



Evaluación externa del Programa de fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia 2000-2006



Evaluación externa
del Programa de
fortalecimiento de la
Salud Pública
en **Bolivia**
2000-2006

Segunda Edición: Septiembre 2009

Fotografías: AECID

© OTC Bolivia

AECID

La versión electrónica de este documento se puede descargar de:
www.aecid.bo

Este informe ha sido elaborado por dos consultores independientes sin
previa participación en las actividades evaluadas.

Las opiniones y posturas en este informe de evaluación no corresponden
necesariamente con la oficina técnica de Cooperación de la AECID en
Bolivia.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier
medio o procedimiento conocido o por conocer, comprendidas la reprografía
y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente
y los titulares del Copyright.

Depósito legal: 4-1-2197-09



Para cualquier comunicación relacionada con esta publicación, dirijase a:

Oficina Técnica de Cooperación (OTC) Bolivia

Avda. Arce, 2856

Casilla 4176, La Paz- Bolivia

Telfs. (591-2) 2433515-2128373

Fax. (591-2) 2433423- 2433461

Correo electrónico: aecid@aecid.bo

Página web: www.aecid.bo



Presentación

El Plan Director, de la Cooperación Española 2005-2008, establece el compromiso, del gobierno español, de aumentar la calidad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), para lo cual se fortalecerá, tanto la función de planificación, como la de seguimiento y evaluación.

En el Plan Director en referencia a la “Calidad de la Ayuda”, se menciona la evaluación de las políticas, programas y proyectos de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), como una de las actividades más relevantes para conocer el funcionamiento, los resultados y los efectos de la cooperación española. La evaluación se describe como una herramienta que, junto con la planificación y el seguimiento, contribuye a mejorar la calidad y eficacia de las acciones de cooperación que España realiza en el exterior. En cumplimiento a los compromisos adquiridos, en el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, la Dirección General, de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE), ha iniciado un proceso dirigido a consolidar la institucionalización de la evaluación para mejorar la gestión de las intervenciones de la Cooperación Española.

Por otra parte, en la IX Comisión Mixta Hispano - Boliviana, se asumió el compromiso de evaluar periódicamente las intervenciones ejecutadas para determinar el impacto y calidad del trabajo en conjunto realizado. En coherencia con estas disposiciones, la Oficina Técnica de Cooperación de Bolivia OTC/BOLIVIA, ha decidido realizar evaluaciones de los programas y proyectos que tienen mayor número de años de actividad en el país.

Dentro de este grupo de programas y proyectos se encuentran:

- Programa de fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia 2000-2006
- Mejora de la eficiencia e impacto del conjunto de la cooperación española en materia de educación en Bolivia 2004 - 2008
- Programa Justicia de la Cooperación Española en Bolivia 2003-2007
- Patrimonio
- Proyecto de Desarrollo Agroindustrial del Chapare

Para esta tarea, se ha contado con equipos multidisciplinarios de expertos externos que han contribuido con una mirada objetiva no sólo a los resultados obtenidos y a las repercusiones directas en la población beneficiaria, sino a las buenas prácticas para ser replicadas y aquellas asignaturas pendientes a tomar en cuenta en un futuro.

Esperamos que este tipo de documentos sean de utilidad a la comunidad internacional dedicada a acciones de cooperación, al Gobierno de Bolivia como parte de los resultados del Plan Nacional de Desarrollo y a la población beneficiaria que, como protagonista de su propio desarrollo, encuentre en estas páginas nuevos referentes de sistematización.

José Manuel Mariscal
Coordinador OTC Bolivia





Indice

Presentación	3
Resumen ejecutivo	12
1 Introducción	26
1.1 Antecedentes y objetivos de la evaluación	26
1.2 Estructura de la documentación presentada	28
1.3 Metodología empleada en la evaluación	29
a) Revisión de documentos	30
b) Entrevistas individuales	31
c) Retroalimentación de los resultados	31
1.4 Condiciones y límites del estudio	31
1.5 Contexto de la evaluación	33
1.5.1 Antecedentes de políticas públicas generales	33
1.5.2 Situación actual del sector salud en el país	37
2 Descripción de las intervenciones	54
2.1 Capacitación de recursos humanos de hospitales de 2° y 3° nivel	54
2.2 Apoyo al control de enfermedades prevalentes emergentes	55
2.3 Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud, de la Dirección General de Planificación, del Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS) y de los DILOS	56
2.4 Evaluación de los hospitales de segundo nivel de Patacamaya y Uyuni, Centro de Salud de Curva, Hospital Boliviano-Holandés, Municipal Corea, Centro de Salud Jesus Obrero, Hospital del Niño	59
2.5 Evaluación de las intervenciones de apoyo a la medicina tradicional en Curva y a nivel nacional	68
2.6 Evaluación de la red de Atención Primaria de Salud de Uyuni, de la Mancomunidad de El Caine y de Charazani	71
3 Resultados	82
3.1 Dimensiones evaluadas por el proyecto	82
3.1.1 Pertinencia, Impacto, Alineamiento e Incidencia	82
3.1.2 Coherencia e Integralidad	84
3.1.3 Eficiencia, Eficacia y Cobertura	85
3.1.4 Impacto	86
3.1.5 Viabilidad y Sostenibilidad	87
3.1.6 Viabilidad, Apropriación y Apalancamiento	88
3.1.7 Armonización, Participación y coordinación	89
3.2 Coordinación con y de actores exógenos al programa	90

4	Conclusiones.....	94
4.1	Conclusiones y enseñanzas obtenidas.....	94
4.1.1	Integración y coherencia de las acciones con los planes nacionales y de la Cooperación Española y relevancia de las acciones financiadas respecto a las necesidades sanitarias del país ...	97
4.1.2	Implicación de las autoridades sanitarias en las acciones.....	99
4.1.3	Sinergia, complementariedad o competitividad de acciones entre la Cooperación Española y con otros donantes. Fortalecimiento institucional y del sistema sanitario	100
4.1.4	Grado de cumplimiento de los objetivos. Logro de los resultados con relación a los recursos utilizados y factores que afectan al logro de los mismos	102
4.1.5	Efectos de los proyectos financiados por la Cooperación Española en Bolivia.....	104
4.1.6	Sostenibilidad de los proyectos	105
4.2	Fortalezas y debilidades de la Cooperación Española en el sector salud en Bolivia.....	106
5	Recomendaciones	108
5.1	Para mejorar el impacto de los proyectos en ejecución.....	108
5.2	Para mejorar el impacto de la AECID en Bolivia.....	109
5.3	Sobre los mecanismos operativos y de gestión	109
5.4	Sobre los mecanismos de financiación.....	110
6	Anexos	114
Anexo 1	Términos de referencia para la evaluación	114
6.1	Introducción.....	114
6.2	Antecedentes de la intervención.....	116
6.3	Ámbito de la evaluación y actores implicados	121
6.4	Preguntas y niveles de análisis de la evaluación.....	126
6.5	Criterios de evaluación	128
6.6	Metodología y plan de trabajo	129
6.7	Estructura y presentación de informes de evaluación.....	131
6.8	Equipo evaluador	132
6.9	Premisas de evaluación, autoría y publicación	133
6.10	Plazos para la realización de la evaluación	133
6.11	Presentación de la propuesta técnica y criterios de valoración.....	134
Anexo 2	Bibliografía y documentación consultada	135
Anexo 3	Presentación del equipo de trabajo.....	140
Anexo 4	Metodología empleada. Preguntas de las entrevistas a profundidad.....	141
Anexo 5	Personas entrevistadas	156
Anexo 6	Indicadores Cuantitativos de Salud.....	158
Gráficos		
1	Metas Salud. Reducción de tasa de mortalidad infantil	34
2	Los ingresos se concentran en la cúspide, los empleos en la base	44

3	A este ritmo tardaremos 27 años en reducir la pobreza a la mitad	45
4	Municipios de la mancomunidad de El Caine	75

Cuadros

1	Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna.....	40
2	Indicadores Generales de Salud.....	45
3	Indicadores de Salud de la Mancomunidad	74
4	Enfoque integrado. Fases del Ciclo de Gestión.....	95
5	Desarrollo del Estudio de Evaluación	134
6	Características de las Técnicas Seleccionadas.....	147

Fotos

1	Interculturalidad.....	18
2	Capacitación Gestión Sanitaria.....	56
3	Capacitación Gestión Sanitaria Carlos III Madrid.....	59
4	Hospital Uyuni.....	63
5	Centro de Salud Jesús Obrero.....	67
6	Kallawayas Curva	71
7	Red Salud Uyuni.....	74
8	Apolobamba.....	80
9	Publicación Kullawayas.....	97
10	Uyuni	100
11	Publicación Medicina Natural.....	110



LISTADO DE ACRÓNIMOS

APS:	Atención Primaria de Salud
AECID:	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de Infancia
AFAMETRA:	Asociación de Farmaceutas de Medicina Tradicional
AMEKAKO:	Asociación de Medicina Kallawaya del Kollasuyu
AMEKK:	Asociación de Médicos Kallawayas del Kollasuyo
AMETRA:	Asociación de Médicos Tradicionales
ANAKA:	Asociación Nacional de Kallawayas
ANAMETRA:	Asociación Nacional de Medicina Tradicional
ASI:	Acción en Salud Integral
AT:	Asistencia Técnica
ATPDEA:	Acuerdo de Comercio por Sustitución de Cultivos de Coca y de Comercio de Drogas (en inglés)
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
BM:	Banco Mundial
BVSP:	Bancos Voluntarios de Sangre
CAI	Comités de Análisis de Información
CE:	Comunidad Europea
CEASS:	Central de Abastecimiento de Suministros de Salud
CDF:	Cooperation for Development Framework (Nuevo Marco de Relacionamiento)
CICADEKA:	Central Indígena Campesina de Kallawayas
CNSS:	Caja Nacional de Salud y Seguridad Social
CNS:	Caja Nacional de Salud
COE:	Cuidados Obstétricos Especiales
CORDES:	Corporaciones Departamentales de Desarrollo
CSUTCB:	Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia
DES:	Documentos de Estrategias Sectoriales
DEP:	Documento de Estrategia País
DCE:	Documentos de la Cooperación Española
DG POLDE:	Documentos Generales de Políticas de Desarrollo
DILOS:	Directorio Local de Salud
DIMUSA:	Dirección Municipal de Salud (El Alto)
DOTS:	Dosis de Tratamiento de Tuberculosis
DS:	Decreto Supremo
DUF:	Directorio Único de Fondos
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
EBRP	Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza
ENDSA:	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
ETS:	Enfermedades de Transmisión Sexual

