



SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS  
DEL PROGRAMA DE APOYO  
AL SECTOR DE LA HIGIENE Y  
SALUD DE BASE (PROHISABA)

ENTE DE TUTELA: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

CONTRAPARTE: VICEMINISTERIO DE SERVICIOS BÁSICOS  
PREFECTURA DE TARIJA  
PREFECTURA DE POTOSÍ

DIRECTOR NACIONAL: JESUS ALBERTO YUTRONIC CORS  
JEFE ASISTENCIA TÉCNICA: JOSEPH LÓPEZ

DOCUMENTO ELABORADO POR PACTO S.R.L.

SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO: JACK MATIJASEVIC MOSTAJO  
RESPONSABLE NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL PROHISABA

APOYO TÉCNICO: LUCA CITARELLA  
OFICIAL DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y SALUD DE LA DUE

FOTOGRAFÍAS: GUISEPPE IAMELE

DISEÑO GRÁFICO: NATALIA CAMPERO ROMERO

LA PRESENTE PUBLICACIÓN HA SIDO ELABORADA CON LA ASISTENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA. EL CONTENIDO DE LA MISMA ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROYECTO PROHISABA Y EN NINGÚN CASO DEBE CONSIDERARSE QUE REFLEJA LOS PUNTOS DE VISTA DE LA UNIÓN EUROPEA.



SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS  
DEL PROGRAMA DE APOYO  
AL SECTOR DE LA HIGIENE Y  
SALUD DE BASE (PROHISABA)

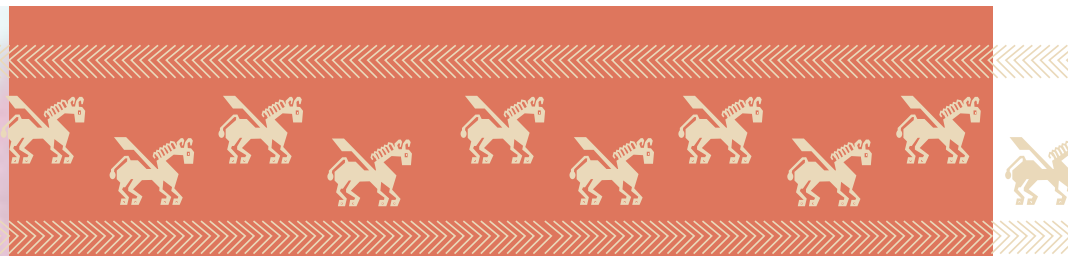




**EL RESPETO A LAS  
CULTURAS, ANTE TODO.**



Giuseppe Iamele



PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	9
1. LINEAMIENTOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN	12
1.1 El eje de la sistematización	12
1.2 Objetivos y productos de la sistematización	13
a. Objetivo general	13
b. Objetivos específicos	13
c. Principales productos de la sistematización	13
1.3 Resumen metodológico	14
2. LA EXPERIENCIA GLOBAL INSTITUCIONAL DEL PROHISABA	17
2.1 Recuperación de procesos y contenidos	17
a. Recuperación de etapas de la experiencia	17
b. Niveles de la experiencia	19
c. Componentes de la experiencia	20
d. Marco institucional	22
e. Situación inicial - Línea de Base	25
f. Zona geográfica de intervención y beneficiarios del programa	27
2.2 Prácticas de la experiencia	29
a. Líneas de acción y ejes transversales	29
b. Enfoques y estrategia	31
c. Plan de sostenibilidad	32
2.3 Síntesis de resultados de la experiencia	34
2.4 Reflexión y lecciones aprendidas	35
a. Introducción	35
b. El apoyo brindado a la estrategia de salud pública	35
c. El rol y la lógica de intervención del PROHISABA	36
d. Criterios para priorizar los determinantes clave para una intervención	37
e. Síntesis de la reflexión realizada y de las lecciones aprendidas	39
i. El apoyo a la estrategia de salud pública en distintos niveles	39
ii. El rol y la lógica de intervención del PROHISABA	40
iii. El desafío de la bisectorialidad	40
iv. El trabajo en regiones heterogéneas	41
v. El modelo institucional con autonomía de gestión	41
vi. Interculturalidad	44
vii. Sostenibilidad	45
3. DOCE EXPERIENCIAS ESPECÍFICAS	47
3.1 Plan Agentes de Cambio: una estrategia de sostenibilidad mediante el cambio conductual en la población	49
a. Un repaso del contexto	49
b. El proceso de construcción del Plan Agentes de Cambio	50
c. Contenidos de la experiencia	51
d. Prácticas de la experiencia	52
e. Resultados	55
f. Lecciones aprendidas	56
3.2 Desarrollo de instrumentos de gestión en salud y saneamiento básico	58
a. Un repaso del contexto	58



Giuseppe Iamelle

# PROCESOS INTERCULTURALES.





b. Procesos referidos al desarrollo de instrumentos de gestión	59
c. Contenidos de la experiencia	62
d. Prácticas de la experiencia	65
e. Resultados	66
f. Lecciones aprendidas	66
3.3 Conformación de redes sociales, a partir de procesos participativos	68
a. El contexto del trabajo con la comunidad y las redes sociales	68
b. Procesos de conformación de redes sociales	69
c. Contenidos de la experiencia	71
d. Prácticas de la experiencia	72
e. Resultados de la experiencia	75
f. Lecciones aprendidas	76
3.4 Disposición final de residuos sólidos en establecimientos de salud	78
a. Un repaso del contexto	78
b. Proceso de la experiencia	78
c. Contenidos de la experiencia	79
d. Prácticas contempladas en la experiencia	80
e. Resultados de la experiencia	80
f. Lecciones aprendidas	81
3.5 Plan Integral de Mantenimiento para establecimientos de salud de primer nivel	83
a. Un resumen del contexto	83
b. Procesos referidos al Plan Integral de Mantenimiento	83
c. Contenidos de la experiencia	85
d. Prácticas de la experiencia	85
e. Resultados del Plan de Mantenimiento Integral	87
f. Lecciones aprendidas	88
3.6 Infraestructura y equipamiento con perspectiva intercultural (enfoque de salud intercultural)	90
a. Un repaso del contexto	90
b. Procesos relacionados a la infraestructura y equipamiento	90
c. Contenidos de la experiencia	91
d. Prácticas de la experiencia	92
e. Resultados de la experiencia	93
f. Lecciones aprendidas	94
3.7 Articulación de la medicina biomédica con la tradicional	95
a. Un repaso del contexto	95
b. Procesos para la articulación	97
c. Contenidos de la experiencia	98
d. Prácticas que formaron parte de la experiencia	99
e. Resultados de la experiencia	101
f. Lecciones aprendidas	102
3.8 Capacitación en interculturalidad	104
a. Un repaso del contexto	104
b. Proceso de construcción de acciones de capacitación intercultural	104
c. Contenidos de la experiencia	105
d. Prácticas de la experiencia	106
e. Resultados de la experiencia	107

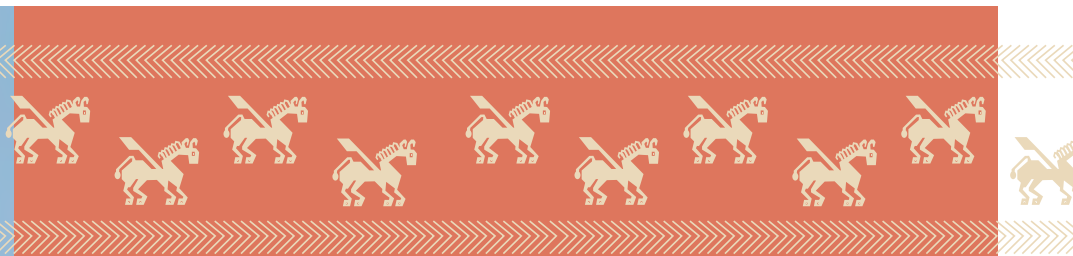


**APRENDIZAJES  
CONTINUOS.**

Giuseppe Iamele







f. Lecciones aprendidas	108
3.9 Procesos de implementación de estrategias de fortalecimiento a Farmacias Institucionales Municipales	109
a. El contexto de la implementación	109
b. Procesos de la experiencia	110
c. Contenidos de la experiencia	111
d. Prácticas de la experiencia	112
e. Resultados de la experiencia	114
f. Lecciones aprendidas	114
3.10 Desarrollo de la Estrategia Social de Desarrollo Comunitario en la implementación de proyectos	116
a. El contexto de la sostenibilidad y autogestión de las inversiones	116
b. Procesos de la estrategia DESCOM	116
c. Contenidos de la estrategia DESCOM	118
d. Prácticas contempladas en la experiencia	120
e. Resultados de la experiencia	123
f. Lecciones aprendidas	123
3.11 Agua segura mediante plantas de tratamiento: Filtración en Múltiples Etapas	126
a. Un repaso del contexto	126
b. Procesos vinculados a la implementación de plantas FIME	126
c. Contenidos de la experiencia	127
d. Prácticas de la experiencia	128
e. Resultados de la experiencia	129
f. Lecciones aprendidas	130
3.12 Conformación del Comité Técnico Departamental de Agua, Saneamiento y Vivienda en Tarija y de la Red Departamental de Apoyo al Sector de Saneamiento Básico en Potosí	132
a. Repaso del contexto	132
b. Proceso de conformación del comité-red	133
c. Contenidos	134
d. Prácticas	135
e. Resultados	135
f. Lecciones aprendidas	136
Anexos en el DVD por experiencia	138
GLOSARIO	156
ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES	159

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Recuperación de etapas	17
Cuadro 2.	Niveles de intervención del programa	18
Cuadro 3.	Entes de tutela del PROHISABA	21
Cuadro 4.	Instituciones involucradas en el desarrollo del programa	21
Cuadro 5.	Estratos de salud en los departamentos de Tarija y Potosí	24
Cuadro 6.	Índice de Determinación en el Estado de Salud	25
Cuadro 7.	Relación de zonas de intervención del programa	26
Cuadro 8.	Beneficiarios del programa	27
Cuadro 9.	Acciones del programa	27
Cuadro 10.	Ejes transversales del programa	29
Cuadro 11.	Relación de resultados globales del PROHISABA	33
Cuadro 12.	Relación de resultados por componente	33
Cuadro 13.	Experiencias según sector y nivel de intervención	46
Cuadro 14.	Experiencias según sector de intervención y componentes del programa	47
Cuadro 16.	Participantes y sus roles, caso de Potosí	54
Cuadro 17.	Participantes y sus roles, caso de Tarija	54
Cuadro 18.	Intervención de actores en la experiencia	73
Cuadro 19.	Actores involucrados en la experiencia	80
Cuadro 20.	Actores involucrados en la experiencia	92
Cuadro 21.	Actores involucrados en la experiencia	100
Cuadro 22.	Actores involucrados en la experiencia	107

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Esquema de sistematización para la recuperación del conocimiento	12
Figura 2.	Síntesis de los objetivos y resultados del PROHISABA	21
Figura 3.	Esquema de implementación del PROHISABA	24
Figura 4.	Porcentaje de hogares en el estrato de salud “aceptable”	26
Figura 5.	Estrategia según niveles de intervención	32
Figura 6.	Lógica de intervención del programa	38





**UNA VISIÓN SOSTENIBLE.**

AGUA PARA TODOS.



# PRESENTACIÓN



El PROHISABA, durante los años de trabajo (2002-2008) realizado en los departamentos de Potosí y Tarija, llevó adelante una importante suma de actividades que paulatinamente se fueron convirtiendo en experiencias que contribuyeron a la reducción de las desigualdades en el estado de salud de la población.

La falta de documentación sobre sistematización de experiencias es un problema común en nuestro medio. Si se habla de las características de programas como el PROHISABA, encontrar información documentada que detalle los procesos, contenidos, metodologías empleadas, estrategias e instrumentos, es aún más complicado. A ello se suma el particular cuidado que demanda el desarrollo de experiencias sostenibles, y que aporten conocimientos para ser implementadas posteriormente en nuevos escenarios y con nuevos actores.

El presente documento intenta constituirse en un aporte al conocimiento público, priorizando las experiencias más significativas del programa.

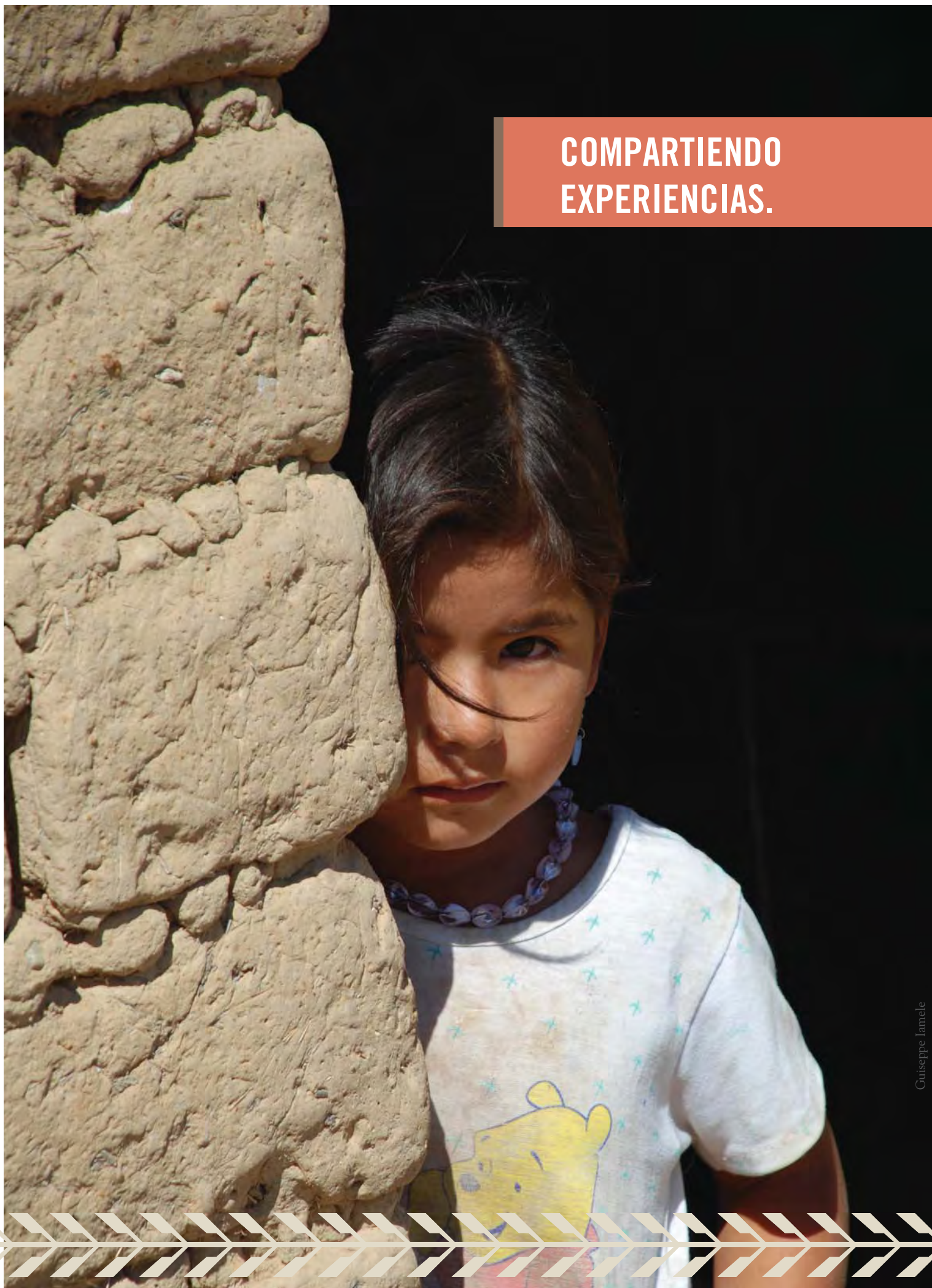
El documento tiene las siguientes finalidades:

- Publicar estas experiencias para que las contrapartes -nacionales, prefecturales y municipales- las tomen como referencia en la continuidad de sus procesos.
- Consolidar la sostenibilidad de las experiencias realizadas.
- Difundir los resultados de las experiencias para replicar las prácticas y contenidos obtenidos en otros ámbitos regionales, de tal manera que el beneficio alcance a mayores estratos poblacionales en los departamentos de intervención, como en otros del ámbito nacional.

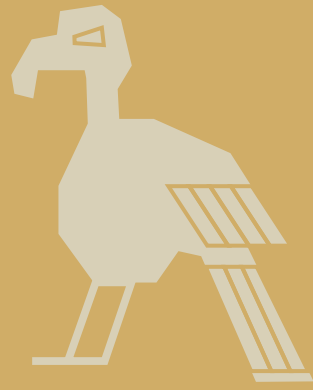
Creemos que este documento, mas allá de recopilar y ordenar de manera científica algunas de las prácticas y procesos que han generado lecciones aprendidas, servirá también de documento de consulta para otras entidades que inicien procesos similares y que estén interesadas en replicar un modelo previamente establecido.

Bajo esta premisa, agradecemos a quienes participaron activamente en la recopilación histórica de nuestras actividades, tanto a las autoridades como a los técnicos de las instituciones de contraparte. Agradecemos también a los consultores, quienes con su valioso aporte hicieron posible la realización de este trabajo.

**COMPARTIENDO  
EXPERIENCIAS.**



# PRESENTACIÓN



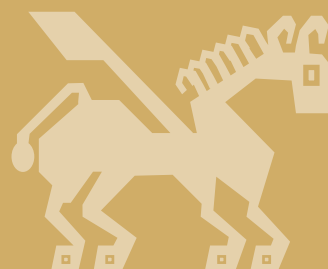


**APOYANDO CON INTERVENCIONES  
BISECTORIALES.**





## INTRODUCCIÓN



*E*n el 2006 el Gobierno de Bolivia aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, documento que vincula intersectorialmente los sectores de salud y saneamiento básico, los cuales -a su vez- cuentan con el apoyo del Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base. Ese mismo año, el Ministerio de Salud y Deportes difundió las “Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010” y en su primera fase de planificación se definió: la visión, los principios y las políticas del sector salud, a partir de la identificación de fortalezas, potencialidades y principales problemáticas.



Giuseppe Iamele

En el marco de la Cumbre del Milenio, Bolivia asumió el compromiso de trabajar en torno a ocho áreas fundamentales u Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para alcanzar los objetivos de desarrollo económico y social del Estado boliviano. La importancia de los ODM radica en la relación existente entre ellos, puesto que se refuerzan recíprocamente en un marco encaminado a mejorar el desarrollo humano en general. Los ODM presentan una visión centrada en la salud y la educación y se encuentran en proceso de implementación a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Por otra parte, el objetivo principal y global de la cooperación de la Unión Europea (UE) es la erradicación de la pobreza en el contexto del desarrollo sostenible, así como la consecución de los ODM, que incorporan el tema de la salud como un elemento prioritario. A partir de enero de 2006, la política global de la UE da un giro en la búsqueda por alcanzar la coherencia con las acciones priorizadas por el nuevo gobierno, reflejadas en el PND 2006-2010 y centradas en la reducción de la pobreza, a través de la generación de ingresos y de empleo.

A fines de 2006 la UE adoptó un nuevo Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) alineado tanto con el PND como con el Plan de Desarrollo Sectorial en Salud 2006-2010 “Movilizados por el derecho a la salud y la vida”, a partir del cual se asigna a Bolivia una dotación indicativa de € 234 millones para el período 2007-2013 a ser utilizados en programas de salud, educación, generación de ingresos y seguridad alimenticia, entre otros.

Los objetivos, acciones y el enfoque bisectorial (es decir el trabajo conjunto de salud y saneamiento básico) del PROHISABA, financiado principalmente por la UE y el Gobierno de Bolivia, han estado alineados y han contribui-



Giuseppe Iamelle

do significativamente a los planes arriba mencionados, habiendo apoyado a los sectores de salud y saneamiento básico de nuestro país con acciones en los departamentos de Tarija y Potosí, durante el periodo 2002-2008. El programa se enmarca, además, en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), en las reformas del sector de salud, en el Plan Bolivia sector agua y saneamiento y el Plan Estratégico de Servicios Básicos.

