

15.

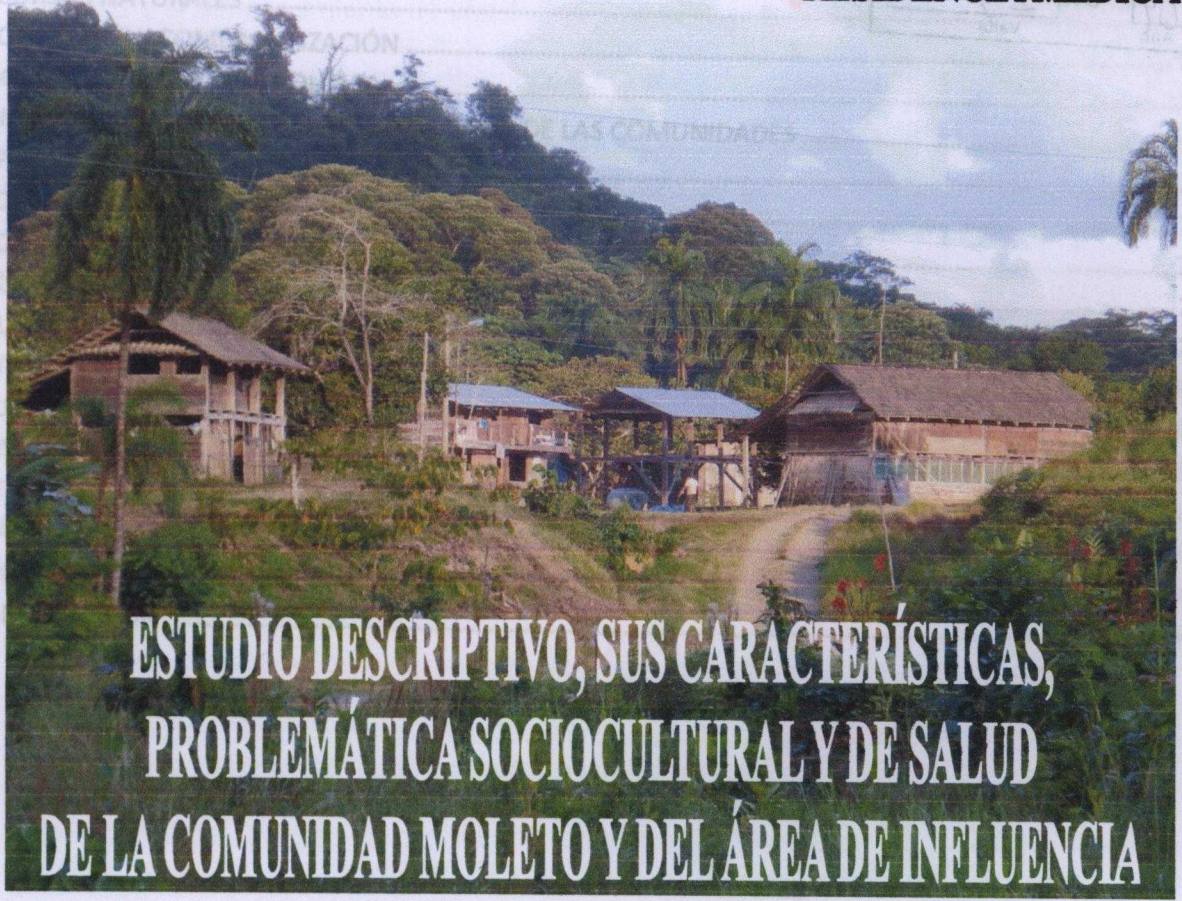


MED.  
+ 4315  
C1722  
2007

INTRODUCCIÓN  
ANTECEDENTES  
OBJETIVOS  
METODOLOGÍA  
CONOCIMIENTO DE PRIMERA APROXIMACIÓN MUNICIPIO VILLA TUNARI  
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO  
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS  
RECURSOS NATURALES

SALUD FAMILIAR  
COMUNITARIA  
INTERCULTURAL

SAFCI  
RESIDENCIA MÉDICA



ESTUDIO DESCRIPTIVO, SUS CARACTERÍSTICAS,  
PROBLEMÁTICA SOCIOCULTURAL Y DE SALUD  
DE LA COMUNIDAD MOLETO Y DEL ÁREA DE INFLUENCIA

MÉDICO RESIDENTE: Dra. RUTH CAMA CRISPÍN  
PUESTO DE SALUD: MOLETO  
MUNICIPIO: VILLA TUNARI

2007

COCHABAMBA - BOLIVIA



15

74 h.

