



# INFORME DE EVALUACION “MODELO INTEGRAL E INCLUYENTE BAJO UN CONCEPTO DE DERECHO A LA SALUD” BOLIVIA

Consultores:

Oscar Feo

Katherine Tobar

*Agradecimiento especial a todos los informantes que participaron con sus valiosas opiniones y observaciones sobre la implementación del Proyecto en Bolivia*

## CONTENIDO

I.	<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	4
II.	<b>INTRODUCCION</b> .....	10
III.	<b>DESCRIPCION DE LA INTERVENCION EVALUADA</b> .....	18
IV.	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACION</b> .....	22
	PERTINENCIA .....	23
	EFICIENCIA .....	26
	EFICACIA .....	27
	IMPACTO .....	33
	VIABILIDAD .....	35
	APROPIACION .....	38
	REPLICABILIDAD.....	41
V.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	43
VI.	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	47
VII.	<b>LECCIONES APRENDIDAS</b> .....	50
VIII.	<b>ANEXOS</b> .....	51

## LISTADO DE ABREVIATURAS

ALS	Autoridad local de salud
AMT	Agentes de medicina tradicional
APS	Atención Primaria en Salud
ASC	Agente de Salud Comunitaria
ASI	Acción de Salud Integral
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CEDEC	Asociación Centro de Defensa de la Cultura
CLS	Comité local de salud
CODECO	Consejo de Desarrollo Comunal
COPEC	Comisión de Plan de Emergencia Comunitaria
CSM	Consejo social municipal de salud
CDS	Consejo social departamental de salud
DILOS	Directorio local de salud
DCA	Desnutrición Crónica del Adulto
IRAS	Infecciones respiratorias agudas
ISIS	Instituto de Salud Incluyente Guatemala
MIIGAS	Modelo de atención y gestión en Salud Integral e Incluyente
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MMN	Medicus Mundi Navarra
MMNB	Medicus Mundi Navarra Bolivia
MMNP	Medicus Mundi Navarra Perú
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
POA	Plan Operativo Anual
SAFCI	Salud familiar, comunitaria e Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SSL	Salud Sin Limites Perú
UORSCH	Unidad operativa de la Red de Salud Churcampa

## I. RESUMEN EJECUTIVO

La evaluación del “Modelo Integral e Incluyente bajo un concepto de derecho a la salud” (MIIGAS) llamado a partir de ahora “proyecto multipaís” o “la acción”, se realizó en Bolivia a solicitud de Medicus Mundi Navarra (MMN) entre el 26 de mayo y el 12 de octubre, con un trabajo de campo realizado entre el 28 de julio y el 16 de agosto de 2014.

El objetivo de la evaluación fue analizar el avance logrado en la implementación de la política pública de salud (SAFCI) en las zonas piloto de los Departamentos de La Paz y Potosí, identificando los aportes del “modelo integral e incluyente” al fortalecimiento del sistema público de salud, y al desarrollo de los ejes ordenadores y los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada.

El proyecto multipaís ha sido desarrollado por Medicus Mundi Navarra (MMN) y sus socios locales de Guatemala, Perú y Bolivia, y se concibe como un modelo para fortalecer el primer nivel de atención, promoviendo la transformación y fortalecimiento del sistema de salud, y se construye desde una perspectiva que tiene como ejes ordenadores al concepto de salud como derecho universal para toda la población, en el marco de una comprensión integral del proceso salud-enfermedad, incorporando los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el medio ambiente. Asume además, los valores y principios de la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) y los atributos de las redes integradas de salud.

Desde el punto de vista operativo el proyecto multipaís reconoce tres niveles de acción: Individuo, Familia y Comunidad; en los cuales trata de actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos de la salud y la enfermedad. Esas acciones se ordenan en tres programas de atención con tácticas operativas claramente definidas e internalizadas garantizando la atención integral, realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en forma complementaria, en todos y cada uno de los ciclos de vida.

Durante el trabajo de campo se realizaron visitas a dos departamentos y dos redes de salud: Apolobamba y Sacaca, a cuatro localidades y sus correspondientes puestos y centros de salud: Sakani y Colloma en Potosí; Amarete y Caalaya en La Paz. Se realizaron 4 grupos focales con aproximadamente 70 participantes, 18 entrevistas a personal local de salud, 27 entrevistas a profundidad a directivos de los departamentos (SEDES), además, en la ciudad capital se realizaron 8 entrevistas a profundidad con personal directivo del Ministerio, cooperantes y entes académicos, para un total de 147 informantes.

Se utilizó una metodología ampliamente participativa, y básicamente cualitativa, donde los actores del sistema de salud y comunidades fueron los informantes claves. Se dio particular importancia a la información proveniente de las poblaciones y comunidades participantes, así como a las autoridades de salud. Los criterios de análisis fueron: Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto, Viabilidad, Apropiación y Replicabilidad. Para el procesamiento y análisis de información se elaboró una Matriz de Análisis que vinculó los Criterios de Análisis, Preguntas Claves, Indicadores, Fuente de datos, nivel de análisis, unidad de análisis, instrumento de recolección de datos; metodología de análisis de datos e identificación de documentación secundaria a recolectar. La evaluación se realizó sin percances, cumpliendo todos los objetivos planteados.

## **SINTESIS DE LOS RESULTADOS**

Para hacer la evaluación de los aportes de la acción al desarrollo de la política SAFCI en el marco de los valores y principios de la APS-R se revisó la amplia bibliografía existente sobre la materia y la documentación proporcionada por MMN y sus socios locales.

A partir de esa revisión nuestra primera opinión es que el proyecto multipaís es un modelo de atención y gestión bien diseñado, que incorpora las categorías presentes en el debate mundial sobre desarrollo de sistemas de salud, que recoge el planteamiento de la Atención Primaria Renovada y Sistemas Integrados de Redes de Salud, formulados por la OPS/OMS y que satisface los componentes de las políticas y prioridades del gobierno boliviano, así como las expectativas y necesidades de la población.

### **PERTINENCIA**

El modelo integral e incluyente en salud, desarrollado para apoyar la implementación de la política SAFCI, responde adecuadamente a las políticas y prioridades de salud del gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia y satisface las expectativas y necesidades de la población, más aun, le da mayor riqueza ya que le incorpora elementos que optimizan las propuestas del gobierno boliviano.

La visita a los centros y puestos de salud, las entrevistas con los trabajadores de salud y representantes de las comunidades, permitió identificar un modelo de atención que funciona bien, cumpliendo en la práctica con los planteamientos conceptualizados en el modelo teórico.

### **EFICIENCIA**

En las zonas de desarrollo del proyecto observamos con satisfacción puestos de salud en zonas alejadas y aisladas, con una dotación suficiente y adecuada, con un personal entrenado y con una mística y compromiso que supera los estándares usualmente vistos, además, con comunidades satisfechas y participando activamente.

La gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de las Redes como a nivel de municipios; quienes se encargan de la supervisión y acompañamiento al personal de salud. En relación a la evaluación de desempeño del personal de salud, no está regularizada ni es permanente; si bien se disponen de indicadores y metas para dicha evaluación, la sistematización y capacidad de análisis de los indicadores es insuficientes, lo cual debe ser fortalecido mediante una adecuada retroalimentación.

### **EFICACIA**

El proyecto multipaís ha tenido un impacto muy positivo en la vida y la salud de la comunidad. A pesar de no contar con instrumentos cuantitativos que permitan medir ese impacto, fue posible observar un cambio sustancial en la salud, con reducción de las patologías y problemas que afectaban tradicionalmente a esas áreas.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados y los avances en las zonas de intervención de MMNB, el modelo SAFCI no garantiza plenamente el derecho a la salud y el acceso universal gratuito al primer nivel de atención a toda la población, ya que la política nacional de salud no garantiza la gratuidad sino a los grupos poblacionales cubiertos con algún modelo de aseguramiento (Básicamente materno infantil y adulto

mayor), el resto de la población debe pagar, lo que constituye un obstáculo económico que contradice el concepto de derecho y los principios de universalidad del modelo propuesto. Sin embargo, señalamos que en las áreas de acción del proyecto ese derecho si se concreta porque esos cobros ya han sido obviados, sea por resolución de los SEDES, o por iniciativa solidaria de los trabajadores de los establecimientos de salud. El Estado Boliviano en consecuencia con lo que señala su Constitución en relación al Derecho a la Salud debiera eliminar los cobros directos que obstaculizan el acceso a los servicios y por ende la concreción de ese derecho en el resto de la nación.

## IMPACTO

El aporte de MMN al diseño de un modelo integral y transformador de salud para el primer nivel de atención es una realidad. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido aceleradamente incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad. El proyecto multipaís es un modelo de atención coherente, con gran consistencia en sus aspectos teórico conceptuales, sin embargo, **se requiere revisar y profundizar operativamente la implementación de los conceptos de género y armonía con el medio ambiente, así como las estrategias dirigidas al continuo de vida, ya que se notan algunas inconsistencias en su operativización, que deben ser superadas.**

## VIABILIDAD

La propuesta de operativización del modelo SAFCI implementada en las áreas piloto es técnicamente viable y dado el compromiso existente en los SEDES y en las comunidades pensamos que puede ser sostenible. **Sin embargo, sería necesario un mayor compromiso del nivel central con el modelo propuesto.**

El nudo crítico para la implementación del proyecto lo constituye la voluntad política y superar la decisión del Ministerio de Salud de impulsar la SAFCI a través del programa Mi Salud. Encontramos una contradicción entre el valor político técnico de la propuesta SAFCI y las decisiones del MSD, quien a pesar de entender que el Modelo es un modelo que garantiza el derecho a la salud y la integralidad de los servicios, fortaleciendo la institucionalidad pública y cumpliendo con las políticas y prioridades de salud del gobierno, insiste en priorizar una estrategia de atención en el primer nivel que pareciera fragmentar y debilitar la institucionalidad pública.

## APROPIACION

Todos los actores departamentales y locales conocen y valoran la propuesta. La cooperación internacional está satisfecha y convencida que la sinergia proyecto multipaís-SAFCI es exitosa y debiera extenderse por ser más ventajoso para la salud de la población, pero también comparten la preocupación sobre la continuidad del modelo frente al programa recientemente priorizado por el MSD denominado Mi Salud.

El modelo incorpora los criterios de planificación y gestión participativa, supera las concepciones utilitarias de la participación y se ha convertido en un instrumento de organización para las comunidades.

La SAFCI es un modelo exitoso pero subsisten amenazas y riesgos, su acompañamiento es necesario para garantizar su desarrollo y crecimiento hasta que logre madurez y sustentabilidad.

## REPLICABILIDAD

Siendo la conjunción proyecto multipaís-SAFCI un modelo exitoso, sin duda pudiera y debiera aplicarse a nivel nacional. Por supuesto, ello requeriría un compromiso político, un sólido trabajo de sensibilización y capacitación del personal, profundizar el reordenamiento territorial y adecuar la infraestructura de atención. El nudo crítico para la implementación del modelo SAFCI lo constituye la voluntad política para remover los obstáculos económicos para el acceso de la población a los servicios.

## EN RELACION A LOS POSTULADOS INTERNACIONALES SOBRE LA MATERIA

El proyecto multipaís y la SAFCI han logrado desarrollar en las zonas piloto un modelo de atención y gestión que combina los enfoques teóricos de la APS renovada con un enfoque que se expresa en los diversos espacios de la vida social: la familia, la comunidad y el propio individuo.

Pero, así como el enfoque de la APS requiere ser complementado y enriquecido con los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el ambiente, igualmente la conjunción proyecto multipaís SAFCI, que contienen esos elementos en su marco conceptual, debe hacer esfuerzos en su operativización, sobre todo en los componentes de género y armonía con el ambiente.

La acción tiene un doble aporte: uno de tipo político conceptual al asumir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud, y el segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, manuales operativos, protocolos de acción y de atención y territorios donde la salud para todos se convierte en realidad concreta.

En conclusión: el proyecto multipaís y la SAFCI no sólo satisface, sino que enriquece el planteamiento de APS renovada al incorporarle los enfoques de género, medio ambiente y pertinencia intercultural.

## RECOMENDACIONES

1. El principal problema que confronta el desarrollo de un modelo de atención integral e incluyente es el "cobro por los servicios". Esos cobros directos en el momento de atención han sido eliminados en los países que asumen a la salud como derecho humano fundamental, excepto en Bolivia. Existe numerosa documentación, que coincide en señalar que el cobro directo en el momento de servicio es una barrera económica que debe ser eliminada. Valoramos mucho las propuestas provenientes de los SEDES para eliminar esos cobros y creemos que esas iniciativas deben ser difundidas y convertidas en un movimiento nacional para la extensión de la gratuidad.
2. Se sugiere fortalecer las relaciones del primer nivel de atención con el resto de los niveles del sistema de salud, en particular profundizando las relaciones con el segundo nivel.
3. A nivel de las comunidades se recomienda incorporar el análisis de la economía local, su vinculación con los modos de producción prevalentes, e incorporar las formas de producción y consumo como grandes determinantes de la salud y la enfermedad. Así mismo, en la ficha clínica pensamos que la variable

“ocupación” debe ser investigada y valorada más allá de una simple definición de la actividad que realiza la persona.

4. El sistema de información es débil y con énfasis en variables individuales, centradas en el daño, que no recogen acciones preventivas y promocionales de salud e impiden la toma de decisiones con información pertinente y desagregada por servicios.