El 2008 el PROHISABA llega a su fase final y cumple su ciclo de intervención, y el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) ve la necesidad de obtener una interpretación crítica y objetiva de toda la experiencia implementada en Tarija y Potosí durante esos años, esperando que, a partir del ordenamiento y reconstrucción de las intervenciones y actividades o su sistematización, se descubra y explicita la lógica del proceso vivido, los determinantes, condicionantes y su interrelación.

El principal propósito de la sistematización de las experiencias del PROHISABA es “realizar una socialización de este conocimiento al MSD y a otras instancias del Gobierno de Bolivia, así como a diversas entidades involucradas en temas de desarrollo” para que, de esta forma, un abanico de instituciones tengan la posibilidad de ser partícipes de la complementación, apropiación y utilización de dichas experiencias para la formulación y mejora de las políticas nacionales y de las acciones o intervenciones a ser emprendidas en los sectores de salud y saneamiento básico del país.

El objetivo general de la sistematización apunta a “comprender, de manera participativa y crítica, la elaboración y aplicación de las experiencias vividas desde y por el PROHISABA y plantear recomendaciones que permitan mejorar y difundir las experiencias que sean institucionalizadas en los sectores de salud y saneamiento básico”, respecto de:



1. **La prevención de la salud:** mejoramiento, ampliación y construcción de nuevos sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento en poblaciones de 450 y 10,000 habitantes.
2. **El refuerzo a la capacidad operacional del sector salud:**
  - a. La rehabilitación, ampliación y construcción de infraestructura en salud.
  - b. La dotación de equipamiento de unidades de salud del primer nivel de atención.
  - c. El desarrollo de mecanismos de sostenibilidad en el mantenimiento y reposición de materiales y equipos.
  - d. La formación de personal sanitario.
3. **El fortalecimiento institucional:** a las instituciones de los sectores de salud y saneamiento básico, dando énfasis a los componentes estructurales organizativos y financieros, garantizando la armonización de los procedimientos administrativos y de formación de personal, la creación de sistemas de referencia y resolución, y la gestión de recursos humanos.

La documentación resultante de este trabajo constituye un material de consulta, reflexión y capacitación, que brinda a los tomadores de decisiones, al personal técnico, a los líderes comunitarios y a otros, ejemplos de acciones en ámbitos tanto locales, regionales (comunitario, municipal y departamental) como normativos (ministerios y viceministerios). Se trata de acciones que han contribuido a la resolución de problemas, y a través de las cuales se han recogido las necesidades de las poblaciones, a la vez que se han identificado los aspectos que deben considerarse para llevar adelante procesos acertados de aprendizaje y adaptación.

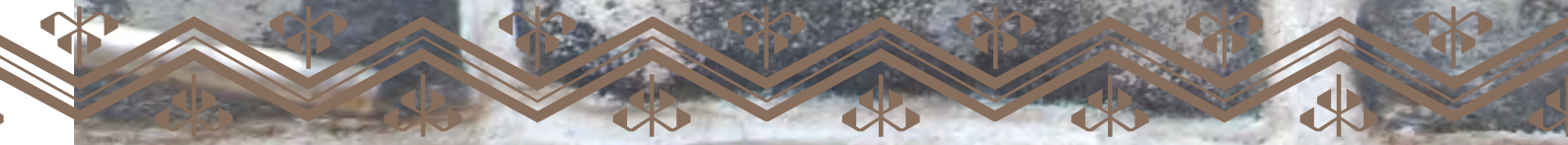


Cada una de las experiencias trabajadas fue estructurada para intercambiar conocimientos, lecciones aprendidas, procesos, herramientas prácticas, modelos, contenidos y resultados sobre los sectores de salud y saneamiento básico, y que con las modificaciones y ajustes pertinentes puedan ser replicadas en otras comunidades rurales o regiones periurbanas.

Este documento da cuenta de trece experiencias. La primera sección presenta una explicación de los lineamientos de la sistematización. La segunda sección presenta la experiencia global del PROHISABA en su conjunto; y finalmente, la tercera sección presenta doce experiencias específicas que derivan de las intervenciones realizadas.

Esta publicación contiene las experiencias organizadas según sector y área temática. Adicionalmente, cada una de las experiencias incluye los siguientes aspectos: información general del contexto, procesos, contenidos, prácticas, resultados, factores facilitadores y limitantes, y lecciones aprendidas.

Se cuenta también con una guía para la documentación que se presenta en los anexos adjuntos en un disco en formato DVD, el cual fue diseñado para facilitar el acceso a esta información y para proporcionar al lector recursos para profundizar cada tema. El disco DVD incluye el contenido de las experiencias, información adicional y documentos de soporte.



**PROCESOS  
PARTICIPATIVOS.**



## LINEAMIENTOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN

# 01

*En este trabajo se entiende a la sistematización como un proceso de reflexión que pretende ordenar los procesos, las prácticas y los resultados de un proyecto, buscando explicar el curso que éste asumió. Se llevó adelante un proceso de generación-creación participativa de conocimientos teórico-prácticos, bajo el entendido de que el conocimiento<sup>1</sup> es todo lo que un actor (persona o institución) utiliza para generar comportamientos, actitudes y acciones dirigidas hacia un determinado objetivo. La sistematización de las experiencias del PROHISABA permitió estructurar el conocimiento para que pueda ser comunicado y socializado (ver figura 1) en los distintos ámbitos institucionales.*

1. Concepto extraído de la Guía de Sistematización, GTZ. Conocimiento es todo lo que se tiene y que ayuda a interpretar el entorno y, en consecuencia, ayuda a actuar.

Figura 1. Esquema de sistematización para la recuperación del conocimiento



Fuente: Elaboración propia.

Durante la sistematización de las experiencias<sup>2</sup> del PROHISABA se trabajó en la recuperación del conocimiento generado por el conjunto de actores (personas o instituciones) que formaron parte de las acciones del programa. Se reflejaron tanto los aspectos positivos como negativos del desarrollo de cada una de las experiencias. La sistematización es fruto de un trabajo de equipo multidisciplinario que tuvo seis meses de duración.

### 1.1 EL EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

El PROHISABA definió el eje de la sistematización de experiencias de la siguiente manera:

***“Cómo el PROHISABA logró reducir la desigualdad en el estado de salud de la población mediante intervenciones bisectoriales”.***

2. Sistematizar es recoger científicamente y ordenadamente las experiencias acumuladas en el desarrollo de los procesos o actividades de un programa o programas, haciendo una reflexión de manera crítica y auto-crítica de las mismas en sus aspectos positivos y negativos, de tal manera que éstas sirvan para generar conocimiento, el cual permita, a su vez, construir procesos similares pero mejorados con base en lo realizado.





## 1.2 OBJETIVOS Y PRODUCTOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

A continuación se detallan los objetivos y los productos del proceso de sistematización de experiencias.

### a. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es comprender, de manera participativa y crítica, la elaboración y aplicación de las experiencias vividas desde y por el PROHISABA- y plantear recomendaciones que permitan mejorar y difundir dichas experiencias para que sean institucionalizadas en los sectores de salud y saneamiento básico, respecto a:

1. La prevención de la salud.
2. El refuerzo a la capacidad operacional del sector salud.
3. El fortalecimiento institucional.

### b. Objetivos específicos

Los objetivos específicos del trabajo de consultoría son tres:

1. Identificar participativamente las experiencias, procesos, resultados, prácticas y contenidos a través de la aplicación de criterios definidos por el PROHISABA.
2. Recopilar información de manera ordenada y clasificada de las experiencias identificadas, incluyendo procesos, prácticas, contenidos y resultados.
3. Analizar e interpretar, de manera integral y participativa, la información obtenida de las experiencias: procesos, prácticas, contenidos y resultados.

### c. Principales productos de la sistematización

Los productos de la sistematización sintetizan, analizan e interpretan de forma participativa las experiencias, contribuyendo a la descripción objetiva de cada una de ellas. Los productos son:

1. El documento, que engloba trece experiencias priorizadas por el PROHISABA; incluye la experiencia institucional global y el conjunto de doce experiencias específicas.
2. El documento que resume y sintetiza el conjunto de las trece experiencias sistematizadas.



3. El video que resume los principales aspectos de la experiencia global del programa.
4. El disco DVD que incluye la información complementaria incluida en los anexos de cada una de las experiencias.

Finalmente, las siguientes dos secciones presentan la experiencia global del PROHISABA y un conjunto de doce experiencias específicas, respectivamente.

### 1.3 RESUMEN METODOLÓGICO

La metodología utilizada contempló tres fases de trabajo:


**Fase I: Identificación participativa de las experiencias y sus procesos, resultados, prácticas y contenidos, a través de la aplicación de criterios definidos por el PROHISABA.**

La primera parte de este proceso consistió en la identificación y documentación de las experiencias y en la validación de la información, siguiendo los criterios establecidos inicialmente. Durante la identificación se aplicaron los doce criterios definidos en los Términos de Referencia (TDR). Fue muy relevante el hecho de contar con la participación de los personeros del PROHISABA, la Delegación de la Unión Europea (DUE) y representantes del MSD. Aproximadamente una treintena de funcionarios del PROHISABA participó en un taller que permitió la identificación de las trece experiencias. La etapa se inició a fines del mes de enero del 2008 y finalizó en febrero del mismo año.

**Fase II: Recopilación de información de manera ordenada y participativa de las experiencias identificadas, incluyendo procesos, prácticas, contenidos y resultados.**

A la identificación de experiencias, que cumplieran con criterios de relevancia e interés, le siguieron la recopilación y el análisis de información secundaria y la realización de entrevistas a los actores y visitas de campo y ciudad. Se visitaron los diversos proyectos del PROHISABA, ubicados en los departamentos de Potosí y Tarija, para obtener la información primaria necesaria y los materiales complementarios.

Esta etapa se hizo énfasis en el trabajo de campo para la recopilación de información primaria (y en menor grado secundaria) por medio de la realización de reuniones individuales y grupales, entrevistas semi-estruc-



turadas a informantes clave y talleres y/o grupos focales, que contaron con la participación de representantes de los actores involucrados en el programa, tanto institucionales como individuales. Entre los actores principales, destacan los siguientes: DUE, MSD, VSD, SEDES, UNASBVI, representantes municipales, comunidades beneficiarias y funcionarios del PROHISABA, entre otros. Esta etapa abarcó el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2008. La sección de anexos presenta información detallada de las instituciones contactadas y partícipes en dicho periodo.

### Fase III: Análisis e interpretación de manera integral y participativa de la información obtenida de las experiencias identificadas, procesos, prácticas, contenidos y resultados.

Posteriormente, se llevó adelante un proceso de análisis, interpretación y validación de cada una de las experiencias. Se debe mencionar que la revisión de cada una de ellas, así como la complementación de información, se la realizó con los actores de los proyectos. Asimismo, este proceso contó con la participación de expertos en temáticas de los sectores de salud y saneamiento básico. De esta forma, el proceso de análisis, interpretación y sistematización de la información contó con una amplia participación de profesionales de diversas instituciones especializadas que trabajan en los sectores mencionados, desde instancias gubernamentales hasta instituciones de cooperación internacional y organismos no gubernamentales. Por ejemplo, se puede mencionar al MSD, VSB, Ministerio del Agua, OPS, PNUD, GTZ, etc. Durante esta etapa -que se extendió de mayo a agosto- se realizaron consultas a especialistas sectoriales, contemplando para ello cuatro grupos de experiencias que aglutinaron al conjunto de las trece experiencias antes mencionadas:

- **Experiencias en salud y saneamiento básico (4):** participaron diez especialistas de los cuales uno era representante del MSD.
- **Experiencias en salud (5):** participaron diez especialistas de los cuales dos eran representantes del MSD.
- **Experiencias en saneamiento básico (3):** participaron nueve especialistas de los cuales uno era representante del MSD.
- **Experiencia global institucional (1):** participaron seis especialistas de los cuales dos eran representantes del MSD.

### Herramientas metodológicas y conceptos utilizados en las distintas fases

Para abordar el proceso de sistematización de la experiencia, se consideró principalmente el enfoque de aproximaciones a diferentes actores y pro-



cesos, en el marco de las experiencias priorizadas. También se tomaron en cuenta los ejes estratégicos, sectores y niveles que forman parte de la intervención del PROHISABA.

La metodología propuesta consideró una perspectiva enteramente participativa, con la aplicación de un conjunto de entrevistas con guías semi-estructuradas, grupos focales, herramientas de los Sistemas de Análisis Social (SAS) y observación participante. La aplicación de estas herramientas estuvo dirigida a los actores involucrados en los alcances del trabajo y en el accionar del PROHISABA.

En cuanto a las consideraciones conceptuales<sup>3</sup>, se utilizaron técnicas participativas que responden a principios y valores profundos de diálogo sinérgico e interaprendizaje y que ponen en movimiento a los conocimientos y la capacidad analítica, creativa y propositiva de los grupos locales. Como parte del trabajo, el equipo de facilitadores-investigadores manejó categorías conceptuales como principios, para lograr un proceso de sistematización que funcione bajo el enfoque de la investigación colaborativa. Se utilizó, por ejemplo, el conocimiento local, entendido como la capacidad de abstracción colectiva para remoldar los dominios sociales y naturales por medio de la práctica. También se utilizó el concepto de desarrollo local, que evoca la unión de los objetivos sociales y económicos en un marco de participación social efectiva para la construcción de comunidades. Una de las herramientas más importantes fue la construcción de mapas mentales, cuyo fin es “mapear” el conjunto de actores, procesos, prácticas, vínculos o nexos con sectores, actores y otros proyectos. (ver figura 2)

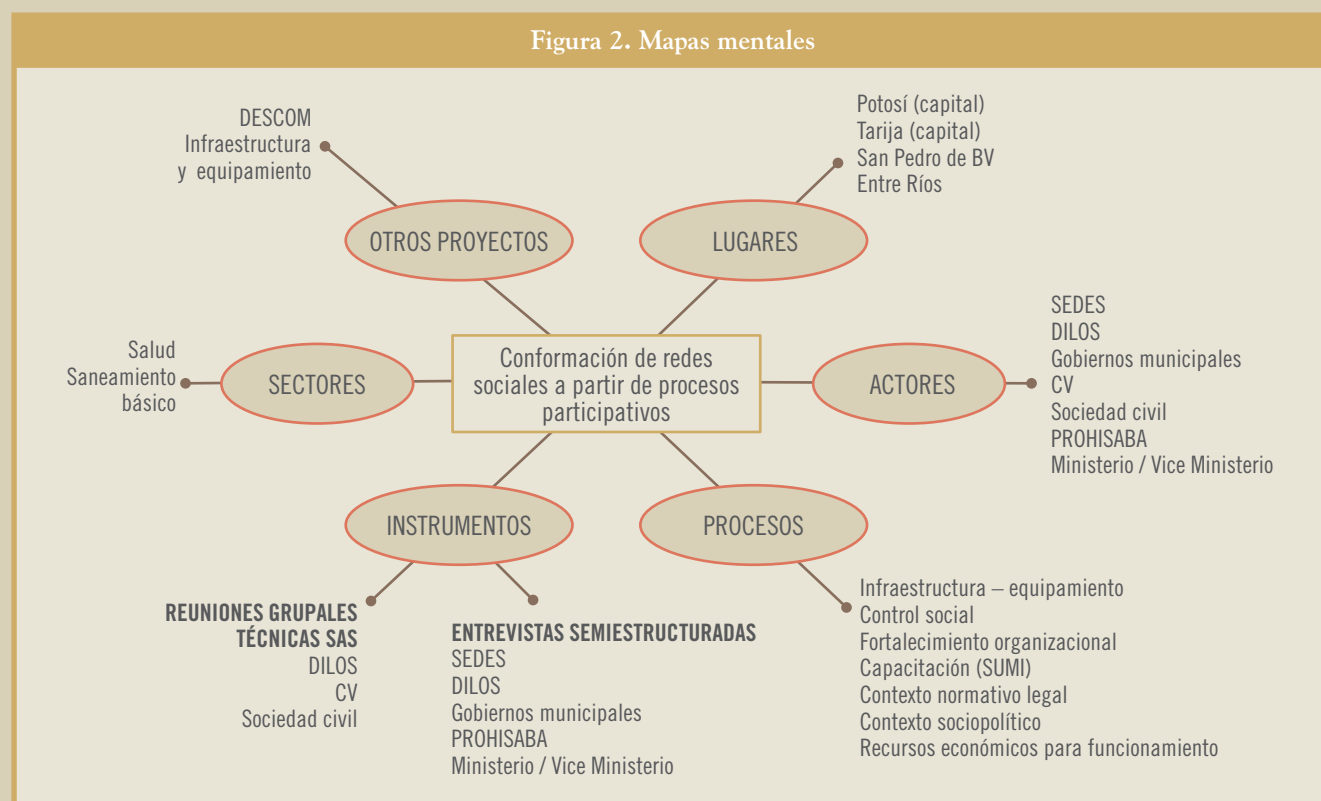
A lo largo del proceso de diálogo y consulta con los actores (grupales e

3. La conceptualización y sus explicaciones, en gran medida, corresponden a la RMD, ACEDI Canadá, 2006.



institucionales), se aplicaron las llamadas técnicas SAS como mecanismos de valoración objetiva que permiten obtener percepciones más precisas de los resultados, procesos, prácticas, medios y cambios generados por la intervención del proyecto.

Figura 2. Mapas mentales



Fuente: Elaboración propia.

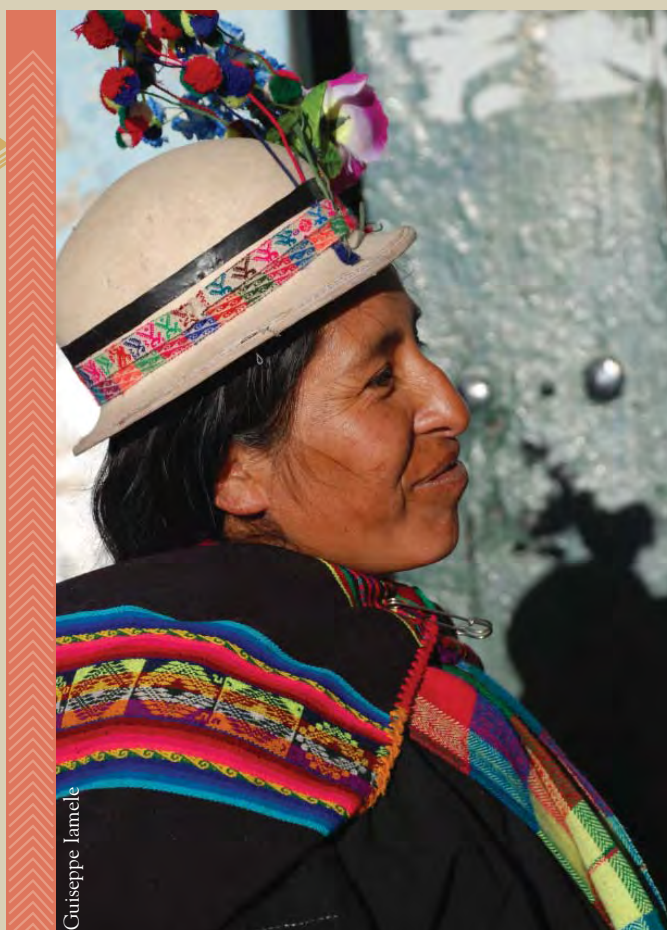




LA EXPERIENCIA  
GLOBAL  
INSTITUCIONAL  
DEL PROHISABA

O2

*El Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base es un programa de apoyo a los sectores de salud y saneamiento básico de Bolivia. Inició sus actividades en agosto de 2001 en los departamentos de Tarija y Potosí y se prevé su finalización en septiembre de 2008. Está financiado por la Unión Europea y las correspondientes contrapartes nacionales: Prefectura de Tarija, Prefectura de Potosí, gobiernos municipales de intervención y comunidades beneficiarias.*



Giuseppe Iamete

## 2.1 RECUPERACIÓN DE PROCESOS Y CONTENIDOS

El PROHISABA nació como resultado de los esfuerzos compartidos entre la Unión Europea y el Estado boliviano en el marco de la Estrategia Boliviana de reducción de la Pobreza (EBRP).