EXTENSA:	Programa de Extensión de Servicios de Salud
FAD:	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FAM:	Federación de Asociaciones Municipales
FEV:	Fondo de Estudios de Evaluación
FIS:	Fondo de Inversión Social
FNDR:	Fondo Nacional de Desarrollo Regional
FNS:	Fondo Nacional Solidario
FODA:	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
FPS:	Fondo Productivo Social
HIPC:	Programa de Países pobres Altamente Endeudados
IAM	Iniciativa Amazónica contra la Malaria
IDH:	Índice de Desarrollo Humano
INASES:	Instituto Nacional de Seguridad Social
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
IEC:	Información Educación y Comunicación
INE:	Instituto Nacional de Estadística
IOOB:	Instituto Oncológico del Oriente Boliviano
ISCIII:	Instituto de Salud Carlos III
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
MDM:	Metas Del Milenio
MSD:	Ministerio de Salud y Deportes
MSPSS:	Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social
MMCC:	Mancomunidad de Municipios de la Cuenca de El Caine
MN:	Mortalidad Neo natal
MPN:	Mortalidad Post Natal
MDM:	Metas del Milenio
NN.UU.:	Naciones Unidas
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
ONGD:	Organización No Gubernamental de Desarrollo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OTC:	Oficina Técnica de Cooperación
PACI:	Planes Anuales de Cooperación Internacional
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDDDES:	Plan Departamental de Desarrollo Económico Social
PDS:	Plan Departamental de Salud
PEA:	Población Económicamente Activa
PIAAS:	Programa Integral de Actividades en Áreas de Salud
PND:	Plan Nacional de Desarrollo
PMA:	Programa Mundial de Alimentos
PROISS:	Proyecto Integrado de los Servicios de Salud
PROSIN:	Programa de salud Integral de USAID

PSF:	Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional
RM:	Resolución Ministerial
RRHH:	Recursos Humanos
RPS	Responsables Populares de Salud
SABS:	Sistema de Administración de Bienes y Servicios
SBS:	Seguro Básico de Salud
SIAF:	Sistema Integrado de Administración Financiera
SICE:	Sistema Clínico Estadístico
SIDA:	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SILOS:	Sistemas Locales de Salud
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
SERES:	Servicios Regional de Salud (El Alto)
SMGV:	Seguro Médico Gratuito de Vejez
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SNSM:	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SNIS:	Sistema Nacional de Información de Salud
SNIS-VE:	Sistema Nacional de Información de Salud - Vigilancia Epidemiológica
SNS:	Secretaría Nacional de Salud
SNUS:	Sistema Nacional de Suministros de Salud
SOBOMETRA:	Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional
SUMI:	Seguro Universal Materno Infantil
SSPAM:	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SPAM:	Seguro Público del Adulto Mayor
SUS:	Seguro Universal de Salud
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
SWAP:	Créditos condicionados de carácter bilateral o multilateral (en inglés)
TGF:	Tasa Global de Fecundidad
TBN:	Tasa Bruta de Natalidad
TdR:	Términos de Referencia
TMI:	Tasa de Mortalidad Infantil
TPT:	Tratamiento Promedio de los Tratados
TRO:	Tratamiento de Rehidratación Oral
UDAPE:	Unidad de Análisis de Política Económica
UE:	Unión Europea
UMSA:	Universidad Mayor de San Andrés
UMSS:	Universidad Mayor de San Simón
UNFPA:	Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población
UNICEF:	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
USAID:	Agencia Norteamericana de Ayuda al Desarrollo
VES:	Vectores Epidemiológicos de Salud
VIH/SIDA:	Virus de Inmuno Deficiencia/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
VMTI:	Viceministerio de Medicina Tradicional Intercultural



Resumen ejecutivo





Resumen ejecutivo

El Programa de Cooperación en Salud de AECID - Bolivia para el período 2000-2006 desarrolla cinco líneas de acción:

1. Capacitación de recursos humanos: Mediante becas, intercambio y un programa de formación en gestión sanitaria dirigido a directores, jefes de enfermería y jefes de farmacia de hospitales de 2° y 3° nivel.
2. Apoyo al control de enfermedades prevalentes emergentes. Mediante apoyo técnico al sistema de vigilancia, la investigación epidemiológica, el control de transfusiones y el Programa Nacional de Cáncer.
3. Fortalecimiento Institucional. Mediante el apoyo técnico especialmente dirigido a la Dirección General de Planificación, la Dirección General de Servicios de Salud y la Escuela de Salud Pública.
4. Mejora de la Red Servicios de salud. Mediante la mejora de la satisfacción del usuario, el equipamiento de hospitales de 2° y 3° Nivel (FAE) y la construcción y equipamiento de 3 hospitales modelo de experiencia de 2° Nivel en el altiplano, los valles y los llanos.
5. Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Mediante el fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria, con la colaboración del gobierno de Navarra, el apoyo, la coordinación y la complementariedad con las acciones que realizan las Organizaciones No Gubernamentales Españolas en Bolivia, y la concentración geográfica de los proyectos integrales de la AECID.

A través de procesos de concertación de los diferentes actores involucrados se acuerda la ejecución de los componentes del programa, como son la capacitación de recursos humanos en gestión sanitaria, las asistencias técnicas y la construcción y equipamiento de los Hospitales de segundo nivel. Asimismo la coordinación con la o las instituciones de Salud Pública españolas con las que se realiza la capacitación del personal de salud, para utilizar los desarrollos curriculares de capacitación que existen y adaptarlos a la realidad boliviana, mediante la inclusión de módulos de capacitación existentes en el país. El seguimiento de la capacitación mediante metodologías participativas e interactivas con tecnología de punta (videoconferencias, Internet etc.).

Los lineamientos generales de la política de desarrollo del Estado en Bolivia, básicamente, se sustentan en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) definida

en el año 2001, revisada en el 2002. Hay que tener en cuenta la crisis social y política que se produjo en Bolivia en octubre de 2003, que ha originado el replanteamiento de la política general y de desarrollo del país. En la actual crisis e incertidumbre económica, social y política que vive el país se requiere una respuesta adaptada, urgente, flexible e innovadora para apoyar a Bolivia y evitar que se repitan escenarios de confrontación. Por ser una situación, calificada por algunos de “alto riesgo”, se requiere establecer agendas de trabajo más cortas.

El objetivo general del Programa es contribuir a la reducción de la pobreza en las zonas geográficas de intervención, el objetivo específico es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de las zonas de intervención, mejorando la cobertura a las necesidades sociales básicas.

Las intervenciones se realizan en el ámbito nacional (SNIS), regional (IOOB), local (municipios seleccionados de las zonas geográficas priorizadas). Manteniendo el equilibrio necesario entre reforma a largo plazo y lucha contra la pobreza directa en aquellos lugares más necesitados.

Resultados generales de la evaluación

Lo que se puede valorar del diseño del “Programa Fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia 2000-2006” de la Cooperación Española – AECID, es que se trató de un Programa, que en primera instancia, se alineó con la estrategia y planificación estratégica boliviana de enfrentar el tema de la pobreza.

A partir de ello, las acciones emprendidas fueron diversas en el campo de la salud, pero centradas en los cuatro elementos ya mencionados:

1. **Capacitación de recursos humanos:** Mediante becas, intercambio y un programa de formación en gestión sanitaria dirigido a directores, jefes de enfermería y jefes de farmacia de hospitales de 2° y 3° nivel. Se trató de un programa que fue exitoso en la selección de personal sanitario que recibió la capacitación, pero no se tuvo la sostenibilidad para garantizar la permanencia de ese personal en sus puestos de trabajo, con expectativas atractivas para que continúen en los mismos.
2. **Apoyo al control de enfermedades prevalentes emergentes.** Mediante apoyo técnico al sistema de vigilancia, la investigación epidemiológica, el control de transfusiones y el Programa Nacional de Cáncer. Esta parte del programa se ha cumplido exitosamente, aunque no tiene tampoco la continuidad deseada.
3. **Fortalecimiento Institucional.** Mediante el apoyo técnico especialmente dirigido a la Dirección General de Planificación, la Dirección General de Servicios de Salud y la Escuela de Salud Pública. Tuvo las características de los anteriores, sin continuidad y sin la aplicación continua de la asistencia técnica recibida.
4. **Mejora de la Red Servicios de Salud.** Mediante la mejora de la satisfacción del usuario, el equipamiento de hospitales de 2° y 3° Nivel (FAE), y la construcción y equipamiento de 3 hospitales modelo de experiencia de 2° Nivel en el altiplano,

los valles y los llanos. Uno de los temas de mayor trascendencia, especialmente en las redes donde se intervino, se tiene presente el apoyo recibido y el mismo sigue vigente. La continuidad en cuanto a mantenimiento de algunos equipamientos, como las ambulancias, no está garantizado en el futuro inmediato. La infraestructura tiene características de uso muy útil para la población. La introducción de conceptos interculturales y de medicina tradicional, son relevantes y deben ser consideradas como experiencias exitosas.

5. Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Mediante el fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria, con la colaboración del gobierno de Navarra, el apoyo, la coordinación y la complementariedad de las Organizaciones No Gubernamentales Españolas en Bolivia y la concentración geográfica de los proyectos integrales de la AECID. Otro de los temas gravitantes, es que los Hospitales y las redes tienen presente el apoyo recibido y consideran que el mismo debe tener una cualidad de continuidad. La introducción de la medicina familiar comunitaria es importante, y hoy es eje de la estrategia gubernamental en salud.