Es necesario fortalecer la capacidad de análisis del personal de salud, ya que si bien disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, pareciera que no son suficientemente utilizados para extraer de ellos toda su potencialidad

5. A pesar de que pareciera existir el compromiso político de financiar los costos e inversiones en salud, se recomienda contar con un estudio de costos de la implementación del modelo a nivel municipal (con diferentes escenarios según agregación de algunas características en los municipios) que permita contar con una estimación nacional de la inversión requerida para la operativización de la SAFCI.
6. En el marco de estrategias para fortalecer la institucionalidad pública, podría ser interesante generar un debate nacional sobre el derecho a la salud, analizando las experiencias del desarrollo de la SAFCI y el programa Mi Salud. Ello pudiera incorporar los elementos de integralidad e inclusión en Mi salud, que hasta ahora tiene un carácter básicamente asistencialista.
7. Considerando que la SAFCI es una experiencia positiva que debe hacerse conocer a toda la región, sugerimos dar la más amplia difusión a la publicación “Claves para Transformar el Sector Salud” que tiene un análisis y sistematización de gran valor, que sin duda será de gran utilidad para toda la región.
8. Se sugiere consolidar la estrategia de hacer de los centros y puestos de salud de los municipios intervenidos “espacios de demostración de un modelo exitoso”, que puedan ser visitados por actores políticos y sociales de otros municipios o departamentos, para motivar su extensión.

## REFLEXION FINAL

Es evidente que el encuentro y conjunción de la acción y la SAFCI ha sido sinérgica y positiva, ha logrado concretar las perspectivas de derecho a la salud, pertinencia intercultural, y con menor grado género y enfoque medioambiental, pero a pesar de ello, es un modelo pertinente, eficiente y con impacto, quizás no sólo para Bolivia, sino puede ser ejemplo para otros países de la región.

MMN ha sido la columna vertebral del desarrollo y la implementación del modelo. Existe amplio reconocimiento de esta participación, y ha dado grandes aportes, entre otros, la renovación de la atención primaria y su operacionalización.

Se reafirman los componentes conceptuales desarrollados por MMN en el sentido de que las estrategias sanitarias verticales, los apoyos a un solo componente de los modelos de atención a la salud, la focalización en determinados grupos de población, no logran tener un impacto suficiente en las condiciones de vida de las poblaciones ni tampoco mejoran la calidad y cobertura de los servicios. Por lo tanto para resolver los problemas de fondo de los sistemas de salud y superar las inequidades, logrando el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, es necesario el trabajo desde modelos universales, integrales e incluyentes.



En conclusión, sin duda, es conveniente mantener las líneas de trabajo emprendidas, ya que son pertinentes con la política nacional, satisfacen las expectativas y necesidades de la población, su organización es adecuada, existe un personal comprometido y dispuesto a trabajar por la salud de su población, es eficiente, y tiene un impacto positivo sobre la salud. Además, las comunidades lo quieren y lo defienden. Sólo resta superar las debilidades ya mencionadas, y fortalecer el apoyo político, venciendo las resistencias existentes a nivel central, para potenciar su extensión y desarrollo. Terminamos este Resumen con la frase de un trabajador comunitario de salud que decía *“sin el aporte de MMNB seríamos como huérfanos, no dejen de venir, los necesitamos”*.

## II. INTRODUCCION



Centro Salud Amarete a 4.394 msnm -La Paz - Bolivia

## 2.1 ANTECEDENTES

El proyecto Multipaís “**Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud**”, que también se denomina “la Acción” ha sido desarrollada por Medicus Mundi Navarra (MMN) y seis socios locales<sup>1</sup>, y financiada por la Unión Europea (bajo el contrato DCI-NSA/2011/240-166) y otros donantes como el Gobierno de Navarra de España, desarrollándose entre el 1 de abril de 2011 y el 31 de mayo de 2014 en Bolivia, Guatemala y Perú.

La Acción parte de la experiencia acumulada a través de un trabajo previo de más de 20 años, desarrollado por MMN -con sus socios locales- en cooperación al desarrollo en el sector salud, en Guatemala, Bolivia y Perú.

MMN junto a los socios locales de esta propuesta, y otros actores de cada uno de los tres países, ha desarrollado acciones en materia de atención y gestión en los servicios de salud con visión de integralidad e inclusión de colectivos tradicionalmente marginados.

Después de estos años de trabajo se ha logrado reconocer que las estrategias sanitarias verticales, los apoyos a un solo componente de los modelos de atención a la salud, la focalización en determinados grupos de población, no logran tener un impacto suficiente en las condiciones de vida de las poblaciones ni tampoco mejoran la calidad y cobertura de los servicios.

Por lo tanto para resolver los problemas de fondo de los sistemas de salud y superar las inequidades, logrando el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, es necesario el trabajo desde modelos universales, integrales e incluyentes.

La Acción partió de tres premisas:

- i) si los problemas de salud son similares en los tres países, las soluciones no pueden ser tan diferentes;
- ii) si los determinantes de la salud son sociales, las soluciones a los problemas de salud también deben serlo;
- iii) los tres países están desarrollando procesos similares en torno a modelos de salud que, aunque a velocidades diferentes y distinto momento, tienen el mismo objetivo.

La concepción Multipaís de la acción ha permitido un rico intercambio y enriquecimiento mutuo, con lecciones aprendidas en cada uno de los tres países. Sin embargo, los avances, prioridades y oportunidades dependen de cada contexto nacional, y por tanto se debe enfatizar que el desarrollo de las actividades no ha sido lineal ni equivalente en cada uno de los países. De hecho el Modelo tiene una experiencia previa más avanzada en Guatemala, a través del Modelo Incluyente de Salud, constituyéndose en el “alumno más aventajado” y la cual fue recientemente evaluada.

En esa perspectiva, MMN como parte de su protocolo de seguimiento y evaluación, contrató la evaluación de la Acción en Bolivia y Perú, para conocer si se ha conseguido fijar las bases para la mejora de las políticas públicas sanitarias existentes en ambos países, a través del modelo de salud familiar, comunitaria, intercultural (SAFCI) en Bolivia, y del Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) de Perú.

---

<sup>1</sup> ISIS, CEDEC, ASI, SSL, MMNP, MMNB

El presente informe contiene la evaluación realizada en Bolivia sobre el desarrollo del modelo SAFCI en las zonas pilotos donde ha intervenido MMN y sus socios locales.

## 2.2 OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Analizar el avance logrado en la implementación de la política pública de salud de Bolivia (SAFCI), **en los pilotos seleccionados**, como elementos destinados a fortalecer los sistemas de salud boliviano, teniendo como ejes ordenadores los enfoques de dicha política y los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Sistematizar la experiencia concreta de modelos de atención y gestión en salud integral e incluyente, con una visión individual, familiar y comunitaria, basado en un enfoque de derechos, con perspectiva intercultural, de género y protección del medio ambiente.
2. Analizar el involucramiento de los principales actores sociales y políticos en la definición e implementación de la política de salud, tomando en consideración la participación de actores que representan colectivos tradicionalmente marginados en el diseño e implementación de políticas públicas.
3. Conocer el nivel de implicación y capacitación de los recursos humanos del sector salud logrados en las experiencias piloto.
4. Valorar la integración entre las autoridades (nacionales, departamentales/regionales y locales) de salud y los actores no estatales en la implementación de estrategias y normativas de atención y gestión de salud propuestas por el modelo de salud vigente.
5. Evaluar los avances logrados en el cumplimiento de los principios de la política pública nacional vigente en materia de salud (SAFCI en Bolivia)
6. Analizar la coherencia de las políticas implementadas con los principios de la APS renovada, principalmente en materia de determinantes sociales y políticos de la salud, promoción de la salud y funcionalidad de las Redes de Salud.

## 2.3 ALCANCE DE LA EVALUACION

El alcance de la evaluación consideró los siguientes aspectos:

- i. Se analizó la situación de Bolivia, ya que Perú y Guatemala cuentan con sus evaluaciones desarrolladas en 2013 y 2014.
- ii. No se realizó un análisis global las políticas públicas de Bolivia, a saber de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sino se revisó su desarrollo en las zonas pilotos contenidas en el contrato con la Unión Europea.

- iii. El análisis se desarrolló en cuatro perspectivas: el derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y el medio ambiente, explorando cómo estas perspectivas se han integrado y hecho operativas.
- iv. El análisis consideró los tres programas de salud: el individual, el familiar y el comunitario, indagando sobre el grado de desarrollo de esos programas, y si en su horizontalización hacen operativas las prioridades de los programas verticales de los respectivos Ministerios.
- v. La participación comunitaria en la gestión del sistema de salud.
- vi. La integración de la pertinencia intercultural en la propuesta, y su verificación operativa
- vii. La intersectorialidad del modelo, que no se centra en los servicios de salud sino que abarca todos los actores implicados en la determinación de la salud-enfermedad de la población.
- viii. La integralidad reconoce en las personas un carácter multidimensional, inmerso en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Esto implica que la atención en salud debe abordar las necesidades y condiciones de los colectivos y personas. La integralidad también supone que la atención debe ser continua en todos los niveles de complejidad.
- ix. Los instrumentos innovadores generados por la Acción, su nivel de utilización en lo local y su difusión en las instancias nacionales y regionales, y como estos responden a las necesidades del Modelo.
- x. El ordenamiento y la organización territorial de acuerdo a las características poblacionales: socioculturales, geográficas, climática, medios de comunicación y transporte.
- xi. Un modelo de formación y gestión específico del personal sanitario, con su respectiva planificación, organización, control y dirección

## 2.4 METODOLOGIA

La evaluación fue realizada con una metodología de carácter participativo, en el sentido que los ejecutores y actores implicados fueron considerados informantes claves y parte del proceso de evaluación.

La evaluación se centró en analizar si la Acción en Bolivia y si consiguió fijar las bases para la mejora en la implementación de las políticas públicas sanitarias existentes (SAFCI) a partir del modelo de salud integral e incluyente.

La Evaluación se analizó los de nivel resultado y actividad; debido a que la Acción tuvo efectivamente 2 años de implementación.

El enfoque general de la Evaluación aplicado se observa en el siguiente gráfico. (Mayores detalles en el Anexo No.1: Producto 1)

Gráfico No. 1

## ESQUEMA GENERAL PARA LA EVALUACION BOLIVIA



Elaboración: evaluadores

## 2.5 CRITERIOS DE EVALUACION

La evaluación se centró en los siguientes criterios:

**Pertinencia:** Determinar si las actividades desarrolladas por el proyecto se ajustan a las políticas y prioridades en salud del Gobierno de Bolivia, así como los gobiernos de ámbito descentralizado (regional/departamental/local), y responde a las necesidades de la población beneficiaria.

Se incluye en este criterio el análisis del cumplimiento de los valores, principios y elementos esenciales de la **Atención Primaria en Salud renovada** y la aplicación de los atributos contenidos en la propuesta de la OPS relativa a **Redes Integradas de Servicios de Salud**.

**Eficiencia:** Relación entre las actividades desarrolladas y productos obtenidos con el proyecto y el costo para obtenerlos; lo cual permitirá tener un estimado del costo de la implementación de la política SAFCI.

**Eficacia:** Analizar el grado de avance de sus fases de implementación en el marco de una concepción integral e intersectorial de la salud y los servicios.

**Impacto:** El periodo de implementación real en las zonas piloto es de dos años, por lo que, no es viable analizar ni impacto ni efectos; se analiza si las actividades que está generando el Proyecto están encaminadas a lograr impactos y efectos positivos.

**Viabilidad:** Identificar los diferentes componentes del modelo que puedan ser soportados en el presupuesto actual de los Ministerios de Salud y/o autoridades competentes (a saber, gobiernos regionales, departamentales, provinciales o municipales).

**Apropiación:** Explorar la aceptabilidad y apropiación de la propuesta del Modelo por parte de los diferentes involucrados (usuarios, trabajadores de salud, gestores del sistema de salud, líderes comunitarios, indígenas, políticos, de organizaciones de mujeres y otros). Incluye análisis de mecanismos para facilitar la apropiación en relación a la planificación y gestión de los servicios de salud.

**Replicabilidad:** Se refiere a la sistematización de lecciones aprendidas en una doble perspectiva: a) determinar si es conveniente mantener, modificar o abandonar las líneas de trabajo emprendidas; b) identificar propiedades que permitan su extensión a otros países y/o a territorios con similares características.

## 2.6 INSTRUMENTOS APLICADOS

Durante el trabajo de campo de la Evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. **Entrevistas a Equipos de SEDES:** Se entrevistaron a directivos de los SEDES La Paz y Potosí.
2. **Entrevistas a nivel Red y Municipio de salud:** Participaron en este proceso representantes de la Red de Sacaca y Red Apolobamba.
3. **Entrevistas a Personal de Salud de Centros y Puestos:** Se entrevistó a trabajadores de salud de los centros y puestos de salud en Sakani, Colloma, Amarete y Caalaya.
4. **Grupos Focales en las comunidades:** Se realizaron grupos focales con la participación de personas de la comunidad, representantes de los Consejos Comunitarios, médicos tradicionales y parteras, líderes comunitarios, delegada de escuelas e iglesia y población en general. Los grupos focales se realizaron en Bolivia: Sakani, Colloma, Amarete y Caalaya
5. **Entrevistas a Equipo Socios Locales o equipo del proyecto:** Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas y talleres con MMNBolivia, CEDEC y ASI.
6. **Entrevista Ministerio de Salud a nivel central:** Se realizaron entrevistas al Ministro de Salud y al Vice Ministro de Medicina Tradicional.
7. **Entrevistas a Cooperantes y Agencias:** Se entrevistaron dos (2) agencias: OPS-OMS Bolivia y ORAS CONHU.
8. **Entrevistas a Universidades:** Se entrevistó al Convenio Andrés Bello.
9. **Entrevistas otros actores clave:** Según la programación se entrevistó a personas relevantes de Bolivia, ex Ministros de Salud, asociación médicos tradicionales, ALAMES, otros.

En relación a la data secundaria recolectada, su detalle se incluyó en el producto 2 (Anexo No. 2).

## 2.7 PARTICIPANTES EN LA EVALUACION

El enfoque de Evaluación cumplió su carácter participativo al involucrar a 147 personas, lo cual se resume en la siguiente tabla, en la que se puede observar el cumplimiento de la programación, y un significativo aumento de participantes en relación a lo planificado, especialmente se entrevistó más personal de los puestos de salud, personal de salud de las Redes y participaron en mayor medida las personas de las comunidades.