El programa tiene como fin mejorar las condiciones de vida de las poblaciones de los departamentos de Tarija y Potosí mediante la mejora de los servicios de salud, la ampliación de la cobertura de agua potable y saneamiento, y el fortalecimiento de las instituciones intermedias. Inició sus actividades en agosto de 2001 y actualmente se encuentra en su última fase, teniendo prevista su finalización en septiembre de 2008.

El programa goza de autonomía de gestión y tiene como ente de tutela al MSD, la responsabilidad del control y coordinación de las tareas confiadas en el Convenio de Financiamiento y en los POA aprobados (ver anexos) recae en una Dirección Nacional. El PROHISABA contó con un presupuesto de € 25 millones de parte de la UE y de € 5 millones de la contraparte nacional.

Como parte del marco general de repaso, los anexos 1 y 2 presentan un análisis del contexto institucional del PROHISABA y de la coherencia entre la estrategia de cooperación de la Unión Europea y los planes del Gobierno nacional.





#### a. Recuperación de etapas de la experiencia

La recuperación del proceso de la experiencia consistió en la visualización de lo sucedido, no solo de lo programado, considerando los diversos actores en el proceso<sup>4</sup> (equipo, contrapartes, grupo meta). El contexto en el cual se implementó el PROHISABA estuvo caracterizado por los cambios en la esfera política del país que tuvieron implicancias directas e indirectas en los avances de la ejecución. El programa se inició en el 2002 durante el gobierno de Jorge Quiroga, y su ejecución contempló una Co-Dirección entre un responsable europeo y un responsable nacional. Posteriormente, la ejecución continuó durante la presidencia de Gonzalo Sánchez de Lozada (2002 y 2003). Debido a esos cambios de gobierno, durante los dos primeros años de existencia del programa se alcanzó una baja ejecución, del orden del 5%. Posteriormente, durante las presidencias de Carlos D. Mesa Gisbert y Eduardo Rodríguez Beltzé (2003 a 2005), los respectivos cambios ministeriales que ocurrieron en cada una de esas gestiones de gobierno amenazaron la continuidad del programa, situación que no llegó a concretarse. En septiembre del 2004 se realizó una modificación al modelo del programa; es decir, desde una Co-Ejecución hacia una Dirección-Nacional que se hizo efectiva a partir de agosto del 2005. Precisamente, hasta ese año se mantuvo la baja ejecución del proyecto de infraestructura, considerado el más fuerte. El 2006 se alcanzó una ejecución de 109% y el 2007 el 110% sobre lo presupuestado. Finalmente, en el actual periodo de gobierno de Evo Morales Ayma, el PROHISABA alineó su trabajo al PND “Para vivir bien” 2006-2011.

4. También se aborda la razón por la cual se incluyó algo no programado y/o no se ejecutó algo programado.

El siguiente cuadro presenta la reconstrucción de las etapas mencionadas:

Cuadro 1. Recuperación histórica de PROHISABA

PERIODO	ETAPAS
1998-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>El Ministerio de Salud y Deportes (ex Ministerio de Salud y Previsión Social)</b>, a principios de 1998, emprende la tarea de buscar apoyo de la comunidad internacional para el proceso de reforma sectorial. La Comisión de la Unión Europea y su delegación en el país, responden a esta iniciativa con la creación del Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base – PROHISABA.</li> <li>• <b>Primera misión de identificación (22 de julio /13 de agosto de 1998)</b>. Se identificaron los componentes de apoyo para una actuación en los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija: fortalecimiento institucional, fortalecimiento de la red de servicios con infraestructuras, equipamiento e insumos médicos, programas para combatir las enfermedades más difundidas y acciones de capacitación en las áreas más vulnerables de la población boliviana.</li> <li>• <b>Segunda misión de identificación (28 de febrero / 15 de marzo de 1999)</b>. El departamento de Chuquisaca recibe la aprobación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por lo que sólo los departamentos de Tarija y Potosí son visitados durante esta segunda misión. Los principales resultados fueron: incorporación al programa del componente de agua y saneamiento, la previsión de mecanismos de coordinación entre donantes y la definición del área de intervención dentro de los departamentos de Tarija y Potosí.</li> <li>• <b>Convenio de financiación específico (11 de diciembre de 2000)</b>, en conformidad con el convenio-marco firmado el 25 de febrero de 1999 por la comisión y el Gobierno de Bolivia, se suscribe el convenio de financiación específico con una contribución no reembolsable de 25 millones de euros por parte de la UE y una contribución financiera del Estado boliviano de cinco millones de euros y un periodo de ejecución previsto de cinco años a partir de la implementación de la unidad de gestión. El honorable Congreso Nacional, mediante Ley No. 2239 de 31 de julio de 2001, aprobó y ratificó dicho convenio.</li> </ul>
2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Misión de arranque (28 de agosto de 2001 y el 15 de marzo de 2002)</b>, con el fin de acortar el periodo inicial del programa, la comisión determinó enviar una misión de arranque que permitiera el despegue del programa y la realización de las primeras actividades.</li> <li>• <b>Constitución de la Unidad de Gestión (10 de julio de 2002)</b>, con la llegada al país del Co-Director europeo y la disposición del Co-Director nacional se conformó la Unidad de Gestión.</li> <li>• <b>Aprobación de los primeros instrumentos de trabajo y de gestión</b>. Las autoridades de tutela aprueban el Plan Operativo Provisional (POP) en septiembre de 2002; en junio de 2003 el Plan Operativo Global (POG) y en septiembre de 2003 el Plan Operativo Anual N° 1.</li> <li>• <b>Convenios con las prefecturas</b>. En diciembre de 2003 el MSD firma convenios con las prefecturas de Tarija y Potosí con el objeto de delegar en estas instancias la contraparte operacional para la ejecución del PROHISABA.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 1. Recuperación histórica de PROHISABA (continuación)

PERIODO	ETAPAS
2004-2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plan de emergencia.</b> En agosto de 2004 el Consejo Consultivo modifica los compromisos del POA 1 y aprueba un plan de emergencia que centra las acciones en aquellas de alto impacto físico y financiero.</li> <li>• <b>Adenda al convenio de financiamiento específico.</b> En septiembre de 2004 se redacta la adenda N° 1 al convenio de financiamiento específico, que modifica el modelo de gestión del programa, desde una Co-Ejecución hacia una Dirección Nacional, a partir de agosto de 2005.</li> <li>• <b>Acuerdo de delegación.</b> En julio de 2005 se firma el acuerdo de delegación mediante el cual el MSD delega al Director Nacional del PROHISABA la responsabilidad y ejecución total del programa.</li> <li>• <b>Convenio con el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS).</b> En enero de 2004 se firma un Convenio con el FPS con el fin de delegar a esa institución parte de la ejecución de preinversión e inversión en construcción de infraestructura de salud, agua y saneamiento, el mismo que hasta la fecha cuenta con cuatro adendas y tiene una duración total de dos años y diez meses.</li> <li>• <b>Evaluación de medio término.</b> En mayo de 2005 se realiza la misión de evaluación de medio término mediante un equipo consultor externo compuesto por un especialista en salud, un experto en infraestructura y un socio-economista que recomienda ampliar el plazo del programa 18 meses más para poder ver resultados e impacto.</li> <li>• <b>Plan de Sostenibilidad.</b> En mayo de 2005 se pone en marcha el Plan de Sostenibilidad a efectos de asegurar el mantenimiento de las obras y servicios de agua potable, saneamiento e infraestructura implementados y por concretarse.</li> </ul>
2006-2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De marzo a mayo de 2006 se reciben las misiones de auditoría externa y de apoyo.</b></li> <li>• <b>Adenda No. 2 del convenio de financiación específico.</b> En marzo de 2006 se firma la Adenda N° 2 del convenio de financiación específico, que modifica los rubros de presupuesto y el plazo de ejecución del programa hasta fines de 2008, según las recomendaciones de la misión de evaluación de medio término.</li> <li>• <b>Estrategia de sostenibilidad.</b> En julio de 2006 se elabora la estrategia de sostenibilidad de los servicios e infraestructura implementado, basada en el plan de sostenibilidad anteriormente elaborado. Considera aspectos jurídico-políticos e institucionales y la participación de las comunidades con sus características culturales específicas.</li> <li>• <b>Reformulación del marco lógico.</b> En diciembre de 2006 se reformula el marco lógico del programa realizando las correcciones recomendadas por la misión de evaluación de medio término.</li> <li>• <b>Sistematización de experiencias.</b> En enero de 2008 se inicia la sistematización de experiencias y lecciones aprendidas del programa mediante la contratación de una empresa consultora nacional.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.



Como se puede observar, durante los periodos antes mencionados la permanencia y los resultados del programa estuvieron en peligro. Sin embargo, el PROHISABA, en su calidad de unidad ejecutora externa, tuvo la habilidad de alinearse a las políticas de gobierno, superando los conflictos derivados de la inestabilidad política.

Actualmente existe un alineamiento de las contribuciones de la cooperación a los planes de gobierno, suponiendo que el sector salud no será capaz de solucionar sus problemas si actúa de forma aislada. Bajo el enfoque previo al PGDES 2006, el MSD no conducía la política del sector y no tenía la visión de la política sectorial, con lo cual cada cooperante elegía dónde y qué tipo de apoyo iba a brindar. Bajo el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), se busca que la ejecución de obras vaya de la mano de las políticas nacionales de salud. Este nuevo enfoque enfatiza en el fortalecimiento de las redes de servicio de salud en los niveles sectorial, departamental y municipal. A nivel nacional, esto fue más fácil de llevar a cabo. Sin embargo, a nivel prefectural y municipal, hubo enfrentamientos y falta de una comprensión de cómo llevar a cabo este proceso intersectorial bajo el nuevo modelo SAFCI. Sin duda, el PROHISABA tuvo dificultades, pero también tuvo la capacidad de trabajar exitosamente en los niveles que se describen a continuación.

## b. Niveles de la experiencia

En el ámbito operativo, la experiencia del PROHISABA contempló cuatro niveles que se presentan en el cuadro 2. El MSD corresponde al nivel 1 y es el ente que ejerce la rectoría del sector salud<sup>5</sup>. Al respecto, cada gestión de gobierno se caracterizó por presentar un documento de política nacional de salud. En el caso del PROHISABA, la institución fue versátil para adecuarse y alinear su trabajo de acuerdo a los ajustes de la política de tres gobiernos<sup>6</sup> en los periodos 1997-2002, 2003-2005 y 2006 a la fecha.

Cuadro 2. Niveles de intervención del programa

NIVEL	DESCRIPCIÓN
1	<b>Superior - Normador:</b> fortalecimiento y apoyo a la gestión institucional conformado por el Ministerio de Salud y Deportes y el Viceministerio de Servicios Básicos.
2	<b>Intermedio - Técnico Operativo:</b> conformado por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), Unidades de Agua, Saneamiento Básico y Vivienda (UNASBVI), y Servicios Departamentales de Educación (SEDUCA).
3	<b>Intermedio - Ejecutor - Beneficiario:</b> conformado por los municipios del área de intervención.
4	<b>Final - Beneficiario:</b> conformado por las familias y comunidades del área de intervención.

Fuente: Elaboración propia.

## c. Componentes de la experiencia

La figura 2 presenta una síntesis esquemática del marco de objetivos y componentes-resultados del programa. La intervención pretendió “reducir la desigualdad en el estado de salud de la población de los departamentos de Tarija y Potosí” (objetivo específico de la intervención) que representa la causa directa del problema (o de primer nivel). Existen dos objetivos generales:

1. Apoyar las políticas sectoriales de salud y saneamiento básico.
2. Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población de los departamentos de Tarija y Potosí.

5. Aspecto que no es compartido con ningún otro actor del sector. Coordina acciones de índole intersectorial con otros ministerios, así como con colegios de profesionales, organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación multilaterales de cooperación.

6. En el 2008, el actual Gobierno estableció la política de salud “Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010”, el cual contempla el cambio de paradigma, de un modelo asistencial a un modelo basado en las determinantes de la salud, promoción y prevención.



Las causas indirectas (fundamentales) del problema, que el PROHISABA tuvo que resolver, se agrupan en los siguientes tres componentes - resultados:

- Componente 1. Intervenciones físicas en la red de servicios de salud.
- Componente 2. Intervenciones físicas en agua y saneamiento.
- Componente 3. Fortalecimiento institucional a las instituciones sectoriales en los departamentos de Tarija y Potosí.

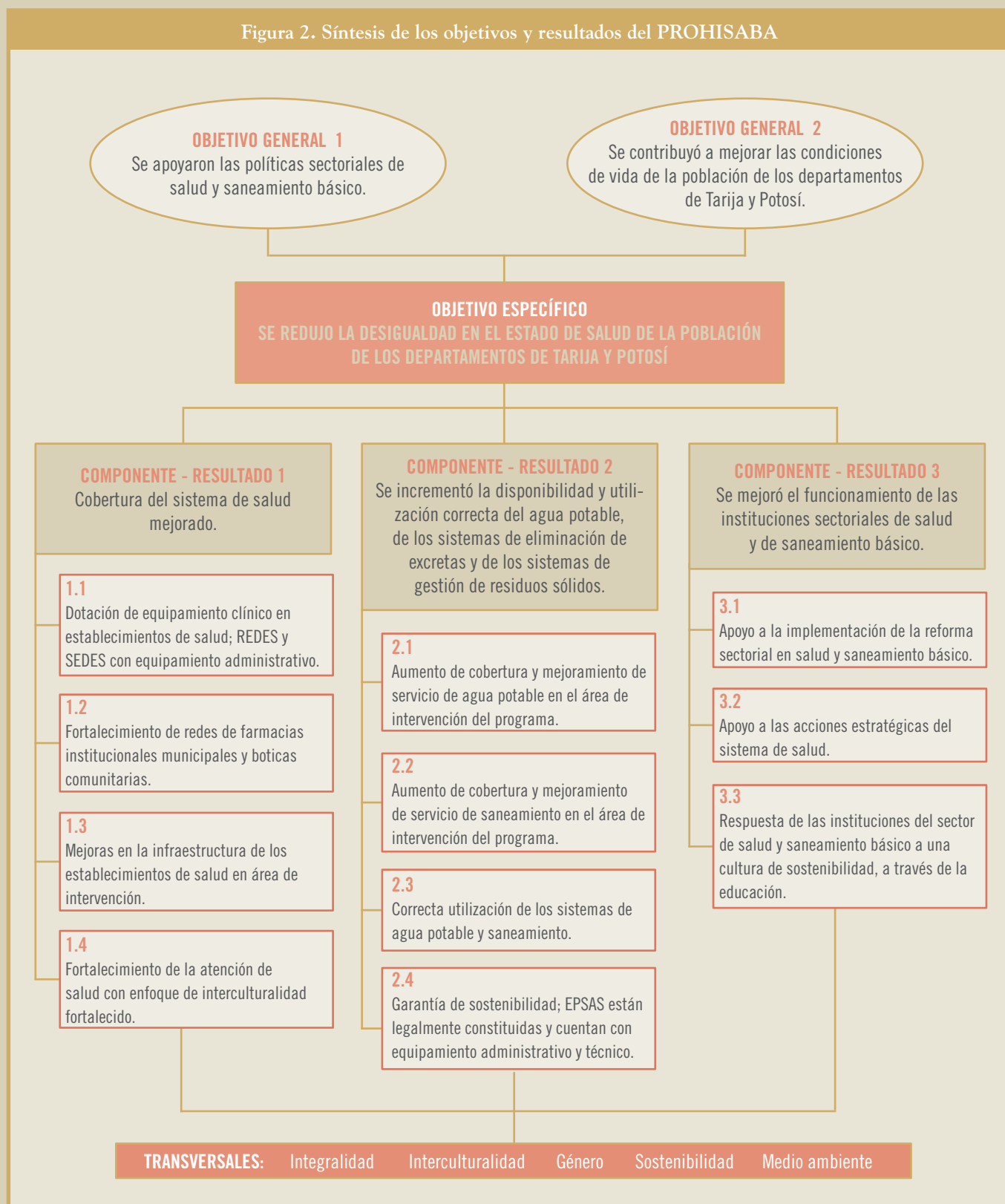
A partir de estos componentes, el PROHISABA intervino en tres líneas principales:

**Prevención de la salud:** a través del mejoramiento, ampliación y construcción de nuevos sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, en poblaciones de 450 y 10,000 habitantes.

**Refuerzo a la capacidad operacional del sector salud:** contempla (1) la rehabilitación, ampliación y construcción de infraestructura en salud, (2) la dotación de equipamiento de unidades de salud del primer nivel de atención, (3) el desarrollo de mecanismos de sostenibilidad en el mantenimiento y reposición de materiales y equipos, y (4) la formación del personal sanitario.

**Fortalecimiento institucional:** está destinado a apoyar a las instituciones de los sectores de salud y saneamiento básico que intervienen en el programa, dando énfasis a los componentes estructurales organizativos y financieros, garantizando la armonización de los procedimientos administrativos, de formación de personal, de creación de sistemas de referencia y resolución, y de la gestión de recursos humanos.

Figura 2. Síntesis de los objetivos y resultados del PROHISABA



Fuente: Documento de marco lógico PROHISABA.



#### d. Marco institucional

En el 2000, con la firma del convenio, se estableció el marco institucional dentro del cual se desarrollaría el programa. Los cuadros siguientes presentan un resumen de los entes de tutela y de otras instituciones involucradas en el mismo.

Cuadro 3. Entes de tutela del PROHISABA

INSTITUCIÓN	ROL
Unión Europea	Ente financiador
Comisión de la Delegación de la Unión Europea en Bolivia	Representante de la Unión Europea en la firma del convenio
Gobierno de la República de Bolivia	Beneficiario
Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto	Representante del beneficiario en la firma del convenio
Ministerio de Hacienda	Representante del beneficiario en la firma del convenio
Ministerio de Salud y Previsión Social/ Ministerio de Salud y Deportes	Representante del beneficiario en la firma del convenio y beneficiario directo
Unidad de Gestión del programa	Equipo compuesto por un Director Nacional y por el personal local de asistencia técnica internacional
Prefecturas de Tarija y Potosí	Contrapartes operacionales
SEDES y Unidades de Saneamiento Básico y Vivienda	Organización del trabajo

Fuente: Adaptación de información de PROHISABA, 2008.



