

Cruz Roja Suiza – Programa Bolivia

2011

Sistematización CAI - Comunal

Consultor: Alex Fernández G.

Sistematización de la
experiencia de trabajo
con comunidades
indígenas – campesinas
en Bolivia

Contenido

Contenido.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
I Capítulo.....	5
Primera Fase: Enfoque del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural a partir de la práctica de las organizaciones indígenas – campesinas.....	5
1.1. Salud - Un concepto holístico.....	5
1.2. Interculturalidad y Medicina Tradicional.....	7
1.3. La Salud como un derecho y el empoderamiento de las organizaciones.....	8
1.4. Papel de la Organización Comunitaria.....	9
1.5. La incorporación del tema Salud como tema central de la organización.....	11
1.6. El conocimiento: motor movilizador de la comunidad.....	12
II Capítulo.....	14
Segunda fase: Construcción del Sistema de Salud Comunitario Intercultural.....	14
2.1. Encuentro de Salud Comunitaria (ESA-Comunal).....	14
2.1.1. Objetivo del Encuentro de Salud Comunal (ESA-Comunal).....	14
2.1.2. Metodología para el fortalecimiento del ESA- Comunal.....	15
2.1.3. Consideraciones prácticas para el funcionamiento del ESA-Comunal.....	18
2.1.3. Actores que participan y sus roles.....	20
2.2. Desarrollo de las capacidades de gestión en salud en la organización comunitaria y zonal.....	24
2.2.1. Rol de la Organización Comunitaria.....	24
2.2.2. Rol de la organización zonal (capitanía – subcentralía).....	25
III Capítulo.....	29
Tercera fase: Coordinación interinstitucional.....	29
3.1. Condiciones básicas para iniciar el proceso de coordinación interinstitucional.....	29
3.2. Pasos para lograr la coordinación interinstitucional.....	30
IV Capítulo.....	31
Articulación de la propuesta de CRS-PB con el Modelo SAFCI.....	31
4.1. El Modelo SAFCI.....	31
4.2. La Estructura de Gestión Participativa en Salud según la propuesta de CRS-PB.....	32
4.2.1. Reunión de salud de la comunidad.....	33
4.2.2. Asamblea Anual Zonal de Salud.....	34
4.3. Articulación con la Estructura Social de Salud.....	36

Introducción

El presente documento sistematiza la experiencia institucional en el acompañamiento, a organizaciones indígenas – campesinas, en el proceso de implementación del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural; reúne las enseñanzas adquiridas a partir de los aciertos, errores y dificultades a lo largo de más de 30 años de trabajo.

La metodología empleada en la sistematización se basó en la revisión y análisis de la documentación institucional y, en entrevistas y talleres de reflexión y análisis con los principales actores: madres, líderes, dirigentes y autoridades de las comunidades, personal de salud, autoridades municipales y personal técnico de la CRS.

Las zonas que formaron parte de la investigación fueron: Tomina, población quechua situada en los valles del departamento de Chuquisaca, cuyo proyecto apoyado por CRS concluyó en 2009; Nuevo Palmar, población de migrantes asentados en las tierras bajas de los llanos de Santa Cruz, cuyo proyecto concluyó el 2008; Alto Parapetí, población guaraní situada en el departamento de Santa Cruz, emancipada recientemente de su condición de población cautiva y; San Antonio de Lomerío, población Chiquitana, situada en el departamento de Santa Cruz. En Alto Parapetí y San Antonio de Lomerío, la CRS inició el apoyo a los proyectos en el año 2004 y continúa a la fecha.

Durante el desarrollo del documento, se van abordando temas que resultan novedosos e, incluso, controversiales, para el debate nacional sobre Salud Comunitaria, tales como:

- Las ventajas de construir el Sistema de abajo – arriba
- La conveniencia de que la rectoría del proceso esté en manos de la Organización Zonal, respecto a que esté en manos del personal de salud.
- La participación en la Estructura Social de Salud, no solo de los Comités Locales de Salud (cómo establece el modelo SAFCI), sino también de las Organizaciones Zonales.
- La capacidad de la Comunidad de asumir la vigilancia epidemiológica con base científica.
- La integración de la salud como preocupación de la colectividad comunitaria, puesta en debate permanentemente de las diferentes instancias orgánicas.

El análisis de estos temas y muchos más, permiten visualizar, en la sistematización, el aporte de CRS-PB en el campo de la Salud Comunitaria; que enriquece y complementa el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural implementado por el Estado Plurinacional.

La manera de presentación de la sistematización responde al propósito de que organizaciones indígenas – campesinas, o cualquier institución que trabaja en salud, tengan una fácil comprensión del proceso de implementación del Sistema, en cualquier zona del país.

Las experiencias que resultaron exitosas en los diferentes proyectos, han sido agrupadas de tal forma que se pueda visualizar como fases para el proceso de implementación.

Antecedentes

La Cruz Roja Suiza (CRS) inició su trabajo en Bolivia en el año 1978, prestando apoyo técnico y económico para mejorar la calidad de vida y la salud en comunidades indígenas – campesinas vulnerables.

La compleja realidad de las comunidades, el deterioro de sus condiciones de vida, resultado de siglos de discriminación, desigualdad e inequidad, pronto revelaron que una mejoría sostenible de la salud de las familias no dependía solamente de una eficiente atención en salud, sino de todo un proceso largo de reversión de las condiciones de pobreza y desigualdad en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Condiciones a las que se las ha denominado Determinantes Sociales de la Salud (DSS)¹. De esta manera, las acciones en salud que promovió la CRS involucraron al conjunto de la sociedad, en la que el sector salud fue tan solo una parte.

Cohérente con este enfoque, CRS-PB fue construyendo un modelo de acompañamiento cuyo eje articulador fue el empoderamiento de sus organizaciones: convirtiendo a la organización en contraparte, a cargo de la ejecución del proyecto y, a sus dirigentes, en los actores protagónicos del proceso; bajo un enfoque de autodeterminación y autogestión de las comunidades.

A partir del año 2003, los proyectos financiados por CRS, incorporaron al trabajo en salud comunitaria lo que se denominó el Consejo de Análisis de la Información Comunal (**CAI – Comunal**). La iniciativa surgió de la propuesta del Sistema de Salud Pública que planteó el CAI – Municipal; un espacio para el análisis de la información en salud a nivel municipal. La propuesta de CRS-PB consistió en que la acción de analizar la información en salud sea apropiada por las comunidades y no sea un patrimonio exclusivo del personal de salud y autoridades municipales.

Desde el 2003 a la fecha, el **CAI-Comunal** se ha venido consolidando conceptual y metodológicamente, hasta constituirse en un componente clave de la estrategia de implementación del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural que propone la CRS-PB.

El trabajo de CRS-PB se inserta en la realidad boliviana, caracterizada, por lo menos en los últimos 20 años, por los esfuerzos puestos en un proceso de construcción de un Sistema de Salud Comunitario Intercultural, en el que se integre, complemente y articule, por un lado, el Sistema de Salud Pública, con fuerte tradición biomédica y asistencialista y, por otro lado, el Sistema de Salud Comunitaria, con fuerte arraigo en las comunidades, gracias a la transmisión del conocimiento ancestral de la Medicina Tradicional de generación tras generación.

Con la implementación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI - decreto # 29601 de Junio del 2008), se definieron con mayor claridad los espacios y roles de la participación social en la salud, como condición para la construcción de un Sistema Intercultural de Salud.

Sin embargo, a pesar de los avances en la legislación de la salud en Bolivia, aun subsiste un abismo entre lo establecido en la normativa de la salud pública y su implementación práctica en las comunidades; siguen imponiéndose visiones reduccionistas, asistencialistas y paternalistas, no solo por segmentos de las instituciones de salud pública, sino, por algunas ONGs que trabajan en la promoción de la salud comunitaria.

Es en este contexto, que CRS-PB desarrolló su experiencia de profundización del proceso de construcción del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural (SSCI)², de abajo – arriba, a partir del empoderamiento de las organizaciones comunitarias, del fortalecimiento de sus capacidades de gestión; desarrollando para enfrentar las causas estructurales del deterioro de la salud: la desigualdad, inequidad, discriminación, exclusión, racismo y la pobreza; ampliando el acceso al sistema de atención de la salud, mejorando la calidad y calidez de la atención y, valorando y recuperando la capacidad resolutoria de la medicina tradicional.

¹ El concepto de DSS es desarrollado por la OMS a partir de la declaración de Alma Atta y, el momento de mayor reflexión alcanzó en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, convocada por la OMS, en 2011 en Brasil.

² En el presente documento se presenta la propuesta de CRS-PB como Sistema de Salud Comunitaria Intercultural (SSCI), con el propósito de diferenciar del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI).

I Capítulo

Primera Fase: Enfoque del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural a partir de la práctica de las organizaciones indígenas – campesinas.

En la experiencia de trabajo de CRS-PB, se ha podido establecer la importancia de generar, antes de iniciar acciones concretas en salud, un periodo de análisis y reflexión, con la participación de todas las comunidades, para definir el enfoque que ha de tener el trabajo en salud.

Si bien la definición del enfoque es también un proceso de construcción que toma varios años, ya que son las comunidades quienes elaboran, existen algunos aspectos básicos, primordiales, que facilitan la implementación si se los precisa en la primera fase. Estos aspectos básicos están relacionados con: la definición del concepto de salud, a partir de la comprensión y percepción de la población; la constatación de la pre existencia de un Sistema de Salud Comunitaria, vigente ancestralmente, que se articula y complementa en un Sistema de Salud Comunitaria Intercultural, integrando el Sistema Público de Salud; la necesidad de identificar a la estructura orgánica indígena o campesina, como el actor protagónico en la construcción, de abajo – arriba, del Sistema de Salud Comunitario Intercultural; y, la reivindicación de la salud como un derecho irrenunciable.

Es en las reuniones orgánicas zonales que se inicia la reflexión, con el apoyo del Asesor de CRS, promoviendo la participación de la mayor cantidad de autoridades y líderes, hombres y mujeres, de todas las comunidades.

La reflexión se va generando en la medida que se va analizando la situación de salud, las demandas de la población y las vías para encontrar soluciones. Es un proceso que no termina en dos o tres reuniones, más bien, la reflexión se renueva permanentemente, durante todo el tiempo.

En este proceso se va fortaleciendo el sentir de las comunidades frente a esquemas discursivos que, por muchos años, fueron impuestos en las comunidades; de esta manera, la implementación del SSCI, se inserta en el proceso de emancipación de los pueblos indígenas - campesinos en Bolivia.

1.1. Salud - Un concepto holístico

Para poder establecer estrategias adecuadas para mejorar la salud en las comunidades, se requiere profundizar el concepto de salud que las comunidades mantienen como parte inseparable de su cosmovisión³.

La reflexión generada en las reuniones, al momento de definir las estrategias a asumir para mejorar la salud, es la oportunidad para aclarar y reconstruir el concepto de salud. Son principalmente las personas mayores, los abuelos, los que realizan los mejores aportes. Hay que estar atentos a su participación.

³ La cosmovisión de los pueblos indígenas, producto de una construcción social acumulada en siglos, mantiene una relación dinámica y de resistencia frente a los discursos hegemónicos occidentales. De tal forma que, en lo cotidiano, se entremezclan visiones, hasta el punto que, en algunos casos, se llega a manifestar procesos profundos de aculturación. En muchos casos, la recuperación y revalorización de la cultura, implica un proceso de reconstrucción social.

Los abuelos de los pueblos indígenas suelen definir la salud de la siguiente manera:

“La salud es comprendernos y amarnos, tener alegría y paz interior, tener ganas de estar tranquilos y que no nos duela en el Teko, en nuestro ser Guaraní... Esto solo es posible cuando trabajamos, criamos animalitos, plantamos, comemos bien y somos fuertes. Bendecir los frutos, el fuego y el agua y estar en relación permanente con nuestro entorno”⁴

Incluso identifican la convivencia armónica en la familia, entre las familias, en la comunidad y entre las comunidades como una condición básica para la vida saludable y para no enfermarse.

