*

Respecto al nivel de participación de la comunidad, los personeros de salud manifestaron que ésta ha mejorado en los últimos años, dado que se da a la comunidad

responsabilidades, obligaciones que hacen que tratan de involucrar a la comunidad en las diferentes actividades de salud.

*“Se trata de involucrar a la comunidad, haciéndola participar del proceso, les damos responsabilidades, se necesita impulsar a la comunidad para que participe... no lo hace de forma espontánea” (Personero de salud)*

La comunidad, y sus dirigentes indicaron por su parte que la existencia de la Ley de Participación Popular permite que la comunidad a través de las OTBs, participen en el proceso de planificación de salud:

*“La Ley de Participación Popular permite que el mismo pueblo, y los representantes de las OTBs, participen en los planes operativos anuales de cada municipio, y por tanto tienen posibilidades de exigir al municipio que se destinen recursos para la atención de la salud” (Miembro de base) (Dirigente comunario)*

Los dirigentes de la comunidad y los comunarios, no reconocieron el nivel de participación que ellos tienen, no corroboraron pero tampoco negaron que era necesario que los personeros de salud los organizaran para que ellos participen de mejor forma. En este punto se pudo evidenciar una falta de participación de la comunidad de forma comprometida, de forma espontánea, aspecto negativo para la salud comunitaria. La participación de la comunidad una vez más, se encierra al interior de la misma comunidad, y no se abre hacia la coordinación espontánea, es necesario el accionar de las leyes para que esta se de en la realidad.

Preguntando a continuación sobre la existencia de coordinación y complementación entre los personeros de salud, el municipio, y los miembros de la comunidad, durante el proceso de planificación de salud, se pudo evidenciar un punto de convergencia entre los actores participantes del grupo focal.

Los personeros de salud y encargados de salud dentro del municipio, manifestaron que la coordinación de actividades que se realizan en el municipio, ha mejorado considerablemente en los últimos años, dado que de forma constante se están dando cursos de capacitación para involucrar a miembros de la sociedad en la planificación de

salud y de esta forma concientizar a los ciudadanos del municipios de Zudañez sobre la importancia que tiene la salud para la vida y desarrollo de la comunidad:

*“Si la población no tiene una salud adecuada, no podrá estar en beneficio de un buen desarrollo” (Personero de salud)*

Esta es la consigna que se trata de inculcar en la sociedad para que se tome conciencia de este respecto y se involucren más, sugiriendo ideas al planificador de salud, e incluso participando de forma activa en las actividades planificadas de forma conjunta.

La educación en salud, aspecto importante de la antropología de la salud, es necesaria en la comunidad de Zudañez, donde se ha identificado que una de las barreras más fuertes para el logro de objetivos de participación, es la misma cultura de las personas del lugar que no da lugar a la coordinación y comunicación fluida con los personeros de salud.

Los miembros de la comunidad, los dirigentes participantes indicaron que sí existe una coordinación entre las OTBs y los organismos de las alcaldías, durante la elaboración de las POAs, pero sin mencionar su implementación y control, por lo que en este punto se pudo determinar la no participación de los dirigentes o de la comunidad durante otras facetas del proceso de la gestión de salud.

El siguiente tema que se planteó para su análisis fue referido a la comunicación entre la comunidad y sus miembros, entre ellos y los otros agentes del proceso de planificación de salud en el municipio.

Según la percepción de los encargados de salud del municipio, respecto a la comunicación que se da entre los miembros de la comunidad, es que ésta es de muy baja calidad, esta situación se debe muchas veces a que los representantes elegidos por su comunidad, se olvida de que se debe a sus bases y solamente actúa de forma independiente, sin consultar a las bases los requerimientos que éstos tienen y realiza sus sugerencias de forma personal.

Actualmente la dirección de salud del municipio trata de actuar para solucionar esta situación, pero sin resultados positivos:



*“Se trata de coadyuvar en este proceso, pero hasta la fecha, seguimos en un marco de pretender de que todos se involucren y que el representante no tome decisiones unilaterales” (Personero de salud)*

Ante esta afirmación, se tuvo una respuesta airada de los representantes de la comunidad, sobre todo del agente radical, quién dijo:

*“Eso no es verdad, usted no sabe nada de cómo nos organizamos, la comunidad es más fuerte de lo que somos los dirigentes, ellos conocen, saben porque la comunidad es sabia en estos asuntos” (Dirigente comunario)*

La respuesta dada por los dirigentes de la comunidad, puso el dedo en la llaga, al parecer la acusación hecha por los personeros de salud, es un tema delicado en su tratamiento, lo que hace que los dirigentes de la comunidad se sientan susceptibles ante la acusación de su dirigencia de tipo autoritaria y poco participativa.

Una vez más se evidencia la necesidad de la capacitación a la comunidad en temas de salud, para crear la conciencia salubre de aceptación de colaboración de parte de los personeros de salud en respeto de las costumbres propias de la creencia social de la comunidad de Zudañez.

Más tarde, y en comentarios apartados del grupo focal, los personeros de salud indicaron que tiempo atrás, los dirigentes comunarios tuvieron un roce con sus bases, ya que precisamente fueron recriminados por su proceder aislado de las bases. Esto comprobó el hecho de que la dirigencia de la comunidad no pregunta, no coordina su accionar con las bases. Esto indica que los dirigentes también se constituyen en un obstáculo en el proceso de gestión de salud dentro del Municipio de Zudañez.

La capacitación de dirigentes comunales es también necesaria, según también la teoría de la acción, parte de la teoría política, para que los dirigentes comunales aprendan conducirse como nexos entre la comunidad y los aparatos estatales que buscan el desarrollo social de las comunidades.

Los representantes de la comunidad por su parte, después de solucionado el mal momento, indicaron al mismo respecto que la participación de la comunidad es activa

dentro de la planificación de salud, puesto que se cuentan con instituciones que posibilitan esta actuación y coordinación en el tema de salud.

Ante la decisión de forma personal que toma el dirigente de la comunidad en las reuniones de planificación de salud, se preguntó si existían reuniones previas entre los dirigentes de la comunidad y la misma comunidad

Los encargados de salud del municipio indican que sí existen estas reuniones en la comunidad se reúne de forma separada con los representantes de Juntas Vecinales, Clubes de Madres, etc., para recoger los requerimientos que estos tienen, y luego plantearlos en las reuniones de planificación de salud; pero a pesar de ello, en las reuniones se priorizan aspectos o sugerencias que no precisamente vienen de las bases.

*“Esto permite que el representante tenga una lista de los requerimientos y los pueda presentar en las reuniones de planificación” (Personero de salud)*

Los miembros de la comunidad afirmaron que la organización comunitaria para el aspecto de salud, es inducida o promovida por los mismos personeros en salud que trabajan en el municipio, es por ello que se puede afirmar que se encuentran debidamente organizados, pero no de forma espontánea. Sin embargo, no señalaron si esas reuniones eran de forma anticipada a las reuniones con los personeros de salud o las autoridades del municipio o si en ellas participaba de forma adecuada el dirigente comunitario.

*“Sí nos reunimos, no como ellos nos acusan de que actuamos sin preguntar a las bases, y esas reuniones son mucho antes de que ellos nos llamen para la elaboración del POA” (Dirigente comunario)*

En esta afirmación del dirigente comunal, sobresale la frase: “...antes de que ellos nos llamen...”, frase que dice indirectamente que los dirigentes de la comunidad esperan ser convocados a reuniones de planificación, teniendo ellos incluso la potestad de llamar a reuniones en el municipio.