Cuadro 4. Instituciones involucradas en el desarrollo del programa

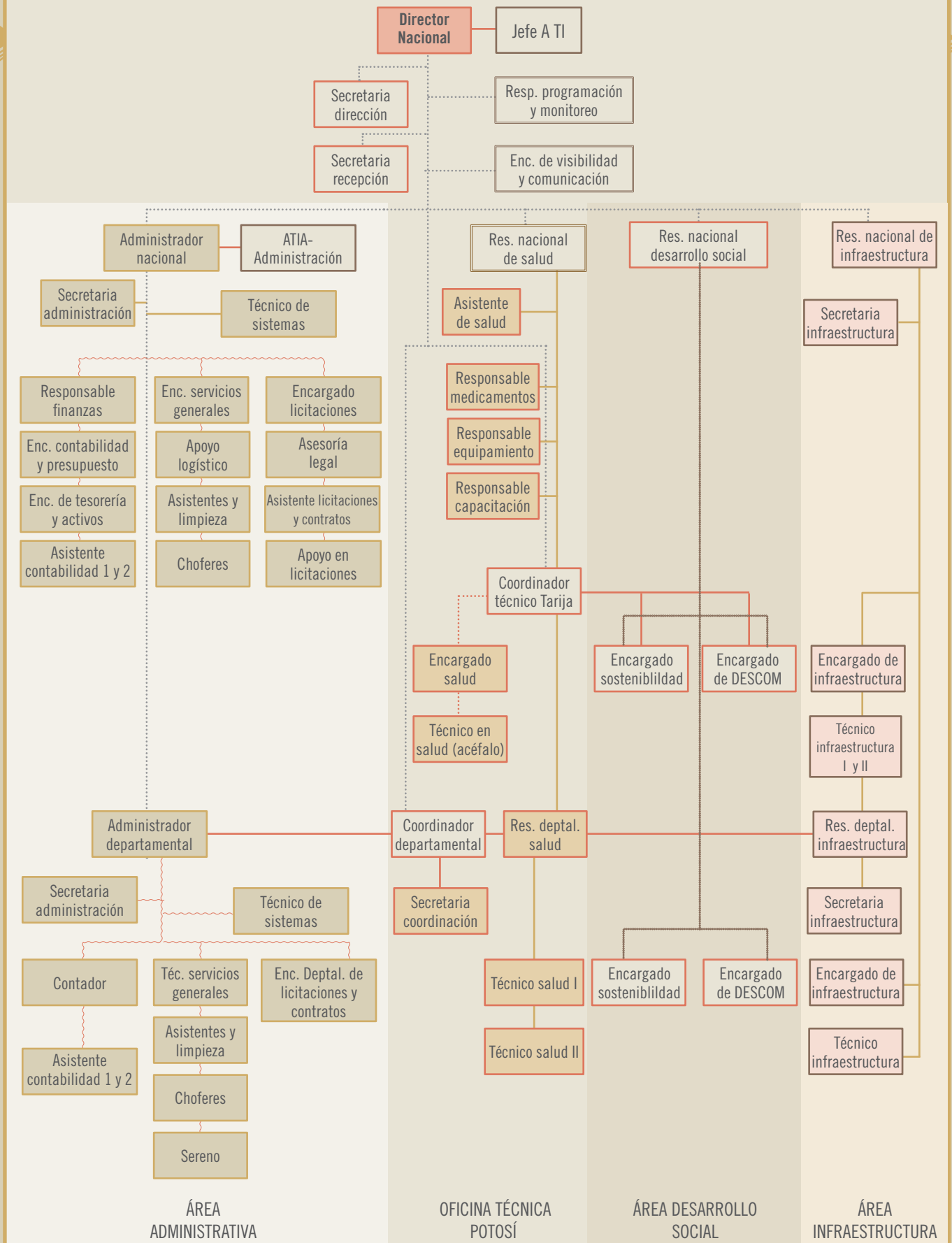
INSTITUCIÓN	REPARTICIONES
Ministerio de Salud y Deportes	Viceministerio de Salud Dirección General de Cooperación Externa y Relaciones Internacionales
Ministerio de Servicios y Obras Públicas	Viceministerio de Servicios Básicos Dirección General de Saneamiento Básico
Ministerio de Hacienda	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo Dirección General de la Contaduría
Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto	Representante del beneficiario en la firma del convenio
Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente	No corresponde
Superintendencia de Servicios Básicos	No corresponde
Prefecturas de los departamentos de Tarija y Potosí	Secretaría de Desarrollo Social Secretaría Administrativa y Financiera Unidad de Fortalecimiento Municipal Secretaría de Infraestructuras Servicio Departamental de Salud Unidad de Servicios Básicos y Vivienda
Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS)	Unidad Central Direcciones departamentales de Tarija y Potosí
Sistema de las Naciones Unidas en Bolivia	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
28 Municipios (7 en Tarija y 21 en Potosí)	Oficialía Mayor Administrativa y subalcaldías rurales Dirección Municipal de Salud; DILOS Gerencias de redes de salud
Comunidades	Organizaciones Territoriales de Base Juntas de vecinos Sindicatos agrarios
Asociación Nacional de Entidades de Agua Potable y Saneamiento ANESAPA	No corresponde

Fuente: Elaboración propia.

### Esquema de implementación del programa

El PROHISABA contó con una oficina central en la ciudad de Tarija y dos oficinas regionales (Tarija y Potosí). El equipo de trabajo estuvo conformado por áreas técnicas, administrativas y de apoyo. A continuación se presenta el esquema resumido de implementación del PROHISABA (ver figura 3).

Figura 3. Esquema de Implementación del PROHISABA



Fuente: PROHISABA

#### e. Situación inicial - Línea de Base

La Línea de Base del programa fue elaborada a fines del año 2005 y constituye el punto de partida para contrastar el impacto de las intervenciones previstas. Refleja el “estado de salud” de los beneficiarios al momento de iniciar el programa y la relación de este factor con otros elementos, como el acceso y el uso de los servicios de salud y saneamiento básico.

La Línea Base partió del análisis del concepto de salud (ver glosario), concepto entendido como **“la situación caracterizada por la presencia o ausencia de enfermedades, y por el acceso y el uso de servicios básicos y de salud”**.

Adicionalmente, para la Línea de Base se definió a la desigualdad<sup>7</sup> del estado de salud como: **“las diferencias en el estado de salud, entre diferentes estratos poblacionales”**.

En función al objetivo específico del programa que es *reducir la desigualdad en el estado de salud de la población con la cual se trabaja*, se construyó un Índice General de Estado de Salud por municipio y por hogar. El mencionado índice estuvo compuesto por tres indicadores que se estructuraron mediante un conjunto de fuentes<sup>8</sup> de información:

- Prevalencia de EDA en niños de cinco o menos años, quince días antes de la encuesta.
- Prevalencia de IRA en niños de cinco o menos años, quince días antes de la encuesta.
- Número de partos institucionalizados en los últimos tres años (menores los riesgos de morbi mortalidad materno infantil).

Una vez elaborado el Índice de Estado de Salud, se definieron los “estratos de salud”<sup>9</sup> para medir las desigualdades de los hogares. La estratificación identi-

7. La desigualdad es una medida comparativa que permite identificar el estado de salud de un estrato respecto a otro.

8. Las fuentes de información utilizadas fueron: a) 2.500 encuestas a hogares (mujeres en edad fértil con uno o más niños menores de cinco años); b) 41 encuestas a CIPA o EPSAS; y c) recopilación de información institucional sobre procesos de capacitación y gestión en salud y saneamiento básico.

9. De esta forma se identificaron cuatro estratos:

**Aceptable:** no se presentaron cuadros de EDA, IRA y se utilizó el servicio de parto institucionalizado en todos los nacimientos de los últimos tres años.

**Deficiente:** se presentó por lo menos un cuadro de EDA o IRA y se utilizó el servicio de parto institucionalizado en todos los nacimientos de los últimos tres años.

**Muy deficiente:** se presentó más de un cuadro de EDA o IRA y se utilizó el servicio de parto institucionalizado por lo menos una vez en los últimos tres años.

**Precario:** presentaron más de un cuadro de EDA y no se utilizó el servicio de parto institucionalizado en ninguno de los nacimientos de los últimos tres años.

ficó una población en condiciones desiguales de salud, habiendo en Potosí una mayor desigualdad que en Tarija.

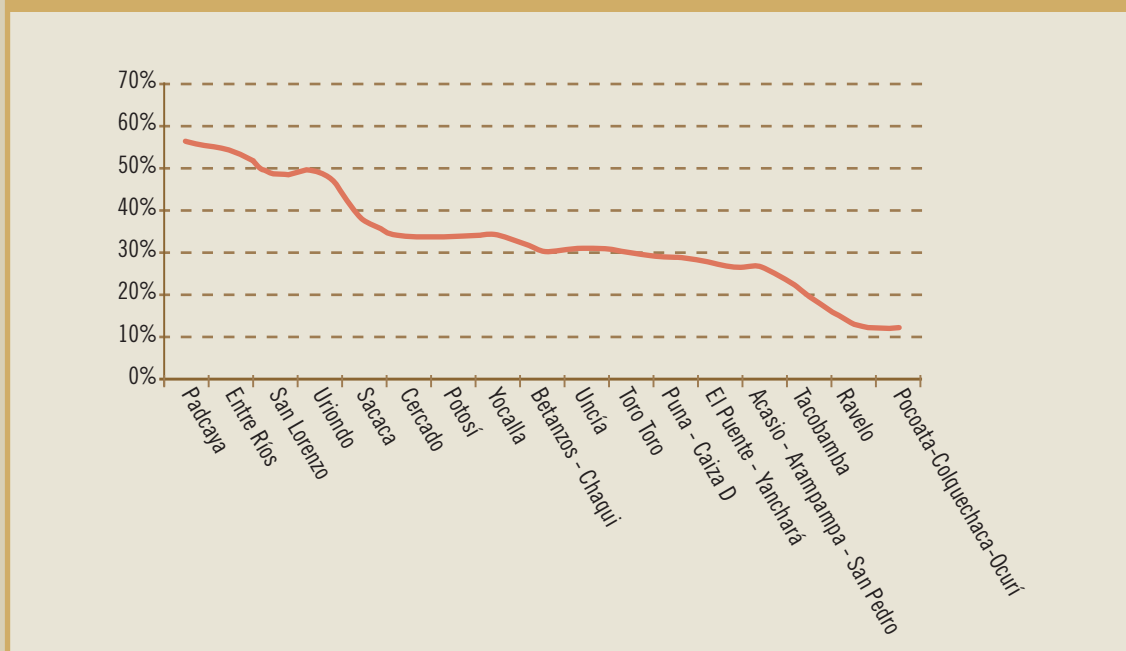
Cuadro 5. Estratos de salud en los departamentos de Tarija y Potosí

CATEGORÍA	TARIJA	POTOSÍ	TOTAL
Aceptable	46%	27%	34%
Deficiente	21%	21%	21%
Muy deficiente	15%	21%	19%
Precario	18%	31%	26%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del PROHISABA.

Aplicando esta información a nivel municipal, se observó que los municipios de Padcaya, Entre Ríos, San Lorenzo y Uriondo fueron los que contaron con la mayor población en estrato de salud aceptable; mientras que en el otro extremo, varios municipios de Potosí, como Ravelo, Pocoata, Colquechaca y Ocurrí, mostraron el menor número de hogares en este estrato.

Figura 4. Porcentaje de hogares en el estrato de salud “aceptable” según municipio



Fuente: Adaptación de información de PROHISABA, 2008.

Para entender la correlación entre el estado de salud de la población y el acceso y uso de servicios básicos, se construyeron cuatro índices<sup>10</sup>. Se estableció que el índice<sup>11</sup> que más condiciona el estado de salud en los hogares es el del uso de agua potable-saneamiento, que ayuda a la prevención de las EDA mediante el almacenamiento limpio y seguro del agua, el lavado de las manos después de usar el sanitario y otros. Se calculó el coeficiente de determinación<sup>12</sup> que permitió establecer el grado de influencia de estos factores en el estado de salud.

Cuadro 6. Índice de determinación en el estado de salud

FACTOR	ÍNDICE DE DETERMINACIÓN
Uso de agua y sistemas sanitarios	0,643
Cobertura de servicios de salud	0,413
Uso de servicios de salud	0,402
Cobertura de agua y sistemas sanitarios	0,336

Fuente: Adaptación de información de PROHISABA. 2008.

#### f. Zona geográfica de intervención y beneficiarios del programa

Si bien las acciones de apoyo estratégico tanto en salud como en saneamiento básico abarcan a todos los municipios y DILOS de los departamentos de Tarija y Potosí, que en conjunto cuentan con una población total mayor a 1.100.000 personas (ver cuadro 7), se especificaron 28 municipios como zonas prioritarias de intervención del programa, cuya población total supera los 745 mil habitantes, que equivalen al 68% de la población total. En dichas zonas se intervino con infraestructura, equipamiento y acciones especiales de fortalecimiento institucional (ver cuadro 9).

En la zona de intervención del programa (ver cuadro 7), más de 350.000 personas (47% del total) fueron beneficiadas ya sea con acciones directas (40%) o indirectas (60%). Adicionalmente, el programa benefició a personal de salud (más de 900 profesionales) y a diversas instituciones.

10. Índice de cobertura de servicios de salud; Índice de uso de los servicios de salud; Índice de cobertura de agua potable-saneamiento; e Índice de uso de agua potable y saneamiento.

11. Se estableció el índice mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson.

12. El coeficiente de determinación fue definido por medio de un análisis de regresión múltiple.

CUADRO 7. Relación de zonas de intervención del programa				
DEPARTAMENTO	POBLACIÓN TOTAL (HABITANTES)	POBLACIÓN ZONA DE INTERVENCIÓN (HABITANTES)	RED	MUNICIPIOS
Tarija	391.226	256.338	1	Cercado
				Uriondo Padcaya El Puente Yunchará
			5	Entre Ríos
			6	San Lorenzo
Potosí	709.013	489.153	1	Potosí
				Tacobamba Tomave Porco Yocalla Tinguipaya Belén De Urmiri
			2	Puna Caiza D
			3	Betanzos Chaquí
			8 (sólo para acciones de agua y saneamiento)	Colquechaca Pocoata Ocurí Ravelo
			10	Sacaca Caripuyo Acasio Arampampa San Pedro de Buena Vista Toro Toro
<b>TOTAL</b>	<b>1.100.239</b>	<b>745.491</b>		<b>28 MUNICIPIOS</b>

Fuente: Adaptación de información de Prohisaba, 2008.

El cuadro ocho, que se muestra a continuación, presenta los beneficiarios intermedios institucionales que incluyeron a las siguientes entidades<sup>13</sup>: MSD, VSB, SEDES-Tarija y SEDES-Potosí, UNASBVI-Tarija y UNASBVI-Potosí y el FPS.

13. Fuente: Reporte Final de la Misión de Evaluación de medio término del PROHISABA, 2005.

**Cuadro 8. Beneficiarios del programa**

TIPO DE BENEFICIARIOS	DETALLE	TARIJA	POTOSÍ	TOTAL
Directos	Comunidad	60.000	80.000	140.000
	Médicos	79	111	190
	Enfermeras	56	58	114
	Auxiliares	227	317	544
	Otro personal	38	52	90
Indirectos	Comunidad	90.000	120.000	210.000
Directos Instituciones	CAPYS/EPSAS	18	73	91
	DILOS	47	51	98
Intermedios Institucionales	Ministerio de Salud y Deportes			1
	Viceministerio de Servicios Básicos			1
	SEDES-Tarija y SEDES-Potosí	1	1	2
	UNASBVI-Tarija y UNASBVI-Potosí			
	Fondo de Inversión Productiva y Social		1	1

Fuente: Adaptación del reporte final de la misión de evaluación de medio término del PROHISABA, 2005.

Finalmente, en el cuadro nueve, se muestran las acciones del PROHISABA enmarcadas dentro de la política nacional bajo una programación estratégica.

**Cuadro 9. Acciones del programa**

POLÍTICA NACIONAL	PROGRAMA ESTRATÉGICO	SUBPROGRAMA	ACCIONES DEL PROHISABA
Extensión de la protección social en salud	Gestión de la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reorganización de redes de salud.</li> <li>Reforma sectorial de SEDES, DILOS redes y establecimientos de salud.</li> </ul>
	Fortalecimiento de redes de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de RRHH</li> <li>Disponibilidad y acceso a medicamentos</li> <li>Desarrollo de IF y equipamiento</li> <li>Infraestructuras de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de capacitación.</li> <li>Fortalecimiento a FIM, BC y fondos rotatorios con dotación de medicamentos esenciales.</li> <li>Dotación de equipamiento clínico y administrativo.</li> </ul>
Gestión institucional	Gestión social y profundización de la descentralización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control social</li> <li>IEC SUMI y salud integral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de las redes sociales.</li> </ul>
	Gestión administrativa y financiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión administrativa</li> <li>Inversión en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SIAF, PEDS.</li> <li>Fortalecimiento a los SEDES sobre políticas y normas de gestión del sector público.</li> <li>Cuentas departamentales, PEDS, fortalecimiento de la coordinación interinstitucional y cooperación externa departamental y nacional.</li> <li>Desarrollo del mapa de salud.</li> </ul>

Fuente: Adaptación de información de PROHISABA.

## 2.2 PRÁCTICAS DE LA EXPERIENCIA

### a. Líneas de acción y ejes transversales

El PROHISABA intervino en tres líneas de acción principales y complementarias entre sí:

- **Prevención de la salud:** orientado a incrementar la cobertura de los servicios básicos a través del mejoramiento, ampliación y construcción de nuevos sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento en poblaciones entre 450 a 10,000 habitantes. En todo el proceso de ejecución de acciones se tomaron en cuenta las tecnologías alternativas y la participación de la comunidad, a través del Desarrollo Comunitario (DESCOM).
- **Refuerzo a la capacidad operacional del sector salud** que contempló: i) la rehabilitación, ampliación y construcción de infraestructura en salud; ii) la dotación de equipamiento, mobiliario, instrumental médico y medicamentos a las unidades de salud del primer nivel de atención; iii) el desarrollo de mecanismos de sostenibilidad en el mantenimiento y reposición de materiales y equipos; y iv) la formación del personal sanitario.
- **Fortalecimiento institucional**, destinado a apoyar a las instituciones de los sectores de salud y saneamiento básico que intervinieron en el programa, dando énfasis a los componentes estructurales organizativos y financieros y garantizando la armonización de los procedimientos administrativos, de formación de personal, de creación de sistemas de referencia y resolución, y de gestión de recursos humanos.

Complementariamente, el enfoque implementado por el PROHISABA contempló cuatro ejes trasversales que se presentan en el cuadro 10.