**Tabla No. 1**  
**Participantes en la Evaluación**

PAIS	CENTROS/ PUESTOS DE SALUD		GRUPO FOCAL		ENTREVISTA PERSONAL SALUD		NIVEL CENTRAL		NIVEL DEPARTAMENTAL/RED/ MUNICIPAL		EQUIPO PROYECTO		OTROS (agencias, Universidad, actores clave)		TOTAL PERSONAS	
	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado	planificado	realizado
BOLIVIA	4	4	4	4	8	18	7	2	12	22	4	7	4	6	71	147

Fuente: evaluadores

## 2.8 CONDICIONANTES Y LIMITANTES DEL ESTUDIO

En la Matriz de Análisis para la Evaluación aprobada se incluyó la Pregunta de Evaluación 15: “Hacer un análisis de costos para conocer si los planes de implementación escalonada son viables en el contexto político económico en el cual se insertan”; dicha pregunta se incorporó con la premisa previa de que tendríamos dificultades para obtener la información, y se analizó la prioridad de dicha pregunta en el contexto que los pilotos son implementados bajo los modelos de salud de los países.

En este sentido, luego del trabajo de campo, se confirmaron las limitaciones para obtener datos de costos, debido a que el financiamiento del modelo SAFCI se realiza por diferentes fuentes difíciles de obtener, lo cual dificulta la estimación de costos. No se logró contactar en el Ministerio de Salud un responsable para conocer la forma de organización del presupuesto. A nivel de Red disponen de información de costos pero solo de la cobertura que se brinda actualmente (niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y adultos).

Según lo explicado, no se cuenta con la información necesaria para estimar costos. Adicionalmente, en entrevista con MMN Bolivia y CEDEC se precisó que el Ministerio de salud de Bolivia considera que “la salud es un derecho, cueste lo que cueste” y no proporcionaron información de costos. En dicho contexto la pregunta de evaluación no ha sido incluida en el presente Informe.

Dado que el proyecto multipaís finalizó en marzo 2014, la información solicitada (en el Producto 1) sobre indicadores de productividad y de gestión del modelo en las áreas priorizadas no fue posible obtenerlas.



## Data Primaria

En relación a la data primaria, no existió ninguna limitación en el levantamiento de datos provenientes de los socios locales y de las diferentes entrevistas realizadas a autoridades de salud de Bolivia, personal de salud de los centros y puestos, representantes de las comunidades, Cooperantes, otros informantes claves. Cabe indicar que en las entrevistas realizadas al personal de SEDES Potosí, personal de salud de Sakani y grupos focales realizados en Sakani y Colloma participó el representante de MMN Bolivia.

## Anonimato y Confidencialidad

Cumpliendo con la cláusula de Anonimato y Confidencialidad contemplada en los términos de referencia, la evaluación respeta el derecho de las personas a proporcionar información asegurando su anonimato y confidencialidad; por tanto, quedan en custodia del equipo evaluador la totalidad de los instrumentos aplicados y las respuestas y data obtenidas.

## 2.9 EQUIPO DE EVALUADORES

El equipo evaluador estuvo conformado por:

- Oscar Feo Istúriz. Médico venezolano, especialista en Salud Pública, con Maestría en la Universidad de McGill, Canadá. Profesor Titular de Salud Pública de la Universidad de Carabobo, Venezuela. Ha desempeñado diversos cargos de Dirección en su país, entre otros la Dirección de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo, la Dirección General del Ministerio de Salud, la Dirección Ejecutiva de la Escuela de Salud Pública, y la Coordinación de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional Constituyente de 1999. Fue Consultor de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS en Washington, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud con sede en Lima, Perú, y Consultor del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) de UNASUR. Es coordinador alterno de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).
- Katherine Tobar, economista, máster en Gerencia en Proyectos, más de 12 años de experiencia en monitoreo y evaluación, especialmente en el sector salud. Ha elaborado sistemas de M&E en el área Andina y Centroamérica. Efectuado evaluaciones de proyectos en el área Andina y Centroamérica. Profesora de monitoreo y evaluación en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Adicionalmente, para el trabajo de campo acompañaron dos asistentes de investigación para la recolección de data primaria, evidencia fotográfica y levantamiento de asistentes.

### III. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION EVALUADA



Grupo Focal en Centro de Salud Sakani, Potosí, Bolivia

## DESCRIPCION DE LA INTERVENCION EVALUADA

En el año 2008 Bolivia asume la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) como política nacional y define al proceso salud enfermedad como *“un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza”*.

Sin embargo, a pesar de esas definiciones, el desarrollo y concreción de la política SAFCI confronta la existencia de un modelo de atención biomédico, centrado en la atención individual a la enfermedad, fragmentado, con predominio de programas verticales orientados a problemas específicos, o selectos grupos de población, de baja capacidad resolutive y con un enfoque epidemiológico muy tradicional dirigido al daño más que a la salud de la población. Así mismo, en el seno del Ministerio de Salud pareciera haber una indefinición entre la política SAFCI, y las estrategias generadas a través del programa Mi Salud, de carácter más asistencial y que carece de las perspectivas de integralidad presentes en la SAFCI.

La intervención de MMNB, a través de las ONGs que contrata para la operativización del proyecto<sup>2</sup>, consiste en contribuir a superar esas limitaciones, apoyando el desarrollo de la SAFCI como política de salud con un modelo de atención incluyente, que incorpora los ejes transversales de enfoque de derecho, integralidad, interculturalidad y enfoque de género, para actuar sobre los determinantes sociales de la salud y que además, incorpora la “Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida”.

El diseño y desarrollo del proyecto multipaís tiene como antecedente la sistematización de experiencias previas con enfoque de derechos, perspectiva intercultural, equidad de género y cuidado del medioambiente y en general se puede plantear que su desarrollo ha requerido varias etapas que pudieran sistematizarse así: una primera fase diagnóstica que permitió levantar las experiencias existentes en la implementación del modelo SAFCI y detectar carencias y necesidades en relación al modelo de atención y de gestión prevalente y las dificultades para impulsar los cambios o iniciativas transformadoras dentro de los servicios de salud.

Una segunda etapa de diseño de propuestas de intervención con incorporación en su definición de actores sociales y políticos, superando una de las mayores debilidades previas, la escasa participación de los actores claves del sector. Tradicionalmente las políticas públicas no se diseñan con la participación de actores muy importantes del sector o la sociedad civil, y en el mejor de los casos participan de manera instrumental o simplemente refrendan lo que se les presenta. Esto hace que los modelos no satisfagan las necesidades en salud de muchos colectivos silenciados, problema que se enfrenta y supera con la activa promoción de la participación de actores claves que promueve “La Acción”. Durante los tres años de proyecto se ha enfatizado en la activa participación de los actores sociales particularmente la población indígena rural y las mujeres de la ciudad y el campo generando condiciones para el empoderamiento de sus derechos y la responsabilidad de sus obligaciones.

La tercera fase es la formación de recursos humanos y su apropiación de la propuesta, y la implementación del modelo. Se diseñó con el Convenio “Andrés Bello” y la Universidad Siglo XX un Diplomado con cuatro componentes: Metodologías Participativas, Epidemiología, Gerencia, y Modelos Incluyentes e Integrales en Salud, que constituyó un aporte de gran valor para la capacitación del personal de salud.

---

<sup>2</sup>A diferencia de Guatemala y Perú donde el equipo los equipos de ISIS y MMNP participan directamente en la ejecución de los proyectos, en Bolivia MMNB opera básicamente como un ente que contrata y supervisa otras organizaciones para la operativización de la acción.

Ese diplomado iba dirigido a vencer las frecuentes resistencias del personal de salud a cambios no consensuados con ellos. La implementación de cualquier modelo de atención y gestión pasa por implicar a los profesionales y académicos del sector en el diseño de los mismos y capacitarles para una eficaz y correcta implementación, en aras del cumplimiento efectivo del derecho a la salud que beneficie al conjunto de la población.

Por otro lado, el proyecto se ha nutrido de las experiencias de Perú y Guatemala, que han permitido sensibilizar a las autoridades y compartir criterios técnicos sobre las dificultades en el desarrollo del proyecto, y se ha promovido la interacción entre las autoridades de salud y los actores no estatales en los tres países para el intercambio en la definición e implementación de políticas, estrategias y normativas de atención en salud.

Para el desarrollo de “La Acción” se implementaron dos experiencias piloto ubicadas en:

1. Los Municipios Curva y Charazani del Departamento La Paz, que forman parte de la Red Rural de Salud No. 2 Apolobamba, sede de la cultura Kallawaya.
2. La red de salud del Municipio de Sacaca, ubicado en el Departamento de Potosí

En esos municipios: Curva, Charazani y Sacaca, habitan un aproximado de 35.660 personas, la gran mayoría en condiciones de pobreza siendo mayoritariamente población indígena rural dispersa. Cuentan con una limitada red de servicios de salud que atiende con serios problemas de accesibilidad geográfica, en el marco de una diversidad cultural que se convierte en determinante de importantes inequidades en salud. Cabe resaltar que Curva es la “capital de la nación kallawaya”, cultura originaria del altiplano boliviano, con importante presencia en los municipios de Curva y Charazani. La cultura kallawaya se ha centrado en el estudio y ejercicio de la medicina tradicional y son expertos en plantas medicinales.

Si bien la ampliación de la red de servicios por parte del gobierno plurinacional ha mejorado algunos indicadores de salud el esfuerzo resulta insuficiente para controlar las principales causas de enfermedad y muerte en menores de 5 años. Lo mismo sucede con las muertes maternas que están relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, básicamente determinadas por factores sanitarios, geográficos y culturales.

Frente a esta situación, el gobierno boliviano ha tratado de implementar la política de salud SAFCI, que enfatiza la prevención y promoción de la salud bajo un enfoque de integralidad, interculturalidad, intersectorialidad y participación social. Sin embargo, a pesar de esos lineamientos generales de gran valor, ha sido compleja la operativización de la política SAFCI, entre otros factores por la formación biologicista del personal de salud, que tiene resistencias a incorporar un modelo que transforma sustancialmente la actividad que está acostumbrado a desarrollar.

La intervención de MMNB en esos municipios ha permitido potenciar la SAFCI, al implementar la carpeta familiar definida por el Ministerio de Salud como instrumento operativo que permite la clasificación y seguimiento del riesgo individual, familiar y comunitario. Ha desarrollado los indicadores de la SAFCI y adecúa los manuales de organización y funciones a la política nacional. El desarrollo del proyecto se ha facilitado gracias al seguimiento familiar, al desarrollo de un sistema informático, a la existencia de buenos instrumentos de supervisión y monitoreo, y al levantamiento de la línea de base para medir el impacto de los indicadores del Modelo Incluyente SAFCI.

La intervención reconoce como base conceptual para implementar una atención integral y adecuada, la existencia de tres niveles de acción claramente interrelacionados: 1. Individuo, 2. Familia y 3. Comunidad. En esos tres espacios se identifican y se actúa sobre los principales determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad, garantizando la atención integral con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación en forma complementaria. Además toman en cuenta los ciclos de vida, lo que permite adecuar la atención según necesidades culturales, sociales y biológicas más específicas y aseguran una atención integral para toda la población.

Es de resaltar la activa participación de MMNB y sus socios locales en la preparación de documentos técnicos de gran valor y calidad, que ha contribuido al desarrollo del Proyecto.

En resumen, la intervención se ha concebido como un modelo de atención que asume a la salud como derecho de la población y promueve el fortalecimiento del sistema de salud partiendo del primer nivel de atención. Se construye desde una perspectiva de comprensión multidimensional e integral del proceso salud-enfermedad, asumiendo los principios de la Atención Primaria en Salud Renovada e incorporando los enfoques de género, pertinencia intercultural y armonía con el medio ambiente.

Y para finalizar esta descripción, y sin que tenga que ver con la evaluación realizada, no podemos dejar de mencionar la gran belleza de los sitios visitados, pero al mismo tiempo, el dramático impacto del cambio climático sobre los glaciares y nevados andinos. Fue alarmante observar como sitios tradicionalmente cubiertos de nieve, han sido víctimas del deshielo. En Bolivia se hace evidente lo que señaló el Presidente Evo Morales en las Naciones Unidas en relación a que los países que menos contribuyen al deterioro del clima son los primeros en sufrir sus efectos.

## IV. RESULTADOS DE LA EVALUACION



*Centro de Salud Caalaya – La Paz - Bolivia*

## RESULTADOS

Para el procesamiento y análisis de información se elaboró una Matriz de Análisis que vinculó los Criterios de Análisis, Preguntas Clave, Indicadores, Fuente de datos, unidad de análisis, e instrumento de recolección de datos. A partir de esa matriz y del conjunto de preguntas que guiaron esta evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados.

## PERTINENCIA

### 1. Cumple el Proyecto las prioridades determinadas por el Gobierno de Bolivia en materia de Salud?

El Proyecto no sólo cumple con las prioridades determinadas por la política nacional de salud del Gobierno de Bolivia (SAFCI) sino que además ha facilitado la operativización de esa política en las áreas piloto de las Redes de Apolobamba y Sacaca. Este aporte es reconocido por el personal que dirige y trabaja en los SEDES, que señalan en las entrevistas realizadas las facilidades de implantación de la política SAFCI en las zonas de intervención de MMN, sobre todo cuando lo comparan con su implantación en zonas en las cuales no cuentan con ese apoyo.

También los actores políticos y sociales ubicados en estos niveles, departamentales y local, enfatizaron el aporte del proyecto en el desarrollo de un modelo de atención de carácter integral e integrador que actúa sobre los determinantes sociales de la salud.

Además, se destaca que el proyecto permitió desarrollar una política que si bien estaba enunciada, se había dificultado su puesta en práctica, un dirigente sanitario local dijo: “El proyecto cumple con las prioridades de SACFI, pero además no sabíamos bien cómo hacerlo operativo, entonces el proyecto nos dio instrumentos y metodologías para hacerlo”

Sin embargo, en el más alto nivel del Ministerio de Salud no pareciera tener una clara comprensión de la importancia del modelo integral e incluyente y de la propia SAFCI y han generado una propuesta paralela de carácter asistencialista denominada MI SALUD que consiste en operativos de atención médica a las comunidades, y pudiera llegar a ser contradictoria con las acciones que plantea la SAFCI.