## AMPLITUD

Durante las reuniones de planificación, a la que asisten solamente los representantes de la comunidad, los personeros de salud, se toman las decisiones finales en base a la fuerza o peso específico de alguno de ellos:

Los personeros de salud, identifican a la comunidad, representada por sus dirigentes como el principal ente de decisión dentro de los procesos de planificación, seguido del municipio, estas dos entidades tienen el poder de marcar el accionar a seguir en cuanto a salud se refiere, dado que ellos manejan y administran el aspecto económico en el municipio. La comunidad es quien, a través de su representante autoriza al Municipio inscribir tal o cual política u objetivo de salud dentro del POA municipal:

*“Se puede manifestar que el grupo comunitario que es el número 1 y que tiene mayor importancia y poder decisión, siempre va a ser la comunidad, seguida de lo que viene a ser el municipio...” (Personero de salud)*

Por su parte los dirigentes de la comunidad y los miembros de la comunidad identifican en última instancia a las personas de la comunidad masculina, como los que deciden el destino del aspecto de salud en el municipio, porque son ellos los que dicen a los dirigentes comunarios qué demandas se tienen en las localidades; esto por el tema cultural nuevamente, que indica que los jefes de familia, es decir los varones de las familias, toman las decisiones importantes.

*“Son los hombres los que deciden las cosas que se van a plantear en las reuniones municipales de salud” (Miembro de base)*

Este aspecto cultural no había sido considerado anteriormente, pero aquí se puede identificar la ausencia de las mujeres, en las decisiones de gestión en salud dentro del municipio de Zudañez, aspecto que no es posible cuando en la misma Ley de Participación Popular, se impulsa la participación de la mujer dentro de las actividades de la comunidad. La ausencia del aspecto de género, se ha identificado, como la debilidad más importante del proceso de gestión de salud en el Municipio de Zudañez.

Al respecto se pudo evidenciar la actualidad de la teoría antropológica del género en salud, que señala que la mujer en el área andina tiene roles específicos que la ligan al quehacer familiar y del hogar, sin permitirle participar en procesos comunitarios, que según los roles de género, son delegados a los hombres de la comunidad.

En la misma línea, se sondeó la necesidad de la participación de los dirigentes en el proceso de planificación de salud en el municipio, o en su caso, conocer a las personas que pueden participar de forma libre en este proceso.

Los personeros de salud, hicieron hincapié en la necesidad de la presencia del representante de la comunidad, y no así de cualquier miembro de base para la realización de sugerencias y expresión de necesidades dentro de las reuniones de planificación en el Municipio.

*“Es muy necesaria y obligatoria la participación del representante de la comunidad en el proceso de planificación de salud dentro de un municipio; porque éste va a ser el único que llevará la voz y necesidad de toda la comunidad” (Personero de salud)*

Los comunarios del municipio, también indicaron que los dirigentes de las OTBs son los encargados de participar en los procesos de planificación.

*“Para eso les elegimos como representantes...” (Miembro de base)*

*“Nosotros no podemos sugerir nada, nuestros representantes son los que van a esas reuniones” (Miembro de base)*

Se hace notar que cuando el miembro de base de la comunidad hizo su participación, los dirigentes adoptaron una pose de dominio o de supremacía sobre los miembros de la comunidad, haciendo ver que son ellos los que tienen poder otorgado por las bases sociales del municipio.

También la teoría antropológica del género en salud, señala que para la mejora de la salud en las comunidades, sería muy conveniente la incorporación de la mujer dentro del proceso de planificación y actuación, dado que precisamente por los roles de género que cumplen hombres y mujeres en culturas andinas, son las que mejor conocen las necesidades de la comunidad.

## ÁREAS DE PARTICIPACIÓN

### Identificación de necesidades

Para saber cómo son las reuniones de la comunidad, para conocer la forma en que se identifican las necesidades de salud en la comunidad, se preguntó sobre la participación de familias o de personas específicas en las reuniones de la comunidad.

Los encargados de salud identificaron a la comunidad como un ente que no puede identificar las necesidades de salud del municipio de forma adecuada, un ente que no tiene la capacidad de identificar las necesidades de salud. El aporte máximo que la comunidad realiza en la identificación de necesidades, son las que las personas encuentran cuando acuden a los centros de salud:

*“...Ya que ellos no van a realizar un análisis de la problemática como debería ser, ellos lo que identifican más, son algunas falencias que las pueden vivir personalmente en cada establecimiento de salud.” (Personero de salud)*

Por lo mencionado por los personeros de salud, se puede afirmar que en el aspecto de participación de la comunidad en la identificación de problemas de salud, se reducen a quejas que se dan en los centros de salud.

Por su parte la comunidad indicó que no participa la familia integra en las reuniones por separado con sus dirigentes, sino solamente el representante de cada familia, el padre de familia, confirmando que la decisión de salud en el municipio de Zudañez esta dada por los varones dejando a un lado a un grupo importantísimo, las mujeres, el enfoque de género en la planificación y todo el proceso de gestión de salud.

*“Los jefes de las familias son los que dicen las necesidades que tenemos en cada comunidad...nosotras no participamos,... no vamos siempre...” (Miembro de base)*

En este punto es aún más clara la vigencia de la ley antropológica del género en salud, donde la mujer andina no participa en las actividades comunales, como la de demandar atención en salud.

### **Según grupo de edad**

En cuanto a los grupos de población considerados por grupos de edad, se obtuvieron las siguientes respuestas concernientes a su participación dentro del proceso de salud que atingen a cada uno de los siguientes grupos:

Respecto a los problemas de salud que se presentan en los niños y niñas del municipio de Zudañez, las autoridades de salud del municipio acusan a la comunidad de poco participativa frente a los problemas de enfermedad que frecuentemente presentan los niños y niñas del municipio, salvo de que se trate de alguno de los miembros menores de las familias de los dirigentes de la comunidad, mostrando con esto, que la comunicación entre dirigentes de la comunidad y las bases, es deficiente y que en conjunto la comunidad no realiza ninguna acción en pro de la salud de estos menores de edad.

*“No están totalmente involucrados en la problemática de salud dentro del municipio”  
(Personero de salud)*

Se deja a los personeros de salud con toda la tarea, sin la ayuda por parte de la comunidad para enfrentar problemas de salud municipales, ellos muy bien podrían coadyuvar en la prevención de estas enfermedades.

Los miembros de la comunidad por su parte, manifestaron que dentro del proceso de salud, se limita a la solicitud de atención médica oportuna, soluciones médicas a los problemas de salud de los niños y niñas.

*“En cuanto a los problemas de la salud de los niños, nosotros demandamos que los doctorcitos les atiendan, les den las medicinas que les curen de mejor forma...”  
(Miembro de base)*

Ante esta pasividad, los personeros de salud son los que conforman los grupos de personas de la comunidad que los capacitan para que participen de forma efectiva en la solución de estos problemas o mejor aún en la prevención, pero aún en los cursos de capacitación, la participación es discontinua.

En relación a los adolescentes y su problemática de salud, los personeros de salud del municipio indican que los problemas de salud que éstos presentan, es más de carácter social o familiar, que se hace frente desde las políticas marcadas por el Ministerio de Salud, sin recibir colaboración por parte de la comunidad en identificar, prevenir o solucionar los problemas de los adolescentes.

*“Muchas veces se ha actuado con los mismos adolescentes y los miembros de sus familias, para poder solucionar un determinado problema y no hubieron mayores logros, no se ve una toma de conciencia sobre la necesidad de actuar de forma conjunta cuando se trata de los adolescentes” (Personero de salud)*

Según el punto de vista de la comunidad, los problemas de salud de los adolescentes que mayormente se presentan en la comunidad de Zudañez, son los embarazos precoces, aparejados problemas de ITS y la comunidad se limitan a rechazar el mal comportamiento de los adolescentes.

Es también necesario tomar en cuenta que en el caso de los y las jóvenes de la comunidad, su participación se refleja en las teorías de la antropología, donde los jefes de familia son los directos responsables de la representación familiar, y donde las mujeres y sobretodo las jóvenes no tienen el rol de representación nisiquiera a nivel personal.

En la prevención, la participación de la comunidad es nula, no educan sexualmente a los adolescentes, no previenen estos embarazos en adolescentes, etc.