“Salud es vivir unidos, sin envidias, sin egoísmo, sin odio. Para vivir sanos tenemos que eliminar la maldad de nuestras comunidades, sino, en vano vamos a hablar de mejorar la producción o la educación...” (Luis Perez; Alto Parapetí)

Las culturas indígenas de Bolivia, a pesar de las diferencias, coinciden en el sentido holístico e integral que tienen de la salud. En la cultura guaraní: salud se dice tekove, y tekove significa vida. Entonces, hablar de salud, es hablar de la vida en todas sus facetas, Tekove Katu, es decir vida sana, vida plena. En la cultura quechua: salud se identifica con Sumak Kawsay, que significa vivir bien, un concepto que plantea la satisfacción de las necesidades, la realización de una vida digna y de calidad, amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos en paz y armonía con la naturaleza.

Es decir, “... la salud es parte de la totalidad de actividades que se desarrollan en las comunidades, el entorno regional y la relación con la naturaleza y el universo. Cuando se habla de salud también se habla de relaciones familiares y comunitarias, de seguridad en torno a la producción y la tenencia de tierra, de identidad cultural y pertenencia, de vivienda, de motivos para festejar o duelos. Esta integralidad de vida se ve reflejada en la salud de cada comunidad. Los desequilibrios en cualquiera de estos aspectos se transforman en dolencias, miedos y deterioro de la salud.”⁵

Desde este enfoque, las comunidades indígenas – campesinas, salvando las peculiaridades de cada región, identifican algunos factores o Determinantes Sociales de la Salud comunes que impiden o limitan la vida plena (la vida saludable), como ser:

- Conflictos en la tenencia de tierra y la inseguridad en torno a los cultivos.
- Fuentes de aguas contaminadas y escasas
- Inseguridad alimentaria
- Desamparo, migración, soledad, abandono
- Debilitamiento de la autoridad moral en las comunidades, envidias, mezquindades entre familias y entre comunidades.
- Debilitamiento de la identidad cultural
- Exclusión económica, política y social

En comunidades en las que se ha machacado por años el discurso occidental que identifica: salud con enfermedad y enfermedad con medicamentos, existe la tendencia de que, cuando se habla de salud, se hace referencia a este discurso institucional. Por lo tanto, reconstruir el concepto holístico de la salud, puede no resultar fácil; por lo general suele requerir mucha dedicación y esfuerzo.

⁴Raquel Peralta, en su libro sobre el mundo guaraní *“La Danza que sana”*, nos cuenta lo que dicen los abuelos de las comunidades guaraníes en torno a la salud

⁵ Sistematización: “Sistemas comunitarios de salud integral en tres Organizaciones Guaraníes del Chaco Boliviano”. CRS-PB

1.2. Interculturalidad y Medicina Tradicional

Desde el punto de vista de CRS-PB, La interculturalidad plantea una manera emocional y racional de relacionarse entre dos o más culturas, cuyo resultado es la sinergia creativa en la solución y superación de los problemas y debilidades.

La interculturalidad, en el ámbito de la salud, está planteada en el modelo SAFCI como: “la articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud”.

Para CRS-PB, el enfoque intercultural está incorporado en el mismo modelo de intervención, forma parte de un todo. Se pone de manifiesto desde el primer contacto establecido con las comunidades. La metodología de intervención se desarrolla a partir del reconocimiento de la presencia de conocimientos, sabiduría, prácticas y potencialidades enriquecidas de generación en generación, en permanente interrelación del hombre con la comunidad, la naturaleza y el cosmos. Esto implica también, en el campo de la salud, el reconocimiento de la existencia de un Sistema de Salud propio, con capacidades resolutivas probadas; punto de partida para abrir el diálogo y encuentro constructivo con la medicina occidental.

Las comunidades indígenas – campesinas, en la búsqueda de solucionar sus problemas de salud, recurren a recursos que van desde la autoayuda, la “medicina popular”, la medicina tradicional, la biomedicina y otras prácticas alternativas.

“En una encuesta que hemos realizado a las familias, hemos podido conocer que cuando las personas se enferman, en primer lugar, recurren a los conocimientos de la familia para sanarse, generalmente usan plantas para hacer infusiones. Cuando no se sanan van al centro de salud. Y cuando allí no se curan, buscan al médico tradicional.” (Nelvi Ochoa, Médico Residente SAFCI de la comunidad Iviyeca, Alto Parapetí)

“Tenemos 2 médico tradicionales: Dionicio Quispe; desde sus 15 años ha aprendido, ahora tiene 68 años. Catalina Peñaranda, tiene unos 60 años, bien hace sanar. Ven en coca para saber si ellos van a poder sanar o si es para el médico. Cuando la gente se enferma primero van al Médico Tradicional.” (Marcial Chambi. Rodeo Porvenir, Tomina)

Pero también se constató que, en algunas comunidades, la incidencia de la práctica de médicos tradicionales vino disminuyendo con el tiempo, más aún, en la medida en que el sistema de salud se aproximaba con más recursos.

“Ahora poco a poco están desapareciendo los Ipayes (médico tradicional guaraní), desde que hay el centro de salud, ahí nomas vamos, nos hemos acostumbrado a las tabletas, queremos que inmediatamente nos calme el dolor, nosotros mismos nos estamos engañando” (dirigente de Alto Parapetí)

“Nos hemos olvidado de retribuir al médico tradicional por su trabajo, entonces el Ipaye ya no quiere seguir atendiendo, porque tiene que mantener a su familia” (Luis Perez Alto Parapetí)

Es común que autoridades y líderes de las comunidades, expresen permanentemente su preocupación por fortalecer la Medicina Tradicional.

Las lecciones aprendidas respecto a este tema, muestran que los procesos de sensibilización y capacitación del personal de salud son insuficientes para lograr una articulación intercultural en la salud comunitaria y que, los mayores y significativos avances se han dado en los siguientes casos:

a) Cuando los dirigentes, las autoridades y la población toman conciencia sobre la alta capacidad resolutoria de la medicina tradicional; por sus procedimientos, recursos y saberes únicos o complementarios a los de la medicina occidental. La presencia de esta convicción en la comunidad fue condición para que los otros (personal médico, ONGs, etc.) reconozcan, verdaderamente, la validez de la medicina tradicional.

Las acciones que contribuyeron a la toma de conciencia en las comunidades, fueron aquellas que visibilizaron a nivel colectivo los resultados de la práctica de la medicina tradicional. La sistematización de la experiencia y la información, por parte de la misma comunidad es, en este aspecto, un instrumento efectivo.

b) Cuando los Médicos Tradicionales lograron la confianza y el reconocimiento de la población. Cuando los Médicos Tradicionales ofrecen servicios de calidad, reciben de parte de la población un mayor reconocimiento y una mayor retribución – en efectivo o en especie –, lo que, al mismo tiempo, incentiva a que los médicos estén más predispuestos a servir a la comunidad de manera permanente.

El intercambio de experiencias entre médicos tradicionales y las capacitaciones realizadas en el formato propuesto por los mismos médicos tradicionales, fueron las actividades más recurrentes que contribuyeron a mejorar la calidad en la atención:

“En mi comunidad tenemos un médico tradicional, desde que él va a los talleres de capacitación en medicina tradicional, la gente más lo está buscando, porque ahora sabe más y de otras enfermedades también puede curar.”(Valeriano Sandoval. Tomina la Chica – Tomina)

“En nuestra comunidad tenemos una partera que atiende bien, es reconocida por la comunidad y la apoyan económicamente. Ella coordina con la enfermera... cuando una mujer está por enfermar, con la enfermera atiende. La partera nos dice que si la valoran y le reconocen, más va a apoyar en la comunidad.” (María Chambi, Rodeo Porvenir – Tomina)

Otro aspecto, relacionado con la Medicina Tradicional, es el manejo de la Medicina Popular; entendida como el conocimiento de las propiedades medicinales de plantas, minerales, animales o rituales que las familias utilizan en primera instancia para curarse de una infinidad de dolencias.

Los espacios de reflexión sobre la salud que se generan en la estructura del SSCI (ver más adelante), sirven para que las familias intercambien, compartan y divulguen este conocimiento. Por otra parte, se ha visto que la capacitación en Medicina Natural a las familias, es un recurso que acrecienta la capacidad de divulgación de este conocimiento y contribuye a mejorar el cuidado de la salud familiar.

La experiencia de CRS-PB en este campo, señala la importancia de reconocer que la medicina natural forma parte de la Medicina Tradicional. Confundir una con la otra, conlleva el riesgo de reducir el conocimiento de la Medicina Tradicional a un solo aspecto, lo que derivaría en una tergiversación y en una occidentalización de la Medicina Tradicional.

1.3. La Salud como un derecho y el empoderamiento de las organizaciones

Promover el análisis crítico de la realidad económica, social y política del municipio, departamento y del país, permite a las comunidades y sus organizaciones comprender que – como se señala en el Plan Nacional de Salud – “la salud no puede concebirse al margen de las críticas circunstancias políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país. La inequitativa distribución de los recursos económicos, humanos y materiales, marcan grandes diferencias entre grupos poblacionales, no sólo en lo que hace a las enfermedades que los afectan y cómo lo hacen, sino

respecto a sus condiciones y calidad de vida.” Esta comprensión fortalece la capacidad de exigibilidad de las comunidades.

“Si nosotros no reclamamos, el municipio o la gobernación invierten donde ellos prefieren y a nosotros no nos llega lo que nos corresponde, pero si sabemos cuánto es el presupuesto y cuánto nos toca, exigimos para que la distribución sea equitativa y no solamente para algunos sectores”. (Demetrio Yaparico, Capitán Grande Alto Parapetí)

Al mismo tiempo, informar y difundir el enfoque de la salud como un derecho irrenunciable; que las comunidades conozcan que este derecho está reconocido por la Nueva Constitución Política del Estado, contribuye a un cambio de actitud de las personas y autoridades y, facilita al establecimiento de relaciones de poder más horizontales entre: organizaciones comunitarias e instituciones estatales y privadas; entre autoridades comunitarias y personal de las instituciones públicas y privadas.

“Antes en el hospital éramos tratados como animales, pero ahora que nos hemos capacitado en las leyes, sabemos nuestros derechos, mediante el congreso hemos exigido para que nos atiendan bien y de inmediato, ahora estamos vistos como personas.” (Alejandro Peralta. Comunidad Tablas, Subcentralía Tomina)

“Las reuniones del CAI-Comunales han ayudado a que la organización tenga más poder para controlar al personal de salud. La información que se recoge de los CAI es clave para exigir al personal de salud, rendición de cuentas, que mejoren su trabajo, que atiendan con cariño.” (Ángel Calderón – Subcentral Tomina)

Cuando las comunidades indígenas – campesinas asumen que la salud es un derecho irrenunciable, lo hacen en el sentido que: el derecho a un sistema de salud eficiente y de calidad, así como la equidad social no es resultado de la dádiva, ni de la caridad de ningún sector, institución o partido político; es el resultado de la claridad que tengan las autoridades comunitarias respecto al camino a seguir y a sus derechos, y a la capacidad de diálogo, exigibilidad y movilización frente al Estado. La acción efectiva sobre los Determinantes Sociales de la Salud y sobre el Sistema de Salud Pública, constituye un proceso político que involucra a la comunidad y al Estado.

El rol que juega la organización comunitaria, en la implementación del Sistema de Salud Comunitaria Intercultural, es protagónico y decisivo; su empoderamiento es la condición para el éxito. Las autoridades de las organizaciones comunitarias tienen frente a sí, el desafío de desarrollar capacidades de gestión que les permita actuar tanto en el ámbito general de implementación de estrategias de superación de la pobreza, como en el ámbito específico, en el diagnóstico de la salud de la población, la gestión de servicios y la definición de políticas en salud.