En conclusión, el proyecto cumple y contribuye con el modelo vigente SAFCI propuesto por el estado plurinacional de Bolivia, siendo su enfoque más amplio que el propuesto por el nivel central, donde se prioriza una atención de primer nivel, desarticulada de los SEDES, por lo que tiende a debilitar la institucionalidad pública.

### 2. Responde el Proyecto a las prioridades y necesidades de la población beneficiaria? En qué grado?

Los responsables de Redes de Salud de las áreas del proyecto opinan que las necesidades y demandas de salud de la población de las áreas del proyecto son satisfechas adecuadamente, señalan que la reorganización de la prestación de servicios ha mejorado sustancialmente el acceso y cobertura y ha permitido dar un carácter más integral a la atención incrementando la cantidad y calidad del personal en el

primer nivel de atención acercando los servicios de salud a las familias y comunidades mediante la aplicación de la estrategia familiar y comunitaria.

En una Red mencionan: “el proyecto si responde a las necesidades, pero falta trabajar más con las autoridades, para consolidar la estructura social”. Como anécdota graciosa un habitante nos dijo “aquí tratan que uno tenga buena salud hasta que se muera”.

El personal de salud entrevistado concuerda que su trabajo está dando respuesta a las necesidades de la población y añaden que el proyecto ha guiado la implementación del censo y llenado de las fichas familiares, elaboración de croquis por comunidad, realización de diagnósticos participativos para conocer la realidad de la población, elaboración de planes de salud comunitarios, para esto último ha habido un gran esfuerzo en involucrar a las autoridades locales.

Todo lo mencionado ha permitido a los equipos de los centros y puestos de salud dar mejor respuesta a los problemas de salud y hacerlo con un carácter integral que incorpora acciones de promoción, prevención y atención curativa. Además mejora el desempeño en problemas de salud como EDAS, IRAS, desnutrición, parasitismo (principales causas de morbilidad en las áreas del proyecto).

El personal de salud entrevistado indicó: “Ahora se conoce mejor la realidad de las personas con las carpetas familiares y la visita casa por casa, es un pantallazo de cómo vive la gente y sus riesgos de salud”

Los representantes de las comunidades reafirman que la atención de los centros y puestos de salud corresponden a sus necesidades, que la atención ha mejorado y que garantiza la gratuidad para los grupos prioritarios. Indicaron que ha mejorado el trato del personal de salud y que el conocimiento de quechua por parte del personal facilita la atención prestada y se da respeto a las prácticas sanitarias con los terapeutas tradicionales y parteras, articulando con el personal de salud.

Cabe resaltar lo que manifestaron en los talleres: “ha mejorado el centro, hay más personal y el horario es más puntual”...” Antes no había asistencia en comunidad, ahora van a atenderlos” “siempre que se enferma (se refiere a la hija) vengo al centro y la atienden”.

Se evidenció un efecto positivo en la población, sin embargo coexisten trabas importantes como lo ejemplifica la siguiente situación: en dos centros visitados algunas mujeres indicaron haberse hecho el Papanicolaou pero no haber recibido los resultados a tiempo. Una pobladora nos decía: “tuve que esperar 6 meses, y es ese tiempo puede hacerse más grave el cáncer”. En este ejemplo, si bien el efecto en el conocimiento de las mujeres de la comunidad es notorio existe una problemática en la tardanza con que reciben los resultados de los exámenes que obstaculiza la concreción del derecho a la salud.

En conclusión, las entrevistas realizadas con los diferentes actores, políticos y sociales, permiten indicar que la implementación del proyecto ha contribuido a satisfacer las necesidades de la población. Que la atención que se brinda en las áreas piloto es muy positiva, que se ha logrado incorporar nuevas actividades, tales como levantamiento de censo, identificación y análisis de determinantes sociales de la salud, mejora de las fichas familiares y otros instrumentos que permiten al personal de salud fortalecer su conocimiento de la realidad de la población y responder con las estrategias y herramientas adecuadas.



**3. ¿La política pública del país (SAFCI) en su aplicación en el primer nivel de atención se corresponde con las principales premisas de la APS renovada, y con atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS? ¿Ofrece el Modelo algún valor agregado a la APS en materia de garantía del derecho a la salud, pertinencia intercultural y equidad de género?**

La OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años setenta y luego de la Conferencia Mundial de Alma Ata (1978) adopta ese enfoque como estrategia para conseguir la “Salud Para Todos”, que se plantea como un gran objetivo mundial para el año 2000.

En el 2003 con ocasión de los 25 años de la reunión de Alma Ata y siendo evidente que no había sido posible conseguir la meta de “Salud para Todos”, la OPS/OMS promovió un análisis y evaluación de la APS, para revisar las experiencias desarrolladas y hacer un balance que permitiera extraer lecciones aprendidas en esos 25 años. Como resultado de ese proceso se elaboró una propuesta que hoy se conoce como APS renovada y que incorpora la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud y Sistemas de Salud basados en la APS.

Esa mirada crítica a los primeros veinticinco años de la APS permitió renovar el concepto para responder mejor a las necesidades de salud de la población. Múltiples razones justificaron la renovación de la APS, entre ellas: la complejización de los perfiles epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de enfoques de APS ampliamente divergentes, el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre prácticas a ser asimilados para incrementar su efectividad y el reconocimiento de que la APS es una herramienta para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

A partir de esa revisión de conceptos y componentes la OPS/OMS propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para construir Sistemas de Salud basados en la APS, que se señalan en la tabla 1 y que se correlacionan con los planteamientos del modelo integral e incluyente expresado en Bolivia por la SAFCI.

**TablaNo.1**

**VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE LA PROPUESTA DE APS RENOVADA (OPS/OMS) Y DE LA PROPUESTA DEL MODELO DE SALUD INTEGRAL E INCLUYENTE (proyecto multipaís-S AFCI)**

	<b>APS renovada OPS/OMS</b>	<b>Modelo Integral e Incluyente</b>
<b>VALORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derecho al mayor nivel de salud posible</li> <li>• Equidad</li> <li>• Solidaridad</li> </ul>	El modelo incorpora en su marco conceptual esos valores, y los convierte en guía de acción para el diseño de intervenciones.
<b>PRINCIPIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar respuesta a las necesidades de salud de la población</li> <li>• Servicios orientados hacia la calidad</li> <li>• Respuesta y rendición de cuentas del gobierno</li> <li>• Justicia Social</li> <li>• Sostenibilidad</li> <li>• Participación</li> </ul>	Incorpora y satisface plenamente esos principios.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intersectorialidad</li> </ul>	
ELEMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura y acceso universales</li> <li>• Primer contacto</li> <li>• Atención integral, integrada y continua</li> <li>• Orientación familiar y comunitaria</li> <li>• Énfasis en la promoción y prevención</li> <li>• Cuidados apropiados</li> <li>• Mecanismos de participación activa</li> <li>• Marco político, legal e institucional sólido</li> <li>• Políticas y programas pre equidad</li> <li>• Organización y gestión optimas</li> <li>• Recursos Humanos adecuados</li> </ul>	<p>Como se podrá comprobar en esta evaluación, el modelo satisface con creces esos elementos.</p> <p>Además enriquece el enfoque de la APS-R al incorporar el enfoque de género y la pertinencia intercultural.</p>

Elaboración: Evaluadores

La intervención de MMN en Bolivia ha contribuido a operativizar un modelo de atención que combina los enfoques de la APS renovada, enriqueciéndolo con la incorporación de las categorías de género e interculturalidad, con un enfoque de ciclo vital que se expresa en los diversos espacios de la vida social: la familia, la comunidad y el propio individuo.

En relación a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pudiera señalarse críticamente que se percibe cierto paralelismo entre el funcionamiento de la red asistencial tradicional y los planteamientos del modelo SAFCI, que pareciera no ha terminado de permear con suficiente fuerza el resto de los niveles del sistema de salud para satisfacer las expectativas de un modelo de redes integradas y que efectivamente desde el primer nivel apunte al fortalecimiento del sistema de salud.

En conclusión, podemos señalar que la aplicación del modelo SAFCI se corresponde y satisface las principales premisas de la APS renovada, y los atributos de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS. Además, “La Acción” incorpora un valor agregado de gran importancia en la garantía del derecho a la salud, al dar mayor fuerza a los conceptos de pertinencia intercultural y género, no claramente señalados en los principios de la APS Renovada de OPS.

## EFICIENCIA

### 4. En la línea de los Recursos Humanos diseñados para la implementación del Modelo SAFCI, ¿Es eficiente la distribución y gestión de los mismos?

La planificación de recursos humanos se hace a nivel de los Municipios y Redes de Salud quienes presentan a las SEDES para su negociación en la Gobernación y presentación al Ministerio de Economía. Los contratos del personal de salud son financiados con recursos fiscales (pudiendo ser de diferentes programas).

Actualmente hay recursos operativos para pagos al responsable de medicina tradicional y el chofer que son financiados por el Municipio. Hay que hacer notar que durante la implementación del proyecto éste financió un recurso de salud en cada centro de salud pero al finalizar el proyecto pasaron a ser parte de los recursos fiscales.

En los centros de salud disponen de un equipo de salud completo, tienen al menos: 1 médico, 1 enfermera o auxiliar de enfermería y 1 odontólogo. La actual distribución permite cumplir con las actividades programáticas coordinadas entre el Municipio, la Red y proyecto (atención individual, familiar y comunitaria) señalando que aquellas actividades extramuros requieren más tiempo y capacidad de movilización.

En relación a la evaluación de desempeño del personal de salud, la responsabilidad es del médico municipal, el cual revisa la información de los indicadores de productividad de los centros y puestos de salud. Además cada tres meses se realizan Consejos de análisis de información a nivel municipal, donde se analiza la data obtenida. En los establecimientos visitados el personal de salud no contaban con un informe de cumplimiento de todos los indicadores alcanzados ni de la retroalimentación recibida.

El personal de salud de los centros visitados manifestaron que el proyecto les ha permitido comprender la operativización del modelo de salud, uno de los odontólogos señaló: "en la Universidad solo nos dan la material de salud pública pero mínimo, no nos hablan del modelo de salud ni de SAFCI, ni como acercar el servicio a la población.....en el centro han aprendido la importancia de oír y movilizar a las comunidades".

La gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de Redes y municipios quienes se encargan de la capacitación, supervisión y evaluación de desempeño. En relación a este último punto, si bien se disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, la capacidad de análisis debe ser fortalecida mediante una adecuada retroalimentación.

En conclusión, en las zonas de intervención observamos centros y puestos de salud muy bien preparados para la atención con calidad, bien dotados, y a pesar de estar ubicados en zonas alejadas y aisladas, cuentan con un personal bien entrenado y motivado y con niveles de compromiso que supera los estándares usuales.

## EFICACIA

### **5. ¿La política SAFCI considera estrategias sanitarias que garantizan el derecho a la salud en base a criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad?**

La población de las comunidades visitadas tienen la percepción popular del derecho a la salud entendida en las consultas y servicios que se entregan en los establecimientos de salud a las personas que están en los grupos prioritarios (menores de cinco años, mujeres edad fértil, adultos mayores, discapacitados); para las acciones de promoción y prevención que se realizan en las comunidades se incluye a todos los habitantes.

La población de las áreas del proyecto valora que la atención es brindada en el idioma local respetando las apreciaciones que la población tiene sobre sus procesos de salud y enfermedad. Están satisfechos con los servicios que prestan el personal de salud, la confianza y conserjería que se presta cuando asisten. La población reconoce que la atención puede ser brindada todos los días y durante las 24 horas y especialmente se mencionó el acceso a la ambulancia.

Una persona de la comunidad dijo: "Ahora tenemos 4 personas...el centro está bueno" refiriéndose a que tienen las 4 personas de salud trabajando y atendiendo todos los días. Otro habitante indicó: "Antes si había este problema que los médicos no hablaban quechua"

El proyecto multipaís ha tenido un impacto muy positivo en la vida y la salud de la comunidad. A pesar de no contar con instrumentos cuantitativos que permitan medir ese impacto, fue posible observar un cambio sustancial en la salud, con reducción de patologías y problemas que afectaban tradicionalmente a esas áreas.

Sin embargo, en las entrevistas con el personal de salud y las comunidades ratificamos algo que había sido señalado en el nivel central, que es la existencia de cobro por las consultas, ya que los servicios de salud son gratuitos solamente para aquellas personas cubiertas por alguna modalidad de “aseguramiento poblacional” existiendo dos grandes seguros nacionales el SUMI para la población materno infantil, y el SSPAM para el adulto mayor, el resto de la población debe pagar, y aunque se señala que el pago es de una cantidad mínima, se convierte en un obstáculo económico al acceso a los servicios. Es de hacer notar que en los centros visitados ese pago ha sido casi totalmente eliminado, pero por iniciativa del personal de salud que entiende y asume que la atención debe ser gratuita.

En conclusión, a pesar de los esfuerzos realizados y los avances en las zonas de intervención, el modelo SAFCI no garantiza totalmente el derecho a la salud y el acceso universal gratuito al primer nivel de atención a toda la población, ya que la política nacional de salud no garantiza la gratuidad sino a los grupos poblacionales cubiertos con algún modelo de aseguramiento, lo que constituye un obstáculo económico que contradice el concepto de derecho y los principios de universalidad del modelo propuesto. Si se quiere hablar de la salud como derecho y de acceso universal, necesariamente esos cobros deben ser eliminados.

## **6. ¿La implementación de la SAFCI en las zonas seleccionadas garantiza una cobertura universal gratuita en el primer nivel de atención?**

En las zonas visitadas la población indicó que en los puestos de salud la atención es gratuita solamente para los grupos priorizados y para las otras personas se cobra; a pesar de ser relativamente pequeño el cobro constituye un obstáculo económico que dificulta la universalidad.