Cuadro 10. Ejes transversales del programa

EJE	DESCRIPCIÓN
MEDIO AMBIENTE	<p>Enfocado en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>El tratamiento adecuado de residuos hospitalarios (depósitos herméticos y capacitación).</li> <li>El tratamiento de aguas residuales.</li> <li>El monitoreo de la calidad del agua desde su captación hasta el tratamiento final.</li> <li>El mantenimiento del caudal ecológico para garantizar la vida en los cuerpos de agua:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Contempló el manejo de desechos hospitalarios que son residuos de alto riesgo que deben ser manejados sistemáticamente y destruidos o depositados de manera segura. Por lo tanto, el programa contempló un análisis de la situación y de las mejores alternativas, integrando la capacitación del personal médico y paramédico, el equipamiento de depósitos herméticos y la realización de incineradores en las unidades de salud.</li> <li>Los programas de agua fueron dirigidos con una visión integral del manejo del agua desde la captación hasta el tratamiento final, para evitar problemas de drenaje y tratamiento de las aguas residuales, con repercusiones en el entorno de vida y el medio ambiente. Las acciones en saneamiento básico del PROHISABA deberían permitir mejorar el entorno medio ambiental con la realización de alcantarillados que incluían una planta de tratamiento eficiente. El control de calidad del agua del sistema y del agua vertida al cuerpo receptor fue también considerado para la preservación del medio ambiente. Por lo tanto, este control fue tomado en cuenta en la operación de los sistemas.</li> <li>Finalmente, las obras de captación superficial de agua consideraron conservar un caudal ecológico en periodo de estiaje, de manera que puedan preservarse los biotipos acuáticos.</li> </ul> </li> </ol>
ASPECTOS SOCIO CULTURALES Y DE GÉNERO	<p>Enfocado en el respeto pleno a la cultura, la organización y las autoridades de los pueblos indígenas y las comunidades rurales, tomando en cuenta el origen quechua en Potosí y guaraní en algunas regiones del departamento de Tarija.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Plan Estratégico de Salud promovió que el enfoque pluricultural y de género se considere como una transversal en todas las acciones y en la institucionalidad inherente al Sistema Nacional de Salud. Esto se debió a que se identificaron a los indígenas, mujeres y niños como los más afectados por la actual situación de salud, expresada en indicadores desfavorables en ambos sectores.</li> <li>El PROHISABA contempló indicadores específicos no sólo para medir el impacto de sus acciones en relación a estos grupos, sino también para medir su participación en la implementación del mismo.</li> <li>El Desarrollo Comunitario se desempeñó con el respeto total a la cultura de la zona. Potosí se caracteriza por la predominancia de la cultura quechua en todo el departamento, mientras que Tarija tiene una presencia indígena menos importante (quechua al oeste y guaraní al este). El respeto a la cultura de los pueblos originarios, así como la consideración de sus caciques para la toma de decisión (<i>ayllus</i> en Potosí), aparecieron como fundamentales para la integración del programa en las zonas de actuación.</li> </ul> <p>Se aplicó una discriminación positiva hacia mujeres, niños e indígenas como los individuos más afectados en la actual situación de salud, buscando no sólo su beneficio sino también su participación.</p> <p>La participación de la mujer en los programas de saneamiento básico fue ampliamente promovida en las acciones de desarrollo comunitario, en vista a fortalecer el impacto de los programas sobre la salud, particularmente la de los niños. Se permitió que tanto mujeres como varones puedan acceder a servicios de salud, respetándose sus hábitos y costumbres y verificando que la medicación otorgada, les fuera familiar.</p>
CAPACIDAD INSTITUCIONAL Y DE GESTIÓN (PÚBLICA Y PRIVADA)	<p>Se contemplaron ajustes en la capacidad institucional y de gestión, en especial del sector salud en lo que concierne a la gestión de DILOS y redes y en los establecimientos del primer y segundo nivel, donde la participación de la seguridad social es considerada incipiente.</p> <p>El PROHISABA promovió la integración institucional de departamentos, la coordinación con las prefecturas y sus unidades técnicas, SEDES y UNASBVI, reforzando varios aspectos (diagnóstico del sector a nivel departamental, equipamiento y formación para mantenimiento de equipos específicos, capacitación de personal, equipamiento y formación para análisis de agua con laboratorio portátil, implementación y apoyo a la gestión de un fondo semilla de cloro, etc.).</p> <p>Finalmente, en el ámbito municipal, se fortaleció a los gobiernos municipales para que puedan ser los vigilantes y asesores de las EPSAS y éstas últimas sean beneficiadas con el programa, a través del fortalecimiento de su capacidad administrativa.</p>
SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS BÁSICOS	<p>Se tomó en cuenta y se planificó, desde un inicio, la sostenibilidad de los servicios de salud a ser mejorados y/o implementados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Plan Nacional de Saneamiento Básico 2001-2010 es un instrumento estratégico que apoya y orienta el desarrollo sistemático del sector.</li> </ul> <p>El plan identifica tanto los avances logrados hasta esa fecha como las deficiencias en los servicios, las coberturas y especialmente la sostenibilidad. En este sentido, el PROHISABA contempló la sostenibilidad como un eje paradigmático y de apoyo a la sostenibilidad de servicios de saneamiento básico, como elemento central.</p>

Fuente: Elaboración propia basada en el documento de reformulación del marco lógico del PROHISABA, 2006.

## b. Enfoques y estrategia

Los **enfoques del programa** corresponden a cuatro pilares del Plan Nacional de Salud (PNS): intersectorialidad, integralidad, interculturalidad y participación social.

- Intervención en dos sectores como determinantes en el estado de salud de la población que son salud y saneamiento básico multinivel (intersectorialidad).
- Acciones en gestión, fortalecimiento institucional del sistema de salud combinado con mejora de la capacidad resolutoria del primer nivel en salud y cobertura en saneamiento básico (integralidad).
- Adecuación de las intervenciones con enfoque intercultural, incluyendo propuestas de modelos de gestión y atención que tengan influencia en la normativa de los sectores (interculturalidad).
- Desarrollo de las intervenciones con participación comunitaria, involucramiento del beneficiario e influencia en cambios conductuales (participación social).

Las **estrategias del programa** contemplaron cuatro niveles (ver figura 5): sectorial (MSD y VSB), operacional (SEDES, UNASBVI), municipal (municipio y EPSAS) y comunal (comunidades beneficiadas). Fue parte de la estrategia partir de la premisa de que en la salud de las personas confluyen cinco elementos importantes, los cuales son:

- Nutrición.
- Factores biológicos y genéticos.
- Condiciones socioeconómicas.
- Saneamiento básico (agua, alcantarillado, letrinización).
- Servicios de salud.

A partir de este análisis, las estrategias estuvieron dirigidas a trabajar en dos ámbitos: a) servicios de salud y b) saneamiento básico.

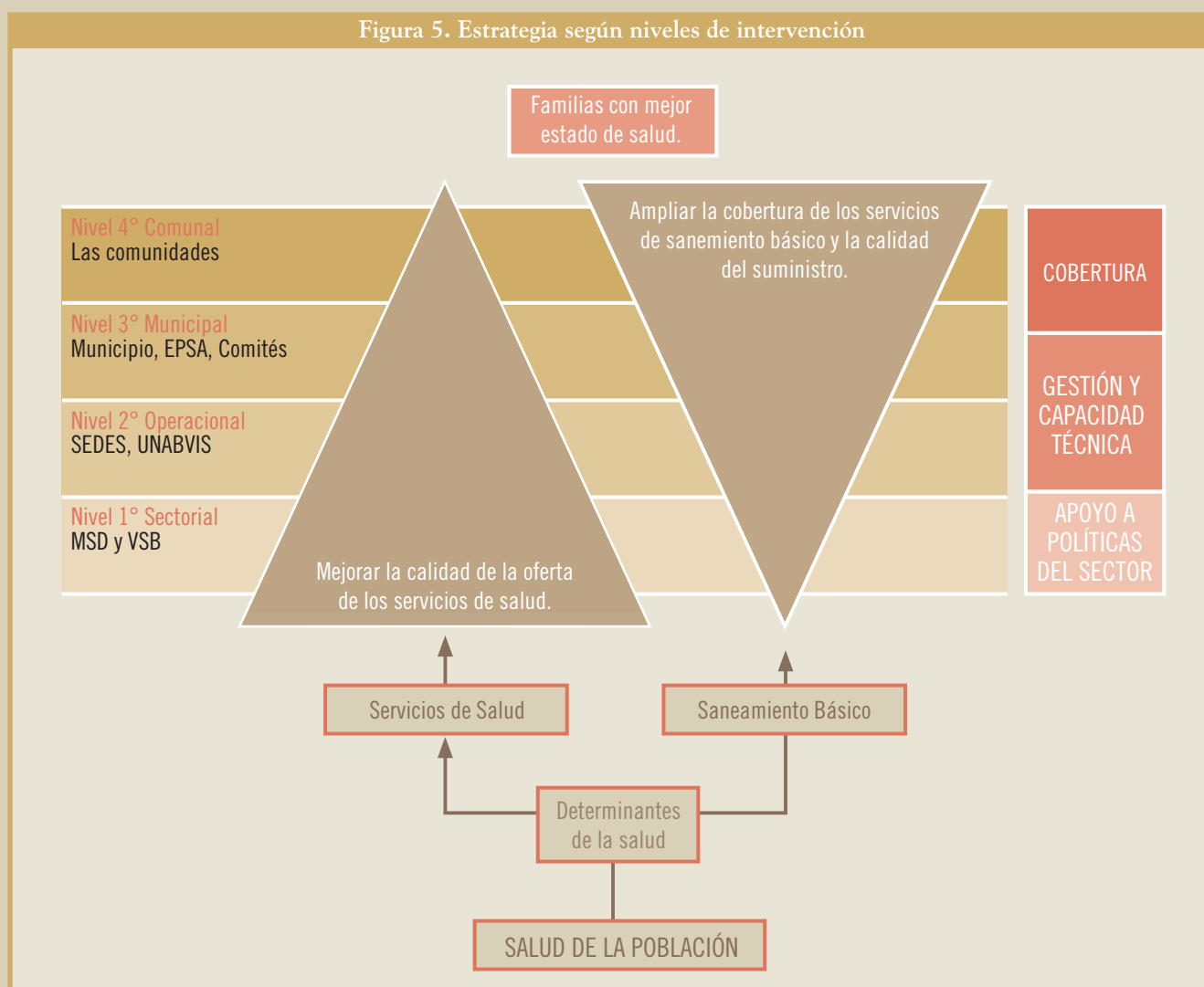
Al respecto, las estrategias del programa buscaron contribuir a mejorar la calidad de la oferta de los servicios de salud, así como a ampliar la cobertura de los servicios básicos y la calidad del suministro. Éstas se resumen en:

- **Organización y participación activa de los beneficiarios:** conformación y funcionamiento de DILOS y de redes de establecimientos de salud.
- **Integración institucional:** la articulación de esfuerzos públicos y privados y la coordinación entre las distintas instituciones relacionadas a

la salud como prefectura, municipios, SEDES, UNASBVI, EPSAS y otras.

- Priorización de los sectores más pobres y participación real de los mismos en la gestión de los servicios.
- Búsqueda de medidas de rápido impacto (rehabilitación de infraestructura, reducción de pérdidas, etc.).
- Incentivo a la adopción de modelos de gestión más eficientes.
- Actividades de educación y sensibilización respecto al valor y el uso del agua.

Figura 5. Estrategia según niveles de intervención



Fuente: Adaptación de información del PROHISABA, 2008.

### c. Plan de sostenibilidad

La sostenibilidad<sup>14</sup> fue parte de la política del programa en su conjunto, considerando que no sólo se la incorporó en el diseño para el desarrollo de infraestructura y sistemas de agua, sino también en las estrategias del programa, siendo parte esencial de las experiencias exitosas. El diseño del programa contempló el cómo participar durante la vida del mismo, de modo activo y no sustitutivo, en la búsqueda y aporte de soluciones sostenibles.

A efectos de asegurar el uso y mantenimiento de las obras y servicios de agua potable, saneamiento e infraestructura en salud, financiados por el programa y de acuerdo a lineamientos y estrategias emanadas del VSB y del MSD, desde agosto de 2005 se ejecutó el Plan de Sostenibilidad<sup>15</sup>, que consideró aspectos jurídico-políticos e institucionales, junto a la participación de las comunidades e instituciones. El plan identificó que algunos de los sistemas serían administrados y mantenidos a nivel de los núcleos familiares y otros por las comunidades y las instituciones beneficiadas.

El Plan de Sostenibilidad del PROHISABA se basó en cinco criterios:

**Sostenibilidad social:** son las acciones realizadas con la sociedad civil, a través de varios mecanismos participativos que involucran a la población en la apropiación de las acciones para su mantenimiento, difusión y procura de mejorar la calidad de vida.

**Sostenibilidad técnica:** la sostenibilidad técnica se refiere a todas las acciones realizadas por el área de salud y el área social, y a la capacidad de adoptar soluciones que sean adecuadas al medio para que el mantenimiento de infraestructura sea desarrollado por el nivel técnico de los responsables-encargados de operación y mantenimiento.


**Sostenibilidad económica:** son los mecanismos de gestión apoyados por el PROHISABA para asegurar el manejo económico adecuado relacionado al uso y mantenimiento de la infraestructura y los equipos.

**Sostenibilidad institucional:** son todas aquellas acciones adoptadas para que cada una de las instituciones vinculadas al sector de saneamiento básico e infraestructura en salud funcionen de acuerdo a su rol en el proceso.

---

14. La sostenibilidad es un concepto y un proceso en el que interactúan muchos y complejos factores que requieren de cambios de actitud, tanto de la sociedad civil involucrada como de la pluralidad de las instituciones.

15. Basado en el documento del Plan de Sostenibilidad del PROHISABA, 2005.



**Sostenibilidad medio ambiental:** son todas aquellas acciones adoptadas para que las intervenciones respeten la normativa ambiental vigente y se manejen bajo estándares y principios de respeto y conservación del medio ambiente.

Adicionalmente, para garantizar la sostenibilidad de la infraestructura y de los sistemas, el programa propuso lo siguiente:

- Fortalecer la dinámica social de las comunidades beneficiarias, a través de una mejor información, comunicación y educación.
- Fortalecer al FPS para que cumpla, con criterios de calidad, el compromiso de desarrollar el DESCOM (por convenio firmado), a través de una verdadera participación comunitaria y mejorando la calidad de los diseños de infraestructura en la fase de preinversión, así como una activa participación comunitaria durante la ejecución, tanto en el cumplimiento de contrapartes como en el ejercicio del control social responsable.
- Fortalecer técnicamente la creación de vínculos entre las instituciones involucradas en los diferentes niveles para que éstas mejoren, se complementen y vayan adquiriendo capacidades que permitan avanzar en el proceso de sostenibilidad.

Por otra parte, en el caso de los sectores de salud y saneamiento básico, se identificaron características que fueron muy importantes y que deberían ser temas abordados para alcanzar la sostenibilidad:

- En el sector de la salud, la característica fundamental fue que los establecimientos de salud del MSD fueron heredados a los gobiernos municipales (de acuerdo a la Ley 1551) generalmente en malas condiciones, y generaron una sobrecarga de funciones a gobiernos locales que no estaban preparados técnicamente para ser gestores de los servicios; así, los municipios cubrieron gastos corrientes de mantenimiento y pequeñas reparaciones de los establecimientos de salud del primer nivel.
- Por otra parte, los sistemas de agua y saneamiento muchas veces no llegan a ser sostenibles. Algunos dejan de funcionar porque se abastecen de agua contaminada, porque no cubren las necesidades mínimas de la mayoría de los pobladores o porque el monto de las tarifas no cubre los costos de operación, mantenimiento y menos de reposición del sistema. La mayoría de los comités de agua del medio rural funcionan de modo autónomo y cuando el sistema presenta un problema mayor, los usuarios se organizan para hacer un aporte económico de urgencia y cubrir los gastos, o acuden al gobierno municipal para solucionar el problema.



Giuseppe lamele

### 2.3 SÍNTESIS DE RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Los cuadros 11 y 12 presentan una síntesis de los resultados del PROHISABA, tanto por área como por componente.

Cuadro 11. Relación de resultados globales del PROHISABA

ÁREA	RESULTADOS LOGRADOS	AVANCE GLOBAL
SALUD (187.000 habitantes beneficiados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento de 40 establecimientos de salud en Tarija; 46 establecimientos de salud en Potosí; 2 SEDES; 22 farmacias institucionales; 10 gerencias de red en Potosí; y 10 gerencias de red en Tarija.</li> <li>• Estrategia de medicamentos y FIM finalizada.</li> <li>• Acciones de interculturalidad implementadas.</li> <li>• Fortalecimiento sector salud vía PNUD (80% de avance financiero).</li> <li>• Fortalecimiento gestión SEDES (SIAF, cuentas departamentales, planes de salud), planificación y aplicación de políticas de salud implementadas.</li> <li>• Capacitación de recursos humanos (diplomados en gerencia básica, cursos SAFCI): concluidos.</li> <li>• Apoyo a redes de salud (100%) y apoyo a redes sociales (60%).</li> <li>• Conclusión de 80 establecimientos de salud de 88 programados.</li> </ul>	96%
SANEAMIENTO BÁSICO (76.000 habitantes beneficiados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusión de 40 sistemas de agua potable y alcantarillado de 50 programados.</li> <li>• Conformación de 38 EPSAS de 46 programadas, equipadas y personal capacitado en operación y mantenimiento.</li> </ul>	82%
DESARROLLO SOCIAL (20.000 niños del ciclo primario)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia de agentes de cambio implementada en 53 núcleos educativos de 53 programados.</li> <li>• Estrategia de mantenimiento implementada en 40 establecimientos de salud de 88 programados.</li> <li>• Planes de desarrollo municipal actualizados en siete municipios de ocho programados.</li> <li>• Sistematización de experiencias del programa y estudio de impacto cualitativo.</li> </ul>	80%

Fuente: Adaptado de información de PROHISABA.



Quiseppe lamele

**Cuadro 12. Relación de resultados por componente**

COMPONENTE	RESULTADOS LOGRADOS
<p>COMPONENTE / RESULTADO 1</p> <p>Cobertura del sistema de salud mejorado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimientos de salud dotados de equipamiento clínico; REDES y SEDES con equipamiento administrativo.</li> <li>• Redes de farmacias institucionales municipales y boticas comunitarias fortalecidas.</li> <li>• Infraestructura de los establecimientos de salud en área de intervención mejorada.</li> <li>• Atención de salud con enfoque de interculturalidad fortalecido.</li> </ul>
<p>COMPONENTE / RESULTADO 2</p> <p>Se incrementa la disponibilidad y utilización correcta del agua potable, de los sistemas de eliminación de excretas y de los sistemas de gestión de residuos sólidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de agua potable en el área de intervención del programa aumentada y calidad del servicio mejorada.</li> <li>• Cobertura de saneamiento en el área de intervención del programa aumentada y calidad del servicio mejorada.</li> <li>• Sistemas de agua potable y saneamiento utilizados correctamente por intervención del DESCOM.</li> <li>• EPSAS legalmente constituidas cuentan con equipamiento administrativo y técnico que garantizan la sostenibilidad.</li> </ul>
<p>COMPONENTE / RESULTADO 3</p> <p>El funcionamiento de las instituciones sectoriales de salud y de saneamiento básico, mejorados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a la implementación de la reforma sectorial en salud y saneamiento básico.</li> <li>• Apoyo a las acciones estratégicas del sistema de salud y del sector de saneamiento básico.</li> <li>• Instituciones del sector de salud y saneamiento básico responden a una cultura de sostenibilidad con el apoyo del sector educativo.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.



Giuseppe Iamele

## 2.4 REFLEXIÓN Y LECCIONES APRENDIDAS

A continuación se presenta la experiencia institucional a través de diferentes ámbitos y temas transversales que se constituyen en el centro de las reflexiones y de las lecciones, así como en la base del análisis de las experiencias específicas.

### a. Introducción

Esta sección es el resultado de conversaciones y reuniones con el personal del PROHISABA y con el personal de la contraparte institucional. Esta sección aborda las principales temáticas identificadas, basadas en las entrevistas y reuniones realizadas.

### b. El apoyo brindado a la estrategia de salud pública

A inicios del 2006, el MSD y el PROHISABA concertaron que se trabajaría en fortalecer el nivel nacional y se destinaron recursos para este efecto<sup>16</sup>. De esta manera el PROHISABA apoyó la recuperación de la rectoría del sector, fortaleciendo la capacidad de gestión del MSD como autoridad de salud, mediante la creación del Viceministerio de Interculturalidad y el apoyo a la creación de la Unidad de Planificación del MSD. Ello contribuyó, adicionalmente, al establecimiento del Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, el cual contiene las políticas, estrategias y proyectos identificados. Complementariamente, el PROHISABA contribuyó a la sostenibilidad de instituciones de gobierno a través de la capacitación brindada a los técnicos del MSD, como es el caso del financiamiento a un diplomado en gestión pública.

El PROHISABA trabajó en el ámbito de la oferta en salud, mejorando y generando nueva infraestructura y equipamiento médico necesario para brin-

16. Recursos por aproximadamente 0,5 millones de euros.






dar un servicio completo. Se incorporaron y ejecutaron estudios referidos a la interculturalidad, mismos que brindaron orientaciones a las acciones del programa. En esta línea de trabajo se financió el proyecto de medicina intercultural relacionado a la vinculación de la medicina tradicional y la medicina biomédica. Se considera que a futuro, estas contribuciones serán susceptibles de ser tomadas en cuenta para la proyección de una normativa nacional.

Aunque el PROHISABA no fue el primer programa en trabajar en temas relacionados a la intersectorialidad, se considera que ésta fue una de las mayores contribuciones realizadas, con acciones innovadoras como la introducción del ámbito educativo como ente articulador entre los sectores de saneamiento básico y salud, lo cual constituye una experiencia que determinará a futuro impactos sustanciales en la actitud al cambio de las poblaciones beneficiarias. El apoyo del PROHISABA fue importante para permitir atender la presión de parte de la población en temas de gestión. Otro elemento que se trabajó y que se constituyó en un aporte instrumental en lo concerniente a la sustentabilidad de las intervenciones, fue su Plan de Sostenibilidad. Este plan es un instrumento valioso que puede ser apropiado y complementado por otras instituciones involucradas en los sectores de salud y saneamiento básico.