“Cuando se vienen acumulando los problemas de salud en las comunidades, se convoca a un ampliado o congreso de salud, porque tiene potestad para resolver y tomar decisiones... Por ejemplo, hace 6 años, había muchos reclamos de las comunidades por la mala atención del jefe médico, nosotros pedíamos que cambie, como no hacía caso hemos llamado a un congreso de salud, y allí se ha decidido que se lo cambie. Con ese pedido hemos ido al SEDES. Ha sido toda una pelea con el personal de salud pero, al final, hemos logrado que lo cambien. Ahora el nuevo médico ya respeta a la organización, bien con cuidado y ha mejorado la coordinación.” (Ángel Calderón – Subcentral Tomina)

1.4. Papel de la Organización Comunitaria

Los proyectos impulsados por CRS-PB, tienen como contraparte a las organizaciones zonales (subcentralías o capitánías) y, la población beneficiaria, resulta ser el conjunto de comunidades que pertenecen a la subcentralía o capitánía. Es decir, considera a la zona, sus comunidades y su organización como una unidad indivisible, ya que cualquier fragmentación (trabajar con parte de

las comunidades o, peor, con parte de la población de una comunidad) provoca daños al interior de las organizaciones e impide desarrollar las condiciones de sostenibilidad del proyecto.

“Nuestra capitanía está en dos municipios, esto nos crea problemas. Una vez hemos conseguido víveres de ayuda pero, al distribuir, nos han dividido, nos han dicho ustedes son del otro municipio, para ustedes no hay. Las ONGs muchas veces apoyan a unas comunidades nomas, no a todas, esto nos crea problemas entre nosotros.” (Eugenio Abareyu; Alto Parapeti)

Y es que, por lo general, en el modo de vida de las comunidades indígenas – campesinas en Bolivia, el individuo se realiza en cuanto colectividad solidaria, es decir, raras veces los problemas son considerados estrictamente de una persona o de una familia, por lo general, los problemas del individuo o la familia, son asumidos por la comunidad, y es la comunidad la que solidariamente busca las soluciones. De la misma manera, a nivel más macro, la comunidad se realiza en cuanto se agrupa y constituye en un conglomerado de comunidades definidas geográficamente, conformando la organización zonal que, en la región quechua, se denomina subcentralía y, en la región guaraní, se denomina capitanía. Los individuos y las familias canalizan sus demandas a través de la comunidad y, el conjunto de demandas y reivindicaciones de varias comunidades, se canalizan a través de la organización zonal. La organización zonal – en tanto entidad empoderada – es reconocida por las instituciones estatales como un interlocutor válido, que es escuchada y atendida.

“Si hay un comunario que ha sido mal atendido en el hospital por un doctor o enfermera, informa al secretario de salud de su comunidad y él nos informa en la reunión de la subcentralía, aquí es donde tomamos medidas para reclamar. La subcentralía se hace respetar. Pero si la persona va directamente a reclamar, o su dirigente de la comunidad... nadie les hace caso.” (Felix Benacho. Kawasiri – Tomina)

Tanto la organización comunitaria, como la organización zonal, en tanto entidades empoderadas, son estructuras orgánicas democráticas, representativas y participativas, gozan de la legitimidad y la autoridad moral para representar los intereses del conjunto de su población. Poseen un complejo sistema filosófico y de principios para alcanzar consensos, resolver conflictos internos y mantener la cohesión interna.

“Al principio nuestra organización era débil, las familias jalaban a sus intereses. Con el apoyo de la CRS, con las capacitaciones, con el tiempo hemos mejorado, ahora tenemos una organización fuerte, tenemos nuestros estatutos y reglamentos para hacer cumplir, todas las comunidades están unidas, eso nos da fuerza ante el municipio.” (Ángel Calderón. Subcentral de Tomina)

Por lo tanto, resulta lógico que si se considera que gran parte de las acciones en defensa del derecho a una vida saludable, pasa por incidir en los DSS, la implementación del SSCI se tiene que construir a partir de la estructura territorial orgánica, lo que implica, trabajar con el conjunto de comunidades que se identifican territorialmente, formando una unidad inseparable con la organización zonal que las representa (capitanías o subcentralías).

“Con el fortalecimiento de la subcentralía hemos logrado que la organización esté al mando de la salud, la educación, incluso del municipio. Todo se programa pensando en todas las comunidades de la subcentralía. Cualquier proyecto antes de entrar por el municipio tiene que entrar por la subcentralía, nosotros damos el visto bueno. Entonces ya no hay problemas de división.” (Ángel Calderón. Subcentral de Tomina)

Llegar a operar de esta manera, en zonas donde ha existido una tradición organizativa, se da de forma rápida y natural, sin embargo, en zonas donde la organización matriz es débil, requiere un proceso de reflexión y capacitación que puede tomar meses o años.

1.5. La incorporación del tema Salud como tema central de la organización

Cuando el tema de la Salud es abordado por la organización en la manera en que el sistema de salud tradicionalmente lo ha hecho; limitándose a la lógica asistencial y al cumplimiento de programas con énfasis en el binomio madre – niño(a), no genera la motivación suficiente para que la organización le de importancia al tema salud, por lo general, es relegado al último lugar en el orden del día de las reuniones, significando el poco interés de la población en reflexionar de esta manera sobre el tema.

“...los dirigentes necesitan capacitarse para entender la importancia de la participación en salud, para que prioricen por ejemplo en su tratamiento en las reuniones, ahora, peleamos para poder hablar de salud en las reuniones de la comunidad, pero nos ponen en último punto, en varios, entonces, la gente está cansada y se va yendo de a poco. Y por último, por falta de gente, se suspende”. (Entrevista a Betty Rueda: Autoridad Local de Salud de la comunidad Naciones Unidas, de Nuevo Palmar)

Para la implementación del SSCI, es crucial que el tema de la Salud motive al conjunto de la población a reflexionar y debatir, y sea considerado como punto central de las reuniones.

“La capacitación de CRS fue importante para tomar en cuenta la salud, antes poníamos solo en puntos varios en las reuniones. Ahora valoramos la salud, la educación. Desde el 2010 hemos agarrado fuerte y estos dos temas son los primeros que tratamos.” (Anselmo Rodríguez Chuvé. Cacique de CICOL de Salud, miembro del Consejo Social Municipal, San Antonio de Lomerío)

Para que esto suceda, según la experiencia de CRS-PB, hay tres aspectos que contribuyen a visibilizar la Salud al interior de las comunidades:

- a) Que la población conozca y experimente que, a través de su organización, puede influir, cambiar y mejorar la situación de la salud. Que la normativa legal vigente en el país permite a la organización jugar un rol preponderante en la toma de decisiones en la planificación, en el seguimiento y evaluación de las actividades en salud.
- b) Ampliar la visión de la Salud de lo mero institucional, asistencial, a una visión integral, que vincule y relacione la vida saludable de la población (como propósito), con los determinantes que generan un deterioro de la salud. Esto es retomar el lenguaje holístico de las comunidades indígenas, que suelen manifestar principios tales como: agua es vida, tierra es salud, fiesta es alegría y salud, etc.

Existen dos instrumentos que contribuyen enormemente a identificar los DSS y definir de una manera ordenada un camino de largo plazo para el vivir bien: las carpetas familiares, que actualizadas permanentemente, se constituyen en una base de datos para el monitoreo de la situación de los DSS; la construcción de un Plan Estratégico por parte de la Organización Zonal, ayuda a la población a identificar y priorizar los aspectos esenciales a lograrse, permite tomar conciencia de las actividades que la comunidad tiene que realizar para prevenir y mejorar la salud, evitando así, demandas aisladas e irracionales, que muchas veces requieren grandes inversiones pero que acarrear pocos beneficios.

El Plan Estratégico tiene que convertirse en la guía permanente de la organización para el análisis y la reflexión sobre el bienestar de la población, sobre sus afecciones y desequilibrios, sobre los determinantes y consecuencias, de esta manera se logra romper en la comunidad la tolerancia al sufrimiento y a la pobreza, como estados normales e inmodificables y, ayuda a proyectar el futuro en el imaginario colectivo una perspectiva posible y realizable de completo bienestar físico, mental, social y espiritual.

- c) En el análisis y reflexión sobre la situación de la salud en las comunidades, es importante tomar en cuenta las preocupaciones y necesidades del conjunto de la población, no solo de un segmento de ella. Si bien se pone énfasis en los grupos más vulnerables, como suele suceder con los niños menores de cinco años por su alta exposición a la desnutrición, los

adultos que sufren algunas afecciones tiene que sentirse incluidos en la búsqueda de soluciones para su situación.

1.6. El conocimiento: motor movilizador de la comunidad

Para que sea posible avanzar en la primera fase con éxito, los primeros esfuerzos están concentrados en la divulgación de la información y el conocimiento; es el arma, el motor movilizador de la comunidad, es el medio a través del cual se logra concretar los cimientos para la construcción de las siguientes fases.

Es fundamental que la labor de difusión de la información y el conocimiento beneficie a la mayor cantidad de la población (a todas las bases), evitando que sean solo los dirigentes o autoridades los que participen en este proceso.

“Con el proyecto hemos capacitado desde las bases, así, aunque se cambiaba un dirigente, el que entraba ya sabía lo que había que hacer, no había que empezar de nuevo. Gracias a esa capacitación es que hemos llegado al poder local del municipio, yo mismo he llegado a la Federación Única de Trabajadores de Campesinos.”(Teodoro Vargas, Secretario de la FUTPOCH)

Los medios que se elijan para la capacitación son varios, mucho depende de los requerimientos y condiciones de las comunidades. Sin embargo, en la experiencia de CRS-PB, se ha visto los siguientes medios como los más usuales:

- Las reuniones de las comunidades y de la organización zonal, llevadas a cabo de forma sistemática, se convierten en una verdadera escuela de líderes. Por eso, es importante promover la mayor participación de la población en éstas instancias. En la medida que las organizaciones van enriqueciendo su experiencia de las reuniones, éstas se van estructurando en tres partes: evaluación, planificación y acción o gestión (diálogo, negociación, movilización).
- Talleres de capacitación. La organización define, en función de sus necesidades, los temas que requiere (en esta priorización surgirán temas urgentes y temas de largo plazo).
- Intercambio de experiencia. Compartir las experiencias exitosas entre comunidades, entre proyectos y entre organizaciones; es un medio que contribuye a comprender de una manera rápida las lecciones aprendidas.

De la misma manera, los temas se van definiendo en función de las necesidades. Sin embargo, los siguientes temas han sido identificados, por los dirigentes y autoridades, como los más significativos en el proceso de empoderamiento de las organizaciones.

- Realidad económica, social y política de Bolivia: el propósito es identificar los factores que han generado la distribución desigual, inequitativa e injusta de los recursos y la riqueza en el país. Este proceso favorece la contextualización de la realidad de las comunidades con la del país, y definir objetivos de reivindicación emancipatorios que modificaran los DSS.
- Leyes y decretos vigentes en el país: contribuye a tomar conciencia de los derechos y responsabilidades de la población y las organizaciones y, a fortalecer las gestiones de la organización frente a las instituciones del Estado.
- Funcionamiento del sistema de salud: Implica la necesidad de conocer el presupuesto en salud, el funcionamiento de los seguros de salud y la oferta institucional, el rol de la participación social en el funcionamiento del sistema de salud (en el seguimiento, evaluación y planificación de las actividades en salud), las obligaciones y responsabilidades del personal de salud, etc. El conocimiento de estos temas contribuye a elevar la capacidad de gestión en salud, lo que repercute en la calidad y calidez del servicio de salud.