En relación a medicamentos la población manifestó que para los grupos prioritarios no tienen que realizar ningún pago aunque en algunas oportunidades la población manifestó que no existen los medicamentos por problemas de desabastecimiento de stocks.

En relación a los servicios que prestan los equipos de salud a las familias y en la comunidad no tienen costo pero se coordina con las autoridades locales para financiar insumos en actividades comunitarias de limpieza y mejoras de la comunidad. Un personal de salud indicó: “El proyecto daba un refrigerio cuando llegaban a las comunidades ahora ya no llevan”

En el caso de los terapeutas tradicionales y parteras generalmente no median pagos en efectivo aunque la comunidad reconoce su trabajo y muchas veces lo recompensa en especies.

En conclusión: En las zonas donde se aplica el modelo SAFCI no se garantiza la cobertura universal y gratuita en el primer nivel de atención para toda la población. La atención gratuita es sólo para grupos prioritarios (asegurados a SUMI y SSPAM), y los habitantes que no son de los grupos prioritarios están sujetos a un tarifario para la consulta y realizan pago de medicamentos.

## **7. Valorar si la estrategia utilizada en la operativización de la SAFCI es la adecuada.**

De las entrevistas realizadas se desprende que una de las mayores contribuciones del proyecto es el apoyo a la operativización del modelo SAFCI. La estrategia utilizada por el proyecto a través de planes de implementación escalonada (PIE) ha sido adecuada para avanzar progresivamente en la operativización del modelo en las áreas del proyecto, así como la incidencia realizada por los socios locales para contar con acuerdos con las autoridades de salud en los niveles departamentales y en las redes de salud.

En relación a la estrategia programática utilizada en su parte operativa e instrumental es definitivamente adecuada para ambos países porque permite la concreción de la integralidad en la práctica cotidiana al construir acciones operativas en las que se reflejan enfoques teóricos tales como las perspectivas de género, pertinencia intercultural y medio ambiente, con estrategias de acción en sus diversas expresiones: promoción, educación, prevención o curación.

La estrategia/programa individual ha sido fortalecido con el apoyo de la asistencia técnica del proyecto y el trabajo coordinado con la redes de salud. La operativización de la perspectiva de pertinencia intercultural cuenta con el apoyo Vice Ministerio de Medicina Tradicional (lo cual fue comprobado en los consultorios de medicina tradicional y laboratorios visitados).

En cuanto a los ciclos de vida, disponen de un documento borrador del "Continuo de Vida" que se está revisando conjuntamente con el proyecto. Se evidenció en los lugares visitados que aún no está implementándose.

Un médico tradicional indicó: "antes el curandero no estaba valorado como médico, el personal médico no les reconocía, ahora están coordinados, se hace referencia, se entienden mejor.....Se ha realizado la sala de parto con adecuación intercultural, ya no se asustan las mujeres.....la alimentación y ropa se ha adecuado" En conclusión, la estrategia utilizada en la operativización de la SAFCI es adecuada, pero requiere de tiempo adicional para poder implementar sus fases completamente y garantizar sostenibilidad.

## **8. En relación con la situación anterior, ¿Se han logrado avances con la actual política para generar servicios de salud, equitativos, eficientes e integrales?**

Es evidente que en las zonas piloto intervenidas hay logros significativos que permiten avanzar hacia servicios de salud más equitativos, eficientes e integrales. Los puestos y centros de salud visitados están muy bien organizados y dotados, con un personal que muestra mucha mística y vocación de servicio.

El personal entrevistado opina que los servicios de salud son equitativos porque permiten que todos los habitantes independientemente de su ciclo de vida tengan acceso a servicios de salud integrales tanto en el puesto de salud como a partir de las visitas familiares y el programa comunitario. Dicen: "se atiende a todos, ya se dejó de atender solo según horario y solamente en el puesto de salud".

Sin embargo, la dinámica del sistema público hace que los únicos servicios gratuitos son los cubiertos por algún sistema de aseguramiento poblacional, particularmente el grupo materno infantil y el adulto mayor, el resto de la población debe pagar. Esa existencia de cobro es un obstáculo real contra la universalidad y la equidad. Es difícil hablar de Derecho a la Salud cuando media un mecanismo mercantil en la entrega de los servicios.

Como aspecto relevante hay que señalar que existe consciencia de esa situación y tanto los SEDES de La Paz como de Potosí están tomando medidas administrativas y legislativas para garantizar el acceso universal a toda la población lo cual representa un avance importante y que notamos ha sido promovido entre otras cosas por la presencia del proyecto MMNB en esos departamentos. Es probable que se desarrolle una política que tienda a que progresivamente el resto de los departamentos imiten esas medidas lo que haría que la eliminación de las barreras financieras al acceso a los servicios partiría de los departamentos en vez de ser una política nacional.

Todas las entrevistas realizadas a nivel local muestran una opinión favorable al modelo, señalando que responde a las expectativas técnicas y que satisface las necesidades y exigencias del nivel local.

En conclusión el modelo ha contribuido significativamente en las zonas de intervención a que los servicios de salud sean más equitativos, eficientes e integrales.

#### **9. ¿La estrategia operativa garantiza la integralidad e integración de los servicios de salud?**

Los entrevistados, tanto del personal de salud como de la comunidad, opinan que los servicios que presta el modelo son integrales, porque atienden a todas las personas, en todos los ciclos de la vida, respetando la cultura y el idioma local y tanto en los puestos y centros de salud y en la comunidad, donde se desarrollan actividades de promoción, prevención y atención individual.

Los gerentes de salud opinan que los servicios que se prestan en las zonas piloto mejoran sustancialmente la producción de servicios establecidos en los planes y programas nacionales y permite resolver en el nivel local la mayor parte de morbilidad disminuyendo el gasto que genera el traslado de pacientes a otros niveles de atención.

En conclusión, el modelo es integral porque combina acciones de promoción, prevención y atención, para todos los ciclos de vida, hombres y mujeres, incluyendo intercambios educacionales tanto en el servicio como en las visitas familiares, incorporando las creencias y prácticas populares.

#### **10. ¿La política desarrollada tiene coherencia interna entre sus aspectos teóricos, operativos e instrumentales? Si se detectan incoherencias y falta de cohesión entre las mismas, ¿Cuáles serían las medidas correctivas que podrían tomarse?**

El modelo SAFCI muestra consistencia teórico conceptual y han logrado un nivel de implementación con programas y acciones operativas que se articulan entre sí garantizando dicha coherencia.

Sin embargo, se detectó una variación en la implementación de la estrategia familiar cuando se realizan las visitas a las comunidades. El personal de salud indicó que realizan "visitas de concentración", es decir acuden a las comunidades y prestan los servicios a todos los habitantes que acuden al lugar de la atención, señalando que por la cantidad de gente que asiste no completan las historias clínicas ni actualizan las carpetas familiares.

En relación a esta variación de las visitas a las comunidades, se recomienda recapacitar al personal de salud, efectuar una programación según las familias en riesgo y realizar seguimiento sobre el uso y análisis de las carpetas familiares.

Es de resaltar la activa participación de MMNB y sus socios locales en la preparación de una buena cantidad de documentos de gran valor y calidad, tales como un Manual de Organización y Funciones, un Manual Descriptivo de cargos, una Guía para la Implementación de la SAFCI, una Guía para la Atención del Parto con Adecuación Intercultural, y está en preparación un estudio sobre las bases técnicas y financieras para la universalización de la salud. Documentos de calidad, bien elaborados y presentados, que constituyen un aporte significativo al proceso.

Adicionalmente, existen costos que eran financiados por el proyecto para realizar acciones en las comunidades, que una vez que el proyecto finalizó no existe el financiamiento para dichos valores, ejemplo: refrigerios o bebidas y otros insumos. Para superar esta limitación las Redes de salud y municipios deben realizar un costeo preciso de las actividades y los insumos necesarios para el trabajo de campo; e incorporarlos en los presupuestos del Municipio y Redes según corresponda.

La incoherencia más importante es la relacionada con el cobro directo a la persona que acude a los puestos y centros de salud y que no están "asegurados". Esa situación quebranta la universalidad y se convierte en una barrera económica de acceso a los servicios. Si se quiere hablar de la salud como derecho, necesariamente esos cobros deben ser eliminados.

#### **11. ¿Cuál es la relación del trabajo y la complementariedad de MMN en materia de la implementación de la política pública del país (SAFCI) con los organismos regionales de cooperación en salud tales como ORASCONHU y OPS**

En general, las entrevistas con los donantes muestran conocimiento y felicitan los resultados alcanzados en las áreas del proyecto. En el caso del ORAS CONHU la relación se da por el tema de salud intercultural que dicha entidad contempla en el Plan Andino.

OPS Bolivia considera que el proyecto de MMN contribuye con una experiencia positiva pero enfatiza que para replicar la experiencia se debe incidir a nivel decisorio en las máximas autoridades del Ministerio de Salud.

En conclusión, la cooperación internacional tiene conocimiento del aporte del proyecto a la implementación del modelo en las áreas priorizadas, hay un convencimiento que el modelo SACFI debería extenderse al resto del país de forma más acelerada y recomiendan continuar con la incidencia a las altas autoridades de los Ministerios de Salud y niveles departamentales.

#### **12.Cuál es el grado de avance de las fases de implementación del modelo?**

**Vigilancia socio cultural de la salud y sistema de información:** En las áreas del proyecto se ha realizado el 100% de diagnósticos comunitarios lo cual ha permitido al personal de salud, entre otros, comprender las necesidades sociales de la población, analizar la data obtenida y definir su respuesta frente a estos

contextos. En cuanto al sistema de información se constató que en los establecimientos de salud tienen una serie de formatos para diferentes usuarios, su llenado resulta un trabajo excesivo para el personal de salud.

**Capacitación del personal de salud:** Se realizaron dos etapas de formación en los Diplomados en SAFCI dirigidos al personal de Salud del SEDES y del equipo contratado por el proyecto, luego estos impartieron los conocimientos al personal de salud y técnicos; además de realizar una formación continua mediante visitas in situ. Actualmente se informó que el SEDES La Paz y Potosí están programando capacitaciones intensivas para el personal de salud. Sin embargo, existen quejas por considerar que los diplomados han sido solo para personal profesional dejando por fuera a todos los trabajadores de salud que no cuentan con grado universitario.

**Utilización de la carpeta familiar:** En las áreas piloto se ha completado el 100% de llenado de las carpetas familiares, lo cual es reconocido por el personal de salud como su instrumento para saber el nivel de salud y sus determinantes en la población. La duración del proyecto no ha permitido avanzar en el plan de salud familiar, el cual debe ser elaborado conjuntamente personal de salud e integrantes de la familia para garantizar su implementación.

Si bien disponen de un software del Ministerio de Salud para registrar dichas carpetas familiares, existe una dificultad para la actualización de las mismas, porque se requiere actualizadores y no han sido instalados en los centros de salud.

**Censo poblacional:** En las áreas del proyecto se ha realizado el 100% del censo poblacional; está pendiente la obtención de indicadores con dicha data y su correspondiente análisis integrado

**Croquis poblacional y numeración de viviendas:** Se ha efectuado el 100% de croquis que se evidencian en los establecimientos de salud, así como la numeración de viviendas.

**Comprensión dinámica y multidimensional del proceso salud enfermedad:** se constató durante las entrevistas con el personal médico y técnicos de redes, municipios y técnicos de la SEDES el cambio en su comprensión de salud-enfermedad, (esto fue reconocido por muchos en las entrevistas). El modelo les permite hacer el análisis de salud de la población a partir del análisis de los determinantes sociales, de los ciclos o continuos de vida y responder adecuadamente mediante las tácticas operativas de los programas individual, familiar y comunitario.

**Comprensión y operacionalización de la categoría interculturalidad y trabajo con terapeutas tradicionales y organizaciones de salud en la comunidad:** En las áreas del proyecto se evidenció la participación y conocimiento de los agentes comunitarios de salud que participaron en los grupos focales, y especialmente su involucramiento con las actividades comunitarias que coordinan con el personal de salud.

En relación a los terapeutas tradicionales, la contribución del proyecto es muy evidente e importante, y se materializa en el desarrollo de una complementariedad entre la "medicina occidental académica" y la "medicina tradicional originaria", que se expresa en la contratación y acreditación de médicos tradicionales, su coexistencia en los centros de salud, y en las inversiones realizadas para contar con laboratorios artesanales o lugares adecuados para elaborar medicamentos tradicionales y ponerlos a disposición de la población.

El trabajo del proyecto para impulsar y conformar la participación de las organizaciones de salud en la comunidad es ampliamente reconocido y comprendido por el personal de salud y técnico de las áreas del proyecto. La limitante observada es que si bien, se ha logrado la conformación de la estructura social, no tiene el apoyo económico de los Gobiernos municipales, obstaculizando su gestión.



**Comprensión y operacionalización de la categoría género:** a pesar de que formalmente el género está incorporado al marco operativo, y a que existe un interesante desarrollo conceptual que se enriquece con la propuesta de “feminismo comunitario”, observamos mucha debilidad en la operativización de esta categoría, que muchas veces se reduce solamente a los problemas de violencia familiar.

**Interacción con medio ambiente y comunidad,** en las áreas del proyecto se muestra el esfuerzo realizado por el personal de salud mediante actividades de mejora del medio ambiente con la participación de las comunidades y del sector educación. Dicho trabajo es una respuesta a los diagnósticos realizados, conocimiento de la problemática de las comunidades y soluciones dadas por la comunidad.

En conclusión, las fases y procesos establecidos para la operativización del modelo SAFCI en las áreas del proyecto han alcanzado un desarrollo significativo acorde al tiempo de duración del proyecto.

## IMPACTO

### 13. ¿El trabajo que están desarrollando los socios locales indicados en la Acción está contribuyendo a alcanzar el objetivo global propuesto?

Definitivamente el trabajo realizado durante la implementación de la Acción por MMNB y sus socios locales, con el objetivo de contribuir a la transformación del Sistema de Salud en Bolivia mediante la operativización de los modelos SAFCI, es reconocido por los diferentes actores en los diferentes niveles: departamental, redes, municipios y centros de salud.