Se puede decir que la Cooperación Española en salud en Bolivia, en el período 2000-2006, tuvo el siguiente comportamiento en relación al Enfoque Integrado:

- a) La programación se redujo al alineamiento a las estrategias del país receptor.
- b) La identificación de proyectos fue no solo en base a árbol de problemas y árbol de objetivos, sino también por demanda de autoridades nacionales, departamentales o locales.
- c) La formulación se realizó de manera casi unilateral, en los casos de infraestructura primaria de salud, fortalecimiento institucional, gestión hospitalaria enfermedades emergentes y en capacitación.
- d) La ejecución se realizó bajo reglas de la Cooperación Española, con poco conocimiento de las contrapartes, de las condiciones de ejecución.
- e) El seguimiento sólo se realizó siguiendo los formularios de AECID.
- f) La evaluación está realizándose al final de las intervenciones, no habiendo evaluaciones de medio término, al menos sistemáticamente elaboradas.

Como se puede ver, una valoración de la concepción de esta cooperación es equilibrada. Sin embargo, también se tienen algunas consideraciones que deben ser ajustadas en el futuro:

- Varias de las acciones fueron realizadas por demanda sin contar con procesos de planificación.
- Hay acciones aisladas, como que se hubieran realizado de acuerdo a las circunstancias de los requerimientos. Parecieran ser muy dispersas.
- La coordinación con otras agencias es aún incipiente.
- Si bien hay alineamiento con las estrategias del país recipiente de la cooperación, mas parece que fuera porque la estrategia es lo suficientemente amplia como para reconocer todas estas acciones.

- La acción de las ONG's ha permitido ser más sistemático en el trabajo.
- La incorporación de la interculturalidad aún no está sistematizada.
- No hay un registro sistemático de las operaciones financieras, y los procedimientos administrativos son aún muy burocráticos.
- Hay poca capacidad de reacción a problemas en los proyectos, los que terminan siendo resueltos por las contrapartes ante la tardanza de la Cooperación Española en hacerlo.
- La sostenibilidad es adecuada en los componentes ejecutados previa planificación, no así en los ejecutados a demanda.
- La sostenibilidad es variable en función de los componentes.

En cuanto a las enseñanzas:

1. Una primera enseñanza a destacar es la aceptación plena de los actores locales en asimilar las experiencias técnicas de la cooperación e implementarlas, aún con limitaciones metodológicas y a pesar de la crisis institucional del periodo 2000-2006, como por ejemplo los instrumentos de gestión hospitalaria, como el SIAF y el SICE.
2. El alineamiento de la Cooperación Española a las políticas públicas nacionales y las necesidades del sistema boliviano de salud.
3. La incorporación de experiencias previas desarrolladas en periodos anteriores (Medicina Tradicional en Acacio)
4. La tolerancia y amplitud de la cooperación a demandas de necesidades coyunturales o de responsabilidad de la contraparte nacional.

Algunas de estas enseñanzas tienen matices que deben considerarse, para que se ajusten o se adecuen a consideraciones de planificación estratégica y de visiones de mediano plazo y largo plazo.

Conclusiones

En los aspectos de coherencia e integralidad, se tienen las siguientes conclusiones:

- Hay coherencia entre las acciones de la cooperación española y los Planes nacionales y departamentales de salud
- Hay coherencia entre los POAs de las redes de servicios de salud y las acciones de la Cooperación Española
- Es menor la integración entre sectores y con otras ONG's
- Existen resultados verificables en algunas acciones implementadas.
- Los resultados finales son heterogéneos.

En los aspectos de implicancia de las autoridades sanitarias, se tienen las siguientes conclusiones:

- La implicancia de las autoridades nacionales y departamentales ha sido correlativa a la importancia, monto y cercanía de los programas y acciones de la cooperación española y los Planes nacionales y departamentales de salud.
- La implicancia de las autoridades municipales y de los DILOS es mayor y muy relevante en las acciones de la Cooperación Española y los POA's municipales de salud.
- La implicancia de los Gerentes de red de servicios de salud es lo mas rescatable en relación a las acciones de la Cooperación Española, sin importar la lejanía de los proyectos ni el monto de los mismos, y es lo que permite abrigar esperanzas y asegurar la sostenibilidad y viabilidad de tales acciones
- La visibilidad de la cooperación es nítida en el ámbito local, y tiene el reconocimiento de las autoridades locales.

En los aspectos de sinergia, complementariedad y competitividad con otras agencias de cooperación o acciones en salud, se tienen las siguientes conclusiones:

- La sinergia con otras cooperaciones es débil y debe realizarse a partir de planificaciones previas y coordinaciones previstas.
- La complementariedad de acciones con otras agencias de cooperación se realiza en el marco de los comités interagenciales establecidos.
- La competitividad con otras agencias no existe por el funcionamiento de los comités interagenciales y también por la moderada presencia de agencias de cooperación en el país.
- El fortalecimiento institucional y del sistema sanitario es parte de las acciones de la Cooperación Española, pero han sido acciones dispersas y poco integradas, que no tienen a veces el impacto conjunto deseado.
- Es necesario elaborar una "ruta crítica de salida", identificando escenarios de sostenibilidad a futuro.

En los aspectos de cumplimiento de objetivos y factores que influyeron en los resultados de las acciones y proyectos de salud de la Cooperación Española, se tiene las siguientes conclusiones:

- Los objetivos de las acciones de la Cooperación Española se cumplieron en relación a la acción en sí, más no en su proyección de mediano o largo plazo. Por la falta de estrategias y de objetivos de mediano y largo plazo.
- Los resultados obtenidos han dependido del comportamiento y cumplimiento de los objetivos, según se manifiesta anteriormente.
- El logro de resultados estuvo muy acorde, e incluso por encima, de su relación con los recursos utilizados.
- Los factores que influyeron o afectaron el logro de resultados no fueron determinantes y pasaron casi inadvertidos.
- Es necesario contar en el futuro con compromisos de gestión y de monitoreo.

En los efectos de las acciones y proyectos de salud de la Cooperación Española, se tiene las siguientes conclusiones:

- Los efectos deseados en los proyectos financiados por la Cooperación Española se cumplieron en relación a cada proyecto en sí, siendo los de atención primaria de salud, los de fortalecimiento a las Redes de servicios de salud y de infraestructura los que mostraron efectos deseados acordes a sus objetivos.
- Los efectos no deseados de los proyectos financiados por la Cooperación Española fueron más bien en proyectos de capacitación de becarios o en equipamientos donados que no tuvieron la sostenibilidad en términos de mantenimiento de los mismos, por parte de las contrapartes locales.
- Los efectos deben estar asociados a estrategias de mediano y largo plazo para conseguirse.
- Los efectos están en directa relación con los objetivos y con otros criterios como la sostenibilidad, viabilidad y apropiación de los resultados de los mismos por parte de las instituciones beneficiarias.

En la sostenibilidad de las acciones y proyectos de salud de la Cooperación Española, se tienen las siguientes conclusiones:

- La sostenibilidad en los proyectos financiados por la Cooperación Española es variable, siendo los de atención primaria de salud, los de fortalecimiento a las Redes de servicios de salud y de infraestructura los que mostraron mayor sostenibilidad en el tiempo.
- La sostenibilidad está asociada al compromiso de las contrapartes, a la existencia de convenios y condiciones claras de mantenimiento de equipamiento e infraestructura, por ejemplo.
- La sostenibilidad debe estar inserta en la existencia de políticas de salud o acciones de salud en marcha, que garanticen su continuidad y viabilidad.
- La sostenibilidad se observa asociada a la existencia de acciones especiales, donde exista el interés de la comunidad y los beneficiarios, como los de medicina tradicional e interculturalidad.

Fortalezas y debilidades encontradas en la Cooperación Española en salud:

Se puede considerar entre las fortalezas de la Cooperación Española en el sector salud las siguientes:

- La existencia de una apertura a las demandas y necesidades del sector salud en Bolivia.
- La permeabilidad en apoyar las políticas públicas del sector salud.
- El alineamiento a las estrategias y políticas públicas del sector salud en Bolivia.
- La sensibilidad en atender demandas locales de infraestructura y equipamientos.
- La permeabilidad ante autoridades departamentales y nacionales en apoyar acciones puntuales de salud.

- La perspicacia de entender la realidad de la salud en ámbitos rurales interculturales, para ingresar con iniciativas muy interesantes en relación a la medicina tradicional e intercultural.
- El uso de mecanismos como ONG's para intermediar acciones de salud que sean de mayor continuidad e impacto en los municipios o Redes de servicios de salud donde se intervino.
- El interés de todos los actores sobre el modelo autonómico español, en este caso del modelo sanitario español.

Entre las debilidades de la Cooperación Española en el sector salud las siguientes:

- La falta de una estrategia y una planificación de mediano y largo plazo.
- Por tanto, la inexistencia de POA's u otros instrumentos de programación operativa que ordenen las intervenciones de la Cooperación Española en salud.
- La falta de suficientes recursos económicos, en proporción a las necesidades de apoyo al sector salud en Bolivia y a las necesidades de salud de la población boliviana.
- La falta de seguimiento y monitoreo sistemático
- La falta de sistematización de las experiencias y de los éxitos, en resultados y logros de las acciones y proyectos de salud de la Cooperación Española en Bolivia.
- La falta de convenios y de compromisos con las contrapartes, que aseguren la sostenibilidad de las acciones y la continuidad y viabilidad de las mismas, en varios de los proyectos.
- La burocracia en la ejecución de recursos financieros, que retrasa los desembolsos, de acuerdo a algunas contrapartes. Otras contrapartes suelen expresar la rapidez de desembolsos, lo cual deja en este aspecto una conclusión un tanto confusa y contradictoria.
- La administración dividida con Bolhispania, que no ha mostrado que reditúe grandes beneficios o cuál sea su valor añadido.
- La permisividad ante las demandas que pueden limitar acciones de mayor costo efectivas.