Además de las acciones de fortalecimiento de la gestión del MSD, el PROHISABA trabajó en otros niveles para el fortalecimiento a la gestión de los SEDES. Trabajó también con gobiernos municipales incorporando elementos de gestión presupuestaria ligados a la sostenibilidad de los servicios de salud, con el propósito de mejorarlos en las poblaciones de los municipios. El grado de involucramiento de los SEDES -tanto de Tarija como de Potosí- no alcanzó el nivel deseado, debido a distintos factores político-programáticos. Sin embargo, estuvieron involucrados en distintas temáticas referidas a los planes interculturales de salud, cuentas departamentales, actividades de capacitación y otras que aportaron a la gestión de los SEDES. El rol de los SEDES es impor-



tante debido a que se espera que sean éstas las instituciones que hagan sostenibles las acciones, a través de acciones desplazadoras a otras regiones.

El PROHISABA se convirtió en un programa integral de salud, saneamiento y movilización social. Es precisamente este aspecto que el MSD desea rescatar a través de la presente sistematización de experiencias. Las doce experiencias priorizadas en este documento contribuirán en gran medida a la salud pública, de ser apropiadas por el MSD.

### c. El rol y la lógica de intervención del PROHISABA

El Estado boliviano juega un rol preponderante en los sectores de salud y saneamiento básico, tanto a nivel de políticas como de implementación del servicio.

En este sentido, un programa de la magnitud e importancia del PROHISABA debe tener un rol específico, que no puede ser el de actuar supliendo al Estado.

La reflexión lleva a concluir que un programa como el PROHISABA debe tener dos roles:

- Contribuir a ampliar el nivel de cobertura y al mejoramiento de la calidad del servicio, con una acción limitada en el tiempo y transfiriendo la operación a las entidades pertinentes dentro de los sistemas nacionales<sup>17</sup>.
- Servir de programa piloto para implementar políticas y estrategias innovadoras, como en el caso de la interculturalidad y de la intersectorialidad<sup>18</sup>. Tiene límite temporal, pues una vez desarrollada la innovación y obtenidas las lecciones, éstas deben ser transferidas a los demás ejecutores.

Por otra parte, la lógica de intervención (ver figura 6) contempló un conjunto complejo de decisiones estratégicas que definieron la especificidad del accionar del programa. En el caso del PROHISABA se tiene un esquema de intervención en el cual se resumen las decisiones principales desde las determinantes clave hasta las acciones por nivel de intervención.

---

17. Es el caso del Sistema Nacional de Salud, que es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes (D.S. No. 26875 del 21 de diciembre de 2002).

18. Una de las innovaciones más realistas fue la intersectorialidad, aunque la misma se efectivizó parcialmente. Ésta brindó interesantes lecciones relativas a la necesidad de contar con un marco supra sectorial para implementar este enfoque.



Giuseppe Iamele

#### d. Criterios para priorizar los determinantes clave para una intervención

Considerando que los determinantes de la salud<sup>19</sup> en una región específica ya están definidos, lo importante son los criterios que se usan para priorizarlos, atendiendo a las principales causas, objetivos y capacidades institucionales de una determinada intervención.

En el caso del PROHISABA, el objetivo central fue incrementar sustancialmente la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, especialmente del primer nivel, para lograr mayor acceso. De esta manera, el programa contribuyó a la reducción de la alta mortalidad infantil, uno de los objetivos de las Metas del Milenio.

En cuanto a la problemática, se ve que las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), causantes de la alta mortalidad infantil, son enfermedades de base hídrica.

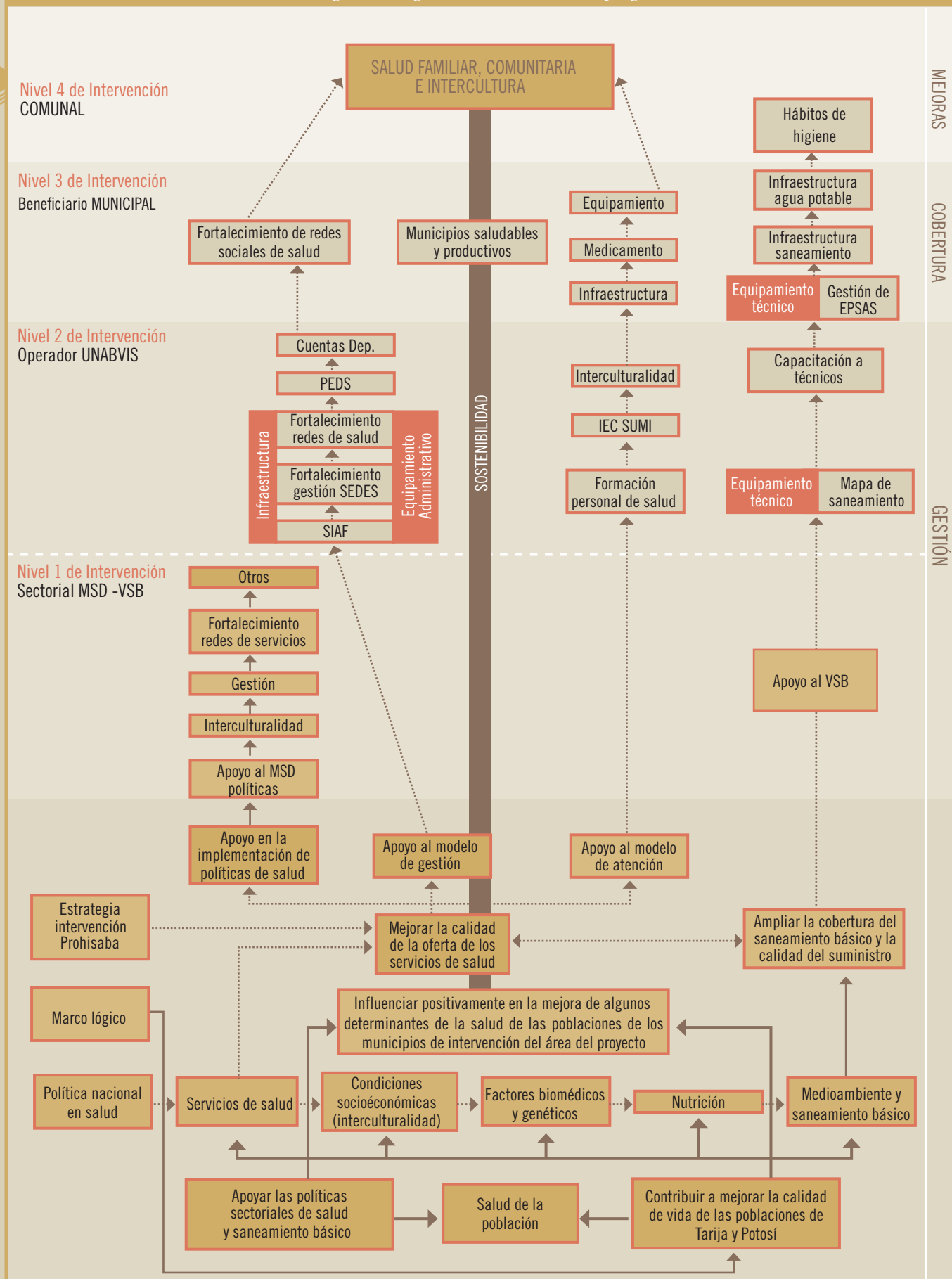
Es por ello que se cree estratégico (por su potencial de impacto), trabajar con los determinantes de servicios de salud (especialmente de primer nivel) y saneamiento básico, considerando, además, que en lo que concierne a otros determinantes, como nutrición, la relación esfuerzo-logro es mucho menor que en los dos primeros, y se da sólo a largo plazo.

También se tiene complementariedad con las políticas nacionales, como la reforma de salud y la Ley SUMI.

---

19. Determinantes políticos, económicos, sociales y medioambientales.

Figura 6. Lógica de intervención del programa



Fuente: Adaptado de documento "Presentación PROHISABA", 2008.

## e. Síntesis de la reflexión realizada y de las lecciones aprendidas

A continuación, se presentan los resultados de la síntesis de las lecciones aprendidas del programa en seis ámbitos: bisectorialidad; apoyo a la estrategia de salud; regiones heterogéneas; el modelo institucional (tercerización con el FPS); interculturalidad; y sostenibilidad.

### i. El apoyo a la estrategia de salud pública en distintos niveles

Como se pudo constatar, el PROHISABA aportó a la salud pública en varias instancias, contribuyendo al mejoramiento de la capacidad de gestión, trabajando el tema de la interculturalidad, elaborando un Plan de Sostenibilidad para el sector y además articulando esfuerzos entre los sectores de agua, saneamiento y salud. El PROHISABA contribuyó, de diferentes maneras, al ámbito de las políticas públicas establecidas por los ministerios, así como a las innovaciones tecnológicas que favorecen la modificación de algunas estructuras institucionales (caso medicina intercultural).

Asimismo, se rescata el trabajo desarrollado por el PROHISABA referido a la realización de sus actividades en varios niveles, tal como se describe anteriormente en la figura 2. En un proceso de descentralización como el que vive el país desde 1994, ha resultado más eficiente trabajar en los cuatro niveles, considerando el rol de los protagonistas en cada uno de estos. En el modelo descentralizado, el PROHISABA tuvo que negociar en tres niveles:

- Con los ministerios de Salud y del Agua como cabezas de sector.
- Con las prefecturas, ya que los Servicios Departamentales de Salud y las Unidades de Agua, Saneamiento Básico y Vivienda de Tarija y Potosí dependen de cada prefectura y ministerio correspondiente.
- Con los gobiernos municipales, pues son autónomos y tienen sus propios procesos de planificación vinculados a los planes departamentales y al Plan Nacional.

Dicho proceso no está exento de dificultades, debido a que cualquier negociación a nivel nacional, inevitablemente repercute en las intervenciones realizadas a nivel local.

El trabajo arriba descrito conlleva a las siguientes **lecciones aprendidas**:

*Lo que se institucionaliza tiene altas posibilidades de ser sostenible; en esa lógica, la salud debe enfocarse con el componente de movilización social para alcanzar la sostenibilidad.*

*Haciendo uso de la autonomía de gestión, es posible realizar un trabajo efectivo en distintos niveles, en especial articulando competencias de cada nivel en temáticas de salud y saneamiento básico. Si esto se complementa con educación, se crean sinergias que contribuyen de manera determinante en la implementación o mejora real de las políticas de salud pública.*

## ii. El rol y la lógica de intervención del PROHISABA

El Estado boliviano juega un rol preponderante en los sectores de salud y saneamiento básico, tanto a nivel de políticas como de implementación de los servicios. Por tanto, un programa complementario debe tener un rol específico, aunque no el de suplir al Estado.

### **LECCIÓN APRENDIDA:**

*Un programa de la magnitud e importancia del PROHISABA debe asumir dos roles fundamentales:*

- *Contribuir a ampliar el nivel de cobertura y mejoramiento de la calidad del servicio con una acción limitada en el tiempo, incrementando la cobertura y transfiriendo la operación a las entidades pertinentes dentro de los sistemas nacionales.*
- *Servir de programa piloto para implementar políticas y estrategias innovadoras, como es el caso de la interculturalidad y de la intersectorialidad. Su ventaja radica en su límite temporal y, una vez desarrollada la innovación y obtenidas las lecciones, deben ser transferidas a los demás ejecutores.*

## iii. El desafío de la bisectorialidad<sup>20</sup>

El análisis descrito sobre los principales determinantes de la salud lleva a integrar los sectores de salud y saneamiento básico. Dicha sinergia lleva-

20. Si bien el programa se inicia con el enfoque bisectorial, éste se ajusta a uno multisectorial, (ej.: incluyendo el ámbito de salud), en razón de buscar y lograr la eficacia y eficiencia de las operaciones.

rá, a su vez, a mejorar sustancialmente los niveles de salud, aunque este concepto plantea serias dificultades a nivel operativo que constituyen un importante desafío que responde a dos ámbitos distintos con lógicas diferentes.

- La salud es más una oferta estatal, en tanto que el agua es más una demanda social.
- La salud y el agua tienen un desarrollo sectorial distinto; la primera está establecida como sistema nacional desde hace más de veinte años, en tanto que el saneamiento básico es un sistema reciente.
- La salud tiene formatos de intervención (desde el diseño de infraestructura dentro de una red de servicios de salud hasta el tipo de programas, pasando por aspectos como el equipamiento) totalmente definidos, en tanto que el saneamiento básico exige diseños y organización específicos caso por caso, además que la problemática es diferente según se trate de una población de 100 o 10.000 habitantes.
- A nivel nacional, ambos sectores dependen de dos ministerios y en los departamentos dependen de dos unidades, también independientes entre sí.
- Tienen dinámicas diferentes de ejecución, por lo que no siempre se logra una real sinergia entre ambos en una comunidad o población concreta.

A partir de lo anterior, se presentan las siguientes **lecciones aprendidas**:


*Es posible, comprender y asumir la bisectorialidad en las diferentes acciones institucionales, pero ésta no se da de manera automática y requiere de un proceso que lleva tiempo; por ello se necesitan mecanismos que integren los beneficios de los dos sectores.*

*Parece más fácil trabajar esta bisectorialidad a nivel local que a nivel central. En ese marco, un reto a futuro es lograr que la visión<sup>21</sup> bisectorial se integre en los Planes de Desarrollo Municipal.*

#### iv. El trabajo en regiones heterogéneas

Las dos regiones de trabajo del PROHISABA, valles de Tarija y norte y centro de Potosí, fueron determinadas al inicio del programa, atendiendo

21. Esta visión lograría ser implementada con la emisión de una normativa nacional supra-sectorial que promueva los emprendimientos sinérgicos multisectoriales.



a consideraciones de orden general, como los déficits de salud, la oferta institucional y otros aspectos políticos.

Sin embargo, el PROHISABA pudo constatar su heterogeneidad e identificar, a lo largo de un proceso práctico y experiencial, enormes diferencias que van desde las capacidades institucionales (en recursos financieros, humanos y materiales) hasta las especificidades de la población y la epidemiología local.

Esto, a su vez, deriva en importantes **lecciones aprendidas:**

*La heterogeneidad no es evidente. Al trabajar a nivel global, es fácil perder la visión de las particularidades de cada región, más aún cuando se establecen indicadores generales que podrían aplicarse en una región pero no en otra. Es necesario desagregar la información primaria y secundaria de la región donde se interviene al máximo, para así dar cuenta de las especificidades de cada una.*

*La heterogeneidad no sólo debe buscarse en las condiciones objetivas de la población, sino también en las capacidades institucionales.*

*En programas de gran alcance, en uno o más departamentos y donde se presentan realidades muy diversas, es fundamental trabajar un marco global del programa con propuestas ajustadas y específicas, adecuadas a las diferentes realidades geográficas, económicas, sociales, culturales e institucionales, tanto de la región como de la población y del marco institucional.*

*Además de la diversidad de las regiones, el entorno local y nacional puede ser, y ha sido, muy cambiante. Un programa que pretende atender problemas multisectoriales y con diferentes niveles de intervención, debe tener una estructura flexible y adaptable en plazos muy cortos.*

#### v. El modelo institucional con autonomía de gestión

En cuanto al modelo institucional, se considera necesario profundizar en dos niveles: i) el modelo de gestión que establece autonomía para el programa; y ii) los procesos de tercerización con el FPS. Ambos temas se desarrollan a continuación.



## Características del modelo de gestión

Una unidad de gestión o una unidad ejecutora puede tener o no autonomía de gestión. El PROHISABA, en la aplicación del convenio de financiación, aplicó la autonomía bajo los lineamientos generales establecidos por la entidad que ejerció tutela. La relación con el Estado no es igual en un modelo centralizado que en uno descentralizado, ya que en el último se debe trabajar en tres niveles: central, departamental y local.

El trabajo en un esquema sin autonomía de gestión tiene las siguientes características:

- Las acciones son más sostenibles en el tiempo, pues quedan entidades con capacidades desarrolladas.
- Se enmarca en políticas nacionales.
- Tienen relevancia y aplicación a nivel nacional.
- Acompaña los procesos de cambio estructural.
- Tienen características estructurales que van más allá de cualquier gestión de gobierno: cambio de objetivos, rotación de personal (y por tanto, menos acumulación de experiencias y mayor riesgo de pérdida de memoria institucional), politización y dificultad de adaptación a cambios.

El trabajo en unidades con autonomía de gestión presenta las siguientes características:

- Existe más compromiso del personal, principalmente porque presenta mejores condiciones de trabajo y, al mismo tiempo, por su mayor permanencia (es menos susceptible a la acción político-partidaria).
- Suele tener mayor calidad técnica, tanto en el personal como en los productos.
- Existe mayor capacidad de gasto y, por tanto, suele ser más eficaz.
- Se tiene mayor libertad de ajuste a las dinámicas y cambios del contexto.
- Suele ser una acción paralela al Estado, que generalmente requiere más tiempo y recursos y, en algunos casos, tiene menos legitimidad, estando presente el riesgo de la arbitrariedad.

Está claro que la nueva política gubernamental (véase el Decreto 29308) no da lugar a programas con autonomías de gestión, ni ejecutados por

otros que no sean instituciones estatales, pero ello no limita la generación de las siguientes **lecciones aprendidas**:

*El modelo de institucionalidad que se escoja, vale decir, el nivel de integración a la institucionalidad estatal, desde lo nacional a lo local, será determinante para asegurar: i) el potencial de impacto, y ii) la sostenibilidad en términos de continuidad institucional.*

*La alta capacidad de ajuste a cambios<sup>22</sup> permite adecuarse a los nuevos contextos, pero también tiene el riesgo de perder algunos conceptos básicos de la intervención.*

*Las fortalezas de una unidad con autonomía de gestión se convierten en debilidades si sus actividades se han implementado al margen de los procesos institucionales, sobre todo al pensar en la sostenibilidad de sus acciones.*

*Será mejor trabajar dentro de las entidades estatales cuando el objetivo sea apoyar, complementar o ampliar las actividades enmarcadas en las políticas nacionales, regionales o locales, y cuando sea necesario replicar acciones a escala. Si lo que se pretende es desarrollar innovaciones, lo mejor será trabajar con unidades pequeñas con autonomía de gestión.*

#### Características de la tercerización

Toda tercerización se da cuando se espera que los beneficios que se conciben sean mayores a los costos y limitaciones que este proceso implica. El PROHISABA ha tercerizado muchas de sus actividades, pero se destaca -por su magnitud financiera- el trabajo con el Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS)<sup>23</sup> para la ejecución de obras. Esta entidad estatal presentó como ventajas la capacidad probada de administrar recursos a escala, con mecanismos para el co-financiamiento con gobiernos municipales y con un manual operativo suficiente.

La práctica, sin embargo, mostró también algunas limitaciones: no se cumplieron expectativas, especialmente en el nivel cualitativo del trabajo; se

22. A pesar de haber seguido el modelo de una unidad con autonomía de gestión, la flexibilidad y apertura del programa ha favorecido el apoyo a esfuerzos sectoriales o multisectoriales, según las necesidades.

23. Se trató de una iniciativa para ejecutar un monto total de 12 millones de euros, equivalentes a 18 millones de dólares.



tenían procedimientos complejos y con responsabilidades poco claras y, como toda entidad estatal, ésta presentó rotación de personal.