El trabajo de los socios locales fue evidenciado en el proceso de evaluación en los lugares visitados. Se destaca la asistencia técnica a las diferentes instancias para comprender el modelo y la forma como materializarlo, principalmente a través del apoyo en la mejora, diseño e implementación de instrumentos de las estrategias individual, familiar y comunitario. Así como la formación permanente al personal de salud, no solo se ha ofrecido el programa presencial de capacitación sino se ha realizado por parte de los equipos de socios locales, capacitaciones in situ en cada visita que realizan a las áreas del proyecto.

El esfuerzo realizado por los socios locales se hace evidente en las siguientes declaraciones en las diferentes instancias:

En el SEDES La Paz señalan: “valoramos mucho el trabajo del CEDEC y de MMN Bolivia, los conocemos bien y apreciamos su trabajo, sobre todo en la Red de Apolobamba, que esperamos sea difundido y multiplicado”

El responsable del SEDES Potosí manifestó el interés “seguir implementando..... y ha pasado circulares para que los centros de salud lo sigan haciendo”

El personal de salud destaca: “han apoyado a la adecuación y trabajo conjunto e integral que realizan entre médicos tradicionales y médicos académicos”.....“nos han permitido entender que el trabajo desarrollado por las Autoridades Locales de Salud es fundamental y primordial en el alcance del objetivo por el trabajo coordinado y comunitario existente en la zona”

La Asociación de médicos tradicionales indica: "el proyecto les ha dado fondos para actividades con los médicos tradicionales e insumos como vaselina.....ahora estos gastos han ingresado al POA"

En la entrevista a ASI indicó que "Se cumplió con lo que decía el proyecto, pero les faltó tiempo para llegar al diagnóstico de cada familia"

En conclusión el trabajo realizado por MMNB y sus socios locales ha contribuido a la implementación del Sistema de Salud en Bolivia mediante la operativización del modelo SAFCI. Pero el trabajo aún no está finalizado, en la medida que se requiere revisar y profundizar conceptual y operativamente la implementación de la estrategia familiar y comunitaria; y el continuo de vida.

#### **14. ¿Se están realizando actividades para lograr un impacto positivo en el derecho y nivel de salud de la población beneficiaria en base a las metas sanitarias del Ministerio y las necesidades identificadas por la población?**

La estrategia acertada del proyecto Multipaís en Bolivia ha sido el trabajo coordinado con los niveles departamental/redes/municipal en el marco de los modelos vigentes de SAFCI; por tanto, las actividades realizadas por el proyecto fueron encaminadas al cumplimiento de las metas sanitarias nacionales y de las necesidades de la población del área del proyecto.

Las actividades implementadas durante el proyecto en las áreas piloto fueron encaminadas hacia el logro de impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo; las principales actividades por área temática que fueron evidencias durante la evaluación son:

##### Atención de salud:

- Asesoría técnica para la incorporación del uso de historias y/o carpetas familiares
- Asesoría técnica para la aplicación de hojas guía de integralidad en la consulta a demanda en el puesto de salud, de acuerdo a etapas de vida (a la fecha de corte de evaluación se estaba mejorando el protocolo respectivo)
- Asesoría técnica para desarrollar la sectorización, censo, diagnóstico y plan de intervención familiar y comunal.
- Talleres de diálogo entre proveedores y terapeutas tradicionales.
- Apoyar la Adecuación intercultural
- Elaboración de un sistema de referencia y contra referencia con terapeutas tradicionales
- Elaboración de propuesta para la vigilancia de enfermedades socioculturales.
- Desarrollo de huertos de plantas tradicionales en establecimientos de salud.

##### Gestión de salud

- Diseño de instrumentos de registro, reportes e instructivos del sistema de información (si bien el proyecto ha apoyado en el diseño está pendiente la racionalización de los formatos, son demasiados y desgastan al personal de salud)
- Capacitación a personal del sector a nivel local y redes en el sistema de información e indicadores

##### Participación ciudadana

- Identificación de organizaciones de la sociedad civil
- Fortalecimiento de capacidades en atención integral y salud familiar
- Fortalecimiento de Consejos o autoridades de las comunidades de los establecimientos de salud
- Elaboración de planes de salud comunitario
- Asesoría y acompañamiento a representantes de la sociedad civil en temáticas de salud en los espacios municipales de decisión política y presupuestal.

#### Liderazgo de gobiernos locales

- Capacitación a autoridades de los gobiernos locales sobre salud integral, familiar, comunitaria e intercultural y su vinculación con la gestión municipal del desarrollo.
- Fortalecimiento de los procesos de presupuesto participativo para la incorporación de los perfiles de proyecto en salud gracias a la participación activa de la sociedad civil organizada

La máxima autoridad de SEDES Potosí manifestó: “la contribución del proyecto es que nos apoyaron en cómo *Hacerlo*, cómo implementar el Modelo, parece que tienen la receta”. Realizó otro comentario donde se muestra el aporte del proyecto: “Antes la comunidad no querían involucrarse en problemas de salud, en cambio ahora la comunidad conoce los problemas y empieza a empoderarse y hacer preguntas de porque pasa una enfermedad”. Señala otro impacto: “el cambio de actitud del personal de salud de salir al campo, la actitud de los jóvenes que vuelvan a medicina tradicional y esto es un reto para que asuman a futuro”

En la comunidad se pudo evidenciar el trabajo realizado por el personal de salud con el apoyo del proyecto, cuando representantes manifestaron: “El personal de salud ha visitado casa y han llenado las carpetas con nuestra información”. Además en los talleres con la población se ratificó que participaron en la elaboración de los planes de salud comunitario, indicaron que “había cosas que sí han hecho y otras no”

En conclusión, en la evaluación se evidenciaron actividades realizadas como parte del proyecto que sin duda contribuyen a alcanzar impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo. Al corte de la evaluación se observaron cambios en la estrategia de atención, al aplicarse el enfoque de riesgos familiares y el enfoque de interculturalidad. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido aceleradamente incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad.

## VIABILIDAD

### **15. ¿Es la propuesta implementada por la Acción, en cada uno de los dos países, una alternativa viable, técnica y financieramente, para el desarrollo de sistemas de salud en el primer nivel de atención?**

Los directores a nivel departamental y de redes coinciden que el modelo y su operativización es una alternativa viable técnica y financieramente para el primer nivel de atención porque el presupuesto requerido proviene de recursos fiscales.

*“La propuesta implementada en los municipios de Charazani y Curva son una prueba clara y viable a nivel técnico como financiero para el desarrollo de sistemas de salud de primer nivel de atención”.*

Los equipos de salud de los establecimientos opinan que los respectivos modelos de salud son viables técnica y financieramente para el primer nivel de atención, *“lo están desarrollando y ha permitido mejor el acceso de la población, a familias y comunidades”.*

Del análisis realizado podemos señalar que el modelo SAFCI en el área del proyecto es completamente viable desde el punto de vista técnico y financiero; el modelo aporta elementos de gran valor agregado que explicamos a continuación: Desde el punto de vista conceptual: el modelo de atención SAFCI responde a una renovación del concepto de salud, rompiendo con la tradicional perspectiva de un modelo médico

hegemónico, profundamente individual y biologicista, centrado en la enfermedad y no en la salud de la población y es capaz de combinar y llevar a la práctica enfoques teóricos básicos para la construcción real y concreta de la integralidad: los enfoques de Derecho, Determinación Social, Género, Pertinencia Intercultural y Reproducción Social. La renovada perspectiva teórica se expresa en todos los espacios de la vida social: el individual, el familiar y el comunitarios, dando lugar a los tres programas que integran los modelos: de atención individual, atención familiar y de atención a la comunidad. Atienden integralmente a todos los ciclos o continuos de vida, desde su inicio con el embarazo y el nacimiento hasta su fin pasando por todas las edades de la vida.

Desde el punto de vista práctico: el modelo SAFCI está diseñado de forma que permiten su práctica. En las áreas del proyecto se ha logrado construir y desarrollar una propuesta que horizontaliza los tradicionales programas verticales de los Ministerios de Salud, que diseña estrategias de intervención y tácticas operativas y las acompaña con un proceso de formación y sensibilización de personal, que es dotado a su vez, de normas y manuales de procedimientos que permiten en forma fácil y sencilla aplicar el modelo.

El modelo SAFCI tienen doble aporte: uno de tipo político conceptual al permitir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud y el segundo, de tipo práctico donde pueden mostrar experiencias de formación de personal, de manuales operativos, de protocolos de acción y de atención y de territorios donde el sueño de salud para todos se convierte en realidad concreta. El modelo ha sido diseñado con base a las prioridades nacionales de salud, las normas de atención y los protocolos de los Ministerios de Salud de Bolivia.

En conclusión, la propuesta de operativización del modelo SAFCI implementada por el proyecto en las áreas piloto es técnicamente viable en el primer nivel de atención. En relación a la viabilidad financiera, existe el compromiso al más alto nivel de financiar los costos e inversiones del país en salud. Se recomienda contar con un estudio de costos de la implementación del modelo a nivel municipal (con diferentes escenarios según agregación de algunas características en los municipios) que permita contar con una estimación nacional de la inversión requerida para la operativización de la SAFCI; además de contribuir a garantizar su inclusión en la programación presupuestaria y sostenibilidad fiscal.

## **16. ¿Cuáles son las dificultades por las que las autoridades nacionales, departamentales/regionales o locales desarrollen la política nacional para todo el país?**

Las principales dificultades para desarrollar el modelo SAFCI en todo el territorio de Bolivia se resumen en:

- Pareciera existir poco conocimiento de las autoridades nacionales en relación al desarrollo de zonas piloto para el desarrollo de la política SAFCI a partir de un modelo integral e incluyente en salud basado en el derecho a la salud. En entrevista con el Ministro de Salud plantea que la estrategia asumida por el Ministerio de Salud para desarrollar la política SAFCI era a través del programa MI SALUD, por medio del cual se han organizado decenas de brigadas de veinte médicos cada una, coordinadas cada una de ellas por un médico egresado de la residencia de salud familiar, comunitaria e Intercultural (Residencia SAFCI) y que realizan operativos de atención a nivel de las comunidades. Esos operativos han tenido una gran receptividad e impacto político en las comunidades asistidas, pero nos parece un modelo típicamente asistencialista y sin elementos de la integralidad que si está presente en el modelo SAFCI.

- Nivel de competencias de los recursos humano y el financiamiento para fortalecer sus capacidades en la operativización de los modelos. Uno de los entrevistados manifestó: "No ha habido apertura con las Universidades para que modifiquen su pregrado, hay un divorcio". "Persistencia del modelo individual, con programas verticales" y "rechazo de una parte del mismo personal de salud de cambiar su forma de trabajo, cambio de aptitud"
- Alta rotación personal tanto de directivos como del personal de salud
- Financiamiento para realizar las acciones operativas, especialmente los rubros para visitas a las familias y las comunidades (incluye medios para que el personal de salud se transporte) y disponibilidad de equipos y software).
- Insuficiente capacitación y comprensión a los responsables municipales para incluir las acciones del modelo en los POAs municipales para su correspondiente financiamiento.
- Movilizar recursos para gestión de las autoridades locales. Se manifestó "la estructura social, no tiene el apoyo económico del gobierno municipal"
- Dificultades de acceso y distancias largas, no hay servicio público.

En conclusión, la pregunta de evaluación tiene dos respuestas. La primera es que a pesar que está vigente el modelo SAFCI, los cambios de las máximas autoridades a nivel central no le ha dado continuidad y la fuerza que merece; ratificando los dramas de las políticas públicas en toda la Región latinoamericana, de alta volatilidad y su impregnación por la diatriba política cotidiana. La segunda respuesta, es que a nivel de las autoridades departamental/regional/ municipal donde se ha implementado la operativización de los modelos, existe el apoyo político para expandir al resto de sus áreas de competencia pero deben inyectar recursos para fortalecimiento de los recursos humanos y acciones que implica la operativización del modelo.

**17. A nivel de Recursos Humanos ¿Los profesionales sanitarios de los establecimientos de salud que han desarrollado la Acción están capacitados para asegurar la aplicación de la propuesta una vez finalizado el periodo de ejecución?**

Una de las claves del éxito en la implementación del modelo SAFCI es el entrenamiento al personal técnico y profesional a través de diplomados, talleres, cursos y formación continua para personal de salud.

Se diseñó con el Convenio "Andrés Bello" y la Universidad Siglo XX un Diplomado con cuatro componentes: Metodologías Participativas, Epidemiología, Gerencia, y Modelos Incluyentes e Integrales en Salud, que constituyó un aporte de gran valor para la capacitación del personal de salud.

Las entrevistas al personal de las redes de salud, personal de los establecimientos de salud demuestran que conocen e implementan sus funciones de manera eficiente. Realizan programación y seguimiento semanal y mensual de sus actividades, con revisión de indicadores de productividad y de gestión del modelo.

El personal de salud de los establecimientos visitados mostró alta calidad, compromiso con el modelo y mística en su trabajo.

Por otro lado, es importante indicar que existen riesgos que podrían atentar con el modelo en relación a los recursos humanos, tales como: i) la alta rotación del personal debido principalmente a las dificultades de acceso a los establecimientos de salud (distantes a su lugar de origen), adecuación a las temperaturas y los médicos que hacen su práctica anualmente no se quedan sino regresan a su lugar de origen; ii) el tipo y duración de los contratos, debiendo renovarse cada año, lo cual unido a lo complejo y lento de los procesos administrativos puede ocasionar inestabilidad e inseguridad. Esto es un claro ejemplo de algo que viene sucediendo en el sector salud de muchos países que es producto de la mal llamada flexibilización laboral; y iii) asignación de ítems o partidas en los municipios y redes para personal de salud; y, iv) la sostenibilidad del programa de capacitación al personal de salud nuevo y reforzamiento-seguimiento al personal ya capacitado

En conclusión los profesionales sanitarios de los establecimientos están capacitados para asegurar la aplicación del modelo SACFI, pero existen riesgos como la frecuente rotación de personal que atenta a este logro del proyecto.