Foto 1: Interculturalidad

Recomendaciones

Las principales recomendaciones para mejorar el impacto de los proyectos de salud de la Cooperación Española en ejecución son:

- Estar insertos en la Estrategia nacional del sector y alinearse con los planes y políticas públicas del sector.
- Establecer una batería de indicadores, con una Línea de Base con datos oficiales del país, para que se pueda comparar y se pueda medir los impactos de los resultados de los proyectos.
- Diseñar y aplicar sistemas de seguimiento y monitoreo, que deben estar concatenados a los que el sistema público de salud ya tenga establecidos, para poder realizar la coordinación de acciones y el seguimiento de las mismas, con la retroalimentación necesaria para la toma de decisiones.
- Definir con los directos beneficiarios, sistemas de participación, de control social y de control gubernamental que permitan transparentar las acciones, dejar su viabilidad y sostenibilidad garantizadas y propender a su continuidad, cuando el caso lo requiera.
- Fortalecer las instituciones locales como el DILOS y la Red de servicios de salud, las departamentales como el SEDES y las nacionales, para tener el marco institucional adecuado, para proyectar los impactos de los proyectos a futuro.

Para mejorar el impacto de la AECID en Bolivia.

Las principales recomendaciones para mejorar el impacto de la AECID en materia de salud en Bolivia son:

- Establecer sólidos nexos con los niveles institucionales nacionales, departamentales y locales del sector.
- Definir una estrategia propia, con un plan de mediano y largo plazo, que considere las estrategias, planes y políticas públicas de salud de Bolivia.
- Definir y ejecutar las acciones y proyectos de salud en base a instrumentos de programación operativa como los POA's, que deben estar correlacionados con la estrategia propia.
- Establecer sistemas administrativos sencillos, no burocráticos y con capacidad de respuesta y de reacción ante dificultades, con prontitud y oportunidad.
- Establecer una correlación entre presupuestos, sistemas contables y estrategias, planes, programas y POA's, de manera de tener ordenado el movimiento de la cooperación por proyectos, acciones, y por instrumentos operativos.
- Mejorar el sistema de seguimiento y monitoreo, que permita retroalimentar la toma de decisiones.
- Realizar evaluaciones periódicas, más seguidas, y contar con los instrumentos técnicos para ello, con Línea de base e indicadores predefinidos.

Sobre los mecanismos operativos y de gestión

Como recomendaciones sobre los mecanismos operativos y de gestión de la AECID, en relación a los proyectos y acciones de salud, se propone:

- Realizar un ajuste a los reglamentos de operación, que permitan menos trámites y pasos para la ejecución de acciones operativas
- Las acciones o proyectos aprobados y en curso no debieran requerir firma de cheques u otros instrumentos financieros y operativos del máximo nivel de la institución.
- El desdoblamiento entre AECID y Bolhispania, debiera ser revisado, para que se pueda establecer con claridad el valor agregado que esta división operativa implica.
- Las capacidades de gestión de los responsables de sector, debieran ser ejercidas por éstos con mayor autonomía.
- Las cooperaciones regionales (Cataluña, Madrid, Castilla u otras) debieran ser utilizadas con mayor frecuencia e intensidad, en coordinación con la cooperación de país, para que junto a ONG's como Médicos Mundi u otras puedan servir de agentes operativos, aplicando principios de subsidiaridad y de out sourcing, de acuerdo a las capacidades identificadas en estos agentes de cooperación a Bolivia.
- Se debe implementar sistemas de seguimiento y monitoreo de la gestión de proyectos y acciones en el sector.
- Se tiene que mejorar la correlación de información entre presupuesto, contabilidad y proyectos, programas y acciones.

Sobre los mecanismos de financiación

Las recomendaciones sobre los mecanismos de financiación de la Cooperación Española en Bolivia, en el sector salud son:

- Se debe incrementar la coordinación en cuanto a la financiación de proyectos de la Cooperación Española y de las cooperaciones regionales autónomas, de manera de evitar duplicidades y buscar más bien proyectos concertados, compartidos, concurrentes y conjuntos.
- Se puede entrar a una definición de las tipologías de cada uno de estos tipos de proyectos o financiaciones, anteriormente señaladas, para establecer condiciones de cada una de ellas.
- Las financiaciones deben mostrar transparencia y en lo posible en la negociación con las contrapartes nacionales, departamentales o locales, deben tener participación ciudadana que transparente esta financiación, así como la forma cómo se usarán los recursos.
- Se tiene que buscar compatibilizar los sistemas de control contable de la Cooperación Española con los del control gubernamental de Bolivia, ya que si bien la norma señala que en casos de recursos de la Cooperación Española,

prevalece la norma del país donante, al involucrarse recursos públicos de las contrapartes, en varios de estos proyectos, se debiera buscar se respeten procedimientos y normas bolivianas, para que sea más transparente la relación de recursos.

- Se debe intentar la conformación de basket funds o canastas de recursos con otras cooperaciones internacionales, para acciones de salud de mayor envergadura, como por ejemplo las relacionadas con VIH-SIDA o con otras enfermedades emergentes que requieren de recursos en mayor cuantía, y de acciones en bloque o masivas, antes que aisladas, puntuales o focalizadas.

Recomendaciones Generales

En el periodo 2000-2006 AECID implementó su cooperación en el área de salud siguiendo los lineamientos establecidos por las respectivas gestiones gubernamentales, en el periodo 2000-2003 en el marco del pilar equidad, y en el periodo 2003-2006 en la EBRP, desarrollando su asistencia en el marco del Actual modelo Sanitario en sus tres componentes: Modelo de Gestión, Modelo de Atención y Modelo de Organización (niveles de atención).

En el Modelo de Gestión, en el fortalecimiento Institucional como por ejemplo del SNIS y la DIMUSA, además de la capacitación de los Recursos Humanos. En el Modelo de Atención, en el fortalecimiento y desarrollo de la Salud Familiar comunitaria, medicina tradicional e interculturalidad y a la incorporación del parto “humanizado”.

En el Modelo de Organización (niveles de atención), en el fortalecimiento de la Red de servicios, con la construcción y equipamiento de Hospitales de segundo Nivel (Hospital de Patacamaya, Boliviano-Holandés, Corea) y Redes de servicios de salud a nivel municipal de Uyuni y El Caine.

En el presente, Bolivia se encuentra en un periodo de crisis estatal, que independiente del grado de conflictividad y de la duración del mismo, la nueva reconfiguración estatal determinará dos hechos irreversibles: la reconfiguración del nuevo Estado nacional autonómico y la inclusión y participación plena de la población indígena. En el último año cuatro departamentos (Santa Cruz, Beni, Pando, y Tarija) aprobaron mediante referéndum sus procesos y Estatutos Autonómicos, dos departamentos (Cochabamba, y Chuquisaca) están preparando sus respectivas consultas para iniciar este proceso.

En la redacción de los Estatutos Autonómicos, de los 4 departamentos que ya aprobaron los mismos, el modelo autonómico español sirvió de referencia en la elaboración de los mismos. Esta nueva realidad en el campo de la Salud determinará la construcción de un **Nuevo Modelo Sanitario** basado en las Autonomías, para ello será imprescindible contar con una asistencia técnica de personal calificado para elaborar el nuevo Modelo de Gestión, las nuevas competencias privativas y concurrentes del nivel Nacional, Departamental y municipal, inclusive de unas potenciales autonomías indígenas; la

construcción de los nuevos seguros públicos; el modelo de financiamiento de los mismos; etc.

En el nuevo Modelo de Atención, la salud Familiar comunitaria e intercultural y su complementariedad con la medicina tradicional en el área rural, en función de sus propias realidades culturales, parece contar con consenso; en los niveles de atención, el fortalecimiento para mejorar la capacidad resolutive especialmente del primer nivel de atención, que podría ser de exclusiva competencia municipal, son los nuevos desafíos de las futuras políticas públicas. Es en este campo que la Cooperación Española tendría un gran impacto, por la experiencia que tiene y por la gran aceptación que genera el modelo español de autonomías.

Continuidad y Focalización.- La evaluación de las acciones desarrolladas en el pasado inmediato permite afirmar que las acciones desarrolladas en las redes de la Mancomunidad de El Caine, con el desarrollo e implementación de la Salud intercultural, la medicina tradicional y de referencia social, son los de mayor visibilidad e impacto local, por ello se recomienda continuar cooperando en estas áreas y en los mismos componentes que podrían servir como un modelo a implementar en otras zonas rurales.

Sistematización.- La evaluación permite afirmar que varios programas se realizaron a demanda institucional, dispersando recursos y sin lograr los impactos esperados (Ej. Apoyo a la DIMUSA, gestión breve en el Hospital Boliviano Holandés, adquisición de equipamiento no imprescindible como por ejemplo incubadoras en el Hospital Jesús Obrero, cuando su necesidad costo efectiva era un equipo de Rayos X); por ello este mecanismo de cooperación por demanda debe evitarse a futuro, al menos en la forma en que se ha realizado hasta el 2006.

Línea de Base.- En la evaluación se constata que no se tenía una línea de base sólida que permita medir impacto: Por ello, para desarrollar cualquier programa de cooperación se debe contar previamente con una línea de base y tener indicadores de impacto, medir las acciones costo/efectivas, al margen del alineamiento y sostenibilidad de los mismos.

Compromisos de Gestión.- Para el futuro, es importante superar los compromisos formales y mecánicos. Por ello, se debe garantizar previamente los compromisos de gestión tanto del personal de salud beneficiario, como de las autoridades municipales que garanticen sus contrapartes y que éstas estén necesariamente reflejadas en sus POAS y en su presupuesto anual.

Negociación.- En el año 2009 se realizarán elecciones municipales para garantizar la ejecución de los programas de cooperación, deben firmarse convenios refrendados por los Concejos Municipales en el ámbito municipal, y Resoluciones Prefecturales y Ministeriales en el ámbito departamental y Nacional. Se puede poner de ejemplo la RM 482 de Implementación del control de calidad de la información, y RM 028 para la conformación del comité interagencial de SNIS-VE, en los casos que ameriten esta normativa de respaldo jurídico.