- Medicina Tradicional: el propósito es revalorizar y recuperar las terapias con capacidad resolutive efectiva de la medicina popular y tradicional que contribuya al bienestar de la población. Se trata de un proceso de reconstrucción de los saberes relevantes ancestrales.
- Identificación de las afecciones que más perturban a la población: el propósito es que la población tome conciencia sobre la situación de la salud y su vulnerabilidad, para mejorar la prevención y el tratamiento adecuado, utilizando los recursos que están al alcance de las familias y los que proveen los médicos tradicionales y/o el sistema público de atención médica.
- Situación orgánica: organización interna, nuevas exigencias a partir de las reformas del Estado; relacionamiento hacia el interior y hacia el exterior, fortalezas, debilidades, etc.

II Capítulo

Segunda fase: Construcción del Sistema de Salud Comunitario Intercultural

Una vez sentadas las bases conceptuales y de enfoque, con la participación de los dirigentes, líderes y bases, se prosigue con la siguiente fase que es de construcción de la estructura del ssci.

En la estructura del SSCI se distinguen dos escenarios: uno, el “Encuentro de Salud Comunal” (CAI - Comunal) que se lleva a cabo mensualmente en cada una de las comunidades, para el control, la atención y el análisis de la situación de la salud de la población; y otro, la “Gestión Comunitaria en Salud” que se desarrolla en el ámbito de la organización comunal y zonal, con proyección a nivel municipal, departamental y nacional. Ambos escenarios son complementarios y están permanentemente articuladas.

2.1. Encuentro de Salud Comunitaria (CAI-Comunal)

La experiencia de CRS-PB en este campo, es quizás uno de los aportes más valiosos que podría enriquecer, inclusive, al Modelo SAFCI.

Desde el año 2003, los proyectos impulsados por CRS, dieron pasos importantes al darle mayor valor y trascendencia a las actividades “multiprogramáticas” que el personal de salud realizaba periódicamente en las visitas a las comunidades, con el fin de brindar una mejor atención al binomio madre-niña-niño; proponiéndose como metas concretas: la reducción de los índices de desnutrición y de la mortalidad materna-infantil. Las actividades se limitan, por lo general, al control peso-talla de los niños menores de 5 años, a la dosificación de micronutrientes en caso de desnutrición, a la medicación a niños enfermos, al control de las madres embarazadas y puérperas y, ocasionalmente, a la orientación en la prevención de la salud.

El avance consistió en convertir la visita del personal de salud a las comunidades en un momento de reflexión colectiva que, dotada de los instrumentos necesarios, transformó este evento en un sistema de vigilancia epidemiológica manejada por la comunidad, lo que demostró, a mediano plazo, mayor eficacia en la identificación de estrategias pertinentes para las acciones en prevención, atención y en la promoción de la salud y, aportó con información de calidad para las gestiones en salud; con repercusiones importantes en la mejoría de los indicadores de la salud.

Desde el inicio de esta estrategia, se acumuló, en los diferentes proyectos, un conjunto de experiencias exitosas, las cuales, agrupadas y ordenadas de una manera coherente (como se detalla a continuación), nos dan las pautas para un eficaz acompañamiento en la implementación del SSCI.

2.1.1. Objetivo del CAI Comunal

El objetivo del encuentro es desarrollar las capacidades para una efectiva vigilancia epidemiológica comunitaria y participativa: que la comunidad y sus dirigentes cuenten con información veraz y oportuna sobre la situación de la salud de su población; que se identifiquen los Determinantes Sociales de la Salud y los factores que perturban el bien estar de la población; que se haga un seguimiento y control a las actividades de prevención y atención de la salud y se tomen decisiones que incidan en la planificación general de las actividades en Salud.

El manejo de la vigilancia epidemiológica por parte de la misma comunidad contribuye enormemente al proceso de empoderamiento en salud; el hecho de convertir los datos sobre la situación de salud en información, y la información en conocimiento, representa un salto cualitativo en la gestión comunitaria de la salud.

Los sucesivos encuentros mensuales, se convierten en un proceso continuo de identificación de las principales afecciones y búsqueda de soluciones, teniendo como resultado un efectivo sistema de monitoreo epidemiológico efectuado por la misma población.

La información recabada sobre el estado de salud de la población y sobre los determinantes identificados, es uno de los insumos más importantes para el análisis en los siguientes espacios del SSCI.

2.1.2. Metodología para el fortalecimiento del CAI - Comunal

La metodología propuesta, plantea una serie de pasos dirigidos a ampliar el sentido y el alcance que el Sistema de Salud Pública le da, actualmente, a las reuniones de control y atención de la salud en las comunidades. Señala de qué manera la comunidad se puede apropiarse de esta actividad hasta convertirla en una actividad vital y trascendental.

2.1.2.1. El monitoreo al estado nutricional de los niños(as) como guía para el análisis de la situación de la salud

En el transcurso de la experiencia de CRS-PB, se ensayaron varios métodos para el manejo de la información por parte de la comunidad.

A un principio, se pretendió que la comunidad se hiciera cargo del manejo de toda la información que se generaba en el proceso de control de los menores de 5 años y de las madres embarazadas y puérperas: peso talla, episodios de EDAS e IRAS, entrega de micronutrientes y medicamentos, cumplimiento del PAI, primeros controles a las madres embarazadas, etc, etc.

Pasó poco tiempo en advertirse que el manejo de tantas variables, no solo dificultaba la comprensión por parte de la comunidad, sino, se reforzaba la tendencia del sistema de vincular, por ejemplo, la desnutrición con la distribución de micronutrientes como solución y las EDAS e IRAS con la distribución de antibióticos y antipiréticos.

Esto llevó a reducir la cantidad de variables y tomar en cuenta solo aquellas que reflejaran un diagnóstico sobre la situación de la salud; dejando de lado el análisis de las variables que registraban las acciones que el sistema de salud tomaba como medidas preventivas y curativas (estos datos continuarían siendo registrados por el personal de salud en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)).

El objetivo fue que la comunidad, a través de sus autoridades, maneje la información mínima – necesaria, como para establecer la relación entre las acciones en salud que se toman y el comportamiento de la situación de salud en el tiempo; si esta mejora, sigue igual o empeora.

Desde este punto de vista, se ha establecido que la situación nutricional de los niños(as), más el seguimiento a las EDAS e IRAS, son indicadores representativos de la situación de la salud en general, que desnudan la vulnerabilidad del conjunto de la población respecto a los Determinantes Sociales de la Salud. El análisis de esta variable permite identificar tanto los factores estructurales que deterioran la salud, como los que son atribuibles a algunos malos hábitos y costumbres de la población. Más aún, cuando, la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, en las comunidades indígenas – campesinas, se constituye en el principal problema de la salud pública en Bolivia.

Por ejemplo, si en una comunidad se identifican y se ejecutan acciones para mejorar las condiciones de provisión de agua y mejorar la alimentación, como medidas necesarias para mejorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Con seguridad que no solo se logrará superar la desnutrición, sino que, también, se mejorará considerablemente la situación de la población en general.

2.1.2.2. Análisis dinámico de la información en salud por parte de la comunidad

Para que esto suceda, no basta con tener una fotografía sobre el estado nutricional, en el momento de la reunión, lo que normalmente ocurre (por ejemplo, cuando se da a conocer la cantidad de niños desnutridos y no desnutridos del mes). Esta información en sí misma, no significa mucho, no aporta conocimiento. Es clave que la población tenga los datos suficientes como para comprender la tendencia de esta información “en el tiempo”.

Para que los datos se conviertan en información valiosa, es importante poder compararlos: ya sea con los datos de otros meses de la misma población (para saber si la situación mejora o no); con los datos de otra población; o con los promedios de la región o del país (para tener parámetros comparativos). Así la interpretación de esta información conduce a una comprensión más profunda de la realidad, facilitando el proceso de análisis de las causas del estado de salud de la población; se construye un conocimiento sobre el fenómeno, una visión integral de los sucesos. De esta manera, al comprender el desarrollo en el tiempo, de un determinado problema en salud, la población empieza a volcar su atención y preocupación en resolver los aspectos preventivos. De lo contrario, cuando los datos no son relacionados, la preocupación en la búsqueda de soluciones, de forma natural, se fija en los aspectos curativos.

“Antes hacíamos los controles en las comunidades, siempre lo hacíamos. Pero la comunidad no sabía nada de la información. Desde que la CRS ha implementado el CAI participativo, los responsables de salud de las comunidades saben cuántos niños hay, cuántos están con problemas. Si ha viajado, ya saben, cuando vuelven los controlan. Ahora comparan con otras comunidades cómo está mejorando la salud.”(Pedro Peña. Auxiliar del sector Palmira. San Antonio de Lomerío)

2.1.2.3. Personificar la información

Otra de las cualidades de la información, a nivel de la comunidad, es que, cuando se hable de indicadores de salud, estos estén relacionados e identificados con las personas, con nombre y apellido. Hay que evitar limitarse solamente al manejo de cifras y porcentajes abstractos. La personificación de la información, contribuye a que la comunidad pueda realizar un seguimiento más efectivo. Además, al poner en conocimiento una situación individual, se convierte en un hecho colectivo, de responsabilidad comunitaria. La misma familia afectada asume una responsabilidad social para un mejor cuidado.

2.1.2.4. Herramientas para el análisis de la información

La “Planilla de control y seguimiento al estado nutricional” de la comunidad es la herramienta que ha permitido facilitar el manejo de la información y el análisis y la reflexión al interior de la comunidad.

En el cuadro siguiente se observan las variables recomendadas para ser tomadas en cuenta.

CAI - COMUNAL

Planilla de control y seguimiento del estado nutricional de los menores de 5 años

COMUNIDAD:..... Población total Niños menores de 5 años:..... Año.....

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	ENERO						JUNIO	JUNIO							
			EDAD	PESO	TALLA	EPISODIOS IRA-EDA	Estado Nutri			EDAD	PESO	TALLA	EPISODIOS IRA-EDA	Estado Nutri			
							P/E	T/E								P/E	T/E

Esta planilla mide aproximadamente 4 metros de largo, por 1.60 de ancho. Es colocada en la pared del establecimiento donde se realiza el control de peso y talla.

Es importante que el personal de salud de la comunidad y los dirigentes que participan en este proceso, reciban la capacitación respectiva para el manejo público de ésta herramienta.

2.1.2.5. Pasar de una atención individual y segmentada a la atención a toda la colectividad

Si bien, hasta el momento, el seguro de salud protege solo a los niños y niñas menores de 5 años, a las mujeres embarazadas y puérperas y al adulto mayor, la atención brindada en el Encuentro de Salud Comunal, debe extenderse al conjunto de la población afectada por cualquier dolencia. El personal de salud (comunitario y público) debe contribuir a diseñar estrategias para resolver comunitariamente las necesidades del conjunto de las familias.

Es importante que la población afligida por cualquier dolencia sienta que su problema, más que un problema individual o familiar, es también un problema del conjunto de la comunidad; se trata de fortalecer, a partir del análisis de la información y la reflexión sobre los casos particulares, la capacidad de iniciar un proceso solidario de construcción de soluciones y alternativas para toda la colectividad, capaz de cuestionar como grupo las causas que condicionan los determinantes sociales de la salud.

2.1.2.6. Análisis con enfoque preventivo

Una vez concluido el primer periodo de atención rutinaria de los pacientes, de haber realizado el control de peso y talla, etc., la Autoridad Local de Salud, junto al personal de salud de la red de salud, inician la labor de análisis y reflexión sobre la información recabada en la atención; efectúan la comparación con la situación de meses anteriores para determinar la tendencia, analizan los riesgos y la gravedad, los factores causales y los condicionantes, para, finalmente, tomar determinaciones para la acción en el ámbito de la familia, la comunidad y la zona; para realizar ajustes y restituir el equilibrio.

En este momento es crucial que el análisis no se limite a las afecciones físico-biológicas de los individuos, y se amplíe y complemente con el análisis de la situación de la salud social (del grupo o la comunidad, y de la salud ambiental (del medio físico).