Otro de los participantes en las reuniones llevadas a cabo, miembro de base, señaló que un aspecto que esta inmerso en la salud de los adolescentes, es la cultura, ya que en este municipio es común el embarazo precoz y alguna parte de la comunidad acepta esta situación.

*“Los embarazos precoces son aceptados por la comunidad, por eso los tantanacus son mayormente vistos entre los adolescentes.” (Miembro de base)*

Se ha encontrado una divergencia de opiniones en cuanto a la salud sexual de los adolescentes del municipio de Zudañez, por una parte, se encuentran los partidarios de

que se formen parejas y familias de jóvenes adolescentes, y otra los que repudian esta actitud. Según el punto de vista de las autoridades de salud del municipio, estos problemas son más de índole familiar o mejor aún que su prevención radica en la familia de esos adolescentes. Sin procurar impartir educación sexual a los adolescentes del municipio. Se identifica por tanto, a los adolescentes del municipio como el grupo de la población que tiene problemas de abandono por parte de la comunidad, de sus padres y de los personeros de salud que no atacan de forma efectiva la educación sexual de estos jóvenes y señoritas.

Respecto a los problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los adultos del municipio y la forma de reacción de la comunidad para solucionarlos o prevenirlos, los personeros de salud del municipio han identificado a aquellas propias de la edad, es decir: los que tienen que ver con los programas de chagas y tuberculosis que importan al municipio por su relación con las políticas nacionales de salud y por la necesidad de presentar informes periódicos sobre el avance de estas enfermedades. En este punto se acusa una vez más a la comunidad de su poca participación para la solución o reporte de estas enfermedades, mediante su asistencia a charlas, campañas, etc.:

*“Se siguen presentando los problemas por la poca participación y poca responsabilidad de la comunidad en coadyuvar en la solución de estas enfermedades. Por ello mismo, es que se planea seguir con la concientización a la comunidad”*  
(Personero de salud)

Los personeros de salud señalan que los adultos presentan problemas de salud graves, referidos a cambios de clima o de las estaciones, que hacen variar la alimentación de las personas, hace que se presente un mayor número de enfermedades respiratorias o de tipo digestiva. Además presentan problemas cardiovasculares, gástricos, traumatismos, etc.

La actitud preventiva de la comunidad ante estos hechos de salud, no existe, la comunidad es pasiva ante este hecho.



Los problemas de salud como chagas o tuberculosis son bastante elevados en las áreas dispersas sobretodo debido a la participación pasiva de la comunidad que evitan atacar estas enfermedades de forma efectiva.

La cultura de las personas en este municipio hace que se prefiera vacunar al ganado antes que prevenir o vacunar a los miembros de las familias.

El último grupo de edad, el de los ancianos presenta los mismos resultados en cuanto a salud se refiere:

Los encargados de salud afirman que en los ancianos se presentan problemas que obligan la referencia de los mismos a los centros de salud de la capital de departamento, donde son atendidos por el Seguro de Vejez; ante esta situación, la comunidad participa poco también en la prevención y solución de estos problemas, porque se atienen a la existencia del seguro de vejez. La comunidad No participa con estos problemas

*“La comunidad se atiene al seguro que ellos (los ancianos) tienen y no realizan ninguna acción. En cuanto a los ancianos, es peor la participación de los comunarios”*  
(Personero de salud)

Los miembros de la comunidad por su parte y al respecto de los problemas de salud de los ancianos afirman que éstos presentan problemas vasculares, hipertensión, nutricionales y problemas inmunológicos.

*“Normalmente, los médicos les mandan a la ciudad para que allí les atiendan en el seguro”* (Miembro de base)

Una vez más, la comunidad no actúa para solucionar o prevenir estos problemas en las personas de la tercera edad. Al parecer la existencia de seguros especiales, hace que la gente del área rural, tome una actitud de abuso hacia estos seguros y se desentienda de la prevención o de la notificación oportuna de alguna de estas enfermedades.

### **Según género**

Anteriormente ya se describió la escasa participación de las mujeres en los procesos de identificación de necesidades y más aún en el proceso de gestión de salud en general

dentro del municipio de Zudañez. Pero para ver la actuación de la comunidad respecto a las enfermedades que los géneros masculino y femenino presentaban, se realizaron algunas preguntas que dieron como resultado las siguientes respuestas:

Respecto a los problemas de salud que presentan las mujeres, se dijo por parte de los personeros de salud que los varones del municipio, sobre todo los jóvenes, manifiestan enfermedades de salud sexual, como por ejemplo las de transmisión sexual, y el municipio, mediante su accionar en salud, trata de incrementar las charlas de educación sexual entre la población afectada; sin obtener una respuesta adecuada por parte de la sociedad que se muestra poco participativa en charlas de prevención.

*“...Sobre todo en el sexo masculino, y en lo que se trata de enfatizar la educación y concientización sobre el tema; sin embargo, la comunidad no colabora, no participa para prevenir o resolver este problema” (Personero de salud)*

El punto de vista de la comunidad, es diferente, los dirigentes de la comunidad que participaron del grupo focal, indicaron que entre la población varonil de la comunidad y durante la etapa de vida laboral, se presentan mayormente las consultas por causas traumáticas, y que la comunidad no podía realizar ninguna acción al respecto, porque:

*“...son problema de tipo casual.” (Dirigente comunario)*

En este punto como en otros, se puede evidenciar de forma explícita la descoordinación en el aspecto de salud en el Municipio de Zudañez, dado que si existiera coordinación, se tendría el mismo punto de vista respecto a los problemas de salud de las personas, se identificarían las mismas necesidades, etc. Esto pone una vez más en evidencia la poca o casi nula participación de la comunidad dentro del proceso de gestión de salud en este municipio.

Respecto a los problemas de salud que se presentan en las mujeres, grupo separado y relegado e su participación dentro de la gestión de salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

Los responsables de salud no identifican problemas de salud en las mujeres del municipio, esto gracias al accionar del Seguro Materno Infantil que ha cubierto todas las

patologías que podrían aquejar a las mujeres, y por ello, los casos que más se atienden son los partos o cesáreas de mujeres embarazadas y algunos problemas de transmisión sexual.

*“La comunidad participa en este punto con su asistencia a los controles a los centros de salud, donde son atendidas por los médicos que allí atienden. Se puede decir que participa en la socialización y la aplicación de la Ley SUMI” (Personero de salud)*

En las relaciones de género, la desigualdad de oportunidades es muy diferenciada y desventajosa para las mujeres. Es evidente en el acceso a la salud, educación por ejemplo, y en los diferentes niveles de decisión, sea en el hogar o en la comunidad. De igual manera, es desigual la participación en las actividades de desarrollo donde el apoyo y los beneficios, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo favorecen, indudablemente, a los hombres.

Los miembros de la comunidad, identifican los problemas de salud más urgentes o de mayor frecuencia en las mujeres los de tipo obstétrico y de ITS, embarazo precoz, y manifestaron:

*“Algunas de las personas de la comunidad impulsan a que sus hijas se casen rápido, jovencitas; otros se oponen a esto, no les gusta” (Miembro de base)*

Esta respuesta muestra la característica cultural dentro del municipio, las familias en esta parte del departamento se forman a muy corta edad, hecho corroborado por los personeros de salud y por la propia experiencia, ya que se pueden observar mujeres de corta edad cargando a sus hijos en agüayos o mantas.

### **Según lugar de residencia**

Los problemas en los centros más poblados del municipio y los de los cantones, son distintos, dada la distribución diferente de servicios básicos, de actividad económica, de la densidad de la población, de las circunstancias de la vida en esas áreas, etc.