*Es a partir de esa experiencia, pero también de decenas de contratos mucho más pequeños, que se identificaron las siguientes lecciones aprendidas:*

*En un programa de la magnitud del PROHISABA, que llegó a ejecutar un promedio mensual de alrededor de 650 mil euros, la tercerización es inevitable.*

*Por principios de valoración subjetiva es poco frecuente que “los otros hagan las cosas tan bien como nosotros”. Eso implica que se debe tener cuidado en los criterios de evaluación de las actividades y resultados de la tercerización.*

*Para lograr resultados es fundamental tener Términos de Referencia precisos que hagan posible que el contratado pueda comprender cabalmente qué es lo que espera la entidad contratante, tanto en forma como en fondo, y tanto en la acción como en el espíritu. Esto puede darse en programas simples (como de infraestructura), pero el trabajo se torna más delicado en propuestas de naturaleza cualitativa, como el que se desarrolla en los ámbitos sociales o interculturales.*



Giuseppe Iamele

*Antes de proceder a la tercerización deben explicitarse los beneficios y limitaciones de este proceso, que deben ser monitoreados permanentemente durante la implementación<sup>24</sup> para determinar si la relación esfuerzo-logro sigue siendo positiva o favorable.*

*Para una tercerización en acciones donde lo cualitativo tiene igual o más importancia que lo físico, los procesos de selección deben considerar la calidad técnica de una propuesta y, con igual importancia, la calidad del proponente (experiencia y competencia).*


*En todo proceso de tercerización la entidad no debe, bajo ningún concepto, delegar las decisiones estratégicas, el control ni la supervisión.*

*En programas donde se desarrollan innovaciones y se pretenden obtener aprendizajes, se debe tomar en cuenta que la tercerización debe controlarse para evitar que se pierda la capacidad de orientación y, sobre todo, que se rompa el flujo de aprendizaje.*

## vi. Interculturalidad

Si bien existen algunas acciones sobre este tema, el enfoque de interculturalidad no se lo trabajó en el PROHISABA desde un principio. Más bien, surgió en el proceso y se reforzó con las nuevas políticas nacionales. Por

24. En el proceso de tercerización de actividades debe haber un involucramiento de los destinatarios o beneficiarios de las acciones porque, de lo contrario, no se produce la apropiación de lo que se logra provocar.



ello, y porque se trata de procesos de largo plazo, aún es muy temprano para poder evaluar los resultados. No obstante, se han generado las siguientes reflexiones:

En primer lugar, no hay claridad ni precisión sobre los alcances y contenidos del término. A nivel general se tiene un movimiento de reconocimiento de lo indígena, pero de hecho, se origina a partir de la relación (o más bien, la falta de relación) entre biomédicos y la población indígena, especialmente en Potosí.

A partir de esa constatación, se plantean algunas definiciones, como reconocimiento del otro diverso, respeto a usos y costumbres, compatibilizar cosmovisiones o sistemas, etc. En cualquier caso, ni el programa ni otras entidades generadoras de política tienen una definición clara y libre de subjetividad, que permita orientar los aspectos operativos de una intervención a nivel de campo.

El nivel de desarrollo de las experiencias nacionales no ofrece datos empíricos suficientes que respalden las potencialidades y las limitaciones específicas del enfoque. De hecho, se tiene algunas constataciones que no dan base sólida al enfoque, como ser:

- El médico tradicional es clave en zonas donde no hay biomédico. ¿Qué ocurre cuando se ofrece un personal biomédico en estas regiones?
- Para algunas afecciones, el hecho de que el médico tradicional no lleve registros y que sea itinerante y, por tanto, ofrezca una atención ocasional, ¿puede ser una limitante?
- Se evidencia una correlación directa entre zonas con más médicos tradicionales y la mayor cantidad de muertes maternas, como en Caripuyo, Tinguipaya, Pocoata, Sacaca. Sin embargo, está claro que esa correlación no permite identificar cuál es el problema central. ¿Habrá más médicos tradicionales por la falta de biomédicos, ya que se trata de zonas de difícil acceso (distancias, idioma, etc.)? ¿Será que se trata de otras determinantes de la salud, como los niveles nutricionales?
- ¿Es pertinente y consistente plantear que el médico tradicional tenga un consultorio en el puesto de salud o se estará rompiendo, precisamente, el concepto de respeto a las culturas diferentes?
- ¿Será lo más importante de los médicos tradicionales el apoyo psicológico que brindan, por la empatía con la que trabajan, (que sería una razón para apreciar la labor de algunos médicos cubanos) o tal vez el hecho de que vayan casa por casa en vez de esperar la llegada del paciente al centro de salud?



Aunque no dudamos de la necesidad de un enfoque intercultural, estas incertidumbres no permiten dar respuestas definitivas sobre cómo se debe trabajar bajo este enfoque. Las siguientes lecciones aprendidas son todavía preliminares:

*El primer desafío es trabajar en una definición de interculturalidad de carácter operativo y libre de subjetividad<sup>25</sup>.*

*El efecto e impacto de un trabajo con enfoque intercultural es un proceso lento y, de entrada múltiple, donde habrá que trabajar con el sistema de acierto-error, e investigación-acción. Aún no se puede establecer cuándo se está incorporando el enfoque de manera suficiente y por tanto, también representará un alto costo en tiempo y esfuerzo. Para incorporar la interculturalidad en los servicios de salud, aún habrá que superar las dudas y resistencias del personal formado con los principios biomédicos. No se trata solamente de cambiar infraestructuras y añadir equipamiento “intercultural”.*

*La incorporación de los aspectos culturales en intervenciones de desarrollo, sean prácticas o de infraestructura, sólo puede darse si se parte de la cotidianidad del futuro usuario, tanto para determinar una demanda (la tan mentada necesidad sentida), como para definir el diseño, la implementación y, finalmente, la operación y el mantenimiento.*

25. Existe una definición “sencilla” que establece que se trata de una relación entre culturas distintas. Sin embargo, una definición más profunda determina que se trata de un principio normativo, entendido como la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra. Zúñiga Castillo, Madeleine y Ansión Mallet, Juan: Interculturalidad y Educación en el Perú. Cap. I, pp. 9 – 20, Foro Educativo, Lima, 1997, citados por R. Soriano. Sin embargo, claramente estas definiciones no orientan sobre qué hacer o no hacer.



Giuseppe Iamele

*El objetivo no es que un externo trate de “pensar como ellos”. Eso sólo conduce al folklorismo, pues una persona de afuera sólo puede tomar los signos visibles de otra cultura, no los aspectos profundos, como la cosmovisión o la manera de sentir. De manera general, el principio básico de un trabajo con enfoque intercultural es que la población pueda participar en todos los diseños, sea de infraestructura, mobiliario, cartillas o señalética. Esto implica un auténtico trabajo horizontal entre distintas culturas, pero también entre niveles distintos de “ciencia”.*

### vii. Sostenibilidad

Ya en la mitad del periodo de implementación del programa se trabajó una propuesta integral que permitiera asegurar la sostenibilidad de las acciones. En ese marco, se añadió a las actividades el Plan Agentes de Cambio, a través del cual los profesores, mediante programas educativos en las escuelas de núcleo, sentarían las bases de una cultura de sostenibilidad en los niños.

Tomando en cuenta que dicho plan data de unos pocos años y que recién está por concluir, aún no se puede determinar si esa propuesta será exitosa en toda su magnitud. En todo caso, aún se siguen identificando factores que podrían limitar su sostenibilidad, como la disponibilidad de recursos públicos para pagar al personal, la permanencia de las entidades



fortalecidas, la continuidad del uso y la aplicabilidad de los materiales educativos.

No obstante, se pueden plantear las siguientes lecciones aprendidas:

*La experiencia muestra que la sostenibilidad es un concepto que debe ser trabajado desde el diseño de una intervención y no cuando ésta está por concluir. Esto es importante a fin de orientar tanto a los demandantes como a los diseñadores y futuros destinatarios sobre la pertinencia de la demanda, las especificidades del diseño y las nuevas responsabilidades que se generarán.*

Esto significa que el concepto de sostenibilidad debe estar presente en todo el ciclo de un programa, tomando en cuenta no sólo los aspectos físicos o de infraestructura, sino también los financieros, institucionales, sociales y medio ambientales. En suma, los beneficiarios deben estar conscientes de que los principales responsables de la sostenibilidad son ellos mismos. Se identifica a la sostenibilidad cuando comienza el ciclo del programa, pero su fin es más difuso. Por ello se debe encarar el proceso de aseguramiento de la permanencia de los beneficios (sostenibilidad) hasta después de la conclusión de las actividades contratadas por el programa. En términos cualitativos y cuantitativos, hasta que se asegure el logro de los efectos y no solo los resultados, como ocurre a menudo.

*La sostenibilidad es un concepto complejo donde hay muy pocas certezas. Un programa siempre trabaja para que las cosas perduren, pero pocas veces se cuenta con la receta para el éxito.*





Christophe Jamele

*Más allá de las dificultades intrínsecas del concepto de sostenibilidad, muchas instituciones y personas ejecutan programas sin tener la misma visión del término, lo cual dificulta su capacidad de comprender qué más se requiere para que una intervención sea sostenible.*

Ello es más crítico en procesos de altos niveles de tercerización, ya que no se puede delegar este tema a entidades o personas que están contratadas para una actividad muy específica y que su permanencia es, además, temporal.

*En términos generales, la sostenibilidad no puede lograrse solamente a través de una actividad, sino que a menudo debe ser vista como el efecto conjunto de actividades multisectoriales (educación para crear cultura de la sostenibilidad, capacitación en temas técnicos para el mantenimiento, capacitación en sistemas administrativos para la operación y mantenimiento, etc.).*

Por ejemplo, la sostenibilidad financiera de una obra de infraestructura deberá considerarse a partir del trabajo de diseño de la intervención, discutiendo y previniendo a los futuros usuarios (sean estos instituciones, gobiernos municipales o individuos) sobre los costos, responsabilidades e implicancias de su operación y mantenimiento, y definiendo conjuntamente la manera de abordar estos temas.

**FORTALECIENDO AGENTES  
DE CAMBIO.**



Giuseppe Iamele



## DOCE EXPERIENCIAS ESPECÍFICAS

# O3

*L*a sistematización de las experiencias priorizadas por el PROHISABA permite registrar y transmitir los aspectos positivos y/o negativos de una intervención intersectorial en salud y saneamiento básico, desde la óptica de los determinantes de salud en el marco de la cooperación externa.

Durante el primer semestre del 2008, se sistematizaron doce experiencias específicas, enmarcadas en un eje común de sistematización. Los resultados son transmitidos por este medio como base de partida o ejemplo para futuras intervenciones similares.





A continuación, se presenta la clasificación de las experiencias de acuerdo a los sectores a los cuales aportaron y sus niveles de intervención. Dada la complejidad de la intervención del programa, las experiencias se relacionan con el sector y el nivel de intervención.

Cuadro 13. Experiencias según sector y nivel de intervención

SECTOR	EXPERIENCIA	NIVEL 1 SUPERIOR NORMADOR	NIVEL 2 INTERMEDIO TÉCNICO OPERATIVO	NIVEL 3 INTERMEDIO EJECUTOR	NIVEL 4 FINAL BENEFICIARIO
Salud; Agua & SB	Plan Agentes de Cambio: una estrategia de sostenibilidad.		X	X	X
Salud; Agua & SB	Desarrollo de instrumentos de gestión en salud y saneamiento básico.	X	X	X	
Salud; Agua & SB	Conformación de redes sociales a partir de procesos participativos.	X	X	X	X
Salud; Agua & SB	Disposición final de residuos sólidos en establecimientos de salud.		X	X	X
Salud	Plan integral de mantenimiento para establecimientos de salud de primer nivel.		X	X	X
Salud	Infraestructura y equipamiento con perspectiva intercultural.	X	X	X	X
Salud	Articulación de la medicina biomédica con la tradicional.	X	X	X	X
Salud	Capacitación en interculturalidad.			X	X
Salud	Fortalecimiento a Farmacias Institucionales Municipales (FIM).		X	X	X
Agua & SB	Desarrollo de la estrategia social de Desarrollo Comunitario (DESCOM).		X	X	X
Agua & SB	Agua segura mediante plantas de tratamiento Filtración en Múltiples Etapas (FIME).				X
Agua & SB	Comité Técnico Departamental de Agua, Saneamiento y Vivienda en Tarija y la Red Departamental de Apoyo al Sector de Saneamiento Básico en Potosí.	X	X	X	

Fuente: Adaptado de información de PROHISABA.

Cuadro 14. Experiencias según sector de intervención y componentes del programa

SECTOR	EXPERIENCIA	RESULTADO 1 Cobertura del sistema de salud mejorada.	RESULTADO 2 Disponibilidad y utilización correcta del agua potable, de los sistemas de eliminación de excretas y de los sistemas de gestión de residuos básico, mejorado sólidos incrementada.	RESULTADO 3 Funcionamiento de las instituciones sectoriales de salud y de saneamiento.
Salud; Agua & SB	Plan Agentes de Cambio: una estrategia de sostenibilidad.	X	X	X
Salud; Agua & SB	Desarrollo de instrumentos de gestión en salud y saneamiento básico.			X
Salud; Agua & SB	Conformación de redes sociales a partir de procesos participativos.	X		X
Salud; Agua & SB	Disposición final de residuos sólidos en establecimientos de salud.	X	X	
Salud	Plan integral de mantenimiento para establecimientos de salud de primer nivel.	X		X
Salud	Infraestructura y equipamiento con perspectiva intercultural.	X		
Salud	Articulación de la medicina biomédica con la tradicional.	X		
Salud	Capacitación en interculturalidad.	X		X
Salud	Fortalecimiento a Farmacias Institucionales Municipales (FIM).	X		X
Agua & SB	Desarrollo de la estrategia social de Desarrollo Comunitario (DESCOM).		X	X
Agua & SB	Agua segura mediante plantas de tratamiento Filtración en Múltiples Etapas (FIME).		X	X
Agua & SB	Comité Técnico Departamental de Agua, Saneamiento y Vivienda en Tarija y la Red Departamental de Apoyo al sector de Saneamiento Básico en Potosí.		X	X

Fuente: Adaptado de información de PROHISABA.



Como puede observarse en los cuadros 13 y 14, cada una de las experiencias sistematizadas corresponde a un conjunto particular de sectores, niveles y componentes. La clasificación de las experiencias en sectores y niveles ha permitido ordenar la presentación de las experiencias. Se presentan las experiencias bisectoriales, luego las del sector salud y posteriormente las del sector de saneamiento básico.

### 3.1 PLAN AGENTES DE CAMBIO: UNA ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD MEDIANTE EL CAMBIO CONDUCTUAL EN LA POBLACIÓN

#### a. Un repaso del contexto

La sostenibilidad es uno de los propósitos centrales en las estrategias de desarrollo local, que se tornan más relevantes si los esfuerzos y las inversiones van dirigidos a la infraestructura y el equipamiento para la salud y el saneamiento básico, servicios esenciales para la construcción de comunidades saludables.

El PROHISABA, desde el inicio de su acción en los departamentos de Tarija y Potosí, constató que tanto la infraestructura de salud y saneamiento básico, así como otros servicios, tenían un uso limitado, por lo que los resultados a nivel de población tampoco fueron los esperados. Este uso limitado tenía que ver con lo cuantitativo (poca gente los aprovechaba), pero también con lo cualitativo (la forma como los aprovechaban). Además, se pudo evidenciar que las responsabilidades de la comunidad en el mantenimiento, reposición y refacción de la infraestructura, equipamiento, insumos y otros factores necesarios para una gestión sostenible de los servicios, quedaban poco claras.



Este contexto local en el uso y mantenimiento de la infraestructura de servicios generó procesos reflexivos institucionales en el diseño de la estrategia de sostenibilidad. En el PROHISABA se estableció que: *la sostenibilidad de los procesos y servicios, así como de los recursos que los sustentan, se basan en la percepción de los beneficios que estos generan a los usuarios, es decir, que es necesario que la comunidad asuma como una prioridad el cuidado de su salud, del medio ambiente y de los recursos y condiciones de infraestructura que lo hacen posible al punto en que sea la comunidad con sus propios medios la que reponga los materiales, de ser necesario*<sup>26</sup>.

A partir de esta reflexión también se evidencia que existían varios aspectos que no se habían trabajado suficientemente:

- La necesidad de una intervención multisectorial<sup>27</sup>, que si bien estaba planteada en las bases del programa, mostraba que no sólo bastaba trabajar con salud y saneamiento básico, sino que también había que incorporar a la educación en una lógica de movilización social.
- Resultó evidente que por lo menos en algunas zonas, parte de ese uso limitado tenía que ver con las diferentes visiones y la cultura de la población atendida<sup>28</sup>.
- Finalmente, aunque no por ello menos importante es que, la sostenibilidad de la propuesta quedaba en duda si no se la trabajaba específicamente<sup>29</sup>.
- El Plan Agentes de Cambio (PAC) planteó el objetivo de generar mecanismos y procesos que contribuyan a la sostenibilidad de las intervenciones en salud y saneamiento básico, fortaleciendo los procesos educativos y comunitarios en salud y medio ambiente.

26. Resumen Plan Agentes de Cambio, PROHISABA, 2007.

27. Véase el capítulo correspondiente a multisectorialidad.

28. Véase el capítulo correspondiente a interculturalidad.

29. Véase el capítulo correspondiente a sostenibilidad.



#### b. El proceso de construcción del Plan Agentes de Cambio

El PAC<sup>30</sup> fue el resultado de un proceso de aprendizaje institucional que incluye actividades de investigación-planificación-acción en el ámbito educativo y que se nutrió de las experiencias didáctico-pedagógicas institucionales existentes<sup>31</sup>. Por sus alcances, se planteó como apoyo al trabajo del Desarrollo Comunitario DESCOM con el sistema educativo, con la finalidad de fortalecer a los agentes de cambio: el niño, el maestro y la gente de la comunidad.

En este proceso de aprendizaje se desarrollaron las primeras experiencias en Tarija con el trabajo en aula, a través de ferias educativas en los lugares de intervención del PROHISABA<sup>32</sup>.

Por otra parte, en Potosí se realizaron talleres de sensibilización en temas de educación sanitaria y medio ambiente con niños de seis unidades educativas del área dispersa del departamento.<sup>33</sup>

30. El Plan Agentes de Cambio fue elaborado a través de servicios de consultoría externa por José Carid, quién diseñó el plan como una estrategia de salida del PROHISABA, una vez concluida su intervención.

31. Se utilizó como instrumento la guía DESCOM elaborada por un programa financiado por el BID, Pro Aguas, mismo que consistía en el trabajo con niños, maestros y líderes. Esta guía recopiló información elaborada por CARE, Plan Internacional, etc., y se denominó "La mochila azul". El instrumento tuvo la finalidad de dar sostenibilidad a los servicios de saneamiento básico por el DESCOM.

32. El Plan Agentes de Cambio se desarrolló en Tarija en el municipio de Entre Ríos, en doce núcleos educativos, y en el departamento de Potosí en 30 núcleos de 17 municipios.

33. El taller permitió transmitir información sobre la valoración de lo importante que es el medio ambiente y también el uso de los artículos de higiene, con el objetivo de promover la salud y, sobre todo, la limpieza corporal. Se realizó un trabajo educativo en temas de medio ambiente y salud, los cuales trabaja el PROHISABA en sus memorias de taller.





Giuseppe lamele

De la misma manera, en Potosí se propuso a las instituciones del departamento el Plan de Sostenibilidad. El Servicio Departamental de Educación SEDUCA tenía un trabajo similar con el CEAEPS (Componente Educativo Ambiental - Educación Primaria y Secundaria), cuya finalidad era sensibilizar a los padres y a los niños a través de los maestros en ferias educativas y con el apoyo de la Agencia Danesa de Cooperación Internacional (DANIDA). Se elaboró un acta de intenciones con SEDUCA para solicitar a la cooperación danesa la autorización para la reimpresión de los materiales elaborados y la creación, con el asesoramiento de la <sup>34</sup> UATP-SEDUCA y de la unidad del IEC<sup>35</sup>-SEDES, de módulos pedagógicos y audiovisuales relacionados a la inserción de temáticas en educación sanitaria e higiene en la planificación en aula y en la currícula educativa.