Cuando se dan las condiciones de confianza y entendimiento, se manifiesta aspectos que son relevantes para el bienestar de la población; se identifican por ejemplo, desequilibrios individuales generados por el susto, el arrebato o desequilibrios sociales por relaciones de odio y envidia entre vecinos o entre comunidades. El visibilizar este tipo de afecciones contribuye a restituir el equilibrio y la tranquilidad que ninguna otra intervención médica lo proporcionaría.

La valoración e identificación de las afecciones más relevantes de la comunidad y su incorporación en este espacio como tema de análisis para su tratamiento, dinamiza y promueve la participación activa de la población.

Simultáneamente a la labor de identificación de las afecciones y su priorización, es crucial dirigir la atención y el análisis al proceso de identificación de los factores determinantes de la presencia de tales afecciones y sus posibles estrategias para disminuir o superar sus efectos destructivos. Este enfoque contribuye a poner el mayor énfasis en las estrategias preventivas.

La prevención así, por un lado, tiende a restituir el equilibrio, movilizándolo a la población a recomponer su armonía interna y, por otro lado, subvierte, porque cuestiona la esencia misma del sistema, al demandar aquellos derechos y servicios que la estructura social niega en la práctica. Por eso es importante la deconstrucción del orden médico dominante, donde se reproduce el interés porque sigamos pensando en salud sólo en la forma de enfermedad.

Para efectuar esta labor en la comunidad es importante que el personal comunitario de salud (ALS Y ACS), esté capacitado y desarrolle habilidades para guiar en este análisis, para ayudar a pasar del dato a la acción y, sistematizar sus resultados.

2.1.4.3. Encuentro de saberes

El CAI-Comunal es el espacio en el cual convergen por un lado, el conocimiento de la medicina tradicional y, por otro lado, el conocimiento de la medicina biomédica, aun cuando, como en muchos casos, los médicos tradicionales no están presentes en la reunión.

Sin embargo, lamentablemente, en muchos casos esta convergencia no se da en condiciones de tolerancia por parte de los actores que se identifican con la visión biomédica. Las comunidades aun suelen ser blanco de la discriminación etnocultural por parte del personal de salud, de miembros de iglesias y de ONGs.

El conocimiento, la sensibilidad y el respeto, de parte del conjunto de los actores involucrados en el proceso, es vital a la hora de generar las condiciones para una efectiva complementación de ambas medicinas.

En comunidades donde se logró la interacción de ambos saberes, el personal de salud y los médicos tradicionales, lograron desarrollar la capacidad de referencia horizontal: los pacientes que el personal de salud del hospital refieren al médico tradicional y los que el médico tradicional refieren al personal médico.

Esta transformación en la manera de encarar la Salud Comunitaria, requiere un proceso de incidencia en los actores, a través de la recuperación y reconstrucción de la identidad cultural, de la cosmovisión y la medicina tradicional al interior de las comunidades; y, a través de la capacitación y sensibilización del personal médico.

2.1.3. Consideraciones prácticas para el funcionamiento del CAI-Comunal

Dijimos que el momento clave y la base sobre la cual se implementa el Sistema de Salud Comunitaria Intercultural, es el CAI-Comunal. El éxito de la implementación del SSCI depende, en gran medida, de la consolidación del funcionamiento de ésta instancia.

En la experiencia de CRS-PB, existen los siguientes elementos prácticos que incentivan al buen funcionamiento de esta instancia:

2.1.2.1. Fijar fechas de visita del personal de salud a las comunidades

Las fechas y hora de visita a las comunidades deben adecuarse al cronograma de actividades que tienen las comunidades; es un error pretender que las comunidades se adecuen al cronograma del personal de salud. Por lo tanto, es recomendable fijar estas fechas en las reuniones orgánicas zonales (subcentralías o capitanías) que se realizan cada mes, así todos los dirigentes de las

comunidades, junto al personal de salud, tienen la oportunidad de coordinar y consensuar el calendario mensual, evitando sobre posiciones.

También contribuye al éxito de la asistencia, el hecho que las reuniones mantengan fechas fijas durante todo el año.

2.1.2.2. Regularidad y cumplimiento

El fijar las fechas de manera conjunta, refuerza el contrato de compromiso de cumplimiento de ambas partes, tanto de la comunidad, como del personal de salud. Una vez fijado el calendario mensual para toda la zona, su cumplimiento puntual tendría que tener un carácter obligatorio.

Es importante que este calendario sea respetado por la Red de Salud, para evitar ausencias (por cualquier motivo) del personal de salud en las fechas fijadas.

Existen casos en los que la misma comunidad decidió aplicar una multa a las personas y al personal de salud por no asistir a la reunión ⁶. Esta decisión contribuyó significativamente a regularizar la frecuencia y presencia de los actores.

2.1.2.3. Tiempo suficiente para desarrollar la actividad en la comunidad.

El personal de salud tiene que estar consciente de la complejidad de su responsabilidad, que su labor, además de la atención individual, es contribuir a generar la reflexión colectiva señalada anteriormente. El personal de salud tiene que tener la predisposición de permanecer en la comunidad el tiempo que sea necesario, sin premura, para poder desarrollar la metodología participativa, aplicando el enfoque integral e intercultural de la salud. Por eso es recomendable que, por día, se visite a una sola comunidad, a no ser que las comunidades sean muy pequeñas y cercanas.

De esta manera, la población siente que no pierde el tiempo al asistir a las reuniones, que su asistencia es productiva por que se comparte información que contribuye al vivir bien.

De lo contrario, cuando la atención se convierte en un ritual mecánico de pesar a niños y medicarlos, la población pierde interés y, lograr su asistencia se convierte en una lucha.

2.1.2.4. Incentivos para crear el hábito de las reuniones

En algunos proyectos se observó que una de las causas para que fracasen éstas reuniones era las distancias largas que recorrían las familias y la dificultad de tener que trasladarse con su comida. Para salvar ésta dificultad, en varios casos, la organización decidió destinar parte de los recursos de su proyecto (financiado por CRS-PB) para cubrir los costos de un almuerzo para todos los que asistan a éstas reuniones. Esta determinación fue clave para contribuir a crear el hábito de la asistencia.

Sin embargo, la debilidad de ésta medida se manifestó el momento en el que el proyecto se retiró y desapareció el incentivo del almuerzo, generando una disminución notoria en la asistencia. Esto no ocurrió en los casos en los que los recursos del proyecto para este fin, fueron sustituidos por recursos de fuentes sostenibles.

Es el caso de Tomina, cuyos dirigentes lograron insertar en el presupuesto del POA municipal, con el ítem de fortalecimiento institucional, un aporte de 100 bs para la olla común, para cada reunión mensual. Luego sumaron a este fondo un apoyo de otra ONG que ingresó a la zona a trabajar en salud, con lo que sumaron un presupuesto de 250 bs., para cada reunión.

⁶ En el caso de la Subcentralía de Tomina, fue incorporado a los Estatutos y Reglamentos de la organización, la multa de 10 bolivianos para las madres de familia que faltan al control, 20 bolivianos para el personal de salud que no asiste y 10 bolivianos para cuando llegan tarde. Esta medida le dio mayor seriedad y peso para su cumplimiento.

2.1.3. Actores que participan y sus roles

A continuación se sugieren los roles que cada uno de los actores deberían asumir

2.1.3.1. Personal de salud

La participación del personal de salud es fundamental y forma parte de sus funciones laborales. Lo ideal es que el personal de salud comprenda el valor y la importancia del proceso de construcción del SSCI, a partir de la comunidad y, se comprometa a su implementación. En los casos en los que se dio el concurso activo del personal médico, se produjo una verdadera sinergia con la comunidad y los resultados fueron visibles en corto tiempo. Pero también hubieron casos en los que, lamentablemente, el personal de salud se convirtió en un obstáculo.

En la experiencia de CRS-PB, se ha constatado que, la incidencia negativa del personal de salud suele ser mayor, en la medida en que la organización está más debilitada. Y viceversa, las posibilidades de contar con el aporte creativo del personal de salud es mayor, en la medida en que la organización está más empoderada.

Los roles y responsabilidades más relevantes del personal de salud se resumen a continuación:

- Llevan a cabo los respectivos controles de salud y atienden a la población que lo demande, con el apoyo del personal de salud comunitario.
- Supervisa el correcto llenado de los instrumentos de control y seguimiento al estado nutricional de los menores de 5 años.
- Proveen regularmente con los insumos médicos que el seguro de salud cubre.
- Apoya en el análisis de la información, en la identificación de los determinantes que más inciden, en el análisis y en la búsqueda de soluciones en el ámbito individual, familiar, comunitario, zonal o a nivel Estado.
- Define acciones en coordinación con la comunidad
- Bajo su responsabilidad está el llenado y actualización de las carpetas familiares.
- Recaban la información escrita para los reportes a la Red de Salud y a las instancias superiores de salud.

2.1.3.2. Médicos Tradicionales

No se ha establecido ninguna regularidad de la presencia de los Médicos Tradicionales a estas reuniones en los diferentes proyectos, con excepción de las Parteras o Parteros, quienes asisten con mayor frecuencia a las reuniones, quizás debido a que el Sistema de Salud Pública a establecido lazos con ellos, preocupados principalmente por disminuir los partos en los domicilios e incrementar los partos en el establecimiento. Lo que en definitiva está contribuyendo al debilitamiento y achicamiento del rol de los parteros o parteras a simples vigilantes⁷.

Aún así, en el rol de vigilante, su aporte es significativo en el seguimiento a las mujeres embarazadas y en la reducción de los riesgos a la hora de dar a luz: es la presencia permanente en la comunidad, asiste y atiende a las mujeres embarazadas en el momento que lo demanden, informa de cualquier complicación solicitando atención de emergencia al personal de salud, informa sobre nuevos embarazos en la comunidad, refiere al hospital más cercano cuando la mujer ha llegado al momento de dar a luz, acompaña en el parto (en los lugares en los que se ha podido integrar al hospital) y, en casos de emergencia, atiende los partos.

En cuanto a la participación de los otros especialistas Médicos Tradicionales, resulta ser muy variada. No se ha podido establecer con claridad de qué variables depende su participación. Lo cierto es que independientemente de su asistencia a estas reuniones, los Médicos Tradicionales tienen una presencia activa en la vida de las comunidades y la población recurre a ellos con

frecuencia, creándose en los hechos, la complementación en la oferta de de servicios de la medicina tradicional y de la medicina occidental.

En esta perspectiva, las reuniones se constituyen también, en un espacio en el que las personas comparten sus experiencias que han tenido con los Médicos Tradicionales, validan las terapias, valoran cuando se han beneficiado de su capacidad resolutive o, cuestionan o ponen en duda, cuando su ineffectividad es comprobada.

Promover en las reuniones la reflexión sobre la actividad de los médicos tradicionales, contribuye a reconocer, avalar y valorar a los buenos y descartar a los charlatanes.

2.1.2.3. Dirigente máximo de la comunidad⁸

Es la presencia de la autoridad orgánica, legitima la convocatoria y le da relevancia a este encuentro. Es la persona que garantiza el vínculo con la estructura orgánica comunal y zonal; su labor permite que las necesidades o demandas individuales se tornen en colectivas⁹.

Sus roles y responsabilidades más importantes en este encuentro, se resumen a continuación:

- Controla la presencia de todos los actores cuya asistencia es imprescindible.
- Apoya en el análisis de la información sobre el estado de la salud de la comunidad
- Guía el análisis sobre los determinantes de la salud
- Traslada a la reunión comunal y zonal las conclusiones y demandas.

2.1.2.4. Autoridad Local de Salud (ALS)

Se debe reconocer como ALS directamente al responsable de salud de la organización comunitaria que ha sido elegida por sus bases.