En la actuación de la salud en los centros poblados del municipio, se identifica como problema la utilización de éstos como centros de referencia; es decir, que son tomados

como centros donde pueden ser atendidos todos los casos de salud sin tomar en cuenta que la capital de municipio necesita tener un mejor equipamiento para tal propósito:

*“Este es un tema de análisis y tratamiento, porque la comunidad no asume la responsabilidad de identificar a la población de Zudañez como capital de mayor población, la que necesita por tanto de un mayor equipamiento, mantenimiento en infraestructura, medicamentos, etc., y no hace nada para gestionar mayores recursos ante el gobierno municipal” (Personero de salud)*

Los demás actores de la comunidad, indican que la problemática en salud dentro del municipio, es en realidad multifactorial, es decir que se dan los problemas dependiendo del estatus económico, nutricional, de la productividad entre las comunidades. Presentando algunos centros poblados ciertas afecciones de salud más que otras.

*“En los cantones del municipio, se da un mayor número de personas enfermas de tuberculosis que en la capital del municipio” (Miembro de base)*

Se puso de manifiesto que en las áreas dispersas del municipio se presenta un mayor número de problemas de salud que en la capital, lo que motivó interrogar sobre estos problemas de forma específica.

Los encargados de salud, indicaron que se puede considerar como problema el que en el área dispersa del Municipio, son frecuentes los problemas de traslado de los pacientes desde áreas lejanas, hasta centros poblados donde puedan ser mejor atendidos. La comunidad solo notifica de los problemas de salud cuando éstos se presentan y no ven por el contrario la forma de solucionar el problema de transporte y traslado de pacientes.

*“La comunidad se encarga de gestionar ayuda internacional o de colaboración internacional, para que se trate de buscar una solución, pasando la responsabilidad a los organismos internacionales” (Personero de salud)*

Los comunarios del municipio de Zudañez identifican problemas de salud en el área dispersa, pero no los reportan a los centros de salud, salvo que sea un caso que comprometa la vida de las personas. Y ante esto, la comunidad muestra actitud pasiva,

aún después de que hayan experimentado algún episodio igual en sus propias familias, no hacen nada para evitar ese mismo problema en una siguiente oportunidad.

### ***Prioridades***

Dentro del proceso de planificación que se realiza en el municipio de Zudañez, los dirigentes de la comunidad participan, se ha visto de forma individual y cuando solamente se trata de presentar quejas o sugerencias que no recogen el sentir de las bases comunales. Pero para averiguar los temas que priorizan los dirigentes en las reuniones de planificación, se preguntó a los participantes al respecto y esto es lo que dijeron:

Los personeros de salud que también participan en la planificación municipal, indicaron que la comunidad identifica como prioridad la asignación de recursos, dejando de lado la gravedad de los problemas, o la frecuencia de la presencia de los mismos, por ello es que antes se afirmó que la comunidad no sirve como diagnosticadora eficaz a la hora de identificar problemas y en encontrar problemas o de plantear soluciones a los mismos.

*“La comunidad se preocupa más de asignar recursos a alcantarillados, pteos o educación y lo que sobra va para la salud, según el monto asignado por principio”*  
(Personero de salud)

Los dirigentes afirmaron y corroboraron esta afirmación indicando que se demanda sobretodo aspectos de servicios básicos o de ayuda a la producción, agua potable, canales de riego, dejando a un lado la salud de sus familias, ya que según los propios dirigentes:

*“...es lo que más hace falta en la comunidad...”* (Dirigente comunario)

De esta forma se confirma la poca o casi nula concientización hacia el sector salud por parte de la comunidad, ellos mismos han afirmado que priorizan otros aspectos no concernientes a la salud comunitaria.

### ***Ejecución***

En cuanto al poder que tiene la comunidad para poder asignar y controlar recursos económicos para la ejecución del plan de salud, los encargados de salud del municipio en primera instancia afirmaron que en esta parte, se recalca el papel importante que desempeña la comunidad como ente de decisión, como también el de mal administrador, porque prioriza temas ajenos a los de salud, incluso en el proceso de ejecución del plan, se quita algunos recursos de salud para destinarlos a otras áreas para ellos prioritarias.

*“La comunidad siempre va a priorizar las necesidades básicas que se puedan reflejar en cosas materiales para los miembros de la base; ya que ellos no son concientes de que el sector salud es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la comunidad, muchas veces priorizan proyectos de producción agrícola que la salud de la población” (Personero de salud)*

En la coordinación y administración del plan de salud, la comunidad de Zudañez no se muestra participativa, porque:

*“...Ellos no asumen un rol fiscalizador dentro del municipio, y solamente se involucran cuando identifican un problema fruto de una mala administración o mala coordinación; haciendo su representación inmediata ante personeros de salud o gobierno municipal, pero no están inmersos en la prevención de esos problemas, en la fiscalización, o que permita la administración fluida y eficaz en el tema de salud” (Personero de salud)*

Los dirigentes de la comunidad, en contraposición a lo indicado por los personeros de salud, señalaron en tono de enfado que por el contrario, la comunidad participa extensivamente en la coordinación y ejecución del plan de salud por intermedio de las OTBs; una vez más opiniones diversas, acusan de una participación pasiva a la comunidad dentro de la ejecución del plan de salud; solamente hace acto de presencia en las reuniones importantes, pero nada más.

### ***Evaluación***

Sondeando la posibilidad de la realización de cambios a lo planificado en principio, los personeros de salud indicaron que estas modificaciones al plan de salud, era factible, dadas las presiones que la misma comunidad ejerce sobre los personeros de salud:

*“El representante ante el Comité de Vigilancia es el único que puede realizar estos cambios; y es responsable también en verificar el cumplimiento de las exigencias de la comunidad. Es el único representante legal, nadie más puede modificar el plan de salud. La comunidad debiera evaluar la aplicación de los planes de salud y decidir sobre su continuación o suspensión inmediata...” (Personero de salud)*

Pero, como se vio anteriormente, esto no es posible o no se da en gran medida, porque la comunidad carece de las competencias que le permitan realizar estas acciones.

Los trabajadores de salud, indicaron que estas modificaciones se realizaban de forma esporádica, y a veces de manera caprichosa, por ejemplo: *“si algún dirigente indica que un personero de salud está de sobra, se determina su suspensión sin mayor trámite.”* Cosas así menores, son las que se determinan dentro del campo de la salud. Mas la comunidad no tiene la capacidad de evaluar de manera aislada el plan de salud que se desarrolla, por eso tal vez es que no propone cambios sustanciales al mismo.

La evaluación del proceso de planificación, debiera permitir conocer a la comunidad de manera rápida y efectiva las consecuencias de las decisiones y los resultados de la acción comunitaria, pero según los personeros de salud la evaluación del proceso de planificación, permite a la comunidad darse cuenta de los errores cometidos, y madurar en su capacidad de planificador.

*“...Para una próxima vez, saben asumir con mucha más responsabilidad si han tomado bien o no las decisiones en el momento de la planificación en el sector salud...Ya que muchas veces, cuando la comunidad evalúa los resultados, muchas veces éstos no son como ellos lo esperaban.” (Personero de salud)*

Los dirigentes de la comunidad indican que las evaluaciones permiten realizar esto, pero son siempre tardías, cuando los problemas ya se presentaron. Y no se puede resolver el problema que originó la demanda, o ésta queda obsoleta.

### **MODALIDADES DE EVALUACIÓN**

Según los personeros de salud, las familias se limitan a hacer conocer los requerimientos o demandas a sus representantes, quienes en la Dirección de Salud, buscan, conjuntamente los personeros de salud, buscan las mejores soluciones a los problemas planteados.

La falta de experiencia o de habilidades de la comunidad, hace que ésta no pueda identificar en la prevención de ciertas enfermedades por la convivencia con los factores que la predisponen, y por lo tanto reaccionan de forma tardía.

Los dirigentes comunarios afirman por su parte, que ellos sí pueden identificar los problemas de salud, pero al parecer confunden esos problemas de salud, con solamente situaciones de salud, falta de materiales, de instrumentales, etc.