ESTUDIO DESCRIPTIVO, SUS CARACTERÍSTICAS, PROBLEMÁTICA SOCIOCULTURAL Y DE SALUD DE LA COMUNIDAD MOLETO Y DEL AREA DE INFLUENCIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ..... 1

ANTECEDENTES ..... 2

OBJETIVOS ..... 3

MEOTDOLOGÍA ..... 3

CONOCIMIENTO DE PRIMERA APROXIMACIÓN MMUNICIPIO VILLA TUNARI ..... 4

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO ..... 5

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS ..... 7

RECURSOS NATURALES ..... 9

PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN ..... 12

ORGANIZACIÓN SOCIAL Y POLÍTICA ..... 17

CONOCIMIENTO DE PRIMERA APROXIMACIÓN DE LAS COMUNIDADES ..... 19

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS ..... 24

RECURSOS NATURALES ..... 25

PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN ..... 27

ORGANIZACIÓN SOCIAL ..... 28

CULTURA Y SUS MANIFESTACIONES ..... 29

PATOLOGÍAS PREVALENTES ..... 32

EDUCACIÓN ..... 34

SERVICIOS BÁSICOS ..... 36

ACTIVIDADES DESARROLLADAS ..... 37

ANÁLISIS Y SITUACIÓN ENCONTRADA EN LAS COMUNIDADES ..... 41

CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DE LAS DETERMINANTES ENCONTRADAS ..... 42

PLAN DE ACCIÓN ..... 43

La esperanza de vida al nacer es de 63 años, la tasa bruta de mortalidad: 8,2 por mil habitantes, tasa de mortalidad infantil: 54 por mil nacidos vivos, tasa de mortalidad del menor de cinco años: 75 por mil nacidos vivos, tasa de mortalidad materna: 234 por cien mil nacidos vivos, prevalencia de desnutrición en menores de 5 años: 27%

Este modelo de atención ha contribuido a mantener a gran parte de la población excluida del Sistema de Salud, especialmente a los pueblos originarios, mujeres indígenas y grupos marginados, y a los operadores del sistema de salud, desarticulados con objetivos institucionales por encima de los objetivos nacionales y sociales. Paralelamente la formación de recursos humanos están centrados en el asistencialismo con enfoque biologicista, insensibilizados para solucionar la problemática social, con deficiencias en la interpretación científica del proceso salud enfermedad.

Así como inequitativo en la distribución de los recursos humanos, con una concentración de médicos y profesionales de la salud en las capitales de departamento en comparación a poblaciones rurales que son atendidos mayoritariamente por auxiliares de enfermería.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> "Proyecto de formación Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia", 2007, p. 2.

# ESTUDIO DESCRIPTIVO, SUS CARACTERISTICAS, PROBLEMÁTICA SOCIOCULTURAL Y DE SALUD DE LA COMUNIDAD MOLETO Y DEL AREA DE INFLUENCIA

## 1. INTRODUCCIÓN.

El Estado boliviano en su condición de país subdesarrollado cuenta con una gran población que vive en la pobreza, exclusión social, miseria e insalubridad con una deuda social sanitaria acumulada desde la colonia, agravada en los últimos veinte años con políticas de salud neoliberales que han significado la privatización del sector, la mercantilización de los servicios y el establecimiento de una cultura individualista, excluyente, discriminativa y de insuficiente calidad resolutive que nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, desconociendo el aporte de la medicina tradicional.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Bolivia se encuentra en el puesto 104 entre 162 países, en la calificación del índice de necesidades básicas insatisfechas se considera pobres al 58,6% de la población del país, de los cuales 39% en zonas urbanas y 90,8% de las zonas rurales.

Las condiciones de vida de la población boliviana en su generalidad es de mala calidad, porque: El 58% tiene inadecuados servicios de agua y saneamiento, el 48,3% tiene inadecuados insumos energéticos, El 39,1% tiene inadecuados materiales de vivienda y el 70,8% tienen insuficientes espacios en la vivienda.