Sus responsabilidades son:

- Es el encargado de convocar y garantizar la asistencia a este encuentro de todas las personas que imprescindiblemente deben estar (ejemplo: niños menores de cinco años, mujeres embarazadas o que están en el puerperio y personas con afecciones a las cuales se les hace seguimiento).
- Informa sobre las razones por las cuales algunas personas no asistieron.
- Garantiza las adecuadas condiciones del lugar donde se realizará el evento y es el responsable del cuidado de los instrumentos de seguimiento.
- Guía el análisis sobre la situación de la salud de la población (apoyado por el personal de salud).
- Guía el análisis de las causales y los determinantes de la salud
- Guía la reflexión sobre las soluciones y las vías para canalizarlas
- Transmite la información y las conclusiones en la reunión mensual de la comunidad y en la zonal, junto con el dirigente máximo comunal.
- Conjuntamente con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), ejecutan labores acordadas de seguimiento o implementación de medidas preventivas durante el mes.
- Supervisa la calidad y calidez de la atención del personal médico y la provisión de insumos del seguro. Informa sobre este aspecto en la reunión de la comunidad.

⁸ Como dirigente máximo de la comunidad, se hace referencia al secretario general del sindicato, al mburuvicha comunal o al cacique mayor de la comunidad.

⁹ En muchos casos ésta autoridad, ante la imposibilidad de asistir, delega la responsabilidad a otra persona.

2.1.2.5 Agentes Comunitarios de Salud (ACS)

Los Agentes Comunitarios de Salud son los Promotores de Salud, Responsables Populares de Salud, Madres Vigilantes u otros agentes elegidos por la comunidad para apoyar en la labor de atención de la salud.

Las labores que cumplen son las siguientes:

- Están capacitad@s para la promoción de la prevención.
- Ante la ausencia del personal de salud, cuando surge alguna emergencia, la población recurre a ellos. Su responsabilidad es referir los casos al centro médico más cercano.
- Informa continuamente, tanto a la ALS, como al centro médico que le corresponde, sobre casos que requieran intervención (por ejemplo de mujeres a punto de dar a luz).
- Son l@s encargad@s de apoyar en los controles de salud y llenar la información en los instrumentos de seguimiento.
- Es responsable de brindar los servicios de primeros auxilios y realizar seguimiento a ciertos tratamientos especiales indicados por el médico (ejemplo: tuberculosis, chagas, etc.)

Una de las debilidades de l@s Agentes Comunitarios de Salud es la alta rotación en el nombramiento. Los ACS para ejercer sus funciones requieren un nivel de capacitación, que la adquieren en varios años. Cuando dejan de ejercer sus funciones, el ACS que lo sustituye requiere nuevamente un periodo largo de formación; mientras tanto se genera un vacío en perjuicio de la población.

Por lo tanto, el momento de elegir a los ACS se recomienda considerar las siguientes condiciones para garantizar que la persona elegida pueda ejercer sus funciones por la mayor cantidad de años:

- Ser un líder de la comunidad y tener espíritu de colaboración a su comunidad
- Haber demostrado aptitudes para el trabajo en salud (que le guste)
- Ser joven y haber conformado una familia
- Vivir permanentemente en la comunidad

2.1.2.6. La población vulnerable y los que padecen alguna afección

El perfil epidemiológico de las comunidades, en zonas rurales de Bolivia, señala que los más vulnerables son los niñ@s menores de 5 años y las madres embarazadas. Si esta es la realidad concreta en la comunidad en cuestión, este segmento es uno de los que tendría que asistir al control.

También tendrían que participar las personas que están comprometidas con otras afecciones que la comunidad haya identificado como prioritarias para su atención (por la gravedad que reviste, por el riesgo para otras personas o por su carácter endémico).

El adulto mayor, debido a su vulnerabilidad, es otro sector que debería asistir, más aun si cuenta con el seguro (SSPAM)

Finalmente, tendrían que acudir las personas que requieran atención por afecciones específicas; es importante que la atención no excluya a las personas que están fuera del seguro de salud, y que, todas las personas (jóvenes, adultos) sientan que pueden ser atendidas en sus necesidades. Las limitaciones propias del sistema de salud para atender a la población que se encuentra fuera de la cobertura del SUMI, se constituye en la base para la renovación de la reivindicación de los pueblos por el derecho a un seguro universal.

2.1.2.7. La participación de las Madres de Familia

Otra razón clave para considerar ésta reunión como la base sobre la cual se tenga que construir el SSCI, es la presencia mayoritaria de las mujeres. Son ellas las que toman este espacio para dialogar, compartir experiencias y aprender mutuamente; lo que le da una importante perspectiva de género y equilibrio al tratamiento del tema salud en la comunidad. El análisis que se realiza en

esta instancia y las conclusiones a las que arriban son esenciales para el proceso, ya que las madres son las que asumen una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de los hijos.

"cuando vemos que un niño está mal, con bajo peso, desnutrido, nosotras la apoyamos a la madre, aunque sea moralmente, para que mejore la situación de su hijo, le damos consejos, le sugerimos cómo lo puede alimentar mejor..." (Erlinda. Comunidad Surusubi – San Antonio de Lomerío)

2.2. Desarrollo de las capacidades de gestión en salud en la organización comunitaria y zonal

La organización comunitaria y la organización zonal, son dos instancias puente que, a través de la gestión, conectan la demanda con la oferta en salud; resultan ser el vínculo entre las labores de promoción, prevención y atención en salud, con los agentes del sector público (red de salud, municipio, gobernación, gobierno) y privado (ONGs, Fundaciones, Iglesias, etc.)

En ambos espacios, la salud forma parte del conjunto de temas que hacen a la vida de las comunidades; en las reuniones se debaten diversidad de temas: desde conflictos familiares que generan desequilibrios en la vida comunitaria, o los términos de un nuevo proyecto, hasta los mecanismos de presión para lograr que se ejecute alguna inversión con fondos públicos. De esta manera, al entrecruzarse el análisis de la salud con temas educativos, productivos, organizativos, políticos, sociales y culturales, contribuye a una mejor y mayor comprensión multivariante de las causales del deterioro de la vida saludable.

2.2.1. Rol de la Organización Comunitaria

El tratamiento del tema salud en la organización comunitaria tiene la función primordial de ordenar y enfocar el análisis y el accionar de la salud al interior de la comunidad. Así como también, proyectar sus determinaciones y demandas, a través de la organización zonal, a las instancias públicas y privadas.

La primera labor es promocionar la salud como una preocupación central de la organización. Cuando la comunidad asume conciencia de la importancia de la salud, se refleja inmediatamente en la inclusión de su tratamiento, en el orden del día de las reuniones ordinarias¹⁰, como un tema relevante.

Para que la información y la comunicación fluyan y se vaya construyendo un sistema articulado y coherente de análisis de la información en salud, vale la pena seguir un orden preestablecido, ya que es recomendable que su tratamiento no debe llevar mucho tiempo. Se propone el siguiente orden:

2.2.1.1. Análisis de la información en salud

- Analizar y evaluar la situación de salud en base a la información de la reunión mensual de salud de la comunidad.
- Tanto la ALS, como el dirigente máximo de la comunidad y l@s ACS, promueven el análisis de las causales, diferenciando aquellas cuya transformación están en manos de la comunidad y las familias, de aquellas que dependen de recursos externos.
- El análisis sobre la salud se amplía a las otras variables que afectan el bienestar psíquico, social y espiritual, tanto respecto a los factores que deterioran, como los que promueven.
- ALS y ACS son los responsables de motivar el análisis sobre el potencial que la comunidad posee para la realización de una vida sana: la posibilidad de alimentarse con diversidad de productos orgánicos, de prescindir de productos elaborados industriales o transgénicos, de realizar campañas de limpieza, etc.

¹⁰ La mayoría de las comunidades suelen fijar reuniones ordinarias mensuales, lo que parece ser más adecuado, aunque algunas lo hacen en periodos más prolongados.

2.2.1.2. Evaluación al funcionamiento del Sistema de Atención de Salud

De lo único que se trata, es de dar la oportunidad, el espacio, para que la población se manifieste. Luego la evaluación a los servicios de salud surge de manera natural, a partir de las experiencias que las personas han tenido en el contacto con el personal de salud, especialmente, cuando éstas no se han ajustado a las expectativas de los demandantes.

Se ha podido observar que, entre los cuestionamientos que se hace regularmente a los servicios y al personal de salud, hay algunos que se generan simplemente por el desconocimiento de las normas en salud o por las limitaciones que tiene el SUMI; atribuyendo dichas limitaciones a la mala voluntad del personal de salud.

En todo caso, la evaluación sirve para corregir y mejorar los servicios de salud, o para aclarar malos entendidos con el personal. El resultado de este proceso es siempre favorable para la comunidad y para el personal médico.

Se sugiere realizar la evaluación a los servicios en salud en base a los siguientes criterios:

- Puntualidad, tiempo de dedicación, calidez y buen trato.
- Capacidad resolutoria de los padecimientos.
- Apoyo al personal comunitario para el llenado de los instrumentos y en el análisis colectivo de la situación de salud en las reuniones mensuales de salud.
- Capacidad y tiempo de dedicación a la orientación en prevención.
- Disponibilidad y manejo adecuado de los recursos (farmacia, combustible, transporte, etc.)

Las observaciones al personal de salud son recogidas por el máximo dirigente para ser informadas en la reunión ordinaria zonal de la organización.

2.2.1.3. Formación a partir de la información

La sola participación de la población en los procesos de reflexión que se llevan a cabo en las reuniones ordinarias, representa una de las mejores oportunidades para la formación y capacitación de todas las bases. Esta oportunidad se incrementa cuando los dirigentes, autoridades de salud y personal médico, aprovechan para informar sobre la publicación de nuevas leyes, sobre la ejecución del presupuesto municipal de salud, sobre procedimientos para el cuidado de la salud, etc.

Por otra parte, también en esta ocasión, la comunidad es informada sobre las determinaciones y conclusiones que otras instancias van tomando, tales como la organización zonal, los comités de salud, el consejo social municipal, el municipio, la red de salud, etc.

2.2.1.4. Planificación de las acciones en salud

A partir del anterior análisis, la comunidad cuenta con los elementos suficientes como para asumir determinaciones y planificar las actividades futuras en salud.

- Se asumen determinaciones para el accionar al interior de la comunidad para que mejore la salud. Se pone mucho énfasis en recurrir a los recursos existentes: mejorar el saneamiento básico, los hábitos alimenticios, etc.
- Se toman determinaciones y se priorizan las demandas para viabilizarlas a través de la organización zonal.

2.2.2. Rol de la organización zonal (capitanía – subcentralía)

La organización zonal es la que representa a un conjunto de comunidades pertenecientes a un territorio determinado. Esta instancia, por lo general, lleva el nombre de subcentralía (en la región andina del país) y capitanía (en la región de los llanos).

Existen dos modalidades de encuentro de esta instancia: en algunas zonas se llevan a cabo “asambleas zonales”, con la presencia de todas las autoridades de cada una de las comunidades; en otras zonas, se llevan a cabo “reuniones zonales”, con la presencia tan solo del directorio de la organización zonal.

Desde el punto de vista de los avances logrados en el proceso de empoderamiento y las capacidades desarrolladas en la gestión en general, las zonas donde se realizan asambleas, son las que han logrado una evolución mayor y más homogénea en el desarrollo de capacidades (comparando el grado de desarrollo de las bases y de las autoridades).

Esta instancia tiene como función primordial la de ejercer su vocación política para la gestión (diálogo, negociación, movilización) de las determinaciones y demandas de las comunidades ante el Estado y las ONGs. Y también, la de proyectarse hacia las comunidades, a través de las organizaciones comunitarias, informando en esta instancia sobre las gestiones realizadas ante las instancias públicas y privadas y sobre las determinaciones asumidas en el ampliado o reunión zonal.

El punto de vista, los informes y las determinaciones de cada una de las comunidades son puestos a consideración en esta instancia, con el fin de colectivizarlas y consensuar soluciones que representen al conjunto de la población.