Al constatar la repitencia de la característica de una comunidad poco participativa, se preguntó por la impresión que tienen los personeros de salud sobre la característica que tiene esa participación, a lo que los personeros de salud, dijeron que la comunidad se puede calificar como forzada, hecho que perjudica a la planificación en salud, porque ciertos problemas, no son considerados por la mayoría como prioritarios, además de que es un reducido número de comunarios los que siempre participan con sugerencias, el resto solo hace acto de presencia, y no actúa, aún cuando están involucrados sus propios intereses o los de la comunidad.

Incluso los miembros de la comunidad reconocieron muchas veces que la participación de la comunidad es inducida, ya sea por organizaciones internacionales, ONGs, personeros de salud, municipales, etc., es rara la participación voluntaria.

Esa pregunta se constata por la opinión de los personeros de salud respecto a las actitudes con que llevan adelante su participación, por lo que se afirma que la comunidad sí realiza un proceso de deliberación o de negociación tanto con el



municipio, por recursos económicos, como con los personeros de salud, por mayores ítems.

Los dirigentes comunarios afirman que teóricamente deliberan entre los comunarios el accionar en salud, pero esto resulta vano porque la misma comunidad es diversa y de difícil coordinación.

### **2.3 MODELO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Una vez comprobado en terreno la situación actual de la participación comunitaria en cuanto a salud se refiere dentro del Municipio de Zudañez, e identificados los eslabones que presentan debilidades, además de las deficiencias encontradas en el proceso, se presenta en el anexo N° 4 un modelo de la participación comunitaria para el Municipio de Zudañez, pero que muy bien puede ser aplicado en otros municipios del País, de esta forma se podría innovar esta participación y fortalecer la salud en los distintos municipios de Bolivia.

En ese esquema, se presenta en cuadros sin relleno los eslabones y procesos que funcionan actualmente; en cuadros con relleno se presentan las innovaciones que pueden implementar en la participación comunitaria en salud y su forma de actuación.

El modelo de participación comunitaria, parte de la necesidad de incorporar en el proceso participativo al agente femenino, el enfoque de género, para poder tener mayor participación comunitaria en el proceso de gestión de salud en el Municipio, dado que la mujer es la que mejor conoce la realidad de la vida comunitaria y familiar.

Para poder tener una integral planificación en el POA Municipal, se recomienda la elaboración de un POA por cada uno de los quehaceres municipales, vale decir:  
Elaborar:

- Un POA Educativo.
- Un POA de Salud
- Un POA Socio – productivo.

– Un POA de Infraestructura

De esta forma se podrá tener una mejor planificación en cada uno de estos rubros de la vida municipal, de esta forma en cada POA se priorizarán los problemas más urgentes y se logrará tener concentrados a los agentes de planificación en un solo aspecto durante las reuniones.

Para evitar el problema de la priorización de actividades ajenas a las de salud, por parte de los dirigentes comunitarios, se sugiere que se mantengan reuniones separadas de planificación para tratar cada uno de los temas de la vida comunitaria que se anotarán en el POA Municipal, de esta forma se tendrán objetivos claros en cada una de las reuniones.

Las reuniones a realizarse pueden ser 4:

1. Planificación de salud
2. Planificación de educación
3. Planificación socio – productiva.
4. Planificación de infraestructura.

# CAPÍTULO IV

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- Los representantes de la comunidad participan en las reuniones de planificación que se llevan a cabo dentro del Municipio, donde expresan sus pareceres y sugerencias personales para su incorporación al Plan Operativo Anual; en las demás etapas del proceso de gestión: Ejecución y evaluación, tanto los dirigentes y la misma comunidad juegan un rol pasivo de participación, esto según los personeros de salud del Municipio quienes afirmaron que eran ellos los que debían motivar a la comunidad a su participación, de otra forma, la comunidad no participa

Este tipo de comportamiento se puede presentar por el desconocimiento de la comunidad y sus representantes en lo que concierne a la metodología del proceso de planificación en salud, por lo tanto los dirigentes y comunidad sienten inseguridad y desconocimiento al realizar algún tipo de intervención.

- Los actores principales dentro del proceso de gestión de salud dentro del municipio de Zudañez, son: Los personeros de salud, dependientes de la Alcaldía Municipal de Zudañez, los dirigentes de la comunidad que son elegidos según la Ley de Participación Popular y la misma comunidad como agente receptor y teóricamente beneficiario de las acciones de gestión de salud.

Hay que tomar en cuenta que los personeros de salud son los que cuentan con mayor poder de decisión y acción en el desarrollo del proceso de planificación en salud esto puede deberse a que ellos piensan que no existe el suficiente conocimiento por parte de los dirigentes comunarios sobre la priorización de los problemas de salud, pero cabe mencionar que la comunidad no toma como problema principal las enfermedades propiamente dichas; más bien tienen inclinación al pensamiento de un profesional salubrista con la prevención de la aparición de enfermedades tomando problemas muy grandes ligados a la salud (Educación, Saneamiento Básico, etc.) de ahí que ellos piden mas, alcantarillado, poteos, infraestructura ,entonces existen

diferencias de interpretación sobre lo que es priorización de problemas de salud por parte del personal de salud como la comunidad misma.

Dentro del proceso de Gestión de salud en el Municipio de Zudañez, los personeros de salud son los que más participan en cada una de las etapas del proceso, incluso se toman la tarea de tratar de motivar a la comunidad a que participe de forma activa, mediante charlas, seminarios, talleres, trabajo con grupos específicos de la comunidad, etc., pero lamentablemente la comunidad no reacciona en la medida deseada o lo hace de forma temporal. Los dirigentes de la comunidad, constituyen el segundo eslabón de la cadena del proceso de gestión de salud en el Municipio de Zudañez y juega un papel no claro dentro del proceso de salud, ya que durante la realización de los grupos focales, fueron denunciados de que muchas veces realizan sugerencias o recomendaciones de manera personal, sin que las mismas respondan a la demanda de la misma comunidad, además la representación que realizan en las reuniones de planificación, mayormente va en procura de conseguir obras públicas que apoyan la producción o mejoran la vida de la comunidad en cosas más tangibles, de esta forma los dirigentes no cumplen un rol ideal dentro del proceso de gestión de salud en el municipio de Zudañez.

Esto se puede atribuir a que no existe reuniones previas entre la comunidad y sus dirigentes para poder escuchar las demandas, peticiones y estos hagan conocer posteriormente en la elaboración del plan de salud, y así de esta manera evitar que los dirigentes no hagan conocer las necesidades y peticiones reales de la comunidad misma.

La misma comunidad es el tercer eslabón del proceso de gestión de salud, y se constituye en el de mayor importancia, dado que se supone que las demandas de salud debieran salir de esta, lo mismo que los representantes que hagan llegar estas demandas al Municipio, y también debiera ser la que evalúe y administre la ejecución de todo el proceso; pero lamentablemente la comunidad se atiene al gobierno municipal y a sus representantes, dejando de trabajar en el proceso, esto por la falta de conciencia en la comunidad, o de autoidentificación como el eslabón origen y destino de todo este proceso.

De tal manera que existe la necesidad de complementar la capacitación con procesos orientados a mejorar los comportamientos sanitarios de la población.

Tan importante como la definición de contenidos y la elaboración de materiales educativos, es el desarrollo de capacidades del personal responsable del desarrollo de los procesos educativos.

Si bien los contenidos de capacitación, han sido estructurados en base a sus funciones básicas, contienen procedimientos con excesiva rigurosidad técnica que genera dificultades en su aplicación y por ende que se pongan en práctica procedimientos alternos para solucionar los problemas que se presentan en forma cotidiana para que de esta manera la comunidad tenga mayor conocimiento y así intervenir de mejor forma en la, evaluación, administración, y ejecución del proceso de gestión en salud.