Bajo este contexto, el perfil epidemiológico está caracterizado por las llamadas enfermedades de la pobreza que han incidido en una alta morbi-mortalidad en general y materno infantil en particular, además de ahondar las brechas entre lo urbano, lo rural, lo originario y no originario.

La esperanza de vida al nacer es de 63 años, la tasa bruta de mortalidad: 8,2 por mil habitantes, tasa de mortalidad infantil: 54 por mil nacidos vivos, tasa de mortalidad del menor de cinco años: 75 por mil nacidos vivos, tasa de mortalidad materna: 234 por cien mil nacidos vivos, prevalencia de desnutrición en menores de 5 años: 27%

Este modelo de atención ha contribuido a mantener a gran parte de la población excluida del Sistema de Salud, especialmente a los pueblos originarios, mujeres indígenas y grupos marginados, y a los operadores del sistema de salud desarticulados con objetivos institucionales por encima de los objetivos nacionales y sociales. Paralelamente la formación de recursos humanos están centrados en el asistencialismo con enfoque biologicista, insensibilizados para solucionar la problemática social, con deficiencias en la interpretación científica del proceso salud enfermedad.

Así como inequitativo en la distribución de los recursos humanos, con una concentración de médicos y profesionales de la salud en las capitales de departamento en comparación a poblaciones rurales que son atendidos mayoritariamente por auxiliares de enfermería.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> "Proyecto de formación Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia", 2007; p. 2.

Como parte de la formación de los Médicos Residentes en Salud Familiar Comunitaria Intercultural se realiza el presente trabajo de investigación, que es un estudio descriptivo sus características, problemática socio cultural y de salud de la comunidad Moletto y de su área de influencia. Para tener un panorama global de los que son las comunidades, el escenario de trabajo es complejo por lo que no se conocen totalmente las comunidades. Debemos tener la mente abierta para captar esta complejidad para tener la capacidad de analizarlos, explicarlos y actuar con la participación de la comunidad.

Este trabajo de investigación que realiza el Médico Residente SAFCI, es un estudio de primera aproximación, para transformar o cambiar aquellas determinantes que inciden en la salud de los habitantes de las comunidades.

## 2. ANTECEDENTES.

El Gobierno Nacional ha priorizado saldar la deuda social histórica y sanitaria acumulada desde la colonia, y revertir el proceso neoliberal de los últimos 20 años, a través del PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL 2006 – 2010 "PARA VIVIR BIEN".

Dentro del PLAN GENERAL, el objetivo del sector salud (PLAN NACIONAL D E SALUD) es eliminar la exclusión Social sanitaria a través de la implementación del Sistema único, Intercultural y Comunitario de Salud, como un DERECHO Social que el estado Garantiza.

El Ministerio de Salud y Deportes de la República de Bolivia considera que las mejoras en la Salud tienen que ver con múltiples aspectos, que se articulan en el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que es la estrategia del Plan Nacional de Salud.

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la nueva forma de hacer salud en el sistema Nacional de Salud, involucra a la persona, familia y comunidad.

Como parte del proceso de implementación de la nueva política en salud el Ministerio de Salud y Deportes formula la siguiente propuesta: Residencia en Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El Objetivo del modelo es: Garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, como derecho social, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud único, intercultural comunitario.

La estrategia del Modelo es la promoción de la salud, con cuatro ejes transversales: **participación social** en la toma de decisiones, a través de acciones **intersectoriales** e **integrales** en las que se articulan, complementan y revalorizan las medicinas que existen en el país, las tradicionales, alternativas e indígenas, **interculturalidad**.

Salud implica atención en la enfermedad y el conocimiento e intervención de otros aspectos de la vida humana, agua potable, nutrición, saneamiento básico y producción; la cobertura y el acceso a los servicios de salud no es el único fin de la promoción de la salud.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, p. 7 - 9.

El Residente Medico SAFCI tiene como escenario de trabajo la comunidad. Mi persona fue asignada al Puesto de Salud Moleto, pertenece al Área de Aroma de la Red III del Municipio de Villa Tunari provincia Chapare del departamento de Cochabamba.

La Residencia en Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene dos componentes:

Rotación Hospitalaria Integral 30% en Hospitales de II nivel mi persona realiza la rotación hospitalaria en el Hospital San Francisco de Asis de Villa Tunari.