Equipamiento Insumos e Infraestructura.- Estas responsabilidades están asignadas por la Ley de Participación Popular a los Gobiernos Municipales.

Asimismo la nueva Ley de Hidrocarburos asigna recursos del IDH a todos los Gobiernos Municipales del país. En el pasado inmediato casi todos los municipios rurales priorizaban la compra de ambulancias, para superar la barrera geográfica y por el impacto positivo en la población¹; para ello limitaban la asignación de recursos para insumos, medicamentos, equipamiento e infraestructura, para generar saldos que les permitan adquirir ambulancias, y/o la adquisición de equipamiento innecesario y ocioso², esta realidad esta presente en todo el territorio Nacional. Por ello la cooperación en estos componentes deberá ser cuidadosamente valorada, previa verificación de su necesidad para mejorar la calidad de atención, la capacidad resolutive y la imposibilidad del Gobierno Municipal para su adquisición.

Capacitación.- Una de las principales causas de la baja capacidad resolutive, especialmente del primer nivel de atención, es la limitada capacidad del personal médico y paramédico en la aplicación de procedimientos y habilidades para la resolución adecuada y oportuna del acto médico. Si bien esta responsabilidad es de las instituciones académicas, es necesario valorar la pertinencia de incorporar un módulo de capacitación en habilidades básicas médico-quirúrgicas, especialmente del personal médico, con la dotación de Normas de Diagnóstico y Tratamiento, y Protocolos de Atención vigentes en el país, en las especialidades básicas adecuadas para este nivel, en las Redes de servicios de salud; además de pasantías cortas en unidades de emergencias de hospitales de tercer nivel. Estas acciones deben realizarse, al margen de la capacitación en Gestión Sanitaria. Esta ampliación del componente de capacitación permitirá mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutive.

Seguimiento.- La documentación revisada y las entrevistas realizadas permiten afirmar que al no haber un Sistema de Seguimiento y Monitoreo, este es un déficit que debe superarse.

Investigación.- El conocimiento empírico y ancestral del efecto terapéutico de las plantas medicinales que se utilizan en el ejercicio de la medicina tradicional, especialmente en la Mancomunidad de El Caine y en Charazani y Curva, y su elaboración artesanal, deben ser objeto de una mayor investigación, con rigurosidad académica y científica. Para este desarrollo, es necesario generar alianzas estratégicas con las Facultades de Bioquímica y Farmacia e institutos de investigación de las Universidades públicas bolivianas y AECID podría convertirse en el intermediario de la intervención de universidades españolas interesadas en el tema, como la Universidad de Castilla y convertir este componente en un proyecto de largo plazo.

1. El Gobierno español ha donado Ambulancias para todos los municipios e incluso para organizaciones sociales.
2. El Hospital de ToroToro tiene dos pantallas cialíticas, sin tener un quirófano instalado ni el recurso Humano, tiene también un ecógrafo portátil moderno y ninguno de los médicos sabe manejarlo, o el centro de salud de Julo que tiene una bomba de oxígeno eléctrica sin uso.





Introducción





Introducción

1. Introducción

1.1 Antecedentes y objetivo de la evaluación

Historial de la intervención

Programa de Fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia 2000-2003.
VII Comisión Mixta

En febrero del año 2000 se celebró en Madrid la VII Reunión de la Comisión Mixta Hispano-Boliviana de Cooperación, y se estableció concentrar temáticamente la Cooperación Española durante estos cuatro años.

Descripción resumida del Programa:

El Gobierno Boliviano, en el Plan Operativo de Acción 1997-2002 y dentro del Pilar Dignidad, ha identificado como problemas de Salud: “indicadores bajos en salud” y “deficiente oferta y calidad de los servicios”. La Cooperación Española desarrolla un Plan de Acción de Cooperación en Salud basado en un diagnóstico de la situación de salud en Bolivia; insertado en la política de salud del Estado Boliviano, a través del proceso de la Reforma en Salud que se está llevando a cabo en el país; en relación con los otros actores de la cooperación internacional, multilateral y bilateral; con acciones inmersas en el marco de la descentralización y la participación popular; que tenga impacto en Atención Primaria de Salud, prevención, educación y con enfoque de género.

La finalidad es contribuir a mejorar las condiciones de salud y de vida de toda la población fomentando la equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la salud boliviana. Se busca el desarrollo de la capacidad gerencial, que incluye la aplicación e incorporación tecnológica en los procesos de prestación de servicios y en la administración de las instituciones de financiamiento, organización y prestación de servicios; así como el desarrollo de los sistemas de información, los recursos humanos, el desarrollo tecnológico, la investigación científica, la infraestructura y el equipamiento.

El Programa de Cooperación en Salud de AECID - Bolivia desarrolla cinco líneas de acción:

1. Capacitación de recursos humanos: Mediante becas, intercambio y un programa de formación en gestión sanitaria dirigido a directores, jefes de enfermería y jefes de farmacia de hospitales de 2º y 3º nivel.
2. Apoyo al control de enfermedades prevalentes emergentes. Mediante apoyo técnico al sistema de vigilancia, la investigación epidemiológica, el control de transfusiones y el Programa Nacional de Cáncer.
3. Fortalecimiento Institucional. Mediante el apoyo técnico especialmente dirigido a la Dirección General de Planificación, la Dirección General de Servicios de Salud y la Escuela de Salud Pública.
4. Mejora de la Red de Servicios de salud. Mediante la mejora de la satisfacción del usuario, el equipamiento de hospitales de 2º y 3º Nivel, y la construcción y equipamiento de 3 hospitales modelo de experiencia de 2º Nivel en el altiplano, los valles y los llanos.
5. Apoyo a la Atención Primaria de Salud. Mediante el fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria, con la colaboración del gobierno de Navarra, el apoyo, la coordinación y la complementariedad con las acciones que realizan las Organizaciones No Gubernamentales Españolas en Bolivia y la concentración geográfica de los proyectos integrales de la AECID.

Programa de Fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia 2004 - 2006. VIII Comisión Mixta

En junio de 2003 se celebró en Madrid la VIII Reunión de la Comisión Mixta Hispano-Boliviana de Cooperación, donde se consideró el sector de las necesidades sociales básicas como uno de los fundamentales de la Cooperación Española con Bolivia. El sector Salud es considerado básico en la lucha contra la pobreza por la comunidad internacional (Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague -Compromiso 20/20- y los Objetivos del Milenio). Por otro lado se establece fomentar la coordinación con otros actores de la Cooperación Española, como son los diversos Ministerios, las ONGD, las Comunidades Autónomas, las Diputaciones y los Ayuntamientos españoles, y la complementariedad con otros instrumentos de Ayuda Oficial al Desarrollo de España, como son los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD), del Fondo de Estudios de Viabilidad (FEV).

Descripción resumida del Programa:

Los lineamientos generales de la política de desarrollo del Estado en Bolivia, básicamente, se sustentan en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) definida en el año 2001, revisada en el 2002. Hay que tener en cuenta la crisis social y política que se produjo en Bolivia en octubre de 2003, que ha originado el replanteamiento de la política general y de desarrollo del país. En la actual crisis e incertidumbre

económica, social y política que vive el país se requiere una respuesta adaptada, urgente, flexible e innovadora para apoyar a Bolivia y evitar que se repitan escenarios de confrontación. Por ser una situación, calificada por algunos de “alto riesgo”, se requiere establecer agendas de trabajo más cortas.

El objetivo general del Programa es contribuir a la reducción de la pobreza en las zonas geográficas de intervención, el objetivo específico es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de las zonas de intervención, mejorando la cobertura a las necesidades sociales básicas.

Orientación Estratégica del Programa: se siguen los lineamientos establecidos por los Objetivos de Salud del Milenio (ONU), la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y la Estrategia de Salud de la Cooperación Española en el marco de los acuerdos de la VIII Comisión Mixta Hispano Boliviana. En todas estas estrategias, de manera concordante, se apoya el fortalecimiento de la política y la gestión sanitaria, se prioriza la salud materno infantil y el control de enfermedades prevalentes; a ello se añade, por las características propias de Bolivia, la importancia de la salud intercultural. Las intervenciones se realizan en el ámbito nacional (SNIS), regional (IOOB), local (municipios seleccionados de las zonas geográficas priorizadas). Manteniendo el equilibrio necesario entre reforma a largo plazo y lucha contra la pobreza directa en aquellos lugares más necesitados.

En el marco de las acciones de la Cooperación Española en Bolivia se pretende sumar todos los apoyos posibles mediante la coordinación y complementariedad con los demás programas y proyectos de la OTC, otros actores e instrumentos de la Cooperación Española, especialmente ONGDs, así como con otras cooperaciones con presencia en Bolivia con las que se coincida en áreas geográficas, líneas de acción y enfoque sectorial.

1.2 Estructura de la Documentación Presentada

La documentación revisada consiste en documentos relativos a proyectos de cooperación desarrollados en:

1. Uyuni
2. Mancomunidad de El Caine
3. Curva
4. Charazani
5. Patacamaya
6. El Alto
7. La Paz (Ministerio de Salud y SNIS)

Todos ellos en los programas 2000-2003 y 2004-2006, para lo cual se ha contado con un acceso directo a un conjunto de documentación recibida en dos cajas y dos sobres, con más de 100 documentos que han sido procesados en el mejor orden posible, por tratarse de archivos de files, que no tienen un ordenamiento estricto en relación a lo efectivamente realizado por el programa.