Realizando un análisis integral de los resultados, se puede afirmar que existe un mayor número de puntos desfavorables que favorables en el Proceso de Gestión de Salud del Municipio de Zudañez, las mismas son:

- De los tres actores que intervienen en el proceso de Gestión de Salud, dos de ellos, los dirigentes de la comunidad y la misma comunidad no tienen claro el rol que deben ejercer, y por tanto ante este desconocimiento ambos realizan un rol pasivo dentro del proceso.
- Los dirigentes de la comunidad, priorizan temas de salud para su incorporación en los Planes Operativos Anuales del municipio de Zudañez.
- No es suficiente el accionar de los personeros de salud, para cubrir las necesidades de toda la comunidad de Zudañez.
- La comunidad no ejerce control sobre los dirigentes elegidos que representan a la comunidad en los procesos de planificación de Salud.

- Los dirigentes de la comunidad, no recogen de forma adecuada las necesidades y demandas de salud de la comunidad.
- Se nota una preocupante ausencia de participación de las mujeres miembros de la comunidad de Zudañez.
- La comunidad, las familias y los dirigentes carecen de habilidades de diagnóstico de necesidades de salud o de problemas de salud en su Municipio.
- Se puede identificar un exceso de poder conferido a los dirigentes de la comunidad o el mal manejo del mismo, que acompañado a la falta de supervisión por parte de la comunidad, agrava el problema de la salud en este Municipio.
- La coordinación entre los eslabones identificados, no es la adecuada.
- La comunidad no participa de manera espontánea en los procesos desarrollados en el municipio.

Los puntos favorables identificados son:

- Entusiasmo entre las mujeres del Municipio para participar en acciones en pro de la salud de la comunidad del Zudañez.
- Entusiasmo y motivación para el trabajo en los agentes de salud del Municipio de Zudañez.
- Poder de decisión sobre la asignación de recursos económicos entre las diferentes actividades del municipio.
- Posibilidad de priorizar el aspecto de salud en el municipio.

## RECOMENDACIONES

– Los criterios que se sugieren para poder mejorar el proceso de Gestión de Salud en el Municipio, se pueden resumir en los siguientes aspecto:

- Priorizar los temas de salud del municipio, para ello, trabajar en forma conjunta entre los personeros de salud del municipio y las bases de la comunidad, para exigir a los dirigentes a priorizar los problemas de salud.
- Desarrollar y promover nuevos canales de comunicación entre los personeros de salud del municipio y las personas que la conforman, para que de esta forma se de mayor poder a las bases que a los dirigentes comunales.
- Desarrollar medios sociales formales o informales de evaluación y control social sobre los dirigentes en el tema de salud en el Municipio de Zudañez.
- Capacitar a las mujeres madres de familia en el reconocimiento de posibles problemas de salud en sus familias o en sus cantones comunales, para que se exija a los representantes su atención de forma oportuna.
- Desarrollar la capacitación en el área de participación comunitaria con enfoque de género en el municipio de Zudañez, para potenciar la participación de la comunidad. Esto también transita por la elección de representantes comunarios mujeres.
- Trabajar de forma separada y permanente con grupos etáreos de la comunidad, niños, adolescentes, adultos y de la tercera edad.
- Promover el empoderamiento de la comunidad en rol participativo.

Mejorar los medios de coordinación entre los eslabones que participan en el proceso de salud del Municipio.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO, Rosa María (1993). Una comunicación para otro desarrollo para el diálogo entre el norte y el sur. Lima: Calandria.
- ALTHUSSER, Louis. "Sobre la evolución del joven Marx". Elementos de Autocrítica. Editorial LAIA. Barcelona.
- ARRUE, Wille y Kalinsky, Beatriz (1991) De "la medica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia de Neuquén. Buenos Aires: CEAL
- BASTIDE, Roger (1972) Antropología Aplicada. Buenos Aires: Amorrortu
- BENEDICT, Ruth (1964): El hombre y la cultura. Sudamericana. Buenos Aires.
- BERGALLO, Elizabeth (1999) Programa de Participación Comunitaria en Salud. Resistencia: Ministerio de Salud Publica de la Provincia del Chaco. Buenos Aires Argentina.
- BOAS, Franz (1994): Cuestiones fundamentales de antropología cultural. Solar/Hachette. Buenos Aires
- BOLIVIA. D. S. Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud. Art. 8
- BOLIVIA. Ley de descentralización Administrativa. Art. 1
- BOLIVIA. Ley de Orgánica de Municipalidades. Ley N° 1551. Art. 9
- BOLIVIA. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Participación Popular (1996).
- Burgos, Ofelia. Saber ancestral en los andes, salud, parteras e identidad cultural indígena. Editorial. DERTHE. Lima Perú.
- CARDOSO de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) Ensaio Antropologicos sobre Moral e Etica. Río de Janeiro: Tempo brasileiro

- COHEN, E. y R. FRANCO Evaluación de proyectos sociales. 1992 México D. F., Ed. Siglo XXI.
- COMINETTI R.(comps.), La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, Santiago de Chile, CEPAL.
- De Almeida Filho, Naomar (1992) Epidemiología sin números. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex n° 28. Buenos Aires: OPS- OMS
- Disponible en: [www.seei.es/antropo/salud/pub.htm](http://www.seei.es/antropo/salud/pub.htm)
- En la red municipal. Fichas Municipales. Disponible en: <http://www.enlared.org.bo/2004/cgdefault.asp>
- FASANO, V. y M. Alvarez (1997): Sistemas de información en salud. Marco conceptual, Buenos Aires Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Acción Social, Documentos del PRESSAL, <http://www.msal.gov.ar/pressal>
- FINOT Federico Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía, en Revista de la CEPAL, No. 78, 2002 diciembre.
- FOUCAULT, Michel (1990) La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta
- FRANCO R. et al. Derechos económicos sociales y culturales en América Latina: su situación actual, en Orden económico internacional y derechos fundamentales. Anales de la Cátedra Francisco Suárez, Granada, Universidad de Granada 2001. p. 35:59-82.
- FRANCO Rolando. Descentralización y Políticas Sociales en América Latina: Dilemas políticos y estrategias de gestión pública, organizado por el Centro de Estudios Internacionales de Barcelona (CIDOB), Barcelona, 3-4 de abril de 2003.

- FUENTES, Carlos (1998). "Hacia un nuevo contrato social para el siglo XXI". Conferencia magistral. IV Encuentro Iberoamericano del Tercer Sector. Buenos Aires, sep., 1998
- GARCÍA-CANCLINI, Néstor (1990). Culturas híbridas, estrategias para entrar y salir de la modernidad. México: Grijalbo
- GUZMÁN Boutier, Omar (1998). Denuncias del comité de vigilancia o cuán efectivo es el control social. En: Participación popular : una evaluación-aprendizaje de la Ley, 1994-1997. Bolivia. Viceministerio de Participación Ciudadana y Fortalecimiento Municipal. La Paz: VPPFM.
- <http://www.ull.es/publicaciones/latina/200353vargas.htm>
- I Congreso Nacional de Sociología. VI Jornadas de Sociología de la UBA. Pre ALAS 2005. Buenos Aires. Argentina
- KLIKSBERG, B. ¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?, en Instituciones Desarrollo, Barcelona, IIG N° 6
- KLIKSBERG, Bernardo (1994). "Gerencia social eficiente: Un problema estratégico para el futuro de América Latina", en Pobreza. El drama cotidiano. Claves para una gerencia social eficiente. Buenos Aires: Tesis - Norma.
- KLIKSBERG, Bernardo. (1995). Modernización del Estado para el desarrollo social. Algunas cuestiones claves. Naciones Unidas
- KROTZ. Esteban: La otredad cultural entre utopía y ciencia. Fondo de Cultura Económica, México
- LAMAS, Alicia (1997). "Mitos y desafíos de la política social", en UNIVERSIDAD JAVERIANA. Política social. Desafíos y utopías. Memorias seminario internacional. Bogotá: Universidad Javeriana
- LINTON. Ralph (1972): El estudio del hombre. Fondo de Cultura Económica, México