Trabajo en Comunidad 70% mi persona se encuentra en el Puesto de Salud Moleto, el cual se encuentra ubicado en el Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro Sécore (TIPNIS), el área de influencia son nueve comunidades de las cuales dos son comunidades colonizadas y siete comunidades indígenas. Este trabajo en comunidad debe expresarse en el desarrollo teórico- práctico de los siguientes módulos: Atención de la Salud, Investigación-Acción Participativa, Promoción de la Salud, La comunidad como escenario de la reconstrucción del poder local.

### 3. OBJETIVOS.

#### 3.1. Objetivo General.

Contar con un análisis de primera aproximación de la situación encontrada en las comunidades, respecto a salud, enfermedad, agua potable, nutrición, saneamiento básico y producción.

#### 3.2. Objetivos Específicos.

- Sistematizar las actividades desarrolladas en los diferentes escenarios de trabajo.
- Realizar un análisis y explicación de primera aproximación del municipio y las comunidades de mi área de influencia, sus características, problemática socio cultural y de salud.
- Elaborar un plan de acción, para transformar o cambiar las determinantes encontradas que inciden en la salud de los habitantes de las comunidades.

### 4. METODOLOGÍA.

El presente Trabajo de Investigación fue realizado por mi persona con la orientación y colaboración de la comisión técnica de la Residencia Medica SAFCI y el CNIDAI regional Cochabamba.

El Trabajo de Investigación es un estudio descriptivo de primera aproximación de corte transversal y retrospectivo con fuente secundaria y observación sistematizada.

La información obtenida proviene de diferentes fuentes; entrevistas, observación sistematizada, revisión documental.

## 5. CONOCIMIENTO DE PRIMERA APROXIMACIÓN DEL MUNICIPIO DE VILLA TUNARI.<sup>3</sup>

### 5.1. Historia de los municipios.

#### Creación del Municipio de Villa Tunari

El municipio de Villa Tunari, como tercera sección municipal de la provincia del Chapare, perteneciendo al Departamento de Cochabamba, posee las siguientes disposiciones legales para su constitución:

**Decreto de 10 de junio de 1854** ejecutado en la gestión de Manuel Isidoro Belzu, Presidente Constitucional de la República, que crea la Provincia Chapare en el Departamento de Cochabamba con capital cantón Mendoza.

**Decreto de 9 de octubre de 1855** realizado en la gestión de Manuel Isidoro Belzu, Presidente Constitucional de la República, que demarca los límites de la Provincia Chapare.

**Ley de 14 de octubre de 1904** dictada por Ismael Montes, Presidente Constitucional de la República, que define que la zona de Yungas del Palmar está comprendida en la Provincia Chapare.

**Ley de 2 de diciembre de 1941** redactada por Enrique Peñaranda, Presidente Constitucional de la República, que nombra el pueblo de Villa Tunari en el lugar de San Antonio.

**Decreto Supremo N° 09244 de 4 de junio de 1970** correspondiente a Alfredo Ovando Candia, Presidente de la República, el cual crea la Cuarta Sección de la provincia Chapare, departamento de Cochabamba, con capital Villa Tunari.

En aquella época, la tercera sección municipal de la Provincia Chapare, "Puerto Todos Santos", es afectada por múltiples desastres naturales hasta su desaparición en el año 1975; por lo que se considera a Villa Tunari como capital de la Tercera Sección municipal de la provincia Chapare, estableciéndose jurisprudencia documental e informativa hasta el presente respecto a esta tercera sección.

Por todos estos antecedentes, además de los mapas liberados por el Instituto Geográfico Militar y la estructura administrativa de la Prefectura de Cochabamba se define la regularización como "Tercera Sección" de la provincia Chapare al municipio de Villa Tunari.

está comprendido entre los paralelos 18° 46' 30" de Latitud Sur y entre los meridianos 64° 46' 00" y 66° 47' 50" de Longitud Oeste. La superficie que ocupa el municipio de Villa Tunari es de 21.700 Km<sup>2</sup> aproximadamente.

La altitud del territorio de la jurisdicción de la tercera sección de la provincia se extiende de 1.600 metros (Torreni) hasta 160 metros (Santa Rosa del Isiboro) sobre el nivel del mar. El pueblo de Villa Tunari se ubica a 250 metros sobre el nivel del mar.

<sup>3</sup> Plan de Desarrollo Municipal de Villa Tunari, 2006-2010, Volumen Ia; p. 2.