Por otra parte, se debe dejar en claro que de los Hospitales, Centros y municipios de intervención, se han dejado sin revisar algunos de ellos, debido a que no estuvieron entre los delimitados por los TdR, por motivos de tiempo, distancias y número de acciones:

1. Pelechuco
2. Cumaná
3. Sucre
4. Santa Cruz
5. San Ignacio de Velasco,
6. San Miguel,
7. San Rafael,
8. Santa Ana
9. Chimoré

A partir de la documentación revisada, se realizaron valoraciones cualitativas. A ello debe sumarse, el apoyo en medicina intercultural, que forma parte de los programas de apoyo de la Cooperación Española a la política del Ministerio de salud, que es prioritaria desde la ascensión del nuevo gobierno de Evo Morales en Bolivia. Por otra parte, se realizó también una revisión y recopilación de información de fuentes secundarias (CENSO 2001, documentos del Programa de Salud Fortalecimiento de la Salud Pública en Bolivia informes de monitoreo, estudios específicos, etc.). Una vez clasificada la información existente, se realizó un balance de la misma considerando su consistencia, calidad y utilidad para la elaboración del Estudio. Se organizó la información por área temática y se determinó su calidad a través de una apreciación o ponderación sencilla (alta, media y baja). Además, se justificó su utilidad, describiendo como se la va a utilizar en el proceso de elaboración del estudio. Finalmente, con base en la actualidad, calidad y utilidad se tomó la decisión de aceptarla (total o parcialmente) o descartarla para su uso.

Tomando en cuenta que la información secundaria es un complemento a la información de fuentes primarias, ésta se la utilizó en función de los vacíos y necesidades que se detectaron en el proceso de campo. Sin embargo, se tomó en cuenta que la información secundaria también sirve para validar la primaria y para tener una mejor comprensión de la realidad de los indicadores definidos para el Estudio de Línea Base, por lo que fue importante su análisis y sistematización.

1.3 Metodología empleada en la evaluación

Se empleó la metodología de evaluación de la Cooperación Española (Manual de Gestión de Evaluaciones) con inclusión de la II y III Fases, por lo que se constituyó un Comité de Seguimiento de la evaluación y se planificaron actividades de comunicación y difusión de buenas prácticas.

Se definieron **indicadores de evaluación** del Programa de Salud y se identificaron las fuentes de verificación de estos indicadores.

Metodología participativa, con métodos cuasi experimentales.

La evaluación incluyó técnicas cualitativas y cuantitativas, abarcó tres fases: Trabajo de Gabinete, Trabajo de Campo y elaboración del Informe Final. Para obtener la información necesaria para el análisis se utilizó una combinación de métodos de investigación de las ciencias sociales; revisión de documentos, entrevistas individuales a agentes claves de la Cooperación Española, entrevistas individuales a agentes claves de cooperación internacional, entrevistas individuales a personas de los niveles nacional, departamental y municipal de Bolivia y a representantes/cooperantes de las ONGD españolas seleccionadas para el estudio.

a) Revisión de documentos

Se revisaron los siguientes documentos:

- Documentos del contexto.
- Estrategias País de Bolivia 2000-2003 y 2004-2006 de la cooperación española en Bolivia
- Sector salud en Bolivia.
- Nuevos lineamientos, estrategias e instrumentos de la cooperación internacional.
- Estrategias en salud y cooperación de la administración española de los últimos años.
- Informes de diseño, monitoreo y evaluación de los proyectos objeto de esta evaluación.

Todos los documentos revisados se listan en la bibliografía. El análisis de esta información permitió elaborar una guía de preguntas o encuesta que se aplicó a los proyectos evaluados (Anexo 1) que orientaron el trabajo sobre el terreno y un informe preliminar, contextualizado el entorno de la evaluación y sirviendo de guía para la validación de la información recogida de nuevos datos.

La revisión de los materiales se realizó antes de las visitas de campo a los proyectos en los municipios y lugares específicos de ejecución de los proyectos. Para la revisión de los proyectos se utilizó como base los documentos, informes y presupuestos de los mismos, sin haber encontrado un Marco Lógico, por lo que se elaboró una matriz por proyecto que identifique los datos mas significativos de cada uno de ellos, los que se presentan en la descripción de los mismos. También se realizó una descripción del contexto en el que se lleva a cabo esta evaluación analizando la situación social (de pobreza), política, económica y demográfica de Bolivia, así como un acápite especial de los cambios constitucionales, debido a que se tuvo la existencia de una Asamblea Constituyente en medio del período de ejecución de esta cooperación entre el 2000 y el 2006. Se muestra también un enfoque general de la cooperación internacional y de la Cooperación Española ya en el proceso de evaluación, en relación a su coordinación y sus mecanismos de relacionamiento.

b) Entrevistas individuales

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas utilizando la guía de preguntas. Para autoridades nacionales, departamentales y locales, agentes de la cooperación internacional, los agentes de la cooperación española, y los representantes/cooperantes de las ONGDs españolas que intervinieron en salud en el período de evaluación. Se realizaron un total de 62 entrevistas. Se han entrevistado a: 49 a representantes del nivel local, tanto municipales como del sector salud, 4 a autoridades y profesionales de salud del nivel departamental, 3 a autoridades nacionales de salud, 3 a representantes de la Cooperación Española y 4 a ONG's de apoyo a la Cooperación Española. Las personas entrevistadas se listan en un anexo.

Como se podrá comprobar, se han privilegiado las entrevistas del nivel local, entendiendo que se trata de una evaluación participativa y descentralizada, por lo que se tiene una información de base que es rica en cuanto a percepciones y datos que son fáciles de contrastar, con los informes del nivel superior, por lo que permiten una mejor apreciación de los resultados.

La duración de las entrevistas fue de 1 a 2 horas. Las entrevistas individuales se realizaron, en la mayoría de los casos, en el lugar de trabajo de los entrevistados. En las entrevistas se utilizó la misma guía de preguntas diseñada para cada grupo.

c) Retroalimentación de los resultados

Los resultados preliminares del estudio han sido presentados a la AECID para ser considerados in advance, lo que permitió tener una preconcepción de los datos recogidos, contrastando los resultados y su interpretación con los sujetos y grupos informantes.

La evaluación se ha realizado a dos niveles:

- Un nivel micro, en el que se han evaluado los resultados de los proyectos seleccionados de acuerdo a una priorización de criterios definidos en los TdR y ampliados en el Plan de Trabajo.
- Un nivel macro, en el cual se evalúa el contexto en el que se desarrollan estos proyectos, su alineación con las políticas de la CE, del gobierno de Bolivia y la CI que opera en este país, así como su impacto global en el sector salud.

1.4. Condiciones y límites del estudio

Las condicionantes del estudio de evaluación de la Cooperación Española se orientan al "ámbito temporal" de la presente evaluación, que abarcará el periodo 2000-2006, coincidiendo con la vigencia de dos Planes Directores de la Cooperación Española y dos Comisiones Mixtas.

Los resultados que aquí se presentan corresponden a un estudio exploratorio realizado utilizando exclusivamente métodos cualitativos, en un período de tiempo de trabajo

de campo, que es breve, con una muestra de informantes y documentación limitada. Asimismo el nivel de información proporcionada por los entrevistados ha sido variable. Por tanto, deben ser considerados con cautela y ser interpretados como lo que son, una aproximación a la realidad. Al mismo tiempo ha de recordarse que se solicita la evaluación de la Cooperación Española en el sector salud en Bolivia en un periodo definido 2000 – 2006 pero que el impacto de esta cooperación no depende de lo acontecido en ese periodo exclusivamente sino también de lo que se ha hecho anteriormente y por otros agentes que no han sido evaluados.

También cabe mencionar que la evaluación se orienta más hacia la sostenibilidad y viabilidad en el sistema de salud público boliviano y a la propia cooperación española en este sector, y no medir el impacto que pueda tener en el sistema de salud y en definitiva en la salud de la población, puesto que esto depende de muchos factores no vinculados a lo que la Cooperación Española haga en este país. Pueden existir sesgos inherentes a una entrevista de evaluación como son los sesgos de notificación. El clima de confianza que se ha buscado en las entrevistas y la garantía de confidencialidad de las respuestas puede verse vulnerado por que las autoridades de salud estaban bajo presión, por tratarse de evaluadores que fueron actores del sector salud, de manera directa, y por ende conocedores del sector y de la personas entrevistadas en diferentes planos.

El tiempo asignado al trabajo en terreno también supone una limitación en cuanto a la profundidad del análisis de proyectos, principalmente de aquellos desarrollados en la Chiquitania y el Chapare, donde las grandes distancias que separan los distritos donde se ejecutan estos proyectos de las capitales de departamento, requieren de mayor tiempo para las visitas de campo.

Por otro lado la validez del estudio puede garantizarse por el mecanismo de triangulación realizado, en el cual se han entrecruzado múltiples puntos de vista a través del trabajo conjunto de varios investigadores y de múltiples informantes o fuentes. El trabajo de consultores con distintas formaciones y experiencias y con diferentes visiones ha ayudado a reducir los sesgos en la interpretación y, por tanto, a mejorar la consistencia de los resultados.

Entre los límites del estudio se deben mencionar también los siguientes:

- No toda la información requerida estaba disponible.
- Tomando en cuenta que únicamente Bolhispania se encarga de la administración de los proyectos, no se pudo advertir un Plan Operativo Anual o un ordenamiento de acciones con recursos que permita un seguimiento ordenado.
- La administración AECID se encarga de otros conceptos (mantenimiento instalaciones, gastos funcionamiento, publicaciones, algunas consultorías, etc.) y la misma está contablemente, pero su relación con los proyectos no está clara, si es que la hubiera.
- La información en muchas acciones se limita a una carta de solicitud de cooperación y una aceptación que se debe rastrear en documentos de desembolsos, pero no en un documento de aceptación de dicha cooperación.

- La mayor parte de los becarios ya no están en el servicio público por lo que no fue posible entrevistarlos, excepto la administradora de la gerencia de red de Patacamaya.
- Los médicos y personal de salud que recibió la capacitación y la asistencia técnica ya no está en más del 70% de los casos en los lugares en los cuales se encontraba al momento de realizarse las acciones de la cooperación.
- Muchos documentos de contrapartes no están disponibles o no existen directamente, en los lugares donde se prestó la cooperación.
- Incluso algunos equipamientos se encontró que ya fueron dados de baja, por ser resultado de acciones de la Cooperación Española hace ya mucho tiempo.
- Los accesos en los viajes fueron dificultosos por tratarse de un momento político complicado, por lo que se tuvo que soportar bloqueos de caminos, huelgas del personal de salud, etc., que no permitieron un desenvolvimiento normal del equipo evaluador.

1.5 Contexto de la evaluación

1.5.1 Antecedentes de políticas públicas generales (EBRP, Pilares de desarrollo)

La estrategia de la Cooperación Española fue la de inscribirse al inicio del programal 2000, en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDS) de esa gestión de gobierno, que permitió insertarse en los Pilares ya establecidos y que sumó un esfuerzo de integración y alineamiento a la política pública muy importante. El gobierno nacional 1997-2002, al inicio de su gestión gubernamental, elaboró un plan de desarrollo económico - social conocido como Plan operativo de Acción (POA) basado en cuatro Pilares: Oportunidad (Incrementar el crecimiento con una mejor distribución), Institucionalidad (Fortalecer las instituciones con mas justicia y lograr una administración libre de corrupción), Equidad (Reducir la Pobreza) y Dignidad (Sacar a Bolivia del circuito de la Droga para el año 2002).

- El Pilar Equidad, que es el que interesa en términos del sector salud, establecía que el objetivo central era el de “Facilitar el acceso a oportunidades a toda la población con el objeto de reducir los niveles de pobreza y mejorar la calidad de vida” y comprendía las áreas de Salud, Educación, Saneamiento Básico y Desarrollo Rural Integrado. Bajo un enfoque transversal de género y generacionales. Los ejes centrales de Salud fueron el Seguro Básico de Salud y el Escudo Epidemiológico. Todos estos programas se desarrollaron profundizando la Descentralización y la transversalización de género y de estrategias de desarrollo con los pueblos indígenas y originarios.

En este mismo tiempo se formuló la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), que surgió del proceso de Diálogo Nacional 2000.

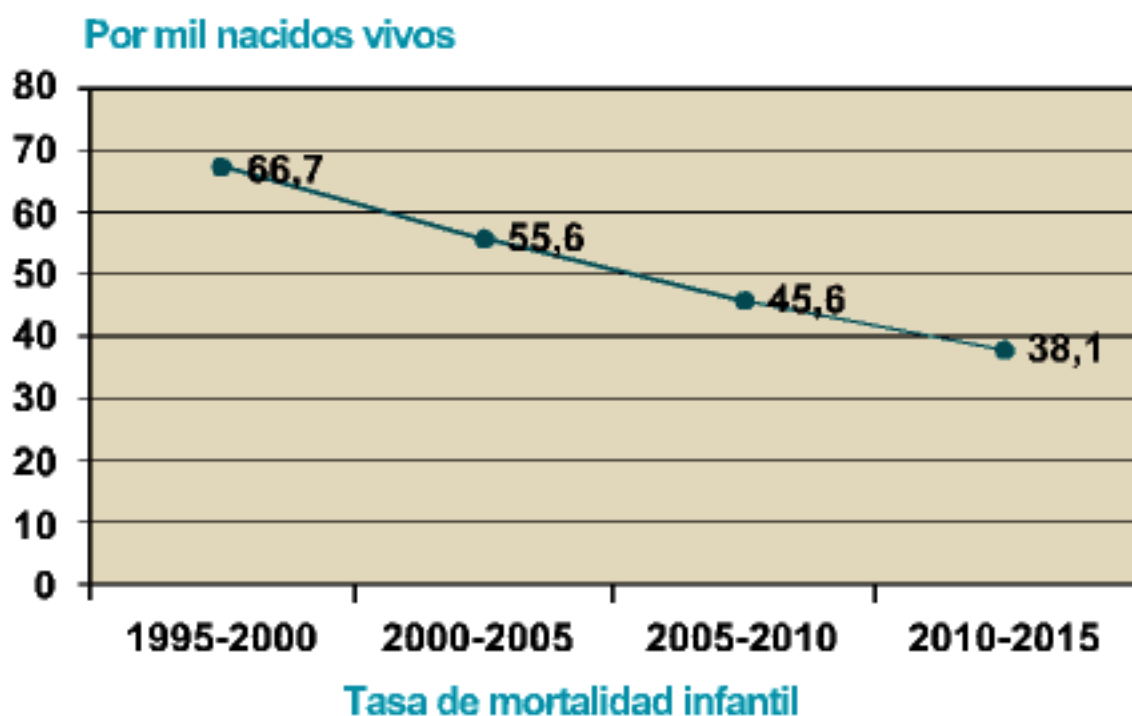
Los acuerdo centrales del Diálogo nacional 2000 identificaron en tres temas la focalización de la lucha contra la pobreza: educación, salud y caminos. Pero lo importante del Diálogo Nacional fue que estos puntos fueron identificados y asimilados por la población boliviana, y eran producto de un proceso de consenso y de concertación interinstitucional y entre sociedad civil y Estado.

Se institucionaliza el Diálogo Nacional cada 3 años. Se aprueba una Ley del Diálogo, y se establecen mecanismos de control social. En materia de salud, el Dialogo y la EBRP definen:

- Red de Servicios de Salud: Establecimientos de primer, segundo y tercer nivel.
- Directorio Local de Salud: Máxima autoridad de gestión en salud en el municipio.
- Mancomunidades de Salud: Los Gobiernos Municipales las crean, para la prestación de servicios del Seguro Básico, hoy SUMI.
- Conciliación de Saldos: Los saldos de deuda de los GM a los establecimientos de salud deben ser aprobados por el DILOS.
- Seguro Médico de Vejez.

Estas metas en salud se expresan también en las MDM, de la siguiente manera:

Gráfico No. 1
Metas Salud
Reducción de tasa de mortalidad infantil



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de Población, período 1950-2050

La EBRP, a partir del 2003³, fijó como su objetivo principal la reducción de la pobreza a través de políticas económicas y sociales, con énfasis en la población con más carencias, facilitándoles un mejor acceso a los mercados, elevando sus capacidades mediante la provisión de servicios básicos, aumentando la protección social y seguridad y promoviendo la participación ciudadana e igualdad de oportunidades. Adoptó también, como ejes transversales de las actividades a promover, el desarrollo de la identidad de los pueblos indígenas y originarios, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres y el aprovechamiento sostenible de recursos naturales y conservación del medio ambiente.

Por otro lado, la EBRP fijó un marco institucional y de control social, mecanismos de asignación de recursos y financiamiento, metas, seguimiento y evaluación, contexto macroeconómico y el papel de la Cooperación Internacional.

El Plan Bolivia⁴ proponía trabajar sobre la base de tres prioridades globales importantes:

1. Salir de la crisis con políticas de empleo y de ingresos, para lo que ha contemplado trabajar en tres áreas fundamentales que son:
 - Obras con empleos.
 - Reversión productiva y financiera.
 - Redes de protección social.
2. Fortalecer el desarrollo productivo y competitivo. Para ello es necesario considerar:
 - La Estrategia de Transformación Productiva del Agro (ETPA).
 - La Estrategia de Transformación Productiva de la Industria (ETPI). Desarrollo del Turismo y la protección de los Recursos Naturales.
 - Realizar ajustes a la capitalización. Implantar una política gasífera, que comprenda la instalación de redes de gas domiciliario y la política de venta de gas al exterior.
 - La universalización de los servicios sociales.
3. Además es fundamental ampliar el pacto democrático sobre la base de un desarrollo sin exclusiones que comprenda:
 - Una lucha frontal contra la corrupción.
 - La participación popular.
 - La Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y el Diálogo Nacional.
 - El fortalecimiento de la institucionalidad.

Para esto se elaboraron agendas de corto y mediano plazo donde, en términos de la sostenibilidad fiscal, se encontraban los tributos, hidrocarburos y pensiones y, por otro lado, era necesario impulsar la inversión pública a través de obras con empleos y la agilización de la cartera de inversión pública.

3. Este documento se conoció como EBRP Revisada o EBRP Revisada.

4. Plan de gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada en su inicio de segundo gobierno el 2002.

Dentro del Plan Bolivia fue importante la reestructuración de empresas, a través de la creación del Hospital de empresas y cambios en la normativa bancaria. También fue de vital importancia la Red de protección social, que contemplaba el Bonosol, Beca Futuro, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE).

En la agenda de mediano plazo se encontraban:

- La Estrategia de Transformación Productiva del Agro (ETPA) en temas relacionados con tierras, cadenas productivas, crédito, tecnología e infraestructura productiva.
- La Estrategia de Transformación Productiva Industrial (ETPI) para parques industriales, reconversión industrial y laboral y los incentivos a la Inversión Extranjera Directa (IED).
- Una Política del Gas que considere exportación, gas domiciliario y proyectos de valor agregado.

Por todo lo mencionado anteriormente, la EBRP se mantuvo como política de Estado por sus avances sociales, sin embargo, la reducción de la pobreza requería la creación de riqueza y es por eso que el énfasis de la EBRP 2003-2007 estuvo en impulsar productividad y competitividad.

El Diálogo 2003 buscó promover “pactos productivos sociales” en torno a las políticas públicas, como un mecanismo para fomentar la apropiación de las mismas por los diferentes actores sociales, permitiendo: a) sistematizar las acciones, definiendo roles para los actores públicos y privados, y b) operativizar las acciones de política pública, definiendo los niveles de responsabilidad (nacional, departamental, municipal).

Una primera evaluación de la EBRP a la fecha muestra que:

- Es evidente que las políticas de reducción de la pobreza no son ni han sido priorizadas en las agendas de los diferentes gobiernos.
- La sociedad civil prioriza este tema pero no cómo ha sido enfocado.
- Hay tres problemas en su diseño:
- Supuestos macroeconómicos demasiado optimistas.
- No se incluyeron mecanismos de redistribución del ingreso y de la riqueza.
- Propuestas estratégicas planteadas en el diálogo no fueron incorporadas.
- El problema central: El gobierno en general no estaba convencido del proceso
- La EBRP no era conocida por los propios alcaldes. ¿Cómo iba a ser implementada?
- Documento demasiado general, poco orientador para los municipios.
- Lo productivo quedó en teoría.
- La baja ejecución municipal se debió también a no disponibilidad de recursos del FPS
- Los documentos fueron compartidos con la cooperación y limitados a la sociedad civil.
- Si se quiere avanzar, la voz de los pobres es fundamental.

Se preveía: \$us 1.500 millones en 15 años, con un promedio de \$us 92 millones por año.

Se ejecutó:

- El 2001 (medio año) \$us 42,6 M
- El 2002 \$us 103,5 M
- El 2003 \$us 122 M
- El 2004 \$us 98 M
- El 2005 \$us 100 M
- El 2006 \$us 105 M

Finalmente, con respecto a la pobreza:

- No se vislumbra voluntad política para promover cambios que apunten a una mayor justicia social (redistribución del ingreso)
- El 10% más rico concentra casi el 50% del ingreso y el 10 % más pobre sobrevive con el 0.2 % del ingreso.
- La lucha contra la pobreza continúa siendo asistencialista.
- El tema productivo no avanza.
- No existen mejoras en la calidad de los servicios
- Entre 1999 y 2002, alrededor de 400 mil bolivianos engrosaron el grupo de pobres y del 2002 al 2006 otros 350.000.

Otras evaluaciones independientes⁵ señalaban:

- La crítica previa a la EBRP:
 - mucha fragmentación en el portafolio
 - no necesariamente apoyaba la lucha contra la pobreza
 - micromanejo
- Objetivos de la EBRP:
 - avanzar hacia más coordinación detrás de un plan nacional con algún grado de consenso
 - más ayuda programática y SWAPs
 - integrar mejor la política macro con la lucha contra la pobreza (crecimiento de base ancha)

1.5.2 Situación actual del sector salud en el país

Escenarios de la Salud Boliviana

Desde finales de los años sesenta, las diversas gestiones ministeriales enfocaron como programas prioritarios las acciones para los grupos más vulnerables, y todos los programas priorizaron la disminución de la morbi mortalidad materno infantil, la

5. Institute For Social Survey ISS de Holanda.

desnutrición infantil, programas masivos de inmunización, control y reducción de las principales enfermedades endémicas y la implementación de infraestructura sanitaria para la conformación de las redes de servicios.

Desde principios de los años ochenta Bolivia adopta la estrategia de la Atención Primaria como una ruta crítica para desarrollar sus acciones sanitarias, simultáneamente se intenta extender la cobertura de la Seguridad Social, que por las características del mercado laboral boliviano, no logra en ningún momento superar el 30% de cobertura.

A partir de los años 90 se crean los seguros públicos focalizados en los grupos más vulnerables (Binomio madre niño y adulto mayor), y se implementa el Seguro de Maternidad y Niñez, el Seguro Básico de Salud y el Seguro Materno Infantil (SUMI), en ese mismo periodo se consolida el Seguro Médico Gratuito de Vejez, hoy Seguro Para el Adulto Mayor (SPAM).

En el presente, Bolivia tiene un perfil epidemiológico de múltiple carga o acumulativo y polarizado, perfil que complejiza las acciones a desarrollar y que representa un costo mayor en las prestaciones. El Modelo Sanitario tiene un modelo de gestión de descentralización segmentada donde el Municipio, a partir de la ley de Participación Popular, es el responsable de la administración de la infraestructura, recursos físicos y equipamiento, y los Servicios Departamentales, dependientes de las Prefecturas, son los responsables de la administración de recursos humanos. El nivel nacional es el ente regulador y normativo y administra en forma directa los programas nacionales. El modelo de atención incorpora la estrategia de la Atención Primaria de Alma Ata en sus componentes de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y en los últimos años se realiza la construcción, aún incipiente, de un modelo de salud basado en la salud familiar, comunitaria e interculturalidad. Los niveles de atención son tres, y en la última década se incidió de forma prioritaria en hacer del centro de salud con y sin camas la base del primer nivel de atención, superando en forma paulatina los puestos sanitarios y puestos médicos.

Por razones estructurales en el país se presentan cuatro barreras que dificultan la conformación de un sistema nacional de salud, estas son: Barrera Económica, Cultural, Geográfica, de Calidad y Calidez de atención. A pesar de que el porcentaje del PIB del gasto total en salud se encuentra en el promedio latinoamericano, (año 2000 6,1 del PIB año 2006 6,6 del PIB), el gasto Per cápita en salud es el más bajo de Sud América, por el volumen del PIB Nacional 61 \$us en el Año 2000 y 71 \$us. en el Año 2006, cuando el promedio latinoamericano se encuentra en 204\$us per cápita; asimismo el porcentaje de recursos externos del gasto total en salud, es junto con Haití el más elevado, 6% del gasto total en salud para el año 2000 y 3,6 % para el año 2006. Como respuesta a esta barrera económica se implementaron los seguros públicos. La barrera geográfica es estructural y excede la capacidad del sector, se han implementado Brigadas de Salud o programas como el Extensa para disminuir esta barrera con resultados poco alentadores; la barrera cultural se pretende superar a través de la incorporación de la medicina tradicional y la cosmovisión del proceso Salud-Enfermedad en las instituciones sanitarias.

Finalmente la barrera de calidad de atención y calidez representa uno de los mayores desafíos para incrementar la demanda, y generar credibilidad en el sistema de Salud.

Indicadores

La Mortalidad Infantil en Bolivia disminuyó del 96 por mil nacidos vivos en el año 1989 a 75 por mil el año 1993, a 67 por mil el año 1998 y 54 por mil el año 2002, sin embargo este descenso sistemático de la mortalidad infantil tiene un comportamiento heterogéneo en los departamentos y municipios, que obliga a realizar acciones sanitarias diferentes en función de las tasas y los tipos de mortalidad infantil, así por ejemplo el municipio de Caripuyo del Norte de Potosí, tiene una tasa de mortalidad infantil de 170 por mil, que es similar a Sierra Leona, y el Departamento de Potosí 72 por mil, Cochabamba 61 por mil y Tarija 29 por mil (ENDSA 2003).

La mortalidad materna ha descendido de 390 por cien mil nacidos vivos (ENDSA 1994), a 214 por cien mil nacidos vivos (ENDSA 2003).

Estos indicadores actuales obligan a que se debe realizar un esfuerzo intenso entre todos los actores para alcanzar las Metas del Milenio para el año 2015, que en estos dos indicadores Bolivia debería cumplir con las siguientes tasas. Tarija está a dos puntos de alcanzar la meta y Oruro a 60 puntos de esta. (ENDSA 2003).

Situación de Salud Periodo 2000 - 2006

En este periodo, producto de la crisis estructural del Estado Boliviano, se tuvo 6 presidentes y 8 ministros de salud (una de las cuales tuvo una gestión de 72 horas), a pesar de ello el sector tuvo una continuidad en la implementación de las políticas de salud, especialmente en los programas de inmunización y en el aseguramiento público, tanto por alineamiento a programas de implementación Internacional (PAI) y las políticas nacionales (Seguros Públicos y Desarrollo de Servicios y Fortalecimiento Institucional).

La actual gestión tiene como prioridad ampliar el SUMI al grupo etáreo comprendido entre los 5 y 19 años y simultáneamente en el periodo 2006 – 2007, se implementaron seguros públicos regionales y diferenciados. Así el departamento de Tarija viene implementando un seguro de carácter universal para el conjunto de su población, el municipio de El Alto tiene un seguro Escolar, el municipio de Santa Cruz tiene proyectado un seguro universal, y el Departamento de Beni está desarrollando un seguro universal aún incipiente. A nivel nacional, la presencia de la Brigada Médica Cubana tiene el fin de extender la cobertura de prestaciones médicas especialmente en el área rural. Asimismo, la actual gestión, está desarrollando el Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural y la institucionalización de la Medicina Tradicional.

Cuadro No. 1
Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna

	<i>Año base 1989</i>	<i>Meta 2015</i>
Mortalidad Infantil	96 por mil nacidos vivos	27 por mil nacidos vivos
Mortalidad Materna	416 por cien mil nacidos vivos	104 por cien mil nacidos vivos

Fuente: ENDSA 2003 y proyecciones

La reconfiguración del Estado Nacional obligará en un futuro inmediato a construir un nuevo modelo sanitario, basado en las autonomías departamentales, y deberán implementar profundos cambios en el modelo de gestión y en los niveles de atención. Además de los altos niveles de mortalidad infantil y materna, la situación de salud en Bolivia se caracteriza por un cuadro de morbi-mortalidad causado fundamentalmente por enfermedades transmisibles, las cuales son clasificadas en enfermedades endémicas y enfermedades epidémicas. En la categoría de endémicas se ubican la malaria, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, infecciones respiratorias agudas y diarreas (principalmente en población infantil). En la segunda categoría, destaca la incidencia del dengue y rabia humana, esta última, a consecuencia del aumento de la rabia animal, en algunas zonas del país. Sin embargo la sostenibilidad en las diferentes gestiones gubernamentales de los principales programas como el PAI, ha logrado la erradicación de la Poliomieltitis (1988) y el Sarampión (2001), así como una reducción significativa de la incidencia de la Difteria, el Tétanos, la Tos ferina y la Rubéola. Así mismo la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, y otras más, se han incrementado en los últimos años. Configurando un perfil epidemiológico de múltiple carga.

Estructura del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia está integrado por los tres clásicos subsectores: subsector público, subsector seguridad social y subsector privado. Dada la alta proporción de población indígena, la medicina tradicional tiene una indudable importancia como una alternativa en la atención de la salud de los bolivianos, aunque se tienen enormes limitaciones para conocer con precisión el volumen de servicios o recursos económicos que se canalizan a través de éste. A modo de síntesis, a continuación se describe el sub-sector público, por que es el de nuestro interés, por haberse enfocado en él las acciones de la Cooperación Española. El DILOS es la máxima autoridad en la gestión de salud dentro de cada municipio y se encarga de vigilar el cumplimiento de la política nacional de salud, la implementación del SUMI y la aplicación de programas que tengan prioridad para el municipio. Cada DILOS está conformado por el Alcalde Municipal o su representante (quien preside el DILOS), el Director Técnico del SEDES o su representante, y el presidente del Comité de Vigilancia o su representante. Las Redes de Salud, a su vez, están conformadas