- MARTÍN-BARBERO, Jesús (1993). "La comunicación: Un campo de problemas a pensar". Revista de Colciencias (Bogotá). 11(2), abr.-jun.
- MARTÍNEZ Ortiz Maria Belén. (2002) Antropología de la salud. Editorial Adbul. Caracas. Venezuela
- MEAD, Margaret (1967): Educación y cultura. Paidós. Buenos Aires
- MELLA, Orlando. Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa. Disponible en [www.todoinvestigaciones.org/mella/cualitativo.pdf](http://www.todoinvestigaciones.org/mella/cualitativo.pdf)
- MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ. Disponible en: [www.ministeriodesalud.gob.pa/biblioteca/dinost/guia.pdf](http://www.ministeriodesalud.gob.pa/biblioteca/dinost/guia.pdf) Consultado en: 04/02/2005
- MOMMSEN, Wolfgang. "La sociología política de Max Weber y su filosofía de la historia universal". En Parsons, Talcott y otros. Presencia de Max Weber, p. 111. Barcelona.
- MUNICIPIO de Alcobendas. Educación para la Salud: conceptos y evolución. 2003. Huelva España
- MUÑOZ Hernández, María Victoria (1996). "La gerencia social: una propuesta de desarrollo", en UNIVERSIDAD DE LA SALLE. La gerencia social como desafío para el desarrollo. Memorias seminario internacional. Bogotá: Universidad de la Salle.
- OEA/MIDEPLAN/CEPAL Institucionalidad social para la superación de la pobreza y la equidad Editor: R. Franco, 1998 Santiago de Chile
- OPS. Organización Panamericana de la salud. (2004) Género, etnia y salud.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de participación social en los sistemas locales de salud. Estudios de factibilidad. Programa de Desarrollo de

Servicios de Salud, HSD. (Washington, 1988; Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 64).

- Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en la salud y en el desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Washington, 1984 (Publicación Científica, No. 473).
- Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, HSD. Washington, (Serie de Desarrollo de los Servicios de Salud, No. 18.)
- PINEAULT R., Dvely C. (2000) La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Barcelona. Masson.
- RODRÍGUEZ Guzmán Carmen. Sobre la teoría de la acción. Ed. Anagrama. Barcelona España. 1997. Pág. 56-78
- SALLERAS Sanmartí Ll. (1998) Educación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Madrid.
- Schapiro, Meyer. "Sobre la política de Max Weber". En Parsons, Talcott y otros. Presencia de Max Weber.
- SHRAMM, Wilbur (1964). Comunicación de masas y Desarrollo Nacioanl. Prensa de la Universidad de Stanford.
- Sujetos de la participación popular. La Paz: SNPP.
- THOMPSON, John B. (1998) Ideología e Cultura Moderna. Petropolis: Vozes
- TORO, José Bernardo (1996). Del desarrollo integral localizado a la complejidad. Bogotá: Fundación Social
- UNICEF. Salud Comunitaria en Bolivia. México. Ed. Azteca. 2003 Pág. 23-24

- URIBE Oyarbide, José María (1999) Antropología Aplicada: Momentos de un debate recurrente. En: Antropología más allá de la Academia. Santiago de Compostela.
- VILLA, Camilo (1998). Alianzas para el desarrollo: Respuestas locales en un mundo global. Bogotá: Universidad de los Andes, CIDER
- WEBER, Max. Historia Económica General (1979).

# **ANEXOS**

## Anexo N° 1

### Mapa de Zudañez





**Anexo N° 2**

**GUÍA DE ENTREVISTA GRUPOS FOCALES**

**Entrevistador:**..... **Fecha:** .....

**Conglomerado:** .....

**I. DIMENSIONES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA PLANIFICACIÓN DE SALUD**

**MECANISMOS**

1. ¿La comunidad está organizada de alguna forma para poder llevar a cabo acciones colectivas en el proceso de planificación de salud?
2. ¿La comunidad conoce y se comunica con el responsable de la planificación de salud en el municipio?
3. ¿Puede indicar alguna barrera o algunos aspectos que dificultan la participación de la comunidad en el proceso de planificación de salud?
4. ¿Qué aspectos facilitan la participación de la comunidad en el proceso de planificación de salud en el municipio de Zudañez?
5. ¿Existe coordinación y complementación entre los personeros de salud, el municipio, y los miembros de la comunidad, durante el proceso de planificación de salud?
6. ¿Cómo es la comunicación entre la comunidad y sus miembros, entre ellos y los otros agentes del proceso de planificación de salud en el municipio?
7. ¿La comunidad, se reúne anticipadamente para presentar sus sugerencias de forma unitaria, a los demás personeros de la planificación de salud?

## **AMPLITUD**

1. En el proceso de planificación de salud, ¿qué grupo, entre personeros de salud, municipio y comunidad, tiene mayor importancia o mayor poder de decisión?
2. En el proceso de planificación de salud en el municipio, ¿es necesaria la participación del dirigente de la comunidad? ¿O cualquier persona miembro de la comunidad puede realizar sus sugerencias?

## **ÁREAS DE PARTICIPACIÓN**

### *Identificación de necesidades*

1. ¿Participan las familias y la misma comunidad en la identificación de problemas de salud en el municipio?

### **Según grupo de edad**

2. ¿Cómo es el accionar de la comunidad respecto a los problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los/as niños/as del municipio?
3. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los adolescentes del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?
4. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los adultos del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?
5. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan con más frecuencia en los ancianos del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?

### **Según género**

6. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan en los varones del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?

7. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan en las mujeres del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?

### **Según lugar de residencia**

8. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan en los centros poblados del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?

9. ¿Cuáles son los problemas de salud que se presentan en el área dispersa del municipio y cómo reacciona la comunidad para solucionarlos o prevenirlos?

### *Prioridades*

1. ¿La comunidad participa en la planificación de salud, considerando como prioridad: *la gravedad, la frecuencia o la asignación de recursos?*

### *Ejecución*

1. ¿La comunidad tiene oportunidad de asignar y controlar recursos decisivos para la ejecución del plan de salud?

2. ¿La comunidad participa extensivamente en la coordinación y administración del plan de salud?

### *Evaluación*

1. ¿La comunidad a través de la evaluación autónoma puede introducir modificaciones de fondo en el plan de salud y decidir sobre su continuación o suspensión?