Culminados y validados los módulos pedagógicos y audiovisuales, se elaboró el Plan de Fortalecimiento en Educación Sanitaria y Ambiental, cuyo objetivo se orienta a generar mecanismos y procesos que contribuyan a la sostenibilidad de las intervenciones en salud y saneamiento básico del PROHISABA, fortaleciendo los procesos educativos y comunitarios en salud y medio ambiente. Bajo este marco, se elaboró un convenio con SEDUCA que permitiera fortalecer las capacidades cognitivas y metodológicas de los agentes de cambio (maestras y maestros) del nivel de educación primaria, en lo referente al conocimiento y la aplicación de la educación sanitaria y ambiental de las unidades educativas del departamento de Potosí, para lograr sensibilizar y promover un cambio de hábitos y habilidades de conducta en los niños y niñas en lo concerniente al cuidado y conservación del medio ambiente y la aplicación de conceptos de

34. Unidad de Apoyo Técnico Pedagógico - Servicio Departamental de Educación.

35. Unidad de Información, Comunicación y Educación - Servicio Departamental de Salud.



Giuseppe Lamele

educación sanitaria en su entorno educativo, coadyuvando al mejoramiento de la calidad de vida.<sup>36</sup>

Este convenio tuvo como objetivos específicos:

- Implementar el Plan de Fortalecimiento en Educación Sanitaria y Ambiental destinado a maestros del nivel de educación primaria en las unidades educativas de las zonas de intervención del PROHISABA - regional Potosí.
- Fortalecer los centros de recursos pedagógicos de las unidades educativas donde el PROHISABA intervino, con la entrega de material relacionado a la educación sanitaria y ambiental (libros, juegos didácticos, videos educativos, microprogramas radiales y otros) para coadyuvar a la aplicación de transversales en la práctica docente.
- Promover la realización y financiamiento de planes educativos de núcleo y aula, como instrumento de evaluación del proceso de fortalecimiento a la aplicación de la educación sanitaria y ambiental en las actividades pedagógicas del nivel primario en las unidades educativas de las comunidades donde el PROHISABA intervino.

Bajo esta perspectiva, el PROHISABA desarrolló un conjunto de acciones dirigidas al cumplimiento del convenio. En principio, se teorizaron y materializaron las ideas en educación sanitaria para posteriormente concretizarlas en módulos. Se elaboraron materiales audiovisuales para que sean aplicados por docentes y niños; también se realizó la reimpresión de material didáctico existente<sup>37</sup>. Por otra parte, se elaboró un diagnóstico del

36. Convenio interinstitucional entre SEDUCA - Potosí y el PROHISABA, Octubre 2006.

37. Se reimprimió el libro *Relatos e Historia de Nuestra Naturaleza*, la guía práctica de aplicación de la transversal educación para el medio ambiente, el módulo de educación ambiental, el juego didáctico "La Ruleta de la Vida" y su guía con innovaciones del PROHISABA, y se realizó el diseño y elaboración del módulo de educación sanitaria y su guía práctica para el nivel primario.



estado de las escuelas relacionado a la disponibilidad de tecnología (computadoras, televisores, DVD, etc.), lo que llevó a plantear la necesidad de equipar las diferentes escuelas y dotarlas de módulos.

Las acciones dirigidas a la educación sanitaria en las unidades educativas de las comunidades donde el PROHISABA intervino, estaban orientadas, en principio, a proyectos educativos de aula; sin embargo, se generaron las condiciones necesarias para plantear algo más amplio en la perspectiva de aplicar la metodología del Proyecto Educativo de Núcleo - PEN en 185 unidades educativas, de las 17 planteadas inicialmente<sup>38</sup>.

Para complementar el enfoque de sostenibilidad en Potosí, se involucraron a 17 municipios<sup>39</sup>, mismos que asignaron contrapartes para desarrollar el Plan Agentes de Cambio, tomando como instrumento central al PEN.

### c. Contenidos de la experiencia

El Plan Agentes de Cambio fue diseñado con la finalidad de responder integralmente a los objetivos y desafíos planteados, y su acción comprendió cinco niveles o espacios de gestión educativa local: el aula, la unidad educativa, la comunidad, el núcleo y el municipio, generando procesos y mecanismos particulares en cada nivel.

Tres líneas de acción concretas le dieron contenido al plan<sup>40</sup>:

- 1. Elaboración, ejecución y seguimiento de proyectos educativos de núcleo PEN y de aula para fortalecer la dinámica social y educativa en las comunidades de intervención, generando procesos de reflexión y acción en torno a las temáticas de salud y medio ambiente.**

38. Se ampliaron las acciones del Plan Agentes de Cambio a comunidades donde no se tienen obras de infraestructura.

39. A nivel general, fueron 42 núcleos, 30 en Potosí y 12 en Tarija, influyendo a 185 establecimientos educativos con los núcleos educativos (POA 2007 PROHISABA). Una de las reflexiones en torno a la sostenibilidad, menciona que, en el caso del mantenimiento de la infraestructura y los insumos que requieran reposición o arreglo (especialmente los equipos), es necesario comprometer a los gobiernos municipales para que, a través de su Programa Municipal de Educación (PROME) -que es parte de su Plan de Desarrollo Municipal-, se le dé continuidad y sostenibilidad a las actividades planteadas en el PEN.

40. Resumen Plan Agentes de Cambio, PROHISABA, 2007.



El PEN movilizó a la comunidad educativa en función de problemáticas concretas que afectan la calidad de los procesos de aprendizaje. Se desarrollaron aprendizajes significativos a partir de situaciones problemáticas reales y contextualizadas. Fue un espacio de trabajo y diversificación pedagógica que permite a docentes, alumnos y padres de familia vivir situaciones de aprendizaje reales, las cuales son necesarias si se espera desarrollar actitudes, valores y prácticas en la comunidad. Se generó un contexto y una situación de aprendizaje concreta para trabajar las temáticas de salud y medio ambiente y, posteriormente, las sistematizaron como experiencias replicables.

2. **Equipamiento y dinamización de los Centros de Recursos Pedagógicos (CRP)**, con el objeto de consolidar la estructura y funcionamiento del núcleo educativo como una red de servicios complementarios, a partir de la generación de espacios de encuentro y de acceso a información para la comunidad educativa.

Se buscó generar espacios de encuentro y de trabajo intersectorial e interdisciplinario a nivel de las escuelas que conforman el núcleo y la comunidad e instituciones con las que éstas trabajan. La meta fue contar con un manual de funcionamiento que organice las responsabilidades y el uso de estos espacios comunes, además de dinamizar y apoyar las diferentes actividades contempladas en el PEN y en los PEA.

3. **Implementación de material didáctico** elaborado y reproducido por el PROHISABA, para fortalecer el desarrollo de competencias de aprendizaje en las transversales de educación para la salud y la educación medio ambiental, a partir de un trabajo sistemático en el aula con docentes y alumnos en las comunidades donde se trabajó.



Se esperó llenar el vacío bibliográfico, didáctico y metodológico que existe en las escuelas con respecto a los temas de medio ambiente y, especialmente, de educación sanitaria. Una de las dificultades y limitaciones para que los docentes incluyeran, de forma sistemática y permanente, estos temas transversales en su diseño curricular, fue su escaso conocimiento teórico y metodológico, junto al hecho de que no disponen del suficiente ni apropiado material didáctico para trabajar estos temas con los/las niños/as.

#### d. Prácticas de la experiencia

Los PEN y los PEA se tradujeron en procesos de planificación participativa y sistemática de secuencias y situaciones de aprendizaje y en la dotación de condiciones e insumos para un trabajo significativo que fortaleciera el desarrollo de actitudes, valores y prácticas positivas en el cuidado de la salud y el medio ambiente en la comunidad.

A lo largo de un proceso de tres a seis meses de duración, la comunidad educativa de cada núcleo, con el apoyo de un Asistente Técnico Local - ATL<sup>41</sup>, se organizó, levantó su diagnóstico tanto pedagógico como de infraestructura, definió sus objetivos y elaboró su planificación pedagógica para cada ciclo del nivel primario. En función de esos objetivos, se definieron y concertaron los insumos y el presupuesto necesarios para el desarrollo de las actividades planteadas. Finalmente, se establecieron acuerdos y compromisos para la ejecución de dichas actividades.

La elaboración e implementación del PEN permitió a los docentes de las escuelas llevar adelante un verdadero trabajo grupal y cooperativo, ya que la mayor parte de sus actividades son conjuntas.

41. Cada ATL se responsabilizó de la elaboración del PEN y de la facilitación del proceso en tres a cuatro núcleos. En Potosí se contó con siete técnicos para 30 núcleos, lo cual dificultó la realización de un acompañamiento al proceso.



Cuadro 15. Relación de municipios y núcleos que trabajan con el Plan Agentes de Cambio en Potosí y Tarija

Nº	MUNICIPIO	NÚCLEOS	Nº DE MAESTROS/AS BENEFICIARIOS/AS	Nº DE NIÑOS/AS BENEFICIARIOS/AS
1	Chaquí	Coipasi - Palomar Vicente Venegas Vargas Chiutaluyo	30 37 20	315 434 266
2	Puna	Ckochas Capaña Otavi	27 33 21	264 487 314
3	Uncía	Modesto Omiste	161	2556
4	Sacaca	Ladislao Cabrera Sak'ani Alto Leque Sillu Sillu	39 17 22	645 317 437
5	Tacobamba	San Felipe de Colavi Chalviri Tirina	33 24 21	345 264 426
6	Betanzos	Poco Poco Modesto Omiste	23 95	445 1824
7	Ocurí	Ocurí Tambillos	60 24	1167 459
8	Ravelo	Saucy Mayu Sorocoto	18 19	528 429
9	Yocalla	Totora "D" Cayara	25 21	272 191
10	Caiza "D"	Hornos - Tres Cruces	42	794
11	Arapampa	Miguel Mercado Moreira	22	207
12	Toro Toro	Mariscal Sucre	32	696
13	San Pedro de Buena Vista	Pastor Sainz	42	831
14	Acasio	José Rivera Luna	23	570
15	Tinguipaya	Mariscal Sucre Utacalla	34 17	290 283
16	Pocoata	Kesinfuco	30	866
17	Colquechaca	Bombori	30	642
18	Entre Ríos	12 Núcleos	256	5800
		<b>TOTAL NÚCLEOS 42</b>	<b>11298</b>	<b>23364</b>

Fuente: Datos SEDUCA Potosí - GESTIÓN 2007; Sostenibilidad PROHISABA – Tarija, 2008.



También se trabajó con la propia comunidad, es decir, con los padres de familia y las autoridades locales con quienes la escuela coordina y desarrolla las actividades del proyecto.

A nivel del núcleo, se trabajó con el conjunto de las escuelas que lo conforman y con las cuales se elaboró todo el proyecto a través de un equipo de gestión, responsable de la ejecución del proyecto. Finalmente, participó el nivel municipal representado por la alcaldía y la Dirección Distrital de Educación, como los principales responsables del co-financiamiento, en el primer caso, y del seguimiento y apoyo técnico y normativo, en el segundo caso.

Se trabajó con más de 40 núcleos educativos en la elaboración de los PEN (ver cuadro 15). Este proceso estuvo acompañado por actividades de capacitación o transferencia técnica pedagógica a docentes del nivel primario. Los temas tratados fueron aspectos básicos de educación sanitaria y ambiental, a través de la realización de talleres, charlas y conferencias orientados a sensibilizar y fortalecer el proceso educativo en general y, principalmente, para desarrollar la capacidad local de implementación del Plan de Fortalecimiento de la Educación para la Salud y el Medio Ambiente.

Se fortalecieron los CRP de las unidades educativas centrales de cada núcleo educativo, a través de la dotación de equipos con dos computadoras, un televisor, un reproductor de DVD y material didáctico y bibliográfico en las temáticas de educación sanitaria y medio ambiente.

Este material y equipo estuvo administrado por los directores de la unidad educativa central, bajo un manual de funcionamiento, y se realizó un seguimiento a los equipos e insumos, por parte de un responsable de la dirección distrital y un representante del municipio.



Para la implementación del material didáctico elaborado y reproducido por la institución, se desarrollaron los siguientes recursos:

- Módulos y guías de educación sanitaria y medio ambiente.
- Programas radiales y videos educativos de educación sanitaria y medio ambiente.
- Juegos didácticos relacionados a la salud, higiene y medio ambiente.

Se reimprimieron los libros que ya aplicaba el SEDUCA: Relatos e historia de nuestra naturaleza, la Guía práctica de aplicación de la transversal educación para el medio ambiente, el Módulo de educación ambiental, el juego didáctico “La ruleta de la vida” y su guía con innovaciones de PROHISABA.

Los anteriores fueron recursos didácticos de aplicación en aula, como parte de los planes semanales y mensuales de los docentes, a ser insertados paulatinamente dentro de la currícula.

Los materiales entregados por el PROHISABA se constituyeron en bienes municipales, registrados a través de actas notariadas para el control respectivo de parte de autoridades locales y padres de familia. Adicionalmente, en todo el proceso de implementación del PAC, en ambas regiones, se generaron redes organizacionales e infraestructura operativa que se vincularon al ciclo del proyecto. Los siguientes cuadros muestran la percepción local en cada región, referente a los participantes y al rol que desarrollaron.





**Cuadro 16. Participantes y sus roles, caso de Potosí**

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>ROL</b>
Técnicos de seguimiento PROHISABA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con SEDES, directores de unidades educativas y docentes de nivel primario.</li> </ul>
Director Distrital Educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable para realizar los talleres de capacitación.</li> </ul>
Directores de núcleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como partícipes y transmisores a los maestros de cada unidad educativa.</li> </ul>
Equipo de gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con los otros actores.</li> </ul>
Alcaldía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo financiero y de seguimiento.</li> </ul>
Técnicos municipales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como seguimiento del gobierno municipal.</li> </ul>
Docentes nivel primario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como agentes de cambio para el trabajo con los niños.</li> </ul>
Agentes comunales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con la población.</li> </ul>

Fuente: Resultados de rueda de evaluación (SAS).

**Cuadro 17. Participantes y sus roles, caso de Tarija**

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>ROL</b>
SEDUCA Diferentes unidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar talleres de capacitación e involucrar al personal docente para que exista un empoderamiento de la experiencia.</li> </ul>
Dirección Distrital de Educación (municipios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar actividades. Se empoderaron de la experiencia, lo que originó la obtención de resultados satisfactorios.</li> </ul>
Personal técnico (supervisión) personal de monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación en la parte operativa.</li> </ul>
Honorable Alcaldía Municipal Alcaldes, concejos municipales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables de los informes de avance en algunos municipios.</li> </ul>
Desarrollo humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fueron parte del equipo de gestión de la HAM.</li> </ul>
Concejales de educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte del equipo de evaluación.</li> </ul>
INFOPER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsables de la capacitación a personal técnico y direcciones distritales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la rueda de evaluación (SAS).



#### e. Resultados

Todavía es temprano para vislumbrar resultados que reflejen cambios de actitud en la comunidad educativa, pues la gran mayoría de los núcleos recién concluyeron la elaboración y planificación de su propio Plan Agentes de Cambio. Sin embargo, ya se equiparon varios núcleos con espacios de encuentro y de acceso a información para la comunidad. Adicionalmente, se pueden mencionar algunos logros del proceso que apuntan a la sostenibilidad y a, precisamente, reforzar los alcances del plan.

- Directores y docentes capacitados en aspectos básicos de saneamiento básico y ambiental.
- Existen más de 40 PEN, de los cuales 30 fueron cofinanciados por los municipios en el departamento de Potosí.
- Distribución del material impreso como textos, cuadernos y afiches, elaborados y reimpresos por el PROHISABA.
- Equipamiento de cada núcleo con televisores, DVD y material audio visual educativo.
- Gobiernos municipales comprometidos en el control y mantenimiento del material y equipo, con inclusión del presupuesto de su funcionamiento en el POA municipal.
- Se realizaron ajustes a siete PDM (seis en Potosí y uno en Tarija), insertando temas relacionados a la salud e higiene.

#### f. Lecciones aprendidas

Es necesario señalar que la experiencia de sostenibilidad con el Plan Agentes de Cambio concluyó en la fase de transferencia de tecnología. Corresponde a las instancias locales, las unidades educativas, las comunidades, el gobierno municipal y el SEDUCA, implementar en su totalidad y usar sosteniblemente los recursos y servicios que genera el plan.

Como parte de las lecciones aprendidas para un proceso de dimensión educativa, se pueden compartir, desde la experiencia institucional del PROHISABA, los siguientes aspectos que, de alguna manera, limitaron y facilitaron el plan.



### Aspectos facilitadores y limitantes de la experiencia

FACILITADORES	LIMITANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La metodología de trabajo.</li> <li>• Las reuniones mensuales.</li> <li>• Los análisis que se realizaron sobre la experiencia en forma permanente.</li> <li>• La capacidad técnica.</li> <li>• Los logros y resultados.</li> <li>• La coordinación a nivel regional.</li> <li>• La coordinación interinstitucional con SEDUCA y direcciones distritales.</li> <li>• La coordinación con las alcaldías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad en los gobiernos municipales.</li> <li>• Burocracia administrativa.</li> <li>• Sobrecarga de trabajo y cambios de ATL.</li> <li>• No todo el personal educativo llegó a apoyar la experiencia.</li> <li>• Algunos núcleos no respondían favorablemente, atrasando el proceso y generando repeticiones continuas.</li> <li>• Involucramiento limitado en el trabajo por parte de los técnicos del PROHISABA.</li> <li>• Cantidad de personal dentro del proceso.</li> </ul>

Fuente: Elaboración basada en el campo de fuerzas (Metodología SAS).

Para reducir efectivamente la desigualdad en el estado de salud de las poblaciones, tanto rurales como urbanas, desde la perspectiva educativa, se han obtenido las siguientes lecciones:

*Es tanto o más importante el buen uso de los servicios de salud y saneamiento básico que simplemente la disponibilidad de los mismos.*

Desde el diagnóstico realizado por el programa, se observó que solamente la disponibilidad de un servicio (sea puesto sanitario, sistema de agua o alcantarillado), no contribuye significativamente a reducir la incidencia de enfermedades. La construcción de infraestructura y su equipamiento es insuficiente, ya que se requiere, además, de una utilización adecuada.

El hecho de que exista infraestructura y equipamiento para la reducción de la incidencia de las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA), por ejemplo, es insuficiente. Se requiere, además, la difusión, la capacitación y el fortalecimiento de las organizaciones e instituciones, entre otros aspectos.



Se trata de lograr una cultura y disciplina comunitaria del uso de los servicios. Esto implica trabajar en el ámbito y las competencias de la educación formal y alternativa para un cambio de actitud de la población en relación al cuidado de su salud y el medio ambiente. Sólo así se podrá asegurar que se incremente el acceso y se logren reducir las desigualdades.

*Es indispensable hacer intervenciones multisectoriales donde no sólo se trabaje salud, sino también saneamiento básico, preservación y cuidado del medio ambiente y educación, según corresponda.*

La sola intervención en salud, por muy completa que sea, no resulta suficiente para lograr reducir las desigualdades en el estado de salud de algunas poblaciones. Es fundamental atender otros sectores como el saneamiento básico, pero también otros ámbitos no tangibles, como la educación, entendida globalmente y no sólo como la instrucción escolar.

Es necesaria la conformación de capital social y capacidades humanas para una gestión responsable de los servicios de salud y saneamiento básico, así como del medio ambiente.

*El aspecto central de la viabilidad y sostenibilidad de toda propuesta para reducir desigualdades en el estado de salud, debe pasar, necesaria e imprescindiblemente, por considerar y respetar la cultura de las poblaciones involucradas.*

Aunque ya se mencionó<sup>42</sup> lo intercