



GCI Salud y Desarrollo
GCI Health and Development



FONTILLES

BOLIVIA
EVALUACIÓN FINAL EXTERNA

"Proyecto de Salud Comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materno infantil en los Municipios de Poroma y Tacobamba, Bolivia"
Proyecto 1090/2008

INFORME FINAL

GRUPO CONSULTOR DE INFRAESTRUCTURAS, S.A.

Av. Alfonso XIII, nº 151 - 28016 Madrid
Contacto: Ana Rosa Ormaechea Landa
Tel: 91 591 28 85 E-mail: anarosa@gcislud.com

Junio 2012

INDICE

Listado de Acrónimos

Ficha técnica del Proyecto

1.- Introducción.....	1
1.1.- Descripción resumida de la intervención evaluada.....	1
1.1.1.- Antecedentes.....	1
1.1.2.- Breve descripción del proyecto.....	1
1.2.- Objetivos y contexto de la evaluación final.....	2
1.3.- Metodología de la evaluación final.....	2
1.4.- Criterios de evaluación.....	3
1.5.- Condicionantes y Limitantes de la Evaluación.....	4
2.- Reseña Histórica y contexto.....	5
2.1.- Contexto histórico de la intervención.....	5
2.1.1.- Identificación.....	5
2.1.2.- Formulación.....	5
2.2.- Contexto socio económico, político e institucional.....	6
3.- Análisis de la información recopilada.....	11
3.1.- Resultado 1.....	11
3.2.- Resultado 2.....	12
3.3.- Resultado 3.....	15
3.4.- Resultado 4.....	16
4.- Evaluación de la intervención.....	18
4.1.- Criterios de base.....	18
4.1.1.- Pertinencia.....	18
4.1.2.- Eficiencia.....	19
4.1.3.- Eficacia.....	21
4.1.4.- Coherencia.....	22
4.1.5.- Impacto.....	24
4.1.6.- Viabilidad.....	25
4.1.7.- Apropiación.....	26
4.1.8.- Alineamiento.....	27
4.1.9.- Participación.....	27
4.1.10.- Cobertura.....	29
5.- Conclusiones.....	30
6.- Recomendaciones.....	34
7.- Anexos.	
Anexo I	Términos de Referencia
Anexo II	Metodología propuesta, técnicas y fuentes utilizadas
Anexo III	Documentación analizada en la evaluación
Anexo IV	Anexos del Análisis de la información por Resultados
Anexo V	Diferencia entre presupuesto previsto y ejecutado
Anexo VI	Ficha de Resumen de Evaluación, según el modelo CAD.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

Listado de Acrónimos	
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Estrategia de)
ALS	Autoridades Locales de Salud
Fontilles	Asociación Fontilles
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAI	Comités de Análisis de Información
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CLS	Comités Locales de Salud
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
CSMS	Consejos Sociales Municipales de Salud
DF	Documento de Formulación
DILOS	Directorio Local de Salud
DOCV	Diario Oficial de la Comunidad Valenciana
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EDA	Enfermedades diarreicas
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IOV	Indicadores Objetivamente Verificables
IRA's	Infecciones Respiratorias Agudas
FAM	Federación de Asociaciones Municipales
FIM	Farmacias Institucionales Municipales
FV	Fuentes de Verificación
MPP	Matriz de Planificación del Proyecto
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
Nor Sud	Fundación Intercultural Nor Sud
nv	Nacidos vivos
OC Warmi/Khari	Organizaciones comunitarias de mujeres (Warmi) y hombres (Khari)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo General
ONGD	Organizaciones No Gubernamentales al Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo de Bolivia
POA	Plan o Programa Operativo Anual
RN	Recién Nacidos(as)
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TDR	Términos de Referencia
UNI	Unidades Nutricionales Infantiles
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development

FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO

Nº de Expediente:	1090/2008	
Título del Proyecto:	“Proyecto de Salud Comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materno infantil en los municipios de Poroma y Tacobamba, Bolivia”.	
Entidad solicitante:	Asociación Fontilles (Fontilles)	
Organización Local:	Fundación Intercultural Nor Sud (Nor Sud)	
País de actuación:	Bolivia	
Región:	Departamento de Chuquisaca y Potosí. Provincias: Oropeza y Cornelio Saavedra. Municipios de Poroma y Tacobamba.	
Duración prevista:	36 meses	Duración real: 38 meses
Fecha de Inicio:	1 de noviembre de 2008	Finalización: 31 de diciembre de 2011
Presupuesto total:	435.549,99 Euros	
Generalitat Valenciana:	308.666,50 Euros (70,87% del total)	
Modificaciones:	Ampliación del plazo de ejecución Ajuste del presupuesto	

1.- INTRODUCCIÓN

Se presenta el documento definitivo de la evaluación final externa del *"Proyecto de salud comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materna infantil en los municipios de Poroma y Tacobamba, Bolivia"*, co-ejecutado entre la Asociación Fontilles, como entidad solicitante y la Fundación Intercultural Nor Sud, como socia local. De manera introductoria, se exponen los antecedentes de la iniciativa evaluada, así como los principales aspectos que le componen:

1.1.- Descripción resumida de la intervención evaluada.

1.1.1.- Antecedentes.

Como antecedentes de la iniciativa, se inicia mencionando a las principales organizaciones impulsoras de la misma, y que son la Asociación Fontilles y la Fundación Intercultural Nor Sud. Fontilles es una asociación sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, cuyo objetivo es acabar con la lepra y sus consecuencias, así como luchar contra las enfermedades ligadas a la pobreza, a través de proyectos de cooperación sanitaria en los países afectados y apoyar el desarrollo sostenible de estos países. Su constitución data desde 1902, lo cual hace de Fontilles una de las entidades referentes en la lucha contra la lepra.

Por otra parte, la Fundación Intercultural Nor Sud, es una organización privada sin fines de lucro, que viene trabajando en el sur de Bolivia desde el año 1992. Ha ejecutado más de 50 proyectos de desarrollo, con fondos provenientes de más de 9 gobiernos de países donantes e inclusive del Gobierno Boliviano.

Fontilles y Nor Sud, empiezan un trabajo conjunto en el año 2006 con el proyecto de *"Fortalecimiento del proceso de reducción de la lepra y lucha contra otras enfermedades olvidadas"* en 9 capitanías indígenas guaraníes ubicadas en los Municipios de Monteagudo, Huacareta, Villa Vaca Guzmán (Muyupampa), Huacaya y Macharetí, sub región conocida como Chaco Chuquisaqueño y las comunidades indígenas de los cantones Poroma y Huañoma del Municipio de Poroma, segunda sección de la Provincia Oropeza del Departamento de Chuquisaca, Bolivia.

El 29/01/2008 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana (DOCV) las bases de la convocatoria de la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía de la Generalitat Valenciana, por la que se convocaron, para el año 2008, subvenciones a proyectos de cooperación internacional al desarrollo que realicen Organizaciones No Gubernamentales al Desarrollo (ONGD) en el exterior (ORDEN de 23 de enero de 2008). Fontilles y Nor Sud se presentaron de manera conjunta y les fue concedido 308.666,50 euros para la realización del Proyecto *"Salud comunitaria para la disminución de las causas inmediatas de mortalidad materna infantil en los municipios de Poroma y Tacobamba, Bolivia"*.

Así, la ejecución del proyecto inicia oficialmente el 1 de noviembre de 2008, con una duración prevista de 36 meses de los cuales hubo necesidad de ampliar a 2 meses más. Finalizó el 31 de diciembre de 2011.

1.1.2.- Breve descripción del proyecto.

El Proyecto plantea como Objetivo General (OG) aumentar las capacidades humanas en el sector de salud en regiones de extrema pobreza, en coordinación con el Plan Nacional de Desarrollo de Bolivia (PND) y el Objetivo 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

De manera concreta, el Objetivo Específico (OE) plantea: *"Mejorado el acceso a servicios integrales de salud materna infantil, dirigido a mujeres en edad fértil y niños(as) menores de cinco años, en los Municipios de Poroma y Tacobamba, bajo principios de participación comunitaria, equidad y acceso universal a la salud"*.

Se busca con ello, mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito rural, incorporando servicios de salud comunitarios, con intervención de Agentes Comunitarios de Salud (ACS's), estrategias para el cambio de comportamiento en salud, y generación de capacidades de participación y liderazgo a nivel comunitario y municipal de la población más vulnerable (mujeres, adolescentes, niños y niñas), así como

mejorar la capacidad de gestión compartida entre actores locales. Para lograr este OE, se definen 4 resultados, que combinan 5 líneas programáticas (Véase 2.1.1. Identificación).

1.2.- Objetivos y contexto de la evaluación final.

El enfoque de la evaluación para Fontilles se enmarca en la visión de acompañamiento en los procesos en los que interviene, con el fin de analizar la calidad de los mismos e incorporar lecciones aprendidas y otros elementos de la experiencia en nuevos proyectos. Interpreta la evaluación como proceso de mejora y evolución continua.

El objetivo de esta evaluación está enfocado a obtener una valoración sobre el grado de consecución de los resultados esperados en el seno del proyecto y una serie de recomendaciones prácticas que permitan la mejora de futuras intervenciones (Ver Anexo II SC Metodología propuesta y fuentes utilizadas).

Se espera que la evaluación identifique como lecciones aprendidas aquellos factores que han facilitado y/o dificultado la implementación del Proyecto, de manera que pueda servir como referencia para generar conocimiento para un uso más amplio. Se pretende además que la evaluación brinde recomendaciones para aumentar la eficacia de las intervenciones de Fontilles y de otros actores implicados.

El potencial uso de la información extraída de la evaluación se dirige a la toma de decisiones respecto a nuevos proyectos, asumir cambios e incorporar elementos que faciliten el seguimiento e impactos positivos en la población. La evaluación analiza la calidad de los procesos de ejecución del proyecto, la eficacia de las acciones en el contexto de la intervención, de acuerdo con las necesidades reales, y aporta pautas y elementos que permitan maximizar los resultados positivos, en su caso.

1.3.- Metodología de la evaluación final.

Previo recepción de la documentación por parte de Fontilles, se inician las primeras conversaciones sobre el proceso de evaluación, a través de una reunión en las oficinas de Fontilles en Valencia. Así se inicia la Fase I (Trabajo de Gabinete preliminar). El trabajo de campo y trabajo de gabinete posterior (Fases II y III) se realizaron a partir del 19 de marzo del 2012 (Anexo II SC Metodología propuesta y fuentes utilizadas). A continuación se describe brevemente lo realizado dentro de cada fase:

Fase I: Trabajo de gabinete preliminar.

Primero se realizó un exhaustivo estudio de los informes, documentos, reportes técnicos y financieros de la ejecución del Proyecto con el objetivo de establecer el contexto en el cual se desarrolló el proceso, las obras, las dificultades técnicas y financieras identificadas, además de las negociaciones y compromisos acordados de manera previa a la ejecución de la iniciativa, entre las autoridades locales y la entidad ejecutora del proyecto (Anexo III SC Documentación analizada).

Fase II: Trabajo de Campo.

Se procedió a la preparación de las herramientas y técnicas a aplicar en el trabajo de campo o fase II. Fundamentalmente el Trabajo de Campo ha estado conformado por dos momentos:

- 1ª. Conocer cómo se ha desarrollado el Ciclo completo del Proyecto evaluado.
- 2ª. Obtener la visión de los beneficiarios y actores involucrados en la intervención y así conocer cuáles fueron las actividades implementadas, la pertinencia de éstas frente a su realidad cotidiana, los resultados alcanzados y la valoración del Proyecto.

Para ello, se han utilizando básicamente las siguientes técnicas:

- Ü Reuniones de trabajo, coordinación y entrega de documentación, mantenidas entre GCI y las personas responsables del Proyecto de Fontilles en Valencia, con la finalidad de disponer de la información secundaria, las coordenadas de contacto de las personas y de las entidades a entrevistar y coordinar las agendas y logística de trabajo.
- Ü Entrevistas en Profundidad a informantes claves en España y en Bolivia. Se han mantenido entrevistas estructuradas con personas clave vinculadas al Proyecto, gracias a las cuales se ha recogido información relevante de la entidad gestora del proyecto.
- Ü Grupos focales. El propósito de este instrumento fue comparar las perspectivas de los beneficiarios con los objetivos de la evaluación.
- Ü Observación *in situ* de casos concretos: Visitas al proyecto para conseguir obtener información directa sobre los mecanismos que llevaron a su diseño y a los distintos modos de aplicación.

Fase III: Trabajo de Gabinete Posterior y elaboración del informe Final.

Una vez obtenida la información necesaria mediante el conjunto de técnicas utilizadas en las fases previas, el equipo ha procedido a organizar, estructurar y analizar la información, y a comparar y agregar datos, en función de lo cual se han elaborado los análisis pertinentes que ha llevado a la redacción del Informe.

En esta fase han participado conjuntamente los expertos que componen el equipo de trabajo en Madrid y en Bolivia para esta evaluación. A continuación se ha entregado este Informe Final a los representantes de Fontilles.

La metodología que se aplicó durante la evaluación en campo, ha sido participativa e inductiva. El análisis de la información recopilada ha permitido tratar los distintos niveles propuestos para la evaluación (diseño, proceso, resultados), el equipo evaluador trabajó con información secundaria y primaria.

1.4.- Criterios de evaluación.

Se pretende obtener un informe riguroso sobre el diseño, la cobertura y proyección del proyecto, sobre la participación de la contraparte y otros actores involucrados, la administración y gestión de los recursos y el impacto sobre la población beneficiaria.

La evaluación final proporcionará información sobre cuestiones como:

- Sobre el diseño de la intervención.
- Sobre el grado de cobertura y proyección.
- Sobre la participación: Evaluando el grado de implantación de las actividades realizadas.
- Sobre la administración de recursos.
- Aportará recomendaciones y propuestas a futuro.

Adicionalmente a la valoración por criterios, se pretende conocer la manera en que los mecanismos de gestión de la intervención han afectado el desempeño de las mismas y a la consecución de los objetivos deseados o de efectos no esperados.

Con el propósito de conocer la calidad del proyecto y de la ejecución del mismo, centrando la evaluación en los resultados, procesos y en la gestión de los ciclos del proyecto, se consideran los criterios estándar establecidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y priorizados por Fontilles en los términos de referencia (TDR): *Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto y Viabilidad*.

Según los TdR se tendrán en cuenta los siguientes criterios complementarios: *Coherencia, Apropiación, Alineamiento, Armonización, Participación y Cobertura* (Anexo II SC Metodología propuesta y fuentes utilizadas).

1.5. Condicionantes y Limitantes de la Evaluación.

A lo largo del trabajo de campo ha habido una serie de circunstancias que han limitado en cierta medida el alcance de la evaluación y que resumimos a continuación:

1º.- Cambios de agenda y reuniones que no pudieron realizarse, en particular con autoridades municipales de Poroma, ya que estaban en otras reuniones en Sucre y pese a que la evaluadora tenía la disponibilidad de mantener la reunión con ellos en Sucre, una vez terminada su reunión, tampoco les fue posible programar y realizar la entrevista para la evaluación. En otro caso como con el SEDES de Chuquisaca, si fue posible readecuar otra fecha.

2º.- Se ha conseguido recolectar la información requerida en las comunidades, salvando algunos problemas de orden logístico de Nor Sud no previstos, que conllevaban a reunirnos con escaso número de informantes claves en lo que refiere a ACS y OC's, lo que resta representatividad al trabajo con grupos focales.

3º.- El territorio es extenso, con problemas de accesibilidad y dispersión poblacional, se debe viajar mucho y caminar en algunos casos varias horas de ida y vuelta para llegar a visitarlos. Los comunarios pese a que han respondido a las convocatorias de Nor Sud y estaban con mucha disponibilidad a participar, han estado también caminando para llegar al punto de encuentro, ya que viven dispersos; tienen su propia dinámica y cotidianidad, sus reuniones comunales son una práctica muy regular entre ellos y a veces coincidían con la visita o tal vez aprovechaban para hacerlas ya que estaban reunidos. Debido a esto, las sesiones de la evaluación no podían alargarse y disponer del tiempo necesario.

4º.- Los coordinadores o gerentes del proyecto ya no trabajan en Nor Sud, pues el proyecto ha finalizado. En este caso, concretamente no pudimos reunirnos con los encargados de las capacitaciones y seguimiento a los ACS.

Por último queremos destacar la buena disposición de todas las personas consultadas de Fontilles, Nor Sud, etc., que han facilitado el acceso a toda la información solicitada y han dado apoyo a lo largo de toda la evaluación.

2.- RESEÑA HISTÓRICA Y CONTEXTO

2.1.- Contexto histórico de la intervención

2.1.1.- Identificación.

Para la identificación del Proyecto, se realizaron talleres de diagnóstico en los municipios de Poroma y Tacobamba. Como resultado de los talleres, se construyeron árboles de problemas de enfoque sectorial. Como situación general y vinculante, se identificó como problema central "*Condiciones para el desarrollo económico y humano vulnerables e inadecuadas*"; dicha situación está determinada por factores sociales, productivos, organizacionales y culturales, y en condiciones de desventaja en relación a otros municipios del departamento y del país debido a sus niveles de pobreza, y es que Poroma y Tacobamba se encuentran entre las quince municipalidades más pobres de las 314 existentes en Bolivia, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,376 en Poroma y 0,358 en Tacobamba.

Entre las causas inmediatas, se identificaron: a) Los Bajos niveles de ingreso familiar, b) El Bajo nivel de calidad de la educación y c) La Elevada morbi-mortalidad en general. Es así como el Proyecto prioriza, en conjunto con los actores participantes, el problema C de la situación del árbol de problemas de sector Salud: Esta situación afecta fundamentalmente a las niñas y niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil. Con ello se busca dar respuesta a la morbilidad y mortalidad materno-infantil que afecta anualmente a más del 10% de la niñez menor de 5 años y mujeres en edad fértil de los dos municipios.

2.1.2.- Formulación.

La intervención responde a una lógica que busca una estrategia en que los servicios de salud brinden una atención de calidad, con calidez, favoreciendo con ello a la disminución de la exclusión social. El Proyecto promueve una participación, implicación y apropiación comunitaria en la salud pública, para lo cual se trabajará a partir de un paquete metodológico conocido como Salud Comunitaria, que aglutina una serie de procedimientos y herramientas participativas construidas desde la realidad indígena del contexto boliviano que conceptual y operativamente enfoca la salud como un derecho, con equidad de género y con diversidad cultural. Dicho enfoque parte de 5 líneas programáticas:

- Ü Comunicación para el cambio de comportamiento.
- Ü Fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base y su participación.
- Ü Extensión de los servicios de base comunitaria y vigilancia epidemiológica.
- Ü Extensión de la cobertura de atención de centros de salud.
- Ü Alianzas estratégicas y sostenibilidad.

De ello, se desprenden los siguientes Resultados, de acuerdo a la lógica planteada en la Matriz de Planificación del Proyecto (MPP):

1. Capacidad mejorada de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud sobre la base de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos pro-activos.
2. Cobertura y calidad de servicios de salud comunitarios ampliados y mejorados en salud integral a menores de cinco años, prevención y control de enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de higiene, Organizaciones comunitarias fortalecidas y empoderadas para implementar y efectuar seguimiento a las intervenciones comunitarias.
3. Cubiertas las necesidades de cobertura medica en infraestructura de salud pública, para atención materna infantil.
4. Fortalecidas las alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de los servicios de salud comunitarios.

Para el logro de resultados, se definen actividades específicas y para la medición de dichos logros, Indicadores Objetivamente Verificables (IOV's) y Fuentes de Verificación (FV) que también han sido tomados en cuenta en esta evaluación.

2.2.- Contexto socio económico, político e institucional

Situación de la mortalidad materna e infantil en Bolivia.

La mortalidad materna en Bolivia es una de las más altas de América Latina. Según la ENDSA (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2008, la razón de mortalidad materna estimada para el período 2003-2008 es de 310 defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos, estimación que es superior a la correspondiente al periodo 1998-2003 que era de 229 muertes maternas por cada 100.000 nv (nacidos vivos).¹

La mortalidad neonatal en Bolivia es de 27 por 1.000 n.v, compartiendo con Haití los niveles más altos del continente americano. La mortalidad neonatal en Bolivia representa más del 50% de la mortalidad infantil (muertes en menores de 1 año) y más del 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad. Si bien, en los últimos 15 años la tasa de mortalidad neonatal ha mostrado una tendencia decreciente importante, en el último quinquenio (2003-2008) existe un estancamiento, manteniéndose en 27 por 1.000 nv.²

Según el informe de ENDSA 2008, la mortalidad infantil (entre 1-5 años) es en promedio de 50 por cada 1.000 nv, esta cifra en el área urbana es de 36 por 1.000 nv y alcanza a 67 por 1.000 nv en el área rural.

Las determinantes de la mortalidad materna e infantil son: la pobreza, los bajos ingresos, el lugar de residencia y el bajo nivel educativo. Por esta situación, los mayores índices de mortalidad se encuentran en las poblaciones más pobres, periféricas de las grandes ciudades y en los sectores rurales indígenas, que se constituyen en los grupos más vulnerables socialmente y que son la gran mayoría de la población.

La accesibilidad a los servicios de salud, concebida como la posibilidad de llegar a un servicio de salud o entrar en él y que además expresa la demanda, en Bolivia presenta grandes limitaciones:

- a) Alta dispersión poblacional en el área rural, la inexistencia y mal estado de los caminos y la poca disponibilidad de transporte público.
- b) Escasos recursos económicos familiares, que no permiten cubrir el pago del transporte hasta los establecimientos de salud (ya que los costos de atención son solventados por el Seguro Público).
- c) Las barreras generadas por las prácticas y procedimientos de los servicios no adecuados ni apropiados para la diversidad cultural de la población, por la incomprensión, entendimiento y reconocimiento de los proveedores(as) de salud para valorar las diferencias de criterio, de conducta y los rasgos característicos de las diferentes culturas de nuestra sociedad y por el maltrato del personal de salud, que tiene un tremendo peso en la decisión de la usuaria para acudir a los centros de salud y que tiene relación con la condición social y económica de las usuarias, ya que es más frecuente en las madres y usuarias de los sectores sociales más pobres.

El bajo nivel educativo y poco conocimiento de las personas y familias sobre el cuidado de su salud y el ejercicio de su derecho a la salud, la condición de género y el machismo en las familias rurales, dificultan el reconocimiento de una complicación obstétrica con riesgo de muerte y la toma de decisiones de buscar asistencia médica. A todo lo anterior se suma la limitada responsabilidad social y participación ciudadana en el tema desde el nivel local.

La baja calidad de los servicios y la poca confianza del público usuario(a) de los mismos, aspectos íntimamente relacionados con su capacidad resolutoria, se expresan en las bajas coberturas: el 67% de los partos son atendidos en establecimientos de salud, pero en la población rural más pobre esta cifra es solamente el 30%.³

¹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008)

² *Idem.*

³ *Idem.*

Contexto Político

Como producto de una nueva gestión gubernamental iniciada en enero del 2006, Bolivia inicia un proceso de cambios estructurales en el Estado, que buscan eliminar la exclusión social de los sectores postergados de la sociedad, corrigiendo las desigualdades e inequidades económico-sociales. Dentro de este nuevo escenario político el gobierno diseña un Plan Nacional de Desarrollo (PND) que tiene como mandato último “el vivir bien” de todos los bolivianos, siendo el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, parte del mismo.

El Plan Nacional del Sector Salud 2006-2010, aborda las intervenciones de manera integral con un enfoque en los determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones objetivas de vida de los individuos y las colectividades y dirige sus acciones a la construcción de un Sistema Único, Solidario, Intercultural, Comunitario de Salud con rectoría sanitaria, movilización social, promoción de la salud y solidaridad.

El Plan de Desarrollo Sectorial comprende cinco Políticas: 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) Rectoría, 3) Movilización Social, 4) Determinantes de la salud, y 5) Solidaridad.

Las cinco Políticas, se orientan a (de manera correspondiente a su enumeración anterior):

- 1) La Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- 2) La recuperación de la soberanía sanitaria, el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes (MSyD), mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión.
- 3) La revalorización de la salud en las prioridades de los hombres y mujeres, comunidades y familias.
- 4) La recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida.
- 5) La alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia, la legitimación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

Estas Políticas, se articulan en la implementación de la SAFCI, eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. Posteriormente, el Sector diseña un Plan de Desarrollo 2010-2020, ahora vigente, que comprende 3 ejes:

- Ü Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar y Comunitaria, cuyo objetivo es hacer efectivo el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones.
- Ü Eje 2: Promoción de la Salud y Movilización Social, que tiene como objetivo incidir en la transformación de los determinantes de la salud a partir de la participación social e intersectorial en el marco del derecho a la salud.
- Ü Eje 3: Rectoría y Soberanía en Salud, que busca recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector, en el marco de las autonomías.

Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)

Primero fue concebido como un Programa, y posteriormente se convirtió en Política Pública. Su objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones, en la gestión participativa y control social, y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. Es definida por el Decreto Supremo Número 29601 de junio 2008.

Busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud; prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Sus principios son: la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad. Se operativiza a través de su modelo de atención y modelo de gestión participativa en salud.

El modelo de atención SAFCI comprende el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna que se dan en el ámbito comunitario como en el de establecimientos de salud, de acuerdo a la capacidad resolutive específica a cada nivel.

Articula personas, familias y comunidades con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de la cosmovisión y procesos de comunicación fluidos en comunidades originarias. La atención de salud no solo abarca el tratamiento de la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión. Articula y complementa, en una relación de poder simétrica e igualitaria, los conocimientos y prácticas de las diferentes medicinas (académica, indígena, originaria, campesina y otras). Promueve acciones de intersectorialidad destinadas a identificar y modificar positivamente las determinantes socioeconómicas, ambientales y culturales que influyen en el desarrollo de la salud. Promueve la movilización y participación comunitaria de manera organizada.

El modelo de gestión participativa en salud SAFCI promueve un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes, el sector salud y los gobiernos (municipales, departamentales y nacionales) en el cual cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, ejecución-administración, seguimiento y control social de las acciones.

Ü Estructura Estatal:

- Nivel local: El Establecimiento de Salud, es la Unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.
- Nivel municipal: El Gobierno Municipal, es la máxima autoridad a nivel de la jurisdicción y es el responsable de la gestión de los recursos físicos de salud (infraestructura física, equipamiento, insumos y suministros) y de su administración financiera. El Directorio Local de Salud (DILOS), es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social de salud en la zona geográfica de su competencia. Está conformado por el Alcalde Municipal, quien lo preside; el Jefe Médico Municipal de la red de servicios como representante del sector salud y un representante de la comunidad, que es el presidente del Comité de Vigilancia. La Coordinación Técnica de la Red de Salud es la encargada de la operativización de la política, planes y programas del sector a nivel local y es el responsable de la gestión de la red de servicios, tiene dependencia técnica y administrativa del Servicio Departamental de Salud (SEDES).
- Nivel departamental: El SEDES, es el responsable de la ejecución de las Políticas de Salud y del control de su aplicación, tiene dependencia técnico normativa del MSyD y dependencia administrativa de la Prefectura del Departamento. Articula la política nacional con la gestión municipal y es el responsable de la gestión de los recursos humanos de salud.
- Nivel nacional: El MSyD, representante del poder ejecutivo, es el ente rector-normativo que establece las Políticas en materia sanitaria y es el encargado de velar por su cumplimiento.

Ü Estructura Social: Conformada por representantes elegidos democráticamente y no remunerados, organizada de la siguiente manera:

- Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad ante el sistema de salud; es responsable de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad, de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad.

- Comité Local de Salud: Es la representación orgánica de las comunidades pertenecientes territorialmente a la jurisdicción de un establecimiento de salud (puesto/centro), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y Control Social en Salud y de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.
- Consejo Social Municipal de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS, garantizando la Gestión Participativa y Control Social en Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), una de sus funciones principales es conseguir el presupuesto y su incorporación en el Plan Operativo Anual (POA), para las necesidades de salud de la población de su municipio.
- Consejo Social Departamental de Salud: Es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio responsable de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con el Plan Departamental de Desarrollo; además de realizar el control social a la implementación de la misma en cuanto a las actividades de salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, una de sus funciones principales es el de conseguir el presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental/prefectural.
- Consejo Social Nacional de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país. Es el articulador de las necesidades y propuestas en salud de los Departamentos ante el MSyD; además de ser encargado de realizar el control social a las acciones que esta instancia emprenda.

Ü Estructura intersectorial: Espacio de deliberación con los representantes de los otros sectores alineados con la política sanitaria, para la solución de los problemas relacionados con las determinantes de la salud, controlando la ejecución de las acciones y sus resultados. Los espacios de deliberación son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, de la estructura social, estatal y los otros sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros). Sus espacios de deliberación conjunta y toma de decisiones en corresponsabilidad, donde se concretiza la gestión local en salud para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad, y que son:

- a. En el nivel local existen dos tipos de espacios de deliberación que son la Reunión General de Planificación y el Comité de Análisis de Información en Salud, CAI.
 - La Reunión General de Planificación (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros), se realiza una vez al año, en las comunidades, para identificar las problemáticas de salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y los responsables.
 - El Comité de Análisis de Información en Salud, CAI, comunal, para seguimiento y control, que se realiza tres veces al año (en la comunidad que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidades.
- b. Mesa Municipal de Salud. Máxima instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la gestión en salud del municipio que incluye a otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar decisiones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el Municipio, para incorporarlas al Plan de Desarrollo Municipal y a la Programación Operativa Anual, constituyéndose a su vez en el espacio de seguimiento al desarrollo de los mismos.

- c. Asamblea Departamental de Salud. Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Departamental, se constituye a su vez en el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA Departamental.
- d. Asamblea Nacional de Salud. Es la máxima instancia de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan de Desarrollo Sectorial de Salud y a su vez es el espacio de seguimiento al mismo.

Desnutrición CERO.

Inicialmente es un proyecto de la Política 5. Solidaridad, después adquiere la dimensión de Programa, pretende mejorar la alimentación y nutrición de los niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; promover los hábitos alimentarios saludables con enfoque plurinacional; incrementar la capacidad del sector salud en la gestión nutricional con Unidades Nutricionales Infantiles (UNI) y lograr la participación comunitaria para prevenir y combatir la desnutrición, y mejorar la salud de la población boliviana, todo ello con el propósito de contribuir a la erradicación de la desnutrición en los niños y niñas.

Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La AIEPI es una estrategia internacional que fue desarrollada a inicios de la década de los 90 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), fue destinada prioritariamente a países con una mortalidad infantil superior a 40 por mil nacidos vivos. Las intervenciones de AIEPI son curativas, preventivas y de promoción de la salud y son aplicadas en el hogar y en los servicios de salud.

Tiene tres componentes:

1. Mejora del sistema de salud.
2. Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia.
3. Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los(as) niños(as). Este último componente busca la promoción y aplicación de las 16 mejores prácticas de cuidado del menor de 5 años.

En el 2004, después de muchas revisiones, Bolivia adopta el AIEPI neonatal comunitario y en el año 2006, se establece el AIEPI Comunitario Nutricional, bajo el paraguas del Programa de Desnutrición Cero, en esta línea se establece como documentos normativos:

- El Manual del Agente Comunitarios en AIEPI Neonatal Comunitario.
- El Manual del Agente Comunitario en AIEPI Nut de la familia y la comunidad.
- La Guía del Facilitador.

Cuya finalidad es orientar a los ACS's para el desempeño y supervisión de sus funciones.

Bono Juana Azurduy

En abril del 2009 se pone en vigencia el Bono Juana Azurduy, y es un programa de protección social, que da un incentivo en efectivo a mujeres embarazadas y a madres de niños menores de 2 años, no beneficiarias de la seguridad social, que acuden a los servicios de salud para realizarse de forma regular control prenatal y control de crecimiento y desarrollo de los niños y además para la atención del parto y el postparto.

3.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA.

3.1.- Resultado 1: Capacidad mejorada de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud sobre la base de la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos pro-activos.

El proyecto ha impulsado el fortalecimiento de las Organizaciones Comunitarias de Mujeres y Hombres (OC Warmi/ Khari). A la fecha se tienen 159 OC's fortalecidas en ambos municipios, existiendo una OC's por cada comunidad de intervención (Ver Cuadro 1, dentro del Anexo IV Anexo de Resultados).

En el Cuadro 1, también se puede contemplar que el número total de integrantes de las OC's asciende a 3.363 personas, de los cuales el 20% son hombres y el 80% son mujeres. Del total de 159 OC's fortalecidas, 83 tienen una conformación mixta de hombres y mujeres (52%); 74 están integrados únicamente por mujeres (47%); y 2 están integrados únicamente por hombres (1%).

Para facilitar el proceso de planificación comunitaria (identificación de problemas - planteamiento de soluciones), el Proyecto ha promovido la elaboración y utilización de un instrumento Autodiagnóstico Comunal "Llantanchick", que comprende información básica de la comunidad relativa a su historia, costumbres, valores, situación de salud, educación, producción, vivienda, disponibilidad de servicios básicos (agua).

Las OC's han elaborado 89 proyectos, de los cuales 44 han sido incorporados en el POA municipal y 13 aunque fueron presentados a los Gobiernos Municipales, no fueron incorporados a los POA's. Es decir, el 36% de las OCs han gestionado proyectos ante los Gobiernos Municipales.

El procedimiento establecido para que una demanda (proyecto o perfil) sea incorporada en el POA, como resultado de aplicación de la metodología WARMI, debe considerarse que responde a una Planificación Participativa Local; es decir, que surja de una reunión de planificación comunal, y desde ahí se derive a una reunión de planificación sectorial, hasta llegar al Consejo Social Municipal de Salud (CSMS), y a través de él a la Mesa de Salud y al DILOS.

Hubiera sido interesante haber podido hacer una revisión de los POA's municipales, a los que no se pudo acceder durante el trabajo de campo, para confirmar la incorporación de proyectos y así ahondar en otros aspectos (priorización de demandas, tiempos previstos para la ejecución y el presupuesto asignado). Valorar la efectividad del proceso en cuanto al cumplimiento por parte del Gobierno Municipal y del seguimiento y evaluación por parte de las personas beneficiarias.

Las capacitaciones dirigidas al fortalecimiento de OC's fueron impartidas en el segundo año del proyecto, a cargo de 2 auxiliares de enfermería para cada municipio. De acuerdo a la información proporcionada por Nor Sud, éstos contaban con experiencia previa en la metodología Warmi. Aunque una formación específica en el marco del Proyecto, hubiese redundado positivamente en la actualización de sus conocimientos sobre esta metodología; no obstante se deben destacar los buenos resultados obtenidos por los facilitadores debido a su compromiso, creatividad y vocación de servicio.

Las capacitaciones impartidas fueron: alimentación saludable, alimentación complementaria, lactancia materna, prevención de enfermedades en niños(as) menores de 5 años, señales de peligro en menores de 5 años, salud materna, señales de peligro en el embarazo, parto y post parto, ITS- PF, Chagas-Tuberculosis.

El material educativo con el que impartieron capacitación fue elaborado por los mismos auxiliares de enfermería, quienes se desplazaban a las comunidades en moto hasta donde era posible acceder, en forma conjunta con otros técnicos de Nor Sud, que desarrollaban actividades de otros proyectos que tiene Nor Sud, del ámbito principalmente productivo.

Al mismo tiempo, a través del Proyecto se identificaron y capacitaron a 159 ACS Materno-Infantiles, uno por comunidad: 83 en el Municipio de Poroma y 76 en el Municipio de Tacobamba, cubriendo con ello el 100% de las comunidades de intervención (Ver Cuadro 2, dentro del Anexo IV). De estos, en promedio para ambos municipios, el 75% son hombres y el 25% son mujeres⁴.

Con el objetivo de estimular su desempeño y asimilación de los conocimientos de los ACS, se otorgaban premios simbólicos, tal como canastas con utensilios de uso doméstico. Así como para fortalecer los conocimientos del resto de población, difundir la información lo más posible y de establecer una articulación entre el ACS y el personal de salud, se realizaron 12 ferias de salud en 8 de los 16 sectores objeto de intervención, con un total de 472 participantes entre personal de salud, ACS y OC's, líderes comunitarios.

En diseño del proyecto y la actividad 1, estaba prevista la elaboración de una línea de base sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) a realizarse al inicio del Proyecto con el objetivo de medir los resultados conseguidos con las acciones en cuanto a los cambios de comportamientos de la población. El proyecto ha levantado información en los servicios de salud, el reconocimiento y detección de señales de peligro en embarazadas y menores de 5 años por parte de una muestra de mujeres pertenecientes a las comunidades. En la revisión del documento consideramos que el diseño metodológico podría adaptarse más a lo requerido para una línea de base CAP, ya que el documento presenta un enfoque eminentemente cuantitativo.

La importancia de la realización de un documento que recoja un diagnóstico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población meta reside en que se brinde unas bases socio-culturales y educativas a las cifras que expresan el perfil y seguimiento de dicha población, ya que son los factores sociales, culturales y educativos los que originan los conocimientos, actitudes y prácticas que inciden en la permanencia de las enfermedades.

A través de la experiencia de otros estudios CAP, se ha demostrado que la información presente en los sistemas de creencias y valores de la población es un factor determinante en el mantenimiento de perfiles de morbi-mortalidad de las comunidades y que las intervenciones educativas continuas han de incorporar estas particularidades para incidir en el logro de cambios (cualitativos) importantes en el comportamiento con respecto a la prevención y control de enfermedades de la zona y otros problemas que afectan a las comunidades. Por esta razón la línea de base CAP, además de dibujar el perfil de la población y exponer cuantitativamente los principales factores relacionados con el perfil sanitario de la población, debe ser capaz de explicar los conocimientos y actitudes que subyacen a dichas prácticas sobre las que se busca incidir. Además de ser estudios descriptivos, son transversales al trabajo comunitario desde el papel deseado para los ACS y el enfoque SAFCI.

Finalmente, apuntar que durante el proceso de evaluación se pudo percibir entre los y las entrevistadas pertenecientes a las OC's, que existían escasos conocimientos sobre aspectos relacionados con la metodología WARMI, tal como ciudadanía, derechos y liderazgo. Las capacitaciones y conocimientos se limitaron a cuidados de la salud.

3.2.- Resultado 2: Cobertura y calidad de servicios de salud comunitarios ampliados y mejorados en salud integral al menor de cinco años, prevención y control de enfermedades infecciosas y promoción de prácticas de higiene y Organizaciones comunitarias fortalecidas y empoderadas para implementar y efectuar seguimiento a las intervenciones comunitarias.

Esta intervención comprendió el desarrollo de capacidades de ACS, personas voluntarias elegidas por su comunidad, bajo el impulso del Proyecto. La capacitación se inició en el 1^{er} año del Proyecto y estuvo a cargo de 1 profesional médico o de enfermería designado para cada Municipio, exceptuando el último año que para

⁴ Sobre el proceso de capacitación de ACS nos referiremos al abordar el Resultado 2, ya que esta actividad está comprendida en este resultado.

el Municipio de Poroma, se contó con 2 auxiliares de enfermería como facilitadores. La capacitación se impartió en 4 módulos:

- Ü Salud Materna.
- Ü Salud Neonatal.
- Ü Atención al menor de 5 años.
- Ü Enfermedades infecciones y transmitidas por vectores.

Hubo un total de 159 ACS, uno por cada comunidad de intervención, concluyeron su capacitación (Ver cuadro 2, dentro del Anexo IV). La relación por municipio muestra que el 83% y el 64% de los ACS son hombres en el Municipio de Poroma y Tacobamba, respectivamente. Del total de 159 ACS formados, a la fecha de realización de esta evaluación se mantienen activos 118 (74%).

Sobre la designación y capacitación de ACS, de acuerdo al documento de formulación del Proyecto se preveía la formación de 3 agentes por comunidad, con perfiles y roles distintos: uno responsable de los procesos educativos, otro responsable de la vigilancia epidemiológica comunitaria y un tercero responsable de acciones de salud materna e infantil. Esta situación fue desestimada, concentrándose las capacitaciones y responsabilidades en una sola persona (un ACS) por comunidad.

Como se comentó en el punto de limitantes de la evaluación, durante el trabajo de campo no se pudo tener reuniones con parte del equipo ejecutor, ya que estos no se encontraban disponibles por haber concluido ya su trabajo y responsabilidades con Nor Sud, a la finalización del Proyecto en diciembre del 2011. En este caso concreto, no fue posible hablar con los técnicos encargados de las capacitaciones y seguimiento a los ACS, por lo que la indagación queda limitada a la revisión de documentación disponible y percepciones extraídas de los ACS, no conociendo en profundidad los siguientes aspectos:

- Ü La metodología empleada durante la capacitación de los ACS. Conocer si ésta ha seguido lo estipulado en las "Guías del Facilitador de Agentes Comunitarios", normativa oficial del MSyD. Algunos ACS entrevistados han referido que las capacitaciones en algunos casos fueron impartidas en español y no en idioma quechua, lo que ha limitado su comprensión y aprendizaje.
- Ü La distribución del material a la totalidad de los ACS. De acuerdo a la información disponible, a través del Proyecto se ha facilitado la entrega de los Manuales de Agentes Comunitarios Oficiales del MSyD. Sin embargo, no se pudo saber si dicho material llegó a la totalidad de ACS y si además comprendió la dotación de las hojas de revisión y de las láminas reflexivas, que juntamente con el Manual forman parte de un dossier de materiales que pretenden el desarrollo adecuado de sus actividades. De igual manera, no se ha podido obtener información sobre el tiraje y distribución del material adicional de IEC producido por Nor- Sud. NOTA: Sacar información de las fichas de Mario

El Proyecto facilitó la entrega de material oficial del MSyD; es decir del "Manual del Agente Comunitario en AIEPI Neonatal Comunitario y del Manual del Agente Comunitario en AIEPI Nut de la familia y la comunidad" a los ACS, así como de los talonarios de referencia y contrareferencia. Adicionalmente, el Proyecto produjo y entregó 4 cartillas sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's), Enfermedades Diarréicas (EDA), Lactancia Materna, Nutrición y Chagas a los ACS.

A cada ACS se le dotó de un botiquín con un stock menor de insumos y medicamentos esenciales (20 ítems, que van desde antipiréticos, antibióticos y antihistamínicos a pinzas "diente de ratón"), el mismo que puede ser repuesto a través de la generación de ingresos por la venta de los medicamentos a la población y su posterior compra en las Farmacias Institucionales Municipales (FIM) de los establecimientos de salud. A la vez este mecanismo de fondo circulatorio se espera generaría un pequeño excedente (10% de su costo real) que constituya un incentivo económico para el trabajo del ACS, el cual no es remunerado.

Sobre la dotación de botiquines a los ACS: Esta medida exige un seguimiento riguroso, ya que su mecanismo permite que los ACS adquieran medicamentos en la farmacia para dotar el botiquín y de esta acción cobrar un porcentaje mínimo. Si se considera un mero incentivo, es un aspecto que se debe cuidar,

sobretudo porque puede crear un efecto negativo al tender a “medicalizar” la acción de los agentes comunitarios, cuando su rol es netamente preventivo y no curativo. Se vuelve necesario considerar como incentivo otras alternativas, que se ahondarán en el aspecto de recomendaciones.

Durante el trabajo de campo, se pudo percibir que la utilización de instrumentos y medicamentos contenidos en el botiquín, superan los conocimientos y capacidades de las que disponen los ACS. Esto encaja con el papel de un ACS que se restringe al ámbito de medicina preventiva comunitaria, por lo que la disponibilidad de un botiquín con los medicamentos e instrumentos verificados puede resultar contraproducente.