## APROPIACION

**18. ¿Cuáles son los grados de apropiación de los involucrados en el proceso de implementación del Modelo? Definir individualmente la apropiación a todos los niveles: personal de salud, líderes/as comunitarios, equipos de apoyo, autoridades municipales, técnicos departamentales/regionales y autoridades/técnicos nacionales de salud.**

A nivel regional y departamental las autoridades de salud concuerdan y manifestaron su voluntad de expandir la implementación del SAFCI en sus áreas de competencia. Reconocen al modelo como la solución para lograr disminución en la mortalidad infantil y materna, facilitar el acceso a otros grupos de población y contar con las estrategias para acercarse y hacer participar a las comunidades en la prevención de salud. Autoridad del Sedes Potosí: "Quieren replicar a otros municipios, pero paso a paso.....apoyan completamente la SACFI y como se baja para abajo"

A nivel de las Redes de salud enfatizaron su compromiso con la implementación del modelo porque los indicadores de producción han mejorado significativamente en las áreas del proyecto, ha mejorado el acceso y atención en las comunidades y la atención se brinda en el idioma local.

El Coordinador Red Apolobamba señaló: "Existe apropiación de la implementación del modelo SAFCI en el personal de salud y a pesar de que costó mucho sensibilizar a la comunidad por sus características propias de mucha tradición en medicina kallawayaya y tradicional, actualmente se ha logrado coordinar entre la medicina académica y tradicional.....existe mayor asistencia y confianza en el personal de salud"

Responsable municipal "Su compromiso con el modelo se evidencia por el incrementó personal de salud en sus áreas"

El personal de los establecimientos de salud indica que ha sido una oportunidad tener herramientas para implementar el modelo SAFCI en las áreas del proyecto, manifiestan que el modelo permite mejorar la atención a la población y dar respuesta a sus necesidades.

En los centros de salud de Red Apolobamba y Sacaca indicaron: "nuestro compromiso es porque ya no atendemos solo individual, ya salimos a las comunidades". "Existe aceptabilidad y apropiación del modelo

SAFCI tanto por parte de nosotros, médicos tradicionales y también de la comunidad en su conjunto". "Se hace atención integral a la familia, donde se revisa y se consulta todos los integrantes de la familia.....revisión general clínica de pies a cabeza....las familias aun no entienden el seguimiento familiar a cabalidad, pero en primera etapa se debe primero concientizar y luego realizar 2 visitas en el año a cada familia"

En los grupos focales realizados el consenso fue que la atención ha mejorado en los establecimientos de salud (área del proyecto), tienen atención las 24 horas, hay personal de salud que habla el idioma local.

Un dirigente local indicó: "En principio se tuvo mucha dificultad en la implementación ya que fue muy difícil ingresar a las casas y con mucha miedo de las familias, sin embargo actualmente se valora al personal médico y la integralidad con la medicina tradicional en el mismo centro les ha brindado mayor confianza". Otro asistente indicó en relación a su participación que: "Hay que prevenir enfermedades y están avanzando en prevenir en alimentos, agua, otros" y "Todos han escuchado la SAFCI"

También es necesario incluir el compromiso que los socios locales, CEDEC indicó: "Por supuesto que el trabajo emprendido durante estos tres años conlleva mucho esfuerzo y trabajo con las comunidades de intervención y prácticamente dejar de apoyar en este momento a estas acciones emprendidas sería prácticamente imposible"

En conclusión los grados de apropiación de los diferentes actores involucrados en la implementación de SAFCI son más altos en los niveles locales, municipales, redes, departamentales y regionales; quienes son realmente los ejecutores; mientras que a nivel central el grado de apropiación es menor por la coyuntura y la prioridad del Programa Mi Salud en Bolivia.

#### **19. ¿Cuáles son los grados de participación de las principales instituciones en la operativización de la propuesta, y qué papel ha jugado MMN en la transmisión de capacidades a estas instituciones?**

Las principales instituciones para la operativización del modelo SAFCI son el Ministerio de Salud a nivel central, SEDES La Paz y Potosí, Redes Municipales de Salud, Asociaciones de Médicos tradicionales y las diversas instancias de la Estructura Social (Autoridad Local de Salud ALS, Comité Local de Salud CLS, Consejo Social Municipal de Salud CMS y Consejo Social Departamental de Salud CDS).

El grado de compromiso y de participación de las instituciones a nivel departamental, regional, redes, municipios en ambos países donde se ha implementado el proyecto es significativo; lo cual ha permitido facilitar la implementación del modelo SAFCI. Además existe un alto compromiso y participación del Vice Ministerio de Medicina Tradicional.

Los directivos a nivel departamental y regional han participado en la definición de las estrategias de operativización del modelo y su respectiva capacitación a los niveles inferiores, revisan y aprueban las programaciones y hacen seguimiento de la implementación de las actividades, realizan la elaboración de formatos e instrumentos operativos. En dichas actividades se reconoce la colaboración técnica del equipo del proyecto.

A nivel de las Redes y responsables municipales de salud participan en la programación detallada de las actividades para la operativización del modelo y en el seguimiento de las actividades e indicadores de productividad de los establecimientos piloto. De igual manera en dichos niveles se reconoce la estrecha relación y asistencia del equipo del proyecto.

A nivel de las autoridades locales, el proyecto ha apoyado a su inclusión en las actividades de promoción y prevención de salud. Dichas autoridades participan en la planificación, seguimiento de las acciones de salud que suceden en la comunidad junto al personal de salud y son los responsables de informar a la comunidad sobre la administración de los establecimientos de salud.

En conclusión, el diseño del modelo SAFCI incorpora la acción activa de los diferentes involucrados/instituciones para su operativización. En las áreas del proyecto dicha participación se hace evidente en los distintos niveles. MMN Bolivia y los socios locales ha logrado transmitir las capacidades técnicas y operativas a dichas instituciones, lo cual ha permitido motivarlos en el proceso de implementación del modelo. Existe amplio reconocimiento de esta transferencia de conocimientos, acompañamiento y guía realizados por MMN.

## **20. ¿Qué capacidades se han generado con la Acción en las instituciones formadoras de recursos humanos sanitarios con las que se ha trabajado en ambos países?**

Se diseñó con el Convenio "Andrés Bello" y la Universidad Siglo XX un Diplomado con cuatro componentes: Metodologías Participativas, Epidemiología, Gerencia, y Modelos Incluyentes e Integrales en Salud, que constituyó un aporte de gran valor para la capacitación del personal de salud.

La entidad entrevistada que participó en las capacitaciones de los profesionales de salud en las áreas del proyecto (Convenio Andrés Bello) manifestó su satisfacción en haber contribuido a crear competencias, habilidades y destrezas para la operativización del modelo SAFCI.

La metodología utilizada permitió entre otros objetivos, aplicar los conocimientos en sus puestos de salud, y se destaca los efectos en los médicos, porque los contenidos no los obtienen como parte de su formación universitaria.

Las entidades formadoras fortalecieron sus capacidades al diseñar e implementar los módulos de capacitación. Para diseñarlos tuvieron que comprender el marco conceptual del modelo SAFCI y buscar mecanismos de comprensión para el equipo de salud. Además de seleccionar un equipo de facilitadores con mística para compartir los conocimientos y con capacidad de movilizarse a los lugares donde se impartieron las capacitaciones.

El Convenio Andrés Bello indicó que el diplomado fue construido para fortalecer la política SAFCI, particularmente para hacer la medicina occidental académica complementaria con la medicina tradicional; consideran que el equipo de la Universidad Siglo XX logro internalizar los contenidos y tienen programado realizar el tercer Diplomado en enero del 2015.

Sin embargo, ese diplomado iba dirigido sólo a personal con grado universitario, lo que ocasionó la crítica y sugerencia de abrir mecanismos para el resto del personal.

En conclusión, las instituciones que participaron en la capacitación del modelo SAFCI y su operativización, fortalecieron sus capacidades en lo relacionado a: comprensión conceptual de los modelos, diseño de materiales, facilitadores más empoderados; y principalmente han puesto a disposición sus capacidades para replicar las capacitaciones.



## **21. ¿Existe una implicación efectiva de los otros actores internacionales de cooperación en salud con la implementación de la propuesta desarrollada por la Acción?**

Como parte de la evaluación se entrevistó a dos agencias de cooperación: OPS-OMS Representaciones Bolivia y ORAS CONHU (ámbito regional).

Con el ORAS CONHU ha existido una coordinación para la participación de funcionarios de Ministerio de Salud de Bolivia en seminarios y eventos relacionadas al tema de salud intercultural.

En relación a OPS-OMS Bolivia conoce y valora los aportes al modelo SAFCI por parte de MMN Bolivia y los socios locales, reconocen el trabajo realizado por MMN, su incidencia en las diversas instancias y han visitado las áreas del proyecto. La agencia considera "que el proyecto de MMN es una experiencia positiva en la Red de Apolobamba pero para replicar la experiencia se debe trabajar más a nivel decisorio". Además indicaron que "actualmente existen problemas de coordinación con el programa "Mi Salud"....." falta de claridad sobre la política para las Redes de Salud".

En conclusión para las Agencias entrevistadas el modelo SAFCI es la opción más ventajosa para la salud de la población, por tanto, están involucrados en actividades que los promuevan; especialmente en la socialización, capacitación de temas relacionados a los modelos (cerrar brechas en salud materno infantil y enfermedades olvidadas; salud intercultural) y en búsqueda de financiamiento para apoyar los modelos.

Pero también comparten la preocupación sobre la continuidad del modelo SAFCI frente a la prioridad que el Ministerio de Salud pareciera estar dando al Programa Mi Salud.

## **REPLICABILIDAD**

### **23. Identificar las propiedades para su extensión a otras partes de los países y/o resto de estados de la Región con similares características**

Las propiedades más destacadas del modelo SAFCI que han podido evidenciarse en las áreas del proyecto, y por las cuales se considera pueden ser replicables a otros países y al resto de las áreas de Bolivia, son las siguientes:

- Marco teórico conceptual que revitaliza la concepción de la salud y de APS, superando los patrones biologicistas y medicalizados que caracterizan al pensamiento dominante e incorporando categorías analíticas y explicativas que tradicionalmente han sido marginadas.
- Formación continua y sensibilización del personal técnico y operativo de salud en los distintos niveles, quienes se han apropiado de los modelos y lo implementan cotidianamente con mística y compromiso. Además de un seguimiento y retroalimentación permanente.
- Participación comunitaria con sus roles claros en cuanto a salud y empoderadas con las soluciones identificadas para mejorar la salud de sus comunidades

- Reconceptualización de la integralidad al combinar los enfoques teóricos con los ciclos/continuos de vida y los espacios de la vida social, horizontalizando los programas y sacando a la actividad de salud de los consultorios y puestos de salud para llevarlos a las familias y las comunidades.
- Transformación de la tradicional vigilancia epidemiológica en un concepto mucho más amplio y completo: el de vigilancia socio cultural
- Evidencia de acciones intersectoriales con entidades como educación, justicia, etc.
- Incorporación del enfoque intercultural con dialogo y encuentro permanente con la medicina tradicional

En conclusión, las propiedades del modelo SAFCI demostradas en las áreas del proyecto, permiten recomendar su replicabilidad en toda Bolivia; así como en otros países interesados en garantizar el derecho y nivel de salud de sus habitantes.

SEDES Potosí: “en la zona se ha logrado la mejoría en la salud, más participación social, se ha ayudado a crear los consejos locales para que crezcan las comunidades y tengan mejor calidad de vida”....”El Ministerio están viéndolos y miran como se debe hacer”

## V. CONCLUSIONES

### PERTINENCIA

1. El modelo integral e incluyente en salud desarrollado para apoyar la implementación de la SAFCI responde adecuadamente y enriquece las políticas y prioridades de salud del gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.
2. “La Acción” satisface plenamente las expectativas y necesidades de la población. Las entrevistas realizadas con diferentes actores, políticos y sociales, permiten indicar que la implementación del proyecto ha contribuido a satisfacer las necesidades de la población. La atención que se brinda en las áreas piloto es muy positiva, se ha logrado incorporar nuevas actividades, tales como levantamiento de censo, identificación y análisis de determinantes sociales de la salud, mejora de la fichas familiares y otros instrumentos que permiten al personal de salud fortalecer su conocimiento de la realidad de la población y responder con las estrategias y herramientas adecuadas.
3. El modelo SAFCI satisface las premisas del planteamiento de APS renovada de la OPS/OMS, la fortalece al incorporarle elementos como el enfoque de género y la pertinencia intercultural. La incorporación de la interculturalidad ha sido una de las claves del éxito y aceptación del modelo por la población
4. El modelo -a pesar de estar basado teóricamente en el derecho a la salud-, choca con el cobro a los servicios lo cual es un obstáculo real para la concreción de ese derecho.

### EFICIENCIA

5. En las zonas de intervención de MMN observamos centros y puestos de salud bien organizados y dotados, muy bonitos, que a pesar estar ubicados en zonas alejadas y aisladas, cuentan con un personal bien entrenado y motivado y con niveles de compromiso que supera los estándares usualmente vistos. Además, encontramos comunidades satisfechas y participando activamente.
6. La gestión de los recursos humanos es adecuada, tanto de los responsables de Redes y municipios; como de quienes se encargan de la capacitación, supervisión y evaluación de desempeño. En relación a este último punto, si bien se disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, la capacidad de análisis debe ser fortalecida mediante una adecuada retroalimentación.
7. MMNB y sus socios locales han promovido la elaboración de una buena cantidad de documentos y normas de gran importancia práctica, que constituyen un aporte significativo al proceso.