Para que esta instancia no tenga solo un carácter deliberativo, sino, fundamentalmente ejecutivo (con poder de decisión): requiere la presencia de los representantes de las instituciones públicas y privadas involucradas en las actividades de salud: director del área de salud, los representantes de cada una de las ONGs que trabajan en la zona y un representante del municipio, además del Comité de Salud en pleno. La presencia de estos actores agiliza las gestiones y las desburocratiza: facilita la comunicación y el seguimiento a las actividades, permite que en el momento se hagan las aclaraciones necesarias, se corrija lo que no va bien y se concreten nuevos compromisos.

La modalidad que se ha visto que contribuye al empoderamiento de la organización zonal es cuando los informes son presentados por los responsables y la evaluación es propiciada por el dirigente máximo de la organización zonal.

Los temas en salud que se recomienda para que sean tratados en esta reunión, siempre tomando en cuenta que su tratamiento no debería extenderse por más de una hora, son los siguientes:

2.2.2.1. Rendición de informes y evaluación

- El personal de salud, junto al Comité de Salud, informan sobre la situación de salud, en base a la información de vigilancia epidemiológica de cada una de las comunidades. Para este efecto, se consolida toda la información, en una planilla en forma resumida. La particularidad de esta planilla es que permite realizar comparaciones de entre comunidades y los avances o retrocesos respecto a meses anteriores y, lo que es importante, hacer referencia a las metas que se han establecido (ver el siguiente cuadro).

- Por lo general el conjunto de demandas de las comunidades, excede a las posibilidades de financiarlas, lo que crea conflictos e incluso confrontaciones entre comunidades. Esta instancia es la llamada a consensuar y priorizar, en base a criterios de distribución equitativa, las inversiones en la zona. De esta manera, se adquiere coherencia y mayor poder de realización de los proyectos demandados por las comunidades.
- Esta instancia es clave para definir las políticas y los niveles de coordinación con las instituciones de cooperación y con las instituciones estatales. Así como las medidas a tomar para lograr mayor financiamiento e inversión en salud, lo cual depende de la capacidad de negociación y movilización que tengan los dirigentes.

III Capítulo

Tercera fase: Coordinación interinstitucional

La tercera fase consiste en consolidar la coordinación interinstitucional, en base a la organización zonal, como eje articulador.

Con frecuencia se da el caso que en una misma zona coincidan varias ONGs que intervienen en diferentes temas de desarrollo, incluso, en una misma área de trabajo.

El impacto negativo del escaso nivel de coordinación interinstitucional entre el sector público, el privado y la organización, se manifiesta en el uso ineficiente de los recursos humanos y materiales: la presión por que la población asista a diferentes actividades se incrementa, en detrimento de su tiempo dedicado al trabajo; se repiten y sobreponen actividades similares; se dispersa la inversión, etc.

Aunque es cierto que a nivel municipal se cuenta con mecanismos, establecidos legalmente, para garantizar la participación social, y cierto nivel de coordinación con las instituciones privadas de desarrollo, en la mayoría de los casos, el nivel de coordinación apenas llega a la firma de convenios de proyectos aislados.

La experiencia de organizaciones empoderadas, demuestra que la organización zonal, es la entidad que puede convertirse en el eje articulador de niveles eficientes de coordinación interinstitucional.

La identificación de la necesidad de la coordinación interinstitucional, por parte de la organización zonal, es resultado natural del proceso de implementación del SSCI: al mismo tiempo que la organización va desarrollando su capacidad de gestión, y va ordenando sus demandas en función de su Plan Estratégico, va comprendiendo el valor estratégico que tienen los recursos estatales (SEDES, Municipio, Gobernación, Gobierno), y los recursos de fuentes privadas (ONGs, Fundaciones, Iglesias, etc.); lo que despierta el interés de establecer, poco a poco, mecanismos cada vez más eficientes de coordinación y control social.

La coordinación interinstitucional no es un hecho que la organización pueda lograr con tan solo proponerse. Existen intereses de parte de las instituciones que hacen que la coordinación, liderada por la organización, sea un proceso complejo y en muchos casos resistido.

Aprendiendo de organizaciones que han logrado establecer niveles de coordinación interinstitucional interesantes, es posible establecer los pasos que dieron para lograr este propósito.

3.1. Condiciones básicas para iniciar el proceso de coordinación interinstitucional

En la experiencia se ve que es la organización zonal, “empoderada”, la que puede alcanzar la masa crítica necesaria, como para hacer prevalecer sus intereses frente a las instituciones públicas y privadas. El intento de llevar a cabo ésta coordinación por parte de una sola comunidad, ha conducido al fracaso.

El grado de empoderamiento que la organización requiere, se refleja en los siguientes aspectos:

- La organización zonal y sus autoridades deben ser reconocidas y valoradas por las autoridades comunitarias, los líderes y la mayoría de las bases.

- La organización zonal debe llevar a cabo sus asambleas periódicas, a la que asistan los representantes de todas las comunidades y, en las que se realice el proceso de información, seguimiento, rendición de cuentas, evaluación y planificación.
- Se deben establecer mecanismos claros para la realización del control social.
- Las comunidades deben canalizar sus demandas a través de su organización zonal.
- La organización zonal tiene que haber logrado consensos importantes respecto a la visión de futuro y a la priorización y distribución de las inversiones; lo cual se refleja en la elaboración de un Plan Estratégico.

3.2. Pasos para lograr la coordinación interinstitucional

En los proyectos en los cuales la organización zonal logró la coordinación interinstitucional, se pudo establecer que fue resultado de pequeños pasos consecutivos, los cuales se plantean a continuación:

- Primer paso: las instituciones públicas y privadas, reconocen a la organización zonal como un interlocutor a la que deben informar sobre las actividades que realizan. Para éste efecto, la organización zonal logra que los representantes de las instituciones públicas y privadas participen periódicamente en las reuniones o asambleas de la organización zonal.
- Segundo paso: las instituciones públicas y privadas, consultan a los dirigentes, en las reuniones o ampliados zonales, temas para ser tomados en cuenta en la planificación de las actividades de sus instituciones.
- Tercer paso: Las instituciones públicas y privadas, elaboran sus planes y proyectos, en función del plan estratégico de la organización zonal, en la reunión o ampliado zonal, con la participación de sus autoridades.

De esta manera se logra que la intervención de las instituciones de desarrollo transite de la imposición y la inconsulta arbitraria a la elaboración participativa y consensuada de sus planes. El tiempo que toma a la organización pasar del primer paso al tercero, depende del grado de empoderamiento y puede durar entre uno a tres años.

IV Capítulo

Articulación de la propuesta de CRS-PB con el Modelo SAFCI

4.1. El Modelo SAFCI

El 11 de junio del 2008, el gobierno de Evo Morales, emitió el Decreto Supremo Nº 29061, en el cual se establece el nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

“El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población”¹¹.

El enfoque que propone el modelo SAFCI, se sustenta en los siguientes cuatro principios:

Participación Comunitaria

“Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud...”.

Intersectorialidad

“Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación)...”

Interculturalidad

“Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras)...”

Integralidad

“Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual...”

El Modelo SAFCI considera que el medio para promover la participación y movilización social – para la toma de decisiones, junto al personal de salud –, es el CAI-Comunal. El cual es descrito de la siguiente manera:

“Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución administración, seguimiento y control de las acciones de salud, destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local, existen dos tipos de espacios de deliberación, que se detallan a continuación:

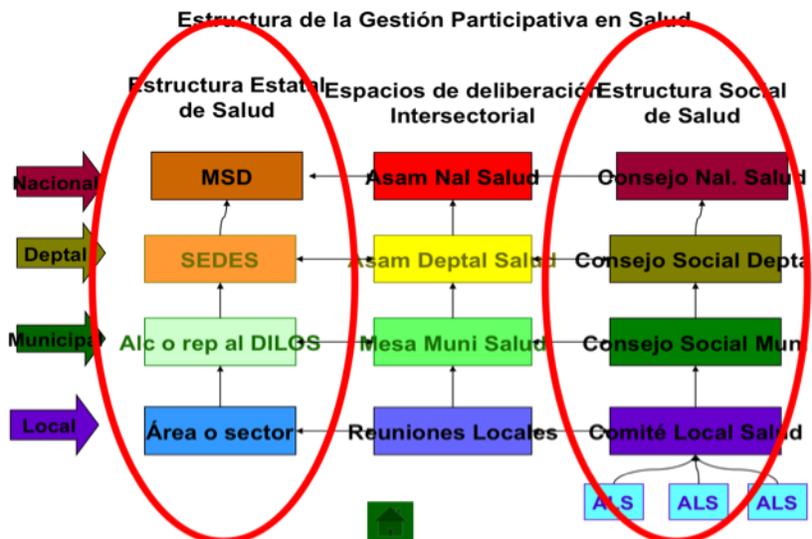
I Planificación: “Reunión General de Planificación” (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud, para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y

¹¹ Artículo 2. (Objetivo del Modelo), del Decreto 29061

plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables.

II **Espacios de seguimiento control:** “Comité de Análisis de Información en Salud (CAI) comunal o barrial”, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios”¹².

De este modo, el Modelo SAFCI define la Estructura de la Gestión Participativa en Salud (ver cuadro siguiente¹³), teniendo como base, en el Espacio de deliberación Intersectorial, las reuniones locales, que son el CAI-Comunal y la Reunión General de Planificación.

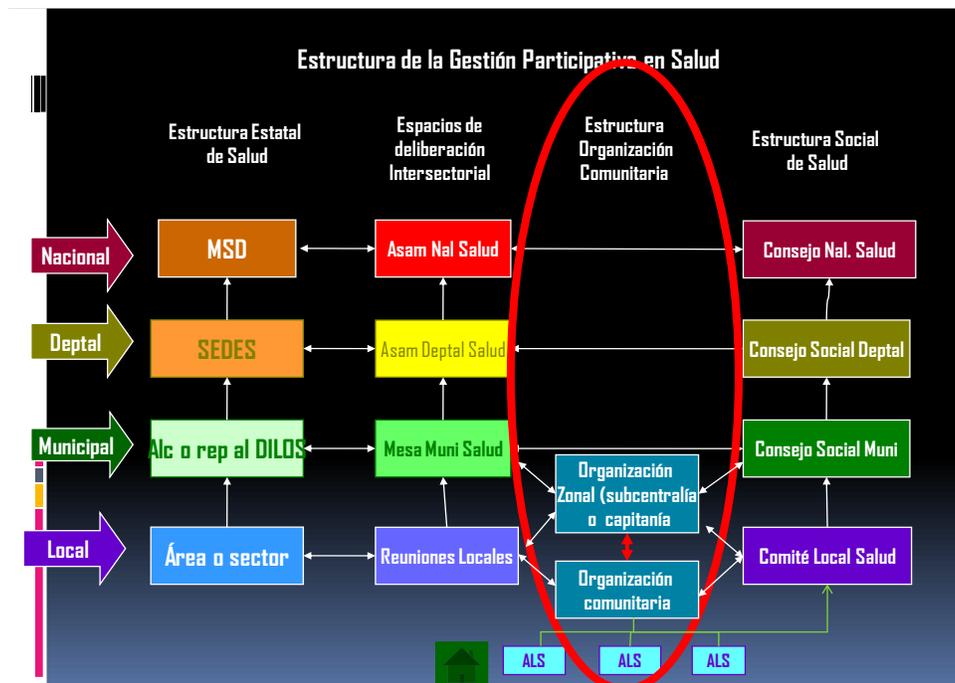


4.2. La Estructura de Gestión Participativa en Salud según la propuesta de CRS-PB

Como se ha señalado en los capítulos precedentes, lo que propone la CRS-PB es que las reuniones ordinarias de las comunidades y de la organización zonal respectiva, sean tomadas en cuenta como parte de la Estructura de Gestión en Salud y que, el eje articulador de las relaciones intersectoriales sea la organización zonal (ver siguiente gráfico).