En lo que se refiere a las actividades de promoción de la salud a través de las visitas domiciliarias de los ACS, de acuerdo a la información estadística proporcionada por el Proyecto, se puede apreciar de manera general que esta actividad se ha dado más en el Municipio de Poroma que en el Municipio de Tacobamba. También se observa, que en el caso del Municipio de Poroma, la actividad se ha realizado únicamente en 33 de las 83 comunidades, lo que representa un 40% del total de comunidades intervenidas en este Municipio; para el caso de Tacobamba, la actividad se ha realizado únicamente en 11 de 76 comunidades, lo que representa únicamente el 15 %.

Los ACS han promovido la salud de las personas de sus comunidades, mediante visitas a las familias y sesiones educativas grupales, en las que han orientado sobre cuidados de la salud y nutrición en el hogar y la comunidad, para la mujer durante el embarazo, parto y posparto; para el y la bebé antes, durante el nacimiento y el primer mes de vida en menores de 5 años, con la finalidad de promover la adopción de mejores prácticas de salud y nutrición para las embarazadas, la niñez y cambios de actitud en los cuidados y la atención de las madres gestantes, recién nacidos(as) y de los niños(as) menores de 5 años.

A lo largo del proyecto se han realizado en total 1.827 visitas domiciliarias (1.541 en el Municipio de Poroma y 286 en el municipio de Tacobamba). Asimismo, se han realizado 477 sesiones educativas grupales; 290 en el Municipio de Poroma y 187 en el Municipio de Tacobamba. (Cuadro 4, dentro del Anexo IV).

También los ACS han realizado tareas de prevención de malnutrición a través de información en la familia y la comunidad para la detección oportuna de señales de peligro en las mujeres embarazadas, mujeres que han dado a luz, niños(as) recién nacidos(as) y menores de 5 años, para que en caso de presentarse en alguna de ellas señales de peligro, se busque ayuda inmediata en el establecimiento de salud y además han dado revisión y seguimiento a mujeres embarazadas, parturientas, recién nacidos(as) y niños(as) menores de 5 años. En los casos que fueron necesarios, ya ha ocurrido que han referido a los establecimientos de salud utilizando la nota de referencia. También, han promovido y estimulado el uso de los servicios de salud, entre otros: control prenatal, parto en servicio, control posparto, control del RN, control de crecimiento longitudinal y desarrollo en el menor de 2 años, SUMI.

Adicionalmente, los ACS han realizado vigilancia comunitaria de la mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil y de las enfermedades que se presentan en estos grupos. Como parte de esta acción han recogido, registrado y consolidado información sobre hechos vitales (nacimientos, muertes), estado nutricional de los menores de cinco años priorizando menores de 2 años, IRA's, EDA's, embarazos, partos, etc., han compartido esta información con la comunidad y han promovido su análisis a nivel comunitario para la toma de decisiones participativas, apoyando la organización y realización del CAI comunitario. Además han reportado toda esta información y la relativa a las prestaciones que ellos realizan, a los establecimientos de salud, contribuyendo al Sistema Local de Información en Salud.

Aunque se han podido verificar estos resultados, no se cuenta con información sistematizada para realizar una verificación precisa. Por ejemplo, dentro del proceso de promoción de la salud mediante visitas domiciliarias del ACS, observamos que no hubo un censo comunitario por parte de estos para identificar a las familias de riesgo, es decir, aquellas que tienen mujeres embarazadas, mujeres que han dado a luz, recién nacidos(as) y niños(as) menores de 5 años, familias a las que principalmente dirigirían sus acciones. Otra

información que hubiese sido necesaria para ahondar sobre los resultados del desempeño de los ACS, era contar con un sistema de monitoreo.

En lo que se refiere a la Vigilancia Comunitaria, si bien los ACS han recogido información sobre hechos vitales y otros, y además reconocen y utilizan los instrumentos, se ha observado que esta información no ha sido regularmente entregada y registrada en los servicios, para su análisis y utilización respectiva y correspondiente incorporación al SNIS.

Finalmente dentro de las acciones vinculadas a este resultado, señalar que el Proyecto en su documento de formulación, explicita teóricamente una serie de metodologías participativas a emplearse, destinadas a construir aprendizajes grupales, pero que fueron realizadas de forma parcial. Estas son:

- Ü Estrategia de comunicación por pares que implica el acompañamiento a ACS en las visitas domiciliarias, de madres, pacientes con tuberculosis, identificados sobre todo en los CAI como casos exitosos que comparten sus experiencias.
- Ü Escuelas de campo cuyo objetivo es que la población adolescente y escolar, identifique factores de riesgo para su salud y pueda asumir acciones que permitan adecuada resolución del problema. De acuerdo al DF se tenía previsto conformar 2 escuelas de campo por comunidad con aproximadamente 5 participantes en cada una.
- Ü Conformación de grupos de autoayuda considerado como espacio de reflexión y aprendizaje mutuo, de gestantes; madres con niños desnutridos; pacientes en tratamiento para tuberculosis; familiares de pacientes con tuberculosis, todos ellos identificados en los CAI. Se tenía previsto conformar dos grupos por comunidad con aproximadamente 5 participantes en cada uno, con una periodicidad mensual de reuniones.

Durante la ejecución del Proyecto, se ha realizado seguimiento a los ACS a través de un promedio de 2 a 4 supervisiones anuales por parte de los facilitadores (Cuadro 5, dentro del Anexo IV).

3.3.- Resultado 3: Cubiertas las necesidades de cobertura médica en infraestructura de salud pública, para atención materna infantil.

El Proyecto a tiempo de su formulación tenía prevista, la construcción en el Municipio de Tacobamba de 4 puestos sanitarios: en las comunidades de Tirina, Yahuacari, Condes y Chalama y de un Centro Materno Infantil en el Municipio de Poroma.

En diciembre 2009 se concluyó la construcción de la posta sanitaria de Yahuacari y luego en marzo de 2010 se terminó el Centro Materno Infantil, mientras que las postas de Condes y Chalama fueron entregadas recién en abril de 2011. El puesto sanitario de Tirina, fue desestimado ya que llegó a construirse con otros fondos de otro Proyecto, en su lugar se realizó la construcción de una nueva Infraestructura física para la UNI de Tacobamba, la misma que fue entregada en junio de 2011.

A la fecha de realización de la evaluación, se pudo evidenciar que tanto el Centro Materno Infantil como la Posta de Yahuacari se encuentran funcionando. No así las otras 3 Infraestructuras edificadas.

El Centro Materno Infantil tiene una superficie de 142 mts², se aprecia como una construcción de buena calidad y con buena distribución ambiental. Cabe mencionar que inicialmente se diseñaron planos que comprendían áreas quirúrgicas y de neonatología, que no llegaron a construirse y la infraestructura construida no cuenta con sala de parto con adecuación intercultural. Inferimos en que una de las causas de estas ausencias es por una parte, una identificación exhaustiva de compromisos a cumplir por parte de las entidades implicadas, durante la identificación y diseño de la intervención; y por otra parte, el recurso humano, material y técnico que demanda el funcionamiento de un área quirúrgica que no fue previsto dentro de los costes globales del proyecto.

Si bien la implementación de servicios de salud, requiere de la disponibilidad de infraestructuras, equipamiento, insumos, recursos humanos, normas, capacitación, control de aplicación de normas, cultura de

calidad, entre otros aspectos; en el caso evaluado ha influido la capacidad de respuesta de las entidades implicadas. En base a ello, un proyecto comunitario que incluye un Centro Materno Infantil, de ámbito municipal, al trascender el enfoque comunitario de la intervención, supera las capacidades de disponer de servicios especializados de salud con las que se debería de contar en el funcionamiento de un Centro Materno Infantil, tal como obstetricia, pediatría y anestesiología.

Las postas de Condes y Chalama, no estaban en funcionamiento en el momento de la evaluación, pese a que casi se cumple un año de la entrega de la obra. No han podido ser implementadas debido a que no cuentan con equipamiento, mobiliario ni recurso humano. Según sus planos arquitectónicos tienen una superficie de 70 mts².

El diseño del proyecto no ha incluido las necesidades específicas de equipamiento y recursos humanos, indispensables para el funcionamiento de las postas y que serían contrapartida municipal y sectorial. Ello ha sido un factor determinante para que estos establecimientos aun no estén operando, con el consecuente deterioro de su infraestructura física.

La nueva infraestructura de la UNI en Tacobamba aún no está ocupada, no obstante que ésta Unidad cuenta con equipamiento, mobiliario y recurso humano. Según comentarios del Jefe Médico Municipal, esto es debido a que el administrador municipal, custodio de la llave, se encuentra fugado y con proceso administrativo. De acuerdo a los planos esta construcción tiene 90 mts². El no funcionamiento de esta nueva infraestructura, a pesar que cuenta con muchas condiciones favorables para un adecuado funcionamiento (sobre todo debido a que el Programa Desnutrición Cero le provee de muchos recursos), refleja que la gestión sanitaria con sus 3 actores: Salud, Gobierno Municipal y Comunidad es aún débil.

La cobertura a la población esta íntimamente ligada a la accesibilidad, entendida como "la posibilidad de llegar a un servicio de salud o entrar en él" y que además expresa la demanda, relacionada con barreras geográficas, económicas y culturales. Esto también ligado a la existencia de una oferta organizada de servicios, en términos de capacidad de resolución y buen trato. En este entendido, el Proyecto ha buscado incidir en la barrera geográfica, a través de la infraestructura, pero que en su logro se ha visto limitado.

En cuanto la superación de la barrera económica para cobertura, se pudo constatar que en los grupos de mujeres de la comunidad, con los que se sostuvieron sesiones de trabajo evaluativo, existía desconocimiento sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que actúa específicamente sobre la superación de la barrera económica.

3.4.- Resultado 4. Alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de los servicios de salud comunitarios.

El Proyecto ha promovido el nombramiento de las Autoridades Locales de Salud (ALS) en las comunidades, la conformación y el funcionamiento de Comités Locales de Salud (CLS) en los sectores y de los Consejos Sociales Municipales de Salud (CSMS) a nivel municipal; así como la capacitación de los miembros de estas estructuras para el desempeño de su rol.

De acuerdo a información suministrada por Nor Sud al inicio del proyecto se ha logrado elegir ALS en el 100% de las comunidades beneficiarias de ambos municipios; sin embargo, a lo largo del proceso de ejecución del proyecto el número de ALS se ha reducido. Durante la realización de esta evaluación únicamente 40 comunidades disponían de ALS (25% del total), de las cuales 34 corresponden al Municipio de Tacobamba y 6 pertenecen al Municipio de Poroma. De acuerdo a Nor Sud el principal motivo se debe a la migración de las familias hacia las ciudades lo que ha dificultado la permanencia de ALS, razón por la cual se debe seguir trabajando en la concientización de la población sobre el papel de los ALS.

Se tienen conformados 7 CLS; en el caso de Tacobamba 5 de los 8 establecimientos han conformado esta instancia, mientras que en Poroma, solo 2 establecimientos de 18 han constituido CLS. Ambos municipios cuentan con CSMS.

En las comunidades que cuentan con ALS se ha promovido la realización de Comités de Análisis de Información Comunitarios (CAI)'s, en promedio se ha desarrollado un CAI por año en cada comunidad, sin embargo no se han elaborado planes de acción comunitarios, para su posterior ejecución con el concurso de la comunidad o a través del Gobierno Municipal.

En lo que respecta a la planificación participativa local, si bien se han desarrollado CAI, donde se identifica la problemática de salud, sus determinantes y búsqueda de soluciones, estos no han concluido en identificación de demandas de la comunidad, que sean posteriormente incorporadas por los canales correspondientes, a la Planificación Municipal del Sector.

De acuerdo al Modelo SAFCI, el CAI a partir de información epidemiológica de salud, sigue una serie de pasos establecidos en una guía que contiene todos los instrumentos y procedimientos necesarios, para desembocar en una planificación enfocada en determinantes, que conlleva a identificar demandas para ser llevadas al Gobierno Municipal.

El Proyecto en su documento de formulación planteaba la conformación de las redes sociales de emergencia y coordinación, promoviendo la movilización comunitaria, para preparar y organizar a la comunidad para el traslado de una persona de la comunidad, en la que se presente una urgencia de salud, desde la comunidad hasta el servicio de salud. Ello implicaba planes comunitarios de emergencia para cuando se presentase el caso y que es parte de las acciones de salud comunitaria, pero dichos planes no fueron realizados.

De la misma manera, el Proyecto comprendía en el ámbito del control social, el desarrollo de metodologías y espacios de mejoramiento de calidad, que retroalimenten a los prestadores de los servicios de salud sobre la satisfacción de los usuarios, para construir entre todos la mejor solución. Este proceso no fue impulsado.

4.- EVALUACION DE LA INTERVENCION.

Debido a que la metodología se enfocó en una recogida de datos eminentemente cualitativa, los elementos considerados se basan en las percepciones y opiniones de las personas beneficiarias, así como las organizaciones directamente implicadas.

Al mismo tiempo, a lo largo del documento, se trata de dar respuesta a las principales preguntas de evaluación, propuestas en los TdR, relacionadas con cada uno de los criterios. A continuación, se expone dicha valoración.

4.1.- Criterios de base.

Como ya se ha comentado, los criterios priorizados por Fontilles en los Tdr son: *Pertinencia, Eficiencia, Eficacia, Impacto y Viabilidad*. Además se tendrán en cuenta criterios complementarios: *Coherencia, Aproximación, Alineamiento, Participación y Cobertura*.

4.1.1.- Pertinencia.

Correspondencia de la intervención con las prioridades y necesidades locales.

Para la valoración de este aspecto, se ha considerado la visión tanto de las autoridades locales y departamentales de salud como de la población meta del Proyecto y las características que presenta el contexto.

En primer lugar, tras el análisis comparativo y en relación a la media de los indicadores de pobreza, de acceso a los servicios sanitarios y a los indicadores de salud materno infantil de diferentes Departamentos y Municipios Bolivianos, se considera adecuada la elección de los Municipios de Poroma y Tacobamba como los destinatarios de los beneficios que el proyecto pueda aportar.

Asimismo, la actuación del Proyecto en ambos municipios es reconocida positivamente por los SEDES, al ser considerados estos como zonas críticas dentro de los Departamentos de Chuquisaca y Potosí, por sus bajos indicadores sanitarios. Además las intervenciones del Proyecto son consideradas por el personal operativo local, como importantes para complementar el desarrollo de sus funciones.

Finalmente, los beneficiarios directos estiman que las actividades que el Proyecto realizado han llenado una necesidad en materia de aprendizaje sobre la temática de salud en las comunidades de ambos municipios.

Coherencia y relevancia del diseño de la intervención.

Desde la perspectiva del EML, la coherencia interna de la lógica de intervención (OG / OE / Resultados / Actividades), parece suficiente para garantizar la realización del OE, a través de unos Resultados complementarios y realizables.

A partir del trabajo de evaluación, se ha podido contrastar los resultados previstos en la planificación con los hallazgos de la ejecución recogidos. De esta comparación se puede ver que actividades específicas dirigidas a la sostenibilidad, así como la previsión de compromisos concretos sobre la continuidad de acciones una vez finalizados los fondos externos, hubiesen consolidado la coherencia interna del diseño de la intervención, dentro de las líneas programáticas del enfoque de Salud Comunitaria sobre las que se basa el Proyecto. A este respecto, se hace referencia en el punto 4.1.4.- Coherencia.

4.1.2.- Eficiencia.

Sobre los presupuestos y tiempos inicialmente previstos.

Inicialmente se previó un presupuesto global de 435.549,99 Euros, de los cuales el 70,86% fue subvencionado por la Generalitat Valenciana y el restante 29,14% correspondía a aportaciones de Fontilles (21.883,02 Euros), Nor Sud (62.200,00 Euros), las municipalidades de Poroma y Tacobamba (37.200,47 Euros) y 5.600,00 Euros en concepto de valorizaciones de los-as beneficiarios-as dentro de la partida de adquisición de terrenos e inmuebles.

Del presupuesto solicitado, el 41,37% se concentra en la partida A.3 *Equipos, material y suministros*; seguido de A.4 *Personal Local* (29,74%) y A.2 *Infraestructuras, construcción y reforma de inmuebles* (20, 22%).

Las aportaciones de Fontilles y las aportaciones locales, se concentran en las partidas de A.4 Personal Local (46.800,00 Euros de aportación entre Fontilles, Nor Sud y las municipalidades) y A.3 *Materiales y Suministros*, por parte de Nor Sud por un total de 39.800,00 Euros. Una comparación entre lo previsto y lo ejecutado, nos muestra que las principales diferencias recaen en estas dos última partidas. Así, no se registra el total de la aportación municipal prevista en concepto de Personal Local; dentro de ello, por parte de Nor Sud, se aumenta la aportación en Personal Local, en detrimento de una disminución de la aportación prevista para la partida Equipos, materiales y suministros. En el Anexo V "Diferencia entre presupuesto previsto y ejecutado" se presenta un cuadro que muestra una comparación entre gastos previstos en el presupuesto aprobado por el financiador, y gastos efectivamente realizados y presentados a la Generalitat Valenciana.

Esta observación está totalmente basada en la documentación disponible del Proyecto aprobado y el informe económico final; por tanto supone un simple señalamiento de las diferencias en la ejecución económica del presupuesto global previsto.

Siguiendo con una valoración sobre los gastos ejecutados, se ha dicho que se ha aumentado la aportación en personal local por parte de Nor Sud. En cuanto al personal local, se observan algunas incidencias en la utilización de recurso humano para una ejecución equitativa de actividades en ambos municipios, ya que la disponibilidad y presencia de personal local, fue identificada como uno de los aspectos que influyó en la descompensación en la realización de actividades y resultados por municipios (lo cual se expone en el punto 4.1.3 Eficacia).

Durante la construcción de las Postas Sanitarias y del Centro Materno Infantil, las normas predefinidas del MSyD y la adecuación intercultural, no fueron tomadas en cuenta por el personal responsable del seguimiento técnico y de verificación de obras.

Finalmente, señalar que la revisión entre lo previsto y lo ejecutado; el presupuesto ejecutado muestra algunos gastos que no ha sido posible vincular con las actividades realizadas del Proyecto, ya que entre la información del diseño técnico inicial no hay indicios de actividades o resultados con los que relacionar dichos gastos, para indagar en su correspondencia.

Sobre la transformación de los recursos del Proyecto en resultados.

Relacionando los logros inicialmente previstos y los logros alcanzados a través de la ejecución, se valora que la eficiencia en la transformación de los recursos en resultados es mejorable. Esto debido a la no realización de actividades, lo cual cayó en detrimento del logro de resultados previstos en aspectos que habían sido presentados como estratégicos de la metodología incluida en Salud Comunitaria (ver punto 3: Análisis de información recopilada); y a pesar de ello, el 100% del presupuesto fue ejecutado. Desde una perspectiva de eficiencia, esta valoración se sustenta en la realización parcial de actividades (conformación de grupos de autoayuda en las comunidades, estrategia de comunicación por pares y escuelas de campo).

Por otra parte y de acuerdo a los hallazgos recogidos durante el trabajo de campo, se ha identificado una descompensación de actividades y resultados por municipios. En general, se verifica una mayor realización de actividades en Poroma, lo cual suscita una mayor eficiencia de los recursos del proyecto en el municipio de Poroma que en el municipio de Tacobamba. Esta valoración diferenciada de la eficiencia por municipios, se sustenta en lo siguiente (Ver "Análisis del Resultado 2", de este documento):

- Ü La información generada por el Proyecto, muestra que las actividades de promoción de la salud a través de las visitas domiciliarias de los ACS, han sido más en el Municipio de Poroma que en el Municipio de Tacobamba. Asimismo, se han realizado más sesiones educativas grupales en el Municipio de Poroma que en el Municipio de Tacobamba.
- Ü En el número de comunidades cubiertas con promoción de la salud; donde se han atendido más comunidades de Poroma que de Tacobamba.

Sobre los mecanismos de colaboración institucional.

Se ha puesto en funcionamiento la posta de salud de Yahuacaré y el Centro Materno Infantil, con la participación e implicación de las autoridades sanitarias locales; demostrando con ello, que los mecanismos de colaboración institucional pueden ser eficientes en su respuesta. Aún así, queda pendiente la puesta en marcha de tres postas comunitarias construidas con el Proyecto, donde aún no se han implementado estos mismos mecanismos de colaboración.

Finalmente, apuntar que el establecimiento de redes sociales muestra algo más de avance en el Municipio de Tacobamba que en el de Poroma (Ver punto 3, Análisis de Información recopilada), debido a que el Departamento de Chuquisaca, al ser de la oposición, no asumió de forma decisiva la implementación de SAFCI desde sus inicios. Pero también, es una muestra que la colaboración institucional se vio afectada por factores del contexto.

Sobre los mecanismos de gestión del Proyecto.

a) Planificación.

El instrumento principal es el POA, el cual es elaborado por el Coordinador del Proyecto y remitido a la Unidad de Planificación y Monitoreo de Nor Sud para su revisión y aprobación.

De acuerdo a los procedimientos de Nor Sud, el POA tiene indicadores que se miden anualmente, lo que conlleva la dificultad de la medición para informes de seguimiento al financiador cuando éstos son semestrales. Al mismo tiempo, realizan programaciones mensuales e informes de cumplimiento mensual de actividades.

En lo que se refiere a la colaboración institucional y mecanismos de gestión articulados que han existido para alcanzar los resultados de la intervención, señalamos que hubiese sido óptimo la vinculación del POA del Proyecto, al POA de la Municipalidad y el Sector Salud, de manera de coordinar las acciones que corresponde realizar a cada actor y el establecimiento y cumplimiento de compromisos.

b) Seguimiento y Monitoreo.

El seguimiento al cumplimiento de actividades en terreno está a cargo del Coordinador de Programa, quien realiza visitas de terreno bimensuales y a su vez el Responsable de Monitoreo realiza visitas de campo trimestralmente para verificar el logro de indicadores.

A partir de mediados del 2011 se ha implementado en la Organización, un sistema informático de monitoreo llamado "SIMONS" para el monitoreo de indicadores de resultados y objetivo.

Para el seguimiento económico se cuenta con un sistema informático "VISUAL".

Los procedimientos administrativos son regulados por las normas internas de Nor Sud y la normativa de la entidad financiadora. Asimismo, como mecanismo de control, Nor Sud realiza auditorías internas.

4.1.3.- Eficacia.

Mejora al acceso a servicios integrales de salud materna infantil.

El Proyecto tiene como objetivo específico: *“Mejorar el acceso a servicios integrales de salud materna infantil, dirigido a mujeres en edad fértil y niños(as) menores de cinco años, en los Municipios de Poroma y Tacobamba, bajo principios de participación comunitaria, equidad y acceso universal a la salud”*. Se entiende por servicios integrales, aquellos que se dan tanto en el ámbito comunitario como en el de establecimientos de salud y que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y rehabilitación, y que se prestan en mayor o menor grado de acuerdo al rol que tiene cada servicio dentro de un modelo sanitario, en este caso, el boliviano.

Para ello, consideramos aquellos indicadores que demuestren un mejoramiento en la accesibilidad y que por consecuencia, inciden en la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población, lo que conllevará a coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna e infantil. En ese sentido, podemos señalar que mediante las intervenciones del Proyecto, en lo que refiere a la accesibilidad a éstos servicios, la formación y desempeño de agentes de cambio – 118 ACS activos y 3.336 Warmi/khari, que representan el 10% de la población total-, han promovido el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria, así como la prevención de enfermedades a nivel comunitario y que además han promovido el uso de los servicios de salud.

Como complemento para valorar esta información, hubiera sido necesaria la información cualitativa del seguimiento de la CAP de línea de base, que midiese los cambios de conocimiento, actitudes y prácticas de la población durante la ejecución y a la finalización del Proyecto.

Mejora de los servicios de salud pública a través de los ACS.

Por otra parte, la Información, Comunicación y Educación que han realizado los ACS a partir de sus actividades en la comunidad, ha incidido en la utilización de los servicios de salud por parte de la población, lo que se refleja en las coberturas de la red, que se demuestra en el siguiente cuadro comparativo entre los años 2008 y 2011 del Municipio de Poroma.

COBERTURA en %	Años	
	2008	2011
Atención al menor de 5 años		
CCYD nuevos y repetidos-menor de 5 años	116	142
Consulta nueva- menor de 5 años	110	130
Atención a la mujer en edad fértil y gestación		
Métodos anticonceptivos	4	7
Embarazada con 4 controles prenatales	40	41
Parto Institucional	38	41
Control de TB		
Captación de SR	74	109

Fuente: SNIS SEDES

Asimismo, un indicador trazador de efectividad importante es la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, cuya evolución puede verse en el siguiente cuadro:

Prevalencia de desnutrición crónica	2008	2011
menor de 2 años	46	19
2 a menor 5 años	54	35
menor de 5 años	50	26

Fuente: SNIS SEDES

En el caso del Municipio de Tacobamba, no se realizó este análisis ya que a pesar de la insistencia por obtener los datos necesarios, tanto con el SEDES como la Coordinación de Red, finalmente no fueron proporcionados. La coordinación de Red, únicamente facilitó los datos correspondientes al primer semestre del 2008, con los que no se pudo realizar comparación entre dos gestiones.

Infraestructuras de salud pública para la atención materna infantil.

En relación a los servicios de salud, con la construcción e implementación de la Posta Sanitaria de Yahuacari, la disponibilidad en el Municipio de Tacobamba se ha incrementado, ya que se pasa de un establecimiento por cada 1.750 habitantes a uno por cada 1.550 habitantes. Cifra que se incrementará a 1 establecimiento por 1.270 habitantes, una vez se pongan en marcha las 2 postas construidas con el Proyecto. Es decir, se ha avanzado en el siguiente orden:

Nº Establecimientos de Salud de primer nivel / habitante. Poroma	
2008	2011
1 Est /1.750 hab.	1 Est / 1.555 hab.

Con la construcción del Centro Materno Infantil en el Municipio de Poroma, se ha aumentado la disponibilidad de infraestructura sanitaria al habilitarse un centro apropiado para establecer un Servicio de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia básicos (CONE básico), que inclusive a futuro pueda convertirse en un CONE completo. Es decir, la infraestructura tiene el potencial de ofrecer servicios quirúrgicos, con una ampliación de la misma, la dotación de personal especializado o personal actual que adquiera destrezas.

Fortalecimiento de alianzas público-privadas.

El establecimiento de redes sociales en las zonas de intervención ha tenido un desarrollo incipiente, con algo más de avance en el Municipio de Tacobamba que en el de Poroma. Se ha dicho que, un factor que influyó en esto es que el Departamento de Chuquisaca, que al ser de oposición, no asumió la implementación de la SAFCI desde sus inicios.

Así, si bien se ha llegado a conformar en parte la estructura social, la designación de ALS por las comunidades, en su mayoría, ha recaído sobre los mismos ACS, para quienes la capacitación recibida es solo una etapa del apropiamiento de su rol. De igual forma, se ha verificado que en los casos en que se ha constituido CLS y CSMS aún implican unas instancias de carácter más formal que funcional. Otro desafío en el fortalecimiento de las alianzas impulsadas, es la elaboración de planes de acción comunitarios e impulso de espacios de mejoramiento de la calidad y de control social por parte de los CAI.

4.1.4.- Coherencia.

Adecuación de actividades programadas para el logro de los objetivos.

Desde el EML, el diseño de la lógica de intervención cubre de manera suficiente la correspondencia entre resultados que garantizan la consecución del OE. El documento de identificación del proyecto, señala que éste se basa en cinco líneas programáticas para su implementación:

- Línea programática 1: Comunicación para el cambio de comportamiento.

- Línea programática 2: Fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de base y su participación comunitaria.
- Línea programática 3: Extensión de los servicios de base comunitaria y vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Línea programática 4: Alianzas estratégicas.
- Línea programática 5: Sostenibilidad.

Los resultados planteados se vinculan con las primeras cuatro líneas programáticas, mientras el planteamiento del Proyecto sostiene que la quinta línea es transversal. Se observa que las actividades vinculadas a la línea de Sostenibilidad, no se definen con claridad en la MPP, echando en falta, por ejemplo, mecanismos específicos de sostenibilidad por cada uno de los resultados (vinculados a las líneas programáticas).

En este sentido, hay una suficiente vinculación entre actividades-resultados-objetivo específico, debido a que las actividades previstas han comprendido todo lo necesario para la implementación de un enfoque comunitario que sentase las bases para la implementación del SAFCI. Sin embargo, la ejecución hizo surgir un problema subyacente de viabilidad, el cual la planificación inicial no incorporó de manera agotada.

Por ejemplo, en la lógica de intervención del Proyecto, el punto de condiciones previas expone: *“...el socio local ha logrado certificar el compromiso formal de continuación de la financiación por parte del estado una vez concluido el proyecto, en este caso por intermedio de los dos gobiernos Municipales que son la representación administrativa del MSyD en cada municipalidad, garantizando el mantenimiento de infraestructura, la dotación posterior de material pedagógico, y la dotación de ítems de personal de salud necesario para la continuidad del proceso de mejora de la calidad salud.”*⁵ Con lo cual, el siguiente paso habría sido incorporar en la planificación los mecanismos y recursos necesarios a través de los cuales estos compromisos (garantías) previas se harían operativos. Una concreción implicaba la diferenciación de recursos técnicos, de equipo, mobiliario y recurso humano necesario para el funcionamiento de un Centro Materno infantil (de acuerdo a la Normativa boliviana al respecto); así como de las postas sanitarias, de acuerdo a los alcances previstos para éstas. La finalidad de este ejercicio hubiese sido el verificar si las capacidades reales de comprometer recursos (humanos, técnicos y económicos) por parte de las instituciones, correspondía con las expectativas del alcance y funcionamiento previsto para las obras, sobre todo una vez finalizado el Proyecto.

En cuanto las hipótesis, se ha identificado la inclusión de hipótesis que metodológicamente debían estar dentro del ámbito de influencia del Proyecto (tal como, *40% de Redes de Salud que incorporan a todos los actores sociales y el sistema de vigilancia comunitaria es conocido por el MSyD*). La formulación y consideración de hipótesis en el diseño del proyecto, podría haberse realizado de manera más agotada, tomando en consideración todas las situaciones posibles que, fuera del ámbito de influencia del Proyecto, podrían influir en la ejecución del mismo o en su sostenibilidad posterior. El contar con este panorama de situaciones externas, sirve como un recurso para disponer de estrategias alternativas en el caso de ocurrir alguna hipótesis, dando margen de maniobra para que la intervención no se vea afectada sobremedida.

Complementariedad con otras intervenciones de cooperación al desarrollo.

El Proyecto de Salud Comunitaria forma parte de una cartera de Proyectos que desarrolla la Organización Nor Sud en la zona, como una sumativa de esfuerzos para mejorar la salud de las comunidades.

Durante la ejecución del Proyecto, se ha constituido una alianza entre la cooperación internacional y el sector público, para la implementación a nivel operativo de la Política SAFCI, dirigida a apoyar y complementar esfuerzos del Sistema Local de Salud.

⁵ Anexo III del Proyecto evaluado, Formulario de identificación de proyectos 2008 de la Generalitat Valenciana. Página 10.

En el Departamento de Potosí, en el mismo período de ejecución del Proyecto evaluado, se encontraban la Agencia Internacional de Cooperación al Desarrollo de los Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) y la Cooperación Técnica Belga ejecutando Proyectos de Salud Comunitaria e Implementación de la SAFCI y desarrollando instrumentos y materiales de IEC.

Con la construcción del Centro Materno Infantil de Poroma, el Proyecto ha complementado los esfuerzos de la organización JHPIEGO⁶ que trabaja con fondos de USAID y que está realizando un trabajo institucional en fortalecimiento de Redes de Servicios Materno Infantiles y, entre otras cosas, la introducción de Estándares de Calidad, en cuya metodología la Infraestructura Física es un criterio importante.

Así, se valora que la complementariedad con otras intervenciones de cooperación se localiza principalmente en el trabajo institucional de Nor Sud, y su concentración en la zona. Por otra parte, las oportunidades de coordinación con otras instancias que trabajan en el mismo sector y zona de intervención son diversas en actores (donantes, entidades ejecutoras); aspecto que puede ser aprovechado por Nor Sud y así potenciar su presencia en la zona.

Aprovechamiento de sinergias.

A primera vista, en comparación a las diversas oportunidades de fomentar sinergias en la zona y sector de ejecución, ha habido algunas ausencias en su fomento a lo largo del Proyecto.

Además de otros donantes, también se señala un escaso acercamiento a los SEDES, quienes como instancias máximas del Sector a nivel Departamental podían haber propiciado, una coordinación del Proyecto con Agencias de Cooperación u otras ONG's que estuviesen desarrollando acciones en los Departamentos. Uno de los factores que influyó en ello, ha sido el cambio permanente del personal de salud y/o director de SEDES en Potosí y Chuquisaca por cuestiones políticas.

4.1.5.- Impacto.

En materia de indicadores de salud, el impacto del Proyecto podrá reflejarse en los resultados que muestre el Censo Nacional y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, en la disminución de la mortalidad materna, neonatal e infantil, debida a los cambios de comportamiento en la población en pro del autocuidado de la salud principalmente de los niños(as) y de las mujeres en gestación, así como a la mejora en la atención de la salud de la población a partir de los servicios de salud, aspectos que fueron fortalecidos por el Proyecto.

Capacidades de la población en el sector salud en las comunidades de Tacobamba y Poroma.

Por otra parte, señalamos las acciones que han representado cambios y mejoras en la situación de salud de la población y otras que representan una contribución al Sistema Sanitario:

El Proyecto ha provocado efectos sobre los colectivos de beneficiarios, al haber incorporado la importancia de la temática de Salud en los Agentes Comunitarios de Salud y Organizaciones Comunitarias de Mujeres y Hombres, los que se constituyen en Agentes de Cambio. Asimismo, al haber sido las infraestructuras de los servicios de las redes mejoradas, se han creado condiciones favorables importantes para mejorar el desempeño de los trabajadores de salud y para coadyuvar a la permanencia del personal de salud, aspecto que es crítico en el área rural.

Cabe destacar que en la estructura de OC's, donde hay una importante participación de hombres (20% del total de sus integrantes; y además 52 % de las OCs son mixtas), que fueron informados, sensibilizados y concienciados sobre una serie de aspectos, que hasta entonces eran percibidos como de responsabilidad exclusiva de mujeres.

⁶ JHPIEGO es una organización internacional de salud sin fines de lucro, afiliada a Johns Hopkins University.

4.1.6.- Viabilidad.

En general, la viabilidad o sostenibilidad de las acciones de Salud Comunitaria bajo el Modelo SAFCI iniciadas con el Proyecto es aún débil. A continuación, desglosamos algunas valoraciones específicas, en base a las preguntas de evaluación que orientan el análisis de este criterio:

Mantenimiento de beneficios una vez retirada la ayuda- generación de recursos necesarios para el mantenimiento de las actividades.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de visitas domiciliarias regulares de los ACS a familias de riesgo que tienen niños(as) menores de 5 años y mujeres en gestación y a través de las sesiones educativas grupales, requieren del seguimiento y acompañamiento de facilitadores que deberían de ser asumidas por el propio personal de salud, para garantizar su continuidad. Pero esta situación entraña dificultades, pues aunque la SAFCI les confiere estas funciones al personal sanitario, en la práctica son difíciles de realizar debido a la sobrecarga laboral que tiene el personal de salud y a los gastos que implica su desplazamiento a las comunidades y el material de IEC.

Para que las municipalidades hagan efectiva la cobertura de estos costes, primero han de ser incluidos en el POA municipal. Esta condición se ha visto limitada por un débil desarrollo de la Gestión Participativa Local, que debería impulsar a crear conciencia en los Municipios de invertir en procesos que implican la salud y no únicamente en infraestructura y equipamiento.

Es previsible que se mantengan las actividades de atención de los ACS conforme a la demanda, ya que está más centrada en la atención curativa básica, para la cual el ACS dispone de medicamentos e insumos que son repuestos bajo mecanismo de fondo rotario y además le generan un mínimo ingreso.

En cuanto a las infraestructuras construidas, en el caso de la Posta Sanitaria de Yahuaraní como el del Centro Materno Infantil de Poroma, la situación es más alentadora ya que ambos establecimientos están en funcionamiento y sus servicios están siendo demandados por la población.

En el caso de las Postas de Condes y Chalama, existen aún desafíos para asegurar la presencia de personal sanitario y el equipamiento necesario para el funcionamiento de los puestos sanitarios construidos con el Proyecto.

En el tema de mantenimiento de las Infraestructuras, se ha de considerar que en el país por lo general, los Gobiernos Municipales no incluyen en sus POA's presupuesto para mantenimiento preventivo e inclusive correctivo de infraestructuras, con lo que medidas específicas para la sostenibilidad habrían de tomar en cuenta este aspecto.

Capacidades institucionales.

De acuerdo a los hallazgos recogidos durante el trabajo de campo, la incidencia del Proyecto sobre las capacidades institucionales podría valorarse desde dos perspectivas:

- a. Por una parte, los compromisos institucionales de partida (es decir, durante la identificación y formulación del Proyecto), no necesariamente se corresponden con las capacidades institucionales que garantizan el mantenimiento de las obras una vez construidas, así como su puesta en marcha. Esto sobre todo, si no se prevé la incorporación de los costes que ello supone en la planificación y presupuesto base del funcionamiento del sistema sanitario departamental y local, de parte de los distintos actores (SEDES, Municipalidades). Mientras los recursos económicos no estén comprometidos en los presupuestos del sector a nivel departamental y local, asegurar el cumplimiento de compromisos será un desafío a tomar en cuenta por el Proyecto.

- b. Por otra parte, la infraestructura física construida es un recurso que, debido a los costes de las obras y los recursos económicos disponibles, no hubiera sido posible de obtener en el corto y mediano plazo sin ayuda externa. La infraestructura sanitaria disponible al finalizar el proyecto, la convierte en un recurso que pasa a formar parte de los activos sanitarios de la zona de intervención. El uso óptimo de este recurso dependerá de las capacidades que las autoridades sanitarias locales y otros actores, adquieran en el tiempo.

Incorporación del enfoque de género, aspectos culturales y enfoque de derechos.

Por una parte, las políticas sanitarias buscan abordar las intervenciones desde los determinantes sociales de la salud; lo cual implica un abordaje integral del ejercicio de derechos humanos dirigidos a mejorar las condiciones objetivas de vida de la población.

Por otra parte y a raíz de esta visión, el paquete metodológico de Salud Comunitaria se construyó tomando en cuenta la realidad indígena del contexto boliviano que conceptual y operativamente enfoca la salud como un derecho, con equidad de género y con diversidad cultural. Sus principios son: la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad. En general, estos aspectos se han reflejado en la implementación del Proyecto, exceptuando la omisión de una sala de parto con adecuación intercultural en el Centro Materno Infantil.

4.1.7.- Apropiación.

Participación de las instituciones locales en la identificación y ejecución de la intervención.

La participación institucional durante la ejecución del Proyecto ha sido principalmente a nivel municipal, y se ha caracterizado más por su carácter formal, menos que operativo. La relación institucional con los SEDES y las Coordinaciones de Redes ha sido ocasional.

Por parte del SEDES, como cabeza del sector salud a nivel departamental hubiese sido deseable que liderase el proceso. Un aspecto que ha influido es ello, ha sido la constante rotación de personal desde la Dirección y las Jefaturas, hasta las Coordinaciones de Red. También han existido modificaciones en las estructuras organizativas de las instituciones que han dificultado la coordinación con éstas. Por ejemplo, el caso del Municipio de Poroma, inicialmente formaba parte de la Red Sucre urbana, y luego se constituyó como una Red Rural; de igual manera a partir del año 2009 en Potosí se crean dos Coordinaciones de Red, una urbana y otra rural, en esta última se incluye al Municipio de Tacobamba. Al cambiar la estructura en las Coordinaciones de Red también se cambiaba de interlocutores. Dentro de ello, también se debe considerar que las Coordinaciones de Redes Rurales, tienen sus sedes de trabajo en las capitales de Departamento.

Continuando con algunos aspectos que influyeron sobre la apropiación institucional percibida, se señala que la Coordinación de Red Rural de Potosí, estableció un Consejo Técnico para la coordinación de actividades con las ONG's locales que desarrollaban proyectos en el Municipio de Tacobamba, lo cual incluía a Nor Sud. Esta organización tuvo inconvenientes en su seguimiento, primero porque la sede de la ONG está en la ciudad de Potosí y segundo, porque las demandas de supervisión en terreno eran muchas y la persona que coordinaba no alcanzaba a cubrir todas las funciones con los recursos disponibles. Sin embargo, este Consejo Técnico podría aprovecharse a futuro, para la consolidación de la presencia de Nor Sud en la zona.

Participación de la población directamente beneficiaria.

Las Organizaciones Comunitarias, como Sub centrales Campesinas agrupadas en la Centrales, podrían mejorar la apropiación del Proyecto y sus alcances, en cuanto a la importancia de la Salud Comunitaria. Desde la percepción de los ACS entrevistados, un reto pendiente sería una mayor apropiación por parte de la población en cuanto a las funciones comunitarias de un ACS ya que con ello, se facilitaría su desempeño a través de una mayor apertura por parte de los hombres y las mujeres de las comunidades. La población percibe un carácter más formal que funcional del papel de los ACS.

4.1.8.- Alineamiento.

Alineamiento con las estrategias y programas de Bolivia en materia sanitaria.

Para poder afirmar que el proyecto está alineado con las Políticas Nacionales Sanitarias, confrontaremos la realidad y necesidades de Poroma y Tacobamba y las Políticas Sectoriales con los objetivos y forma de conseguirlos del Proyecto.

Tal como se ha expuesto en el punto 2.2.- *Contexto socio económico, político e institucional* de este informe, que expone los principios y fundamentos del modelo SACFI, se observa que el Gobierno Boliviano ha apostado por un modelo de SAFCI, con tanta convicción como para sacar una norma en la que basar el modelo (Decreto Supremo 29601).

El modelo SAFCI plantea 2 tipos de modelo: Uno de Gestión y otro relacionado con la atención sanitaria. Respecto al modelo de Gestión y al hablar de participación social, se pretende que esta sea efectiva en la toma de decisiones, implicándose la comunidad en los procesos de Gestión Compartida en Salud, que comprende la planificación, la administración, el seguimiento y la evaluación social de las acciones de salud y en este sentido el proyecto ha apoyado a la conformación de la estructura social potenciando los ALS, los CLS y los CSMS.

Por otra parte, el proyecto pretende, creemos que con un planteamiento lógico, que la comunidad alcance el protagonismo que debe tener, a través de los ACSs para desarrollar capacidades familiares y comunitarias en Salud, que faciliten la accesibilidad a los servicios y consiguiendo un incremento de cobertura del programa materno infantil en los centros de salud.

El proyecto ganó en solidez y congruencia al haber participado las comunidades beneficiarias y el propio DILOS en el diseño y formulación del mismo, cuyo fin, es fortalecer el sistema municipal de salud.

También el OE del proyecto, guarda una relación directa con los objetivos ministeriales en cuanto a la participación comunitaria y con las necesidades de la población beneficiaria, ayudándoles a ser participes en la toma de aquellas decisiones que afectan a su salud. Si bien habría que destacar que no solo la conformación de una red comunitaria que ayude a la vigilancia epidemiológica garantiza por si misma el acceso a los servicios sanitarios, sino se acompaña de otras medidas relacionadas con el diseño (o rediseño en su caso), de los procesos asistenciales donde se destaque en que momento deben actuar los ACSs y en que momento intervienen los profesionales sanitarios en la resolución del problema de salud; por lo tanto es fundamental la coordinación entre Comunidad y equipo de salud, cuestión esta que creemos podría enfatizarse en el diseño del proyecto.

Por otra parte, las intervenciones del Proyecto han estado enmarcadas dentro del Plan Decenal de Desarrollo Municipal Tacobamba 2005- 2015 "Juntos Podemos". A su vez el Proyecto de Salud Comunitaria forma parte de una cartera de Proyectos que desarrolla la Organización Nor Sud en la zona, como una suma de esfuerzos para mejorar la salud de las comunidades.

4.1.9.- Participación.

Participación de actores durante las distintas fases del Proyecto

La necesidad detectada de realizar el proyecto, y por lo tanto el origen del mismo, nace de una iniciativa de planificación participativa liderada por el socio local, y el DILOS, que representan tanto al personal médico, como a los auxiliares, por lo que consideramos que los pasos dados para la elaboración del proyecto han sido adecuados e inicialmente fundamentales para garantizar la participación de la población beneficiaria en la ejecución del mismo.

En el diseño del proyecto, se planteó partir de un análisis de la situación realizado entre Fontilles, Nor Sud y SEDES como representante departamental del MSyD, incluyendo en fase posterior la participación de los grupos beneficiarios.

Se eligieron dos Municipalidades que fuesen colindantes, con similitudes culturales, étnicas y geográficas, para facilitar el desarrollo e implantación del proyecto y bajo los siguientes criterios que consideramos adecuados:

- Ü **Nivel de pobreza y Desarrollo Humano:** En el Municipio de Poroma, el 99,3% de la población es pobre según el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), el nivel de ingreso familiar anual promedio no sobrepasa los 287 USD (menos de 1 Dólar al día), y cuenta con un IDH de 0,376 por debajo de la media nacional (0,612). En el Municipio de Tacobamba es una de las 5 municipalidades más pobres de las 314 existentes en Bolivia, con un IDH de 0,358. Su índice NBI alcanza a 99,3%. El 94,96% de las familias se encuentran en el rango de extrema pobreza y el restante en situación de pobreza. El nivel de ingreso familiar anual promedio no sobrepasa los 285 USD.
- Ü **Bajos niveles educativos:** El nivel educativo de la población de Poroma, se ubica entre los más bajos del departamento, con un índice de analfabetismo que alcanza al 50% de la población (30% en hombres y 70% en mujeres). En Tacobamba el nivel educativo de la población, se encuentra entre los tres más bajos de Bolivia, situación que se refleja en el índice de analfabetismo que alcanza al 57,12% de la población (47,3% en hombres y 52,7% en mujeres).
- Ü **Mortalidad infantil y otros indicadores de salud:** Tanto en Poroma como en Tacobamba, el Índice de salud Municipal es de 0,28 y se encuentran entre los 10 más bajos de Bolivia, (MSyD- FAM- OPS). Las tasas de mortalidad infantil son elevadísimas (114 niños muertos/1.000 nacidos vivos), la mortalidad en menores de 5 años es de 195/1.000. Las causas más frecuentes de mortalidad son los episodios diarreicos agudos (EDAS) y enfermedades respiratorias agudas (IRAS). La mortalidad en mujeres de 15 a 49 años es de 12 por cada 10.000, la cobertura de atención del parto institucional solo llega al 5,34%.
- Ü **Presencia de población indígena:** En Poroma el 64% habla sólo en el idioma originario quechua y un 36% son bilingües (quechua y castellano). En Tacobamba la población indígena de la etnia Quechua, son más del 71,4% y hablan sólo el quechua, y un 28,6% son bilingües.

Consideramos que los criterios elegidos para la selección de la población beneficiaria fueron adecuados y oportunos y que se corresponden con el perfil de los-as beneficiarios directos atendidos por el Proyecto. Por otra parte las comunidades beneficiarias han participado de manera directa en todas las etapas de diseño y formulación del proyecto y esto facilitado al ser un proyecto que deriva del diagnóstico municipal del sector de salud que es parte del Plan de Desarrollo Municipal. Se ha constatado la participación de las familias a lo largo del desarrollo del proyecto.

Mecanismos de acceso a la participación

La propia metodología de desarrollo del Proyecto, ha obligado a que este sea muy participativo ya que durante los tres años de ejecución del proyecto, se ha logrado trabajar metodológicamente con grupos organizados de hombres y mujeres, utilizando como canales de participación reuniones, talleres, sesiones informativas y educativas en salud, tanto intracomunitarias como entre la comunidad y el equipo técnico del proyecto.

Como se destaca en el criterio de eficacia se han formado múltiples agentes para el cambio (118 ACS activos y 3.336 WARMI/KHARI) que representan el 10% de la población, destacando que aproximadamente el 80% eran mujeres. Se ha podido constatar que se ha empoderado a la población beneficiaria en la promoción del autocuidado de la salud en la persona, la familia y la comunidad y la prevención de enfermedades a nivel comunitario y que además se ha promovido el uso de los servicios de salud. Sin embargo como se ha comentado en otros apartados del documento, no se cuenta con información estadística sobre la efectividad de las acciones que permitan medir los cambios de conocimiento, actitudes y prácticas de la población.

4.1.10.- Cobertura.

Correspondencia con el perfil de los beneficiarios previstos

Mediante este criterio intentaremos evaluar el grado de disfrute de los efectos del proyecto por parte de los beneficiarios y si la cobertura del Proyecto ha sido adecuada y ha llegado a la población beneficiaria según lo que se tenía planificado.

A lo largo del presente documento se puede deducir que los colectivos a los que se han destinado las actividades del Proyecto son los mismos que se identificaron al diseñar la intervención y que eran 3.385 niños y niñas menores de 5 años (1.523 y 1.862 respectivamente) y 2.380 mujeres en edad fértil como beneficiarios directos. De manera indirecta se previó que serían beneficiados la totalidad de la población que acude al servicio de salud a nivel de las municipales, es decir en Poroma 17.173 habitantes y en Tacobamba 12.590 habitantes que es la totalidad de la población que acude al servicio de salud a nivel de todas las comunidades de Poroma y Tacobamba.

En relación a la construcción de infraestructuras, el Centro Materno Infantil mejora la accesibilidad a los niños y mujeres en edad fértil de Poroma y los 4 puestos sanitarios en Tacobamba, deberían beneficiar a la totalidad de la población de las comunidades de Tirina, Yahuacari, Condes y Chalama. Sin embargo, en el momento de la evaluación solo se están beneficiando la población de Yahuacari y las mujeres y niños que pueden acudir al Centro Materno Infantil. En el municipio de Tacobamba se ha mejorado el ratio de población respecto a estructuras sanitarias ya que se pasa de un establecimiento por cada 1.750 habitantes a uno por cada 1.550 habitantes. Cifra que se incrementará a 1 establecimiento por 1.270 habitantes, una vez se pongan en marcha los 2 puestos de salud construidos con el Proyecto.

A lo largo del proyecto se han realizado en total 1.827 visitas domiciliarias (1.541 en el Municipio de Poroma y 286 en el municipio de Tacobamba), sin que se haya podido verificar si son domicilios diferentes o alguno se ha visitado en más de una ocasión. Hay que tener en cuenta que en Poroma hay 4.200 familias y en Tacobamba 3.366 familias. Al no existir un censo comunitario que nos permita identificar a las familias subsidiarias de ser visitadas, bien por estar la mujer embarazada o con niños menores de 5 años, no podemos calcular el porcentaje de cobertura de visitas domiciliarias a familias beneficiarias alcanzado y por tanto realizar una valoración objetiva.

Con las actividades de promoción de la salud a través de las sesiones de Educación para la salud, se ha llegado a 3.363 personas, de las cuales el 20% fueron hombres y el 80% mujeres, y que representa aproximadamente al 10% de la población beneficiaria. Se ha constatado que se ha empoderado a la población beneficiaria en la promoción del autocuidado de la salud y en la prevención de enfermedades a nivel comunitario y que además se ha promovido el uso de los servicios de salud. Como en otros apartados del documento, se debe destacar la carencia de un sistema de información lo suficientemente potente que nos permita calcular las coberturas en los beneficiarios para cada una de las acciones del proyecto.

En cuanto a la cobertura de comunidades cubiertas con actividades de promoción de la salud, ha sido baja al final del proyecto ya que en el caso de Poroma se han realizado en 33 de las 83 comunidades, lo que representa un 40% del total de comunidades intervenidas en este municipio. Para el caso de Tacobamba, estas actividades solo han cubierto a 11 de 76 comunidades, lo que representa únicamente el 15 % del total de comunidades de Tacobamba.

Respecto a los colectivos beneficiarios, se ha cuidado y conseguido una superior representatividad de las mujeres como integrantes de las OC's ya que del total de 159 OC's fortalecidas, 83 están formadas por hombres y mujeres (52%), 74 están integrados únicamente por mujeres (47%) y 2 están formadas únicamente por hombres (1%). En presencia de población indígena, como se ha comentado en otro apartado de este documento en Poroma el 64% de la población habla sólo en el idioma originario quechua y un 36% son bilingües (quechua y castellano). En Tacobamba la población indígena de la etnia Quechua son más del 71,4% y hablan sólo el quechua, y un 28,6% son bilingües.

5.- CONCLUSIONES

El Proyecto supone una apuesta clara por la implementación de la política SAFCI en los municipios de Poroma y Tacobamba, de los Departamentos de Chuquisaca y Potosí, respectivamente. El Proyecto ha buscado sentar las bases del modelo de atención sanitaria y modelo de gestión participativa, a través de los cuales se operativiza esta política ministerial (Decreto Supremo 29601, de junio 2008).

El gobierno plurinacional boliviano, establece que *la Salud Familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central del funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad.*⁷ Por ende, la implementación de la SAFCI constituye un proceso complejo, multidimensional e interinstitucional; aspecto que esta evaluación ha tomado en cuenta, al entender que los marcos de actuación facilitados desde un proyecto de cooperación al desarrollo de mediano volumen, puede entrañar algunas limitantes para comprender la totalidad de las dimensiones de esta política ministerial.

Por ello, consideramos que el Proyecto ha sentado las bases (físicas, organizativas e interinstitucionales) para avanzar en la implementación de la SAFCI. Los resultados verificados muestran tanto aciertos como desafíos en la ejecución del Proyecto y en ambos sentidos, esta evaluación ha tratado de señalar los aspectos más relevantes que aporten a la reflexión institucional por parte de Fontilles y Nor Sud.

Las conclusiones se presentan como este compendio de aciertos y desafíos que pueden dilucidarse de acuerdo a los hallazgos de la evaluación. La complejidad del contexto, la temática y el entramado institucional, hace que cada aspecto valorado como acierto o desafío, tenga más de un matiz, tal como ha sido expuesto a lo largo del documento.

Para empezar, se quiere destacar como un acierto relevante del Proyecto, su adecuación al contexto y a las políticas públicas en materia sanitaria de Bolivia. Ya se ha señalado la relevancia del SAFCI como política pública dentro del funcionamiento del sistema boliviano de salud; a lo cual, tomando en cuenta las altas tasas de morbi mortalidad infantil y materna de ambos municipios, así como la desventajosa situación socio-económica y educativa de su población, le confiere al proyecto una alta pertinencia en su implementación.

En el impulso de ambos modelos que operativizan el SAFCI; por un lado, para el modelo de gestión participativa, el Proyecto ha potenciado el tejido social organizativo presente en las 159 comunidades que pertenecen a los municipios de Poroma y Tacobamba, a través del nombramiento de ALS en 40 comunidades, la conformación y el funcionamiento de 7 CLS, y de los 2 CSMS a nivel municipal; así como la capacitación de los miembros de estas estructuras para el desempeño de su rol. Al mismo tiempo, se ha fortalecido a través de formación a las 159 OC's (una por comunidad) de Mujeres y Hombres en ambos municipios.

A través del Proyecto se identificaron y capacitaron a 159 ACS Materno-Infantiles, uno por comunidad. El desarrollo de capacidades de ACS, incluyó la capacitación en Salud Materna, Salud Neonatal, Atención al menos de 5 años y Enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores. Del total de ACS's, 118 permanecían activos en el momento de la evaluación y han promovido el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria, así como la prevención de enfermedades a nivel comunitario y que la promoción del uso de los servicios de salud.

Durante la evaluación, se pudieron verificar más actividades relacionadas con el desempeño de los ACS en el municipio de Poroma que en el de Tacobamba, tanto para la promoción de salud como por el número de comunidades cubiertas por municipios. Uno de los aspectos a los que se pudo vincular esta situación, fue la asignación de personal del Proyecto, concentrado físicamente en Poroma durante la ejecución; es decir, se contó con una misma planta de profesionales para cubrir dos zonas geográficas con comunidades de difícil acceso. En general, esta evaluación considera que la asignación de personal durante la ejecución y para el

⁷ <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=SAFCI>

seguimiento, la falta de personal encargado del fortalecimiento a grupos durante el primer año (auxiliares de enfermería), así como la rotación del personal, fueron factores que incidieron desfavorablemente en los resultados logrados por el proyecto.

Continuando con el desempeño de los ACS; aunque al no disponer de la Línea de base CAP, no ha sido posible hacer un seguimiento y comparativa de un antes y un después del Proyecto, se ha podido constatar que dentro del trabajo de los ACS se ha promovido la prevención de malnutrición de la niñez a través de información a la familia y la comunidad, la detección oportuna de señales de peligro en las mujeres embarazadas, mujeres que han dado a luz, niños(as) recién nacidos(as) y menores de 5 años, así como revisión y seguimiento a mujeres embarazadas, parturientas, recién nacidos(as) y niños(as) menores de 5 años.

Dentro del trabajo de los ACS, hay que destacar que ya han referido a los establecimientos de salud (utilizando la nota de referencia) en los casos que ha sido necesario; aunque ello no ha implicado que la utilización de servicios de atención a la mujer gestante, la elevación de cobertura de mujeres embarazadas y de parto institucional haya tenido un aumento significativo. Sin embargo, los ACS promueven y estimulan el uso de los servicios de salud tal como control prenatal, parto en servicio, control posparto, control del RN, control de crecimiento longitudinal y desarrollo en el menor de 2 años, SUMI, entre otros. También han incidido en un incremento de cobertura en el uso de métodos anticonceptivos y captación de sintomáticos respiratorios.

De esa manera, se destaca que el trabajo de los ACS es relevante para la vigilancia comunitaria de la mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil y de las enfermedades que se presentan en estos grupos, tanto por el registro y consolidación de información sobre el estado nutricional de menores de 5 años, prevalencia de IRA's, EDA's, embarazos, partos; información que ha sido compartida y analizada con la comunidad. Debido a que esta información es reportada a los establecimientos de salud, se convierte en una oportunidad para contribuir al Sistema Local de Información en Salud. Por todo ello, se valora de forma muy positiva el papel de los ACS y al mismo tiempo, se señala que para el seguimiento de su desempeño, la elaboración de una línea de base CAP, metodológicamente diseñada de manera que sea un instrumento óptimo para la medición de cambios cualitativos ligados a las actitudes, prácticas y comportamientos; es un reto pendiente de asumir tras la ejecución del Proyecto.

Además, se prevé que los ACS continúen desarrollando actividades de prevención y atención curativa básica, para lo que disponen de medicamentos e insumos que son repuestos bajo mecanismo de fondo rotatorio y además le generan un mínimo ingreso, ya que su trabajo es voluntario. Esto fue concebido por el Proyecto como un mecanismo de incentivo para los ACS y, desde esta evaluación, se quiere aportar como elemento para la reflexión de Nor Sud y Fontilles, que la dotación de botiquines a los ACS podría generar la tendencia a "medicalizar" la acción de los ACS, principalmente, cuando busca convertirse en un mecanismo de incentivo para el trabajo comunitario y además, les aleja de su papel preventivo en la salud de las comunidades.

En cuanto a los colectivos beneficiarios, se destaca que el Proyecto ha provocado efectos sobre éstos al haber incorporado la importancia de la temática de Salud, tanto en los ACS como OC's de hombres y mujeres. Un 52 % de las OC's son mixtas (hombres y mujeres) y fueron informados, sensibilizados y concienciados sobre aspectos relacionados con la salud (personal, comunitaria), que hasta antes del Proyecto eran concebidos como responsabilidad exclusiva de las mujeres. Tanto los ACS como las OC's constituyen agentes de cambio, aspecto que de igual manera es valorado positivamente dentro del Proyecto.

Continuando con las bases sentadas por el Proyecto en la implementación de la SAFCI, se valora positivamente la construcción de infraestructura sanitaria: Un Centro Materno Infantil, tres postas sanitarias y la UNI de Tacobamba. La disponibilidad y funcionamiento del Centro Materno Infantil y la Posta de Yahuarí, permite contar con un establecimiento por cada 1.550 habitantes; mientras que con el Centro Materno Infantil, se ha aumentado la disponibilidad de infraestructura sanitaria al habilitarse un centro apropiado para establecer un CONE básico, que a futuro pueda convertirse en un CONE completo.

En este punto, se quiere señalar de manera especial, la ausencia de una sala de partos con adecuación cultural en este Centro; aspecto que, a pesar de estar contemplado en el SAFCI, no ha sido atendido durante la ejecución de obras, y que se anota como un aspecto relevante para reflexionar.

En general, se considera que la disponibilidad de infraestructura sanitaria es una oportunidad para el sistema sanitario local. Por ejemplo, de poner en funcionamiento las otras 2 postas sanitarias (Condes y Chalama) se obtendría un incremento de la cobertura de puestos sanitarios de 1 establecimiento por 1.270 habitantes. En este punto, también se destaca que al haber sido las infraestructuras de los servicios de las redes mejoradas, se han creado condiciones favorables importantes para mejorar el desempeño de los trabajadores de salud y a la permanencia del personal de salud, que coadyuva a que el sistema sanitario tenga la oportunidad de disminuir la brecha existente de concentración de profesionales en el área urbana en detrimento del área rural.

En el caso de las postas de Condes y Chalama, la principal razón por la cual no están funcionando es que no cuentan con el equipamiento, mobiliario y personal asignado para la atención sanitaria. A pesar que la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud, señala que los municipios son los encargados del mantenimiento y compra de insumos y mobiliario para los establecimientos del primer nivel de atención,⁸ no se han contemplado los recursos necesarios para el equipamiento y puesta en marcha de estas postas, en los POA's municipales. Ello debido, por una parte, a un débil desarrollo de la Gestión Participativa Local, que impulse a las municipalidades a invertir en salud; por otra parte, se señala la ausencia de recursos necesarios desde el SEDES.

Se ha considerado que de haberse realizado una valoración de los compromisos a asumir por las municipalidades, más apegada a las condiciones y situación institucional de cada una de estas Alcaldías en el contexto político y social boliviano, posiblemente se hubiera incluido los costes de equipamiento dentro del presupuesto a solicitar al financiador; complementando así la adquisición de los medios materiales, todo sobre la base de lo señalado por la Norma Nacional boliviana que define la caracterización de los establecimientos de salud del nivel primario.

En cuanto a la UNI de Tacobamba, que si cuenta con las condiciones necesarias para operar, llama la atención fuertemente que aún no este en funcionamiento; siendo este uno de los desafíos en el corto plazo, en el que la evaluación quiere enfatizar.

El SAFCI concibe que la salud es holística, es decir que involucra todo el proceso de la vida y no solo es propia de los profesionales de salud, sino de toda la comunidad en su conjunto, con interdisciplinariedad para actuar sobre las desencadenantes, condicionantes y determinantes de los procesos de salud y enfermedad desde las diferentes culturas que conforman el Estado boliviano. Para ello, se basa en una *Gestión Compartida*, entendido como un proceso de toma de decisiones conjunta entre la comunidad, sus representantes y el sector de salud, donde cada uno participa de manera igualitaria en la planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud.

En este enfoque, se requiere de una red de compromisos y co-responsabilidades entre instituciones públicas, de las autoridades sanitarias en el nivel departamental y de las autoridades municipales de Poroma y Tacobamba. A pesar de que con el Proyecto se han sentado las bases para crear esa red interinstitucional, su consolidación y ejecución es otro de los principales desafíos que la evaluación busca poner en relevancia.

En general, tanto por los hallazgos recogidos en cuanto a la cobertura de personal sanitario como por lo verificado dentro de los compromisos institucionales, se ha señalado que ha habido un escaso involucramiento de los SEDES, como instancias máximas del Sector a nivel departamental; así como ha habido respuestas limitadas por parte de las municipalidades. Sin embargo, la puesta en funcionamiento de la posta de salud de Yahuacaré y el Centro Materno Infantil, con la participación e implicación de las autoridades sanitarias locales, demuestra que los mecanismos de colaboración institucional pueden ser

⁸ Ver [MsyD. Norma Nacional de Referencia y Retorno. La Paz, Bolivia. 2008.](#)

eficientes en su respuesta. Para avanzar hacia la implementación de mecanismos de colaboración, se puede aprender de la experiencia de Yahuacari.

Finalmente, se quiere señalar que el impacto en el mediano y largo plazo del Proyecto, se reflejará en la inclusión de la población de las comunidades de Poroma y Tacobamba, al sistema sanitario boliviano, la promoción del auto cuidado de la salud y el acceso a la atención de los servicios sanitarios para disminuir su vulnerabilidad.

6.- RECOMENDACIONES

Sobre los resultados del Proyecto:

1. Adecuar la Línea de Base de Capacidades, Actitudes y Prácticas a fin de obtener una herramienta estratégica que suministre información necesaria para el monitoreo y seguimiento de los cambios, principalmente cualitativos, dentro del esquema planteado por la SAFCI. La realización de esta herramienta con una metodología cualitativa y participativa, permitirá conocer si se ha mejorado o avanzado en las metas propuestas por la intervención. Por ello sería pertinente que a partir de la información disponible por la encuesta CAP de Proyecto, se complementase la información con métodos de investigación cualitativa, que busquen profundizar en las concepciones y explicaciones de los cuidados y atención de mujeres en gestación, el parto y post parto, así como los cuidados del neonato y menores de 5 años. Algunas técnicas cualitativas son los grupos focales o entrevistas a profundidad, pero también podría recurrirse a técnicas de la investigación participativa que sean culturalmente compatibles con la población meta. Estas decisiones metodológicas deben ser cuidadosamente observadas a fin de obtener una línea de base capaz de explicar los sistemas de creencias y valores que subyacen a las prácticas, actitudes y comportamiento de la población.
2. En cuanto a las acciones emprendidas para incentivar a los ACS's:
 - § La dotación de un botiquín para los ACS's; se valora que éste puede ser adecuado siempre y cuando su contenido sea fundamentalmente material para el apoyo de actividades de promoción, prevención y educación para la salud adaptado a las características de la población y de fácil uso y explicación del ACS's. De contener algún medicamento deberán ser para aliviar síntomas y también puede incluirse material de cura. El botiquín no debería contener medicamentos para el tratamiento inicial de enfermedades.
 - § Se recomienda además, implicar a los ACS's en actividades de promoción de la salud, donde éstos tengan protagonismo y reconocimiento desde su papel en las comunidades.
 - § Dar a conocer los resultados de su labor, para lo cual es importante también disponer de la información de seguimiento de la Línea de base CAP.
 - § Otros mecanismos de incentivo para los ACS: encuentros de confraternidad y de intercambio de experiencias; estimulación y saluciones por programas radiales locales, etc.
3. A partir de las acciones dejadas por el Proyecto y el trabajo de los ACS, potenciar la utilización del SUMI y del Bono Juana Azurduy por parte de la población meta, con acciones de IEC, facilitación de procesos administrativo -legales y además monitorear esta utilización con indicadores.
4. El procedimiento establecido para que una demanda sea incorporada en el POA, como resultado de aplicación de la metodología WARMI, debe considerarse que responde a una Planificación Participativa Local; es decir, que surja de una reunión de planificación comunal, y desde ahí se derive a una reunión de planificación sectorial, hasta llegar al CSMS, y a través de él a la Mesa de Salud y al DILOS. Se recomienda que los proyectos o perfiles aún pendientes de incorporación a los POA's municipales, se sometan a este procedimiento a fin de cumplir todos los requisitos que faciliten su incorporación a los POA's.
5. Avanzar hacia una responsabilidad territorial, asegurando la gestión y atención en salud de acuerdo a los principios de la salud familiar comunitaria intercultural; donde se destaca:
 - § Incorporar las acciones dejadas por el Proyecto, al POA de la Municipalidad y el Sector Salud.
 - § Adecuar culturalmente la infraestructura construida del Centro Materno Infantil y articulación entre las medicinas académica y tradicional.
 - § Desarrollar y profundizar la participación social bajo la filosofía de la SAFCI, con estrategias de identificación de potenciales líderes, a quienes debe dársele herramientas para ejercer liderazgo, acompañamiento y además propiciársele espacios y mecanismos para que puedan ejercer sus roles en la práctica.

- § Participar en el Comité Interagencial del SEDES; ya que es una importante estructura de coordinación de acciones entre Proyectos, donde se dan a conocer las acciones impulsadas por cada uno de los actores, se realiza intercambio de experiencias y promueve el desarrollo de potencialidades.
- § Desarrollar acciones concretas de sostenibilidad, tal como un Plan de Sostenibilidad, con actividades específicas, metas e indicadores, con el fin de asegurar la transferencia de capacidades a las instituciones locales.

A LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS BOLIVIANAS:

En el corto plazo:

- § Es necesario que el SEDES Potosí y el Gobierno Municipal de Tacobamba realicen esfuerzos para dotar rápidamente de recurso humano, equipamiento y mobiliario a las postas construidas con el apoyo del Proyecto, para su puesta en marcha.
- § Deben encararse cuestiones de orden administrativo-burocrático por parte del Gobierno Municipal de Tacobamba, para de una vez poner en funcionamiento la nueva infraestructura de la UNI.

En el mediano plazo:

- § Es necesario que los Gobiernos Municipales, con el impulso del sector salud y de estructura social en pleno ejercicio de la Gestión Participativa Local Sanitaria, empiecen a incorporar en sus POAs, fondos para solventar los costos que implica la salud comunitaria, es decir personal que capacite y haga seguimiento a los Agentes Comunitarios de Salud, lo que implica el financiamiento de su desplazamiento y la producción de material educativo.
- § Es importante que Gobiernos Municipales programen fondos en sus presupuestos para la realización de mantenimiento preventivo y correctivo de las infraestructuras de salud dotadas por el Proyecto a fin de evitar un rápido deterioro.

A FONTILLES PARA FUTURAS INTERVENCIONES

- § A partir de sus capacidades institucionales, complementar posibles puntos de refuerzo necesario para su socio local que a la luz de esta evaluación, puede ser: Identificación y formulación de proyectos, diseño de sistemas de monitoreo y seguimiento.
- § Participar activamente de dicho sistema de monitoreo y seguimiento, acompañando el liderazgo de su socio local y el resto de actores.
- § A partir de la experiencia acumulada, revisar y extraer lecciones aprendidas de buenas prácticas de proyectos de características similares a las de Salud Comunitaria, a fin de aportar a la experiencia actual. La consideración de los elementos del contexto, el conocimiento profundo del socio local y los principales actores involucrados deben estar a la base del rescate de aquellos aspectos que pueden aportar al trabajo en los municipios de Poroma y Tacobamba.

A NOR SUD PARA FUTURAS INTERVENCIONES

- § Desarrollar experiencias y modelos piloto de operativización de las políticas que signifiquen un aporte al Sistema Sanitario y puedan ser replicables a nivel departamental y nacional, por ejemplo: diseño de módulos de capacitación con empleo de metodologías de educación para adultos, para capacitar a los ALS, CLS y CSMS, en la perspectiva de profundizar la Gestión Participativa Local.
- § Establecer un anclaje institucional de los Proyectos, tanto a nivel del SEDES como de los Municipios, que garantice la corresponsabilidad real entre las partes. Si bien existen problemas estructurales a nivel nacional de continuas rotaciones de las autoridades, que dificultan el relacionamiento, se deben crear estrategias alternativas que mantengan la relación constante con el SEDES.
- § Converger actividades en un área geográfica y no extenderse a varios municipios, considerando sobretudo la inaccesibilidad de las zonas rurales y su alta dispersión poblacional.

- § Esforzarse en realizar una Línea de Base adecuada y el diseño de un marco lógico con indicadores apropiados.
- § En caso de realizar intervenciones en Salud Comunitaria, el proyecto debe preocuparse por cubrir con solidez éste ámbito y evitar con ello, la dispersión hacia un enfoque municipal.
- § Dado que se han iniciado y están iniciándose proyectos de Cooperación de USAID y Cooperación Técnica Belga en los Departamentos de Chuquisaca y Potosí, se debe procurar establecer sinergias con estos Proyectos. Avanzar hacia una coordinación de acciones con otras organizaciones y agencias de cooperación con presencia en la zona es importante para maximizar los beneficios de, por ejemplo, actividades de capacitación a ACS y sensibilización a la población en general, con la reproducción de material existente en el país, propiciado por otras Agencias de Cooperación y con ello, evitar esfuerzos innecesarios en la producción de dicho material, pues representan un costo adicional.