### EFICACIA

8. La política de SAFCI en las áreas del proyecto garantiza el derecho a la salud de la población, a pesar de la existencia de una política nacional de atención gratuita solamente a los grupos prioritarios que cuentan con algún tipo de aseguramiento (SUMI y SSPAM). En ese sentido, hay que resaltar el papel de

los SEDES y del personal de salud para obviar los cobros y garantizar la gratuidad de la atención, en coherencia con el planteamiento constitucional de derecho a la salud. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar la incoherencia que supone el planteamiento de la Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia, que considera a la salud como un derecho universal, con la existencia de cobros directos a la persona que acude a los puestos y centros de salud y que no están "asegurados". Esa situación quebranta la universalidad y se convierte en una barrera económica de acceso a los servicios.

9. La estrategia utilizada en la operativización de la SAFCI es adecuada, pero requiere de tiempo adicional para poder implementar sus fases completamente y garantizar sostenibilidad.
10. La SAFCI es un modelo de atención con una coherencia tanto a lo interno como a lo externo, muestra consistencia en sus aspectos teórico conceptual y logra un nivel de implementación con programas y tácticas operativas que se articulan entre sí
11. La cooperación internacional tiene conocimiento del aporte del proyecto a la implementación del modelo en las áreas priorizadas, hay un convencimiento que el modelo SACFI debería extenderse al resto del país de forma más acelerada y recomiendan continuar con la incidencia a las altas autoridades de los Ministerios de Salud y niveles departamentales.

## IMPACTO

12. El aporte de MMN al diseño de un modelo integral y transformador de salud para el primer nivel de atención es una realidad. El trabajo realizado por los socios locales ha contribuido a la implementación del Sistema de Salud en Bolivia mediante la operativización del modelo SAFCI. Pero el trabajo aún no está finalizado en la medida que se requiere revisar y profundizar conceptual y operativamente la implementación de la estrategia familiar y comunitaria y el continuo de vida.
13. Se evidenciaron actividades realizadas como parte del proyecto que sin duda contribuyen a alcanzar impactos positivos en el derecho y nivel de salud de la población objetivo. Al corte de la evaluación se observaron cambios en la estrategia de atención, al aplicarse el enfoque de riesgos familiares y el enfoque de interculturalidad. Las coberturas de atención en los centros piloto han crecido aceleradamente incidiendo positivamente en mayor prevención de enfermedades y en los resultados en morbilidad y mortalidad.
14. Las experiencias piloto se ven debilitadas al afrontar problemas frecuentes de desabastecimiento de medicamentos, infraestructura y su mantenimiento.
15. El modelo puede contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil.
16. Una debilidad del modelo la vemos en relación a dos componentes, que si bien forman parte del marco conceptual: género y medio ambiente, no se encuentran suficientemente visibilizados en su operativización.

## VIABILIDAD

17. La propuesta de operativización del modelo SAFCI implementada en las áreas piloto, es técnicamente viable en el primer nivel de atención y existe compromiso al más alto nivel de financiar los costos e inversiones del país en salud.
18. A pesar que está vigente el modelo SAFCI, los cambios de las máximas autoridades a nivel central no le han dado continuidad y la fuerza que merece; ratificando los dramas de las políticas públicas en toda la Región latinoamericana, de alta volatilidad y su impregnación por la diatriba política cotidiana.
19. A nivel de las autoridades departamental/municipal donde se ha implementado el modelo existe apoyo político para expandir al resto de sus áreas de competencia, pero deben garantizarse los recursos necesarios para el fortalecimiento de los recursos humanos y otras acciones que requiere la operativización del modelo.
20. Los profesionales sanitarios de los establecimientos están capacitados para asegurar la aplicación del modelo SACFI, pero existen riesgos como: i) frecuente rotación de personal que atenta a este logro del proyecto, ii) el tipo y duración de los contratos, debiendo renovarse cada año, lo cual unido a lo complejo y lento de los procesos administrativos puede ocasionar inestabilidad e inseguridad, iii) insuficiente asignación de ítems o partidas en los municipios y redes para personal de salud y iv) la viabilidad de continuar con el programa de capacitación al personal de salud nuevo y reforzamiento-seguimiento al personal ya capacitado
21. La intervención tiene un doble aporte: uno de tipo conceptual al permitir la renovación de la atención primaria en el marco de un modelo de atención integral que busca transformar el sistema de salud. El segundo de tipo práctico donde puede mostrar experiencias de formación de personal, de manuales operativos, de protocolos de acción y de atención.
22. El modelo pudiera y debiera aplicarse en toda Bolivia con gran beneficio para la población. Por supuesto requeriría de un sólido trabajo de sensibilización y capacitación del personal, de reordenamiento territorial y preparación de la infraestructura. Sin embargo esa inversión se traduciría en una mejora sustancial en la salud de la población.
23. El nudo crítico para la implementación del Modelo lo constituye la voluntad política. Hay una decisión del Ministerio de Salud de priorizar el programa Mi Salud. Encontramos una contradicción entre el valor político técnico de la propuesta SAFCI y las decisiones del MSD, quien a pesar de entender que la SAFCI es un modelo que garantiza el derecho a la salud y la integralidad de los servicios, que fortalece la institucionalidad pública y cumple con las políticas y prioridades de salud del gobierno, prioriza una estrategia de atención en el primer nivel que pareciera fragmentar y debilitar la institucionalidad pública.

## APROPIACION

24. Los grados de apropiación de los diferentes actores involucrados en la implementación de SAFCI es más notable en los niveles local, municipal, y departamental, quienes son realmente los ejecutores; mientras

que a nivel central el grado de apropiación es menor por la coyuntura y la prioridad que el Ministerio está dando al Programa Mi Salud.

25. Las instituciones que participaron en la capacitación del modelo SAFCI y su operativización, fortalecieron sus capacidades en lo relacionado a: comprensión conceptual de los modelos, diseño de materiales, facilitadores más empoderados y principalmente han puesto a disposición sus capacidades para replicar las capacitaciones.
26. Para las Agencias entrevistadas el modelo SAFCI es la opción más ventajosa para la salud de la población, por tanto, están involucrados en actividades que los promuevan; especialmente en la socialización, capacitación de temas relacionados a los modelos (cerrar brechas en salud materno infantil y enfermedades olvidadas; salud intercultural) y en búsqueda de financiamiento para apoyar los modelos. Pero también comparten la preocupación sobre la continuidad del modelo SAFCI frente a la prioridad que el MSD pareciera dar al Programa Mi Salud.
27. Las comunidades valoran ampliamente el modelo, un trabajador comunitario de salud decía *"sin el aporte de MMNB seríamos como huérfanos, no dejen de venir, los necesitamos"*
28. El modelo incorpora los criterios de la planificación y gestión participativa, supera las concepciones utilitarias de la participación y se ha convertido en un instrumento de organización para las comunidades.
29. La SAFCI es un modelo exitoso pero incipiente y rodeado de amenazas y riesgos, el acompañamiento es vital para garantizar su crecimiento hasta que logre alcanzar su madurez y ganar sustentabilidad.

## REPLICABILIDAD

30. Las propiedades del modelo SAFCI demostradas en las áreas del proyecto, permiten recomendar su replicabilidad en toda Bolivia; así como en otros países interesados en garantizar el derecho y nivel de salud de sus habitantes.

## VI. RECOMENDACIONES

### PERTINENCIA

1. El principal problema que confronta el desarrollo de un modelo de atención integral e incluyente es el “cobro por los servicios”. Esos cobros directos en el momento de atención han sido eliminados en todos los países de la región que asumen a la salud como derecho humano fundamental, excepto en Bolivia. Existe numerosa documentación, que coincide en señalar que el cobro directo en el momento de servicio es una barrera económica que debe ser eliminada. Valoramos mucho las propuestas provenientes de los SEDES para eliminar esos cobros y creemos que esas iniciativas deben ser difundidas y convertidas en un movimiento nacional para la extensión de la gratuidad.
2. Se sugiere fortalecer las relaciones del primer nivel de atención con el resto de los niveles del sistema de salud, en particular profundizando las relaciones con el segundo nivel.
3. A nivel de las comunidades se recomienda incorporar el análisis de la economía local, su vinculación con los modos de producción prevalentes, e incorporar las formas de producción y consumo como grandes determinantes de la salud y la enfermedad. Así mismo, en la ficha clínica pensamos que la variable “ocupación” debe ser investigada y valorada más allá de una simple definición de la actividad que realiza la persona.

### EFICIENCIA

4. El sistema de información es débil y con énfasis en variables individuales, centradas en el daño, que no recogen acciones preventivas y promocionales de salud e impiden la toma de decisiones con información pertinente y desagregada por servicios.
5. Es necesario fortalecer la capacidad de análisis del personal de salud, ya que si bien disponen de indicadores y metas en los establecimientos de salud, pareciera que no son suficientemente utilizados para extraer de ellos toda su potencialidad. Se recomienda que los responsables de las Redes de Salud realicen una retroalimentación sobre la sistematización y lectura de los indicadores en los puestos de salud, así como realizar evaluaciones de desempeño del personal que permita valorar su fortalecimiento en la operativización del modelo.

### EFICACIA

6. El principal obstáculo para el desarrollo de políticas incluyentes e integrales en el sistema de salud, es la existencia de barreras económicas que deben ser eliminadas. Es contradictorio hablar de derecho a la salud, cuando se exige un pago por el servicio.
7. Es necesario dar mayor énfasis a las estrategias operativas dirigidas al componente de género y medio ambiente. Notamos algunas debilidades e incomprensiones en el manejo del enfoque de género, que a

veces queda restringido a las tradicionales estrategias de salud sexual y reproductiva con énfasis en la atención materna sin confrontar la cultura machista muy presente en la población y el personal sanitario.

## IMPACTO

8. Se sugiere revisar y profundizar los mecanismos de implementación de las estrategias familiar y comunitaria, y del continuo de vida, si bien existe el marco conceptual su implementación requiere de mayor claridad en la operación
9. Para un mayor impacto en la aplicación del modelo se deben tomar medidas para enfrentar los típicos problemas de infraestructura, mantenimiento, disponibilidad oportuna de medicamentos. Es necesario motivar a las autoridades para que se genere un reordenamiento territorial y mejoramiento de la infraestructura, que faciliten la extensión del modelo.
10. Se sugiere que los programas de capacitación del personal de salud se extiendan a todos los niveles, ya que hasta ahora los diplomados han sido solo para personal con grado universitario, lo cual se convierte en un elemento de exclusión y discriminación contra el resto del personal de salud.

## VIABILIDAD

11. A pesar de que pareciera existir el compromiso político de financiar los costos e inversiones en salud, se recomienda contar con un estudio de costos de la implementación del modelo a nivel municipal (con diferentes escenarios según agregación de algunas características en los municipios) que permita contar con una estimación nacional de la inversión requerida para la operativización de la SAFCI.
12. Es recomendable promover que la SAFCI sea asumida como política de Estado, ya que los frecuentes cambios de las autoridades, tanto nacionales como departamentales, pudiera convertirse en un obstáculo para la continuidad de la política. Se sugiere desarrollar un esfuerzo de sensibilización y capacitación a todos los niveles.
13. Para continuar implementando el modelo se recomienda movilizar fondos de diversas fuentes de financiamiento que permitan acompañamiento técnico para garantizar su crecimiento y ganar sustentabilidad.

## APROPIACION

14. En el marco de estrategias para fortalecer la institucionalidad pública, podría ser interesante generar un debate nacional sobre el derecho a la salud, analizando las experiencias del desarrollo de la SAFCI y el programa Mi Salud. Ello pudiera incorporar los elementos de integralidad e inclusión en Mi salud, que hasta ahora tiene un carácter básicamente asistencialista.



## REPLICABILIDAD

15. Considerando que la SAFCI es una experiencia positiva que debe hacerse conocer a toda la región, sugerimos dar la más amplia difusión a la publicación “Claves para Transformar el Sector Salud” que tiene un análisis y sistematización de gran valor, que sin duda será de gran utilidad para toda la región.
16. Se sugiere consolidar la estrategia de hacer de los centros y puestos de salud de los municipios intervenidos “espacios de demostración de un modelo exitoso”, que puedan ser visitados por actores políticos y sociales de otros municipios o departamentos, para motivar su extensión.
17. Se recomienda socializar la experiencia boliviana de Apolobamba y Sacaca a foros nacionales e internacionales, que puedan convertirse en centros de análisis y difusión de estas intervenciones positivas.

## VII. LECCIONES APRENDIDAS

1. El desarrollo de un sólido marco político conceptual es indispensable como base y punto de partida de un modelo integral e incluyente en Salud. No es posible desarrollar una propuesta operativa coherente, si no se tiene claro el marco teórico subyacente.
2. La introducción del concepto de interculturalidad y la complementariedad de la “medicina tradicional originaria” con sus prácticas y saberes ancestrales, con la “medicina occidental académica” ha sido una de las claves del éxito del modelo, ya que ha permitido superar la inadecuada articulación con los modelos tradicionales de salud, y la subordinación y discriminación de terapeutas y comadronas por la medicina occidental.
3. La experiencia de MMN en la implementación del proyecto Multipaís reafirma la importancia de desarrollar estrategias de formación y capacitación del personal, así como de acompañamiento del proceso. El éxito en la introducción de un nuevo modelo de atención y gestión en salud requiere un esfuerzo de capacitación y acompañamiento muy importante.
4. La participación comunitaria y la apropiación del modelo por parte de las comunidades es uno de los elementos estratégicos de mayor importancia. El modelo tiene éxito si las comunidades y la población se apropian de él.
5. La intersectorialidad ha sido posible en las comunidades pilotos, ya que se ha incorporado efectivamente a otros sectores de la vida social a las actividades sanitarias. La articulación intersectorial es posible sólo si se convoca y construye una alianza con el resto de los sectores de la sociedad.
6. No basta con que el Derecho a la Salud esté enunciado en la Constitución y las Leyes, la implementación de un modelo integral e incluyente puede chocar con prácticas inveteradas como el cobro por los servicios, que se convierten en obstáculos reales para la concreción del derecho a la salud.

## VIII. ANEXOS

**Anexo N° 1    Producto 1**

**Anexo N° 2    Producto 2**