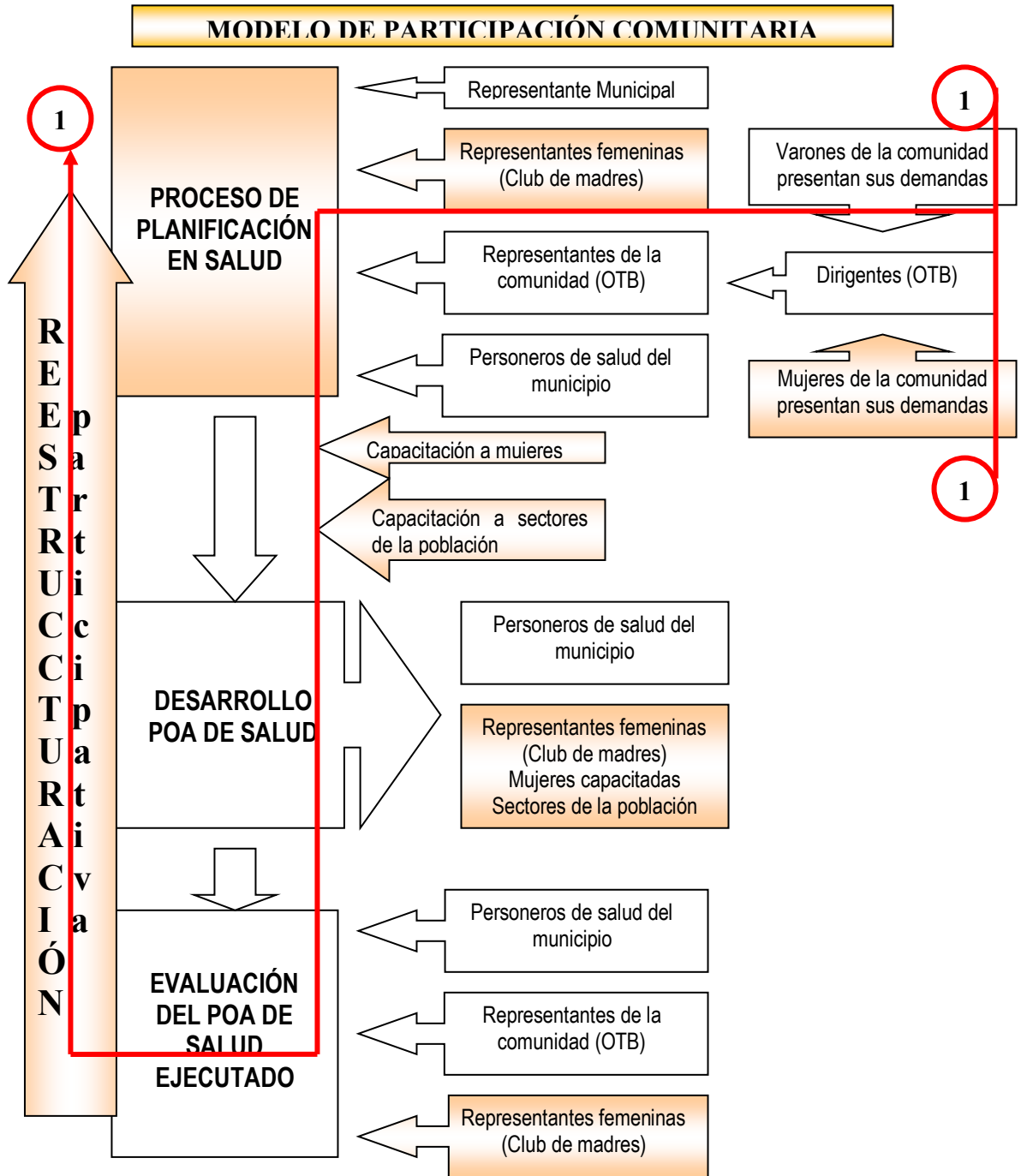
2. ¿La evaluación del proceso de planificación, permite conocer a la comunidad de manera rápida y efectiva las consecuencias de las decisiones y los resultados de la acción comunitaria?

### **MODALIDADES**

1. ¿Qué hacen las familias o la comunidad para hacer conocer los distintos problemas de salud que ellos identifican?

2. ¿El tipo de participación, durante el proceso de planificación de salud, se caracteriza por ser voluntaria?
3. La comunidad en el proceso de planificación de salud, ¿sigue un proceso de deliberación, concertación y/o negociación?

### Modelo de participación comunitaria



Inicio

El comienzo del proceso de gestión de salud debe comenzar en la familia, en las comunidades que conforman el Municipio, y deben ser los miembros de la comunidad, varones y en especial las mujeres quienes participan en esta fase identificando aspectos de la salud que afectan o pudieran afectar a la salud de los miembros de sus familias y de la comunidad, para poder expresarlos después como demandas de salud a ser expuestos ante los dirigentes de las OTBs. Estos aspectos pueden ser:

- Enfermedades más frecuentes.
  - En niños
  - En adolescentes
  - En adultos
  - En ancianos
- Lugares de la casa o comunidad con menos limpieza.
- Lugares de la casa o comunidad con menor seguridad.
- Épocas del año con mayor enfermedad para niños, adolescentes, adultos y ancianos.
- Costumbres de higiene de las familias peligrosas para la salud.
- Costumbres alimentarias peligrosas para la salud.

Las necesidades encontradas, deberán ser transmitidas a los dirigentes de las OTBs, quienes las llevarán a las reuniones de planificación en la Municipalidad, para hacerlas conocer a las autoridades ediles y de salud.

### **Planificación**

Las reuniones de planificación, donde se define el Plan de Salud Municipal que se seguirá durante todo el año, se desarrollarán con la presencia de tres actores.

- Los agentes de salud, representantes del municipio, quienes por su trabajo diario, conocen las necesidades de salud que presenta el municipio.

- Los dirigentes de la comunidad (OTBs), quienes llevan las necesidades o demandas de salud que las bases les han transmitido en asambleas populares.
- Las representantes femeninas de la Comunidad (Dirigentes de Clubes de Madres por ejemplo); y
- Las autoridades de la Alcaldía, quienes verán la factibilidad o no de planes en salud que se quieran encarar, de acuerdo al presupuesto económico del Municipio.

Las actividades que se debieran realizar en las reuniones de planificación, son:

- Identificación y concertación de los problemas de salud municipal, por cada una de las comunidades.
- Priorización de los problemas de salud previamente identificados.
- Determinación del presupuesto necesario para la solución de cada uno de los problemas identificados y priorizados.
- Negociación con el representante de la alcaldía municipal.

Se hace hincapié en que los representantes comunitarios, deben priorizar los problemas en función del mayor bien colectivo que se pueda lograr. Se debiera dar mayor atención a las sugerencias de las mujeres participantes, dado que son ellas las que pasan mayor tiempo en contacto con las personas de la comunidad, los varones tienen otras obligaciones que los alejan de la comunidad y no pueden identificar problemas de salud como sus compañeras.

### **Desarrollo del POA de salud.**

Durante la ejecución de esta fase, y de forma paralela a su desarrollo, se deberá capacitar a mujeres (madres de familia) y personas de los distintos sectores etareos de la comunidad (Niños, adolescentes, adultos y ancianos) para que ellos sepan la forma en que pueden colaborar a los personeros de salud en caso de las enfermedades previamente identificadas como las más urgentes en su tratamiento.

El desarrollo del POA elaborado, será llevado a cabo por las personas en capacitación y por los personeros en salud conjuntamente las dirigentes femeninas que participaron en el proceso de planificación, para que ellas cumplan el papel de fiscalizadoras y vigilantes del cumplimiento de lo planificado previamente.

Este proceso es el que se desarrollará a lo largo de todo el año, a lo largo de su desenvolvimiento, se anotarán aspectos importantes para ser considerados en los siguientes procesos de planificación de años posteriores, como ser:

- Los problemas que entorpecieron su aplicación.
- La efectividad de las acciones realizadas.
- Las nuevas necesidades que se presentaron a partir de las acciones realizadas.
- Agentes de la comunidad que participaron y los que entorpecieron en el proceso.
- Problemas de salud antes no identificados.

### **Evaluación del POA de salud ejecutada**

La evaluación del POA, correrá a cargo de los mismos agentes que participaron en la fase de planificación, es decir: Los personeros de salud, los dirigentes de la comunidad (OTBs) y las representantes femeninas (Clubes de madres), la evaluación se realizará sobre los siguientes puntos:

- Resolución de los problemas planteados en la fase de planificación.
- Porcentaje de cumplimiento del POA planificado.
- Porcentaje y monto de recursos económicos ejecutado.
- Evaluación del rol desempeñado por cada uno de los actores involucrados en el desarrollo del POA de salud.

Estos resultados serán presentados a la comunidad, a la Honorable Alcaldía Municipal y al Ministerio de Salud.



### **Reestructuración participativa**

Posteriormente, y antes del siguiente proceso de planificación, se deberá realizar un diagnóstico de necesidades entre los agentes participantes del proceso de evaluación, para tratar los temas que se fueron identificando durante el desarrollo del POA de salud en consideración a los resultados de la evaluación realizada, esto con el propósito de conseguir una mejor planificación para el próximo año.