¹² Capítulo 18, inciso d, del Decreto Nº 29061

¹³ Gráfico elaborado por el Ministerio de Salud y Deportes



Dentro de este esquema, la propuesta del Modelo SAFCI sobre el funcionamiento del CAI – Comunal, en sus dos espacios previstos (la reunión cada cuatro meses de control y seguimiento y, la reunión anual general de planificación), serviría para reforzar el carácter participativo en la planificación el control y seguimiento a las acciones en salud.

Sin embargo, ambos espacios están considerados por el Modelo SAFCI para su funcionamiento a nivel de la comunidad. En la propuesta de CRS-PB, se plantea que la reunión de seguimiento y control se lleve a cabo a nivel de la comunidad y a nivel de la organización zonal. Mientras que, la reunión anual de planificación sea a nivel de la organización zonal, ya que es la instancia que tiene el poder, la convocatoria y la capacidad de gestión como para tratar el tema de la salud de manera integral e intersectorialmente.

A continuación se describe de qué manera se articulan los espacios de vigilancia epidemiológica comunitaria y los de la organización comunitaria, con los espacios propuestos en el CAI-Comunal de la SAFCI.

4.2.1. Reunión de salud de la comunidad

Se trata de una reunión de la comunidad en pleno, prevista para que se lleve a cabo cada cuatro meses, en la que se analiza exclusivamente el tema de salud. Esta instancia está planteada en el decreto sobre el modelo SAFCI, que la define como una reunión para “analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios”.

En la experiencia de CRS-PB, esta instancia planteada por el modelo de SAFCI, complementa y refuerza la propuesta del Modelo de Salud Comunitaria. Sin embargo, desde el punto de vista de las lecciones aprendidas en la experiencia de CRS-PB, es fundamental que los actores protagónico sean las autoridades comunitarias y no el personal de salud. Tratándose de un espacio comunitario, es la autoridad máxima de la comunidad la que tendría que presidir la reunión.

Para el éxito de la reunión, es importante la presencia de todos los actores: padres de familia, ALS, ACS, todos los dirigentes de la comunidad, el representante del Comité de Salud zonal, el secretario de salud de la organización zonal, profesores de la comunidad, personal de salud, director de área, ONGs vinculadas a la salud y municipio.

Temas sugeridos para ser tratados en la reunión

Fusionando las atribuciones propuestas por el Modelo SAFCI para ésta reunión y, las que surgen a partir de las lecciones aprendidas en los proyectos acompañados por CRS-PB, se sugieren los siguientes temas que tendrían que abordarse:

- El personal de salud y la ALS informan sobre la situación de salud de la comunidad en los últimos cuatro meses (a partir de la información generada en las reuniones de vigilancia epidemiológica comunitaria), comparando la información con la de cuatrimestres anteriores.
- Se establecen los aspectos en los que ha habido avances, en los que se han estancado y en los que ha habido retroceso. Y se identifican las causas para este comportamiento.
- Se evalúan las actividades realizadas en salud en el último cuatrimestre; las que estuvieron bajo la responsabilidad de la comunidad y las que tuvo a su cargo el personal médico. Se señalan las fortalezas y las debilidades; se incluye a las actividades de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación.
- Se evalúa el funcionamiento del establecimiento de salud y el trabajo realizado por el personal de salud (ver)
- Las ONGs informan detalladamente sobre sus actividades y sobre el nivel de coordinación logrado con los otros actores.
- Se evalúa la actividad de las ONGs, definiendo los aspectos positivos y negativos.
- El Comité de Salud informa sobre sus actividades a nivel de la zona; los avances logrados y las dificultades.
- El Secretario de Salud de la organización zonal informa sobre las gestiones que realiza ante las instituciones públicas y privadas, sobre el avance en la ejecución de las inversiones en salud por parte del municipio y la gobernación; identificando los avances y obstáculos.
- El dirigente de la comunidad y la ALS, informan sobre los avances en las actividades e inversiones, que mejorarían el nivel de prevención de los factores que generan desequilibrios al interior de la comunidad (saneamiento básico, higiene, tierra, vivienda, agua, disponibilidad de alimentos, respeto a las autoridades, discriminación, etc.)
- Luego de los informes y evaluaciones se pasa a planificar las actividades para su ejecución en los siguientes cuatro meses.
- En base al análisis de las evaluaciones se llegan a acuerdos entre todos los actores, para impulsar todos los aspectos considerados positivos y rectificar aquellos que se consideran ineficientes, inútiles o que causen algún tipo de daño.
- Las observaciones y demandas hacia las instituciones públicas son transmitidas a la organización zonal, por el Secretario de Salud de esa instancia, para que, junto con el resultado de las otras reuniones de salud, llevadas a cabo en las otras comunidades, se realice una sola gestión.

4.2.2. Asamblea Anual Zonal de Salud

En el Modelo SAFCI, se plantea que la asamblea anual se tendría que llevar a cabo en cada una de las comunidades.

Como resultado de la experiencia de los proyectos de CRS-PB, se propone, más bien, la conveniencia de que ésta asamblea se lleve a cabo a nivel zonal. La argumentación para éste cambio se detalla a continuación.

En el Modelo de SAFCI, se define que el objetivo de ésta reunión es: “Identificar las problemáticas en la salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables”. Es decir, el tema único de análisis es la salud, en una dimensión macro, con una previsión temporal de un año, e involucra a las instituciones públicas en la búsqueda de soluciones, las cuales, por lo general, abarcan a otros sectores (productivo, educativo, etc.).

La búsqueda de soluciones integrales, limitada al ámbito comunitario, tiende a generar un proceso de dispersión y fragmentación, con la consecuencia de un uso irracional e ineficiente de los recursos, ya que por lo general, todas las comunidades empiezan a competir en la demanda de puestos de salud, escuelas, sistemas de riego, etc., sin que criterios de una planificación racional puedan imponerse (criterios geográficos, demográficos, etc.).

La planificación a partir de las demandas de las comunidades, tomadas de manera aislada, provoca contradicciones y confrontaciones entre comunidades, a la hora de elaborar los POA, debido a los limitados recursos del municipio, la gobernación, el gobierno u ONG.

Además, en el ámbito municipal, de gobernación y, peor, en el ámbito gubernamental, las autoridades de la organización comunitaria tienen un peso insignificante para la negociación. La actitud de las autoridades de las instancias públicas y privadas, frente a la multiplicidad de demandas, por lo general terminan tratando de contentar a todos distribuyendo migajas de bajo impacto, o duplicando servicios sin la población suficiente para su aprovechamiento.

Tal como se ha señalado en anteriores acápite, las comunidades adquieren fuerza de negociación, presión, movilización y capacidad de establecer alianzas estratégicas, cuando logran fortalecerse en estructuras orgánicas zonales y construyen demandas conjuntas, consensuadas y priorizadas, plasmadas en un Plan Estratégico que represente los intereses de todo el colectivo.

Tomando en cuenta éstas consideraciones, la asamblea anual de salud a nivel zonal, es la que tiene las condiciones para desarrollar un proceso racional y coherente de planificación, así como, las capacidades de llevar a cabo una efectiva gestión para su realización.

La asamblea anual zonal de salud, al adquirir mayor jerarquía y ser única para toda la zona, tiene la posibilidad de comprometer la presencia de actores claves con poder de decisión, lo que en definitiva contribuirá a facilitar el proceso de gestión. Dada la importancia de ésta asamblea, se sugiere la presencia de los siguientes actores:

- Todos los dirigentes y autoridades de todas las comunidades y de la organización zonal.
- Personal de salud comunitario: médicos tradicionales, ALS, ACS.
- Comités Locales de Salud de la zona
- Director de Salud de área o Sector.
- Personal de salud de la zona.
- Miembros de la Mesa Municipal de Salud.
- Miembros del Consejo Municipal de Salud.
- Representante del DILOS.
- Alcalde Municipal y Presidente del Consejo Municipal.
- Representantes de ONGs que trabajan en la zona en salud.
- Directores de escuelas de la zona.
- Otros actores vinculados al desarrollo de la zona.

Si bien el análisis de la situación de salud toma una dimensión macro (para toda la zona), se toma como punto de partida los resultados y conclusiones que se generaron en las reuniones ordinarias previas (de las comunidades CAI comunal y de la zona).

Temas sugeridos para ser tomados en cuenta en la reunión

- La reunión está presidida por el dirigente máximo de la organización zonal.
- Los informes y evaluaciones se realizan en el orden propuesto para el caso de la reunión de salud de la comunidad.
- Es importante contar para ésta reunión toda la información respecto a la ejecución presupuestaria del seguro de salud y del presupuesto municipal de inversión en salud, para su respectiva evaluación.
- El análisis de los determinantes sociales de la salud adquiere mayor prioridad y nivel de profundidad, por lo que se sugiere preparar el tema con anterioridad, basándose en la información generada en las comunidades y, si se tuviese, en el plan estratégico de la subcentralía o capitanía. Es importante que las autoridades tengan claridad respecto a la priorización, distribución equitativa y racionalidad en la inversión, como también de los techos presupuestarios del municipio y posibilidades de financiamiento de gobernación e instituciones dependientes del gobierno.
- El afrontar los DSS exige un fuerte interés en las acciones intersectoriales para la salud, es decir, políticas e iniciativas que van más allá del sector de la salud y que son necesarias para proteger y promover la salud. Esta instancia aporta con elementos importantes para que la organización promueva la convergencia de acciones entre todos los actores y las instituciones que participan en el desarrollo de la zona.
- La planificación general para el próximo año, es una de las tareas más relevantes de ésta asamblea. Se toma en cuenta para su elaboración: el presupuesto anual municipal, el presupuesto de las instituciones de cooperación y la contraparte de las comunidades. El plan debe contemplar con claridad y para cada actividad o inversión: el presupuesto, el tiempo de ejecución y los responsables.
- Los resultados de esta reunión son un aporte a la reunión general de planificación. Esta asamblea es parte de un conjunto de asambleas sectoriales, que desembocan en una magna asamblea general, donde se consensuan y definen las prioridades de inversión para el año siguiente. Se convierte en un documento de negociación ante el municipio y ante las ONGs e instituciones que intervienen en las comunidades.
- La organización define en esta reunión sus estrategias de diálogo, negociación y movilización con el objetivo de cumplir y hacer cumplir lo planificado.

4.3. Articulación con la Estructura Social de Salud

Desde la perspectiva propuesta por CRS-PB, la organización social comunitaria y zonal adquieren mayor participación y poder de decisión en el SSCI; lo que deriva en algunas modificaciones en los roles y funciones de algunos actores e instancias de la Estructura Social de Salud propuesto por el Modelo SAFCI.

En la presente propuesta, se plantea que, a nivel institucional, los interlocutores ante el Sistema de Salud sean la organización comunitaria y la organización zonal, a la cabeza de sus respectivos dirigentes máximos.

La Autoridad Local de Salud es la representante de la organización comunitaria, cumple con el rol que se ha establecido anteriormente, solo que la responsabilidad de la planificación señalado en el Modelo SAFCI, pasa a ser atribución de la reunión comunitaria y de la reunión o ampliado zonal.

El Comité Local de Salud, cumpliría el rol de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y la responsabilidad de la gestión en salud (señalada en el Modelo SAFCI, como responsabilidad del Comité Local de Salud), estaría a cargo de la organización zonal que delega ciertas responsabilidades al Comité Local de Salud.

En el ámbito de Consejo Municipal de Salud, en el caso de la propuesta de CRS-PB, adquiriría un carácter más ampliado que el señalado en el Modelo SAFCI, ya que la representación de las comunidades ante el Consejo Municipal de Salud, serían las organizaciones zonales que conforman el municipio, la representación orgánica municipal de los pueblos indígenas – campesinos, acompañados de los representantes de los Comités Locales de Salud.

De ésta manera, se plantea que el sistema de salud interactúe en las comunidades a través de las representaciones orgánicas zonales y comunitarias. Y que las representaciones orgánicas comunitarias, zonales, municipales y departamentales tengan incidencia directa en la gestión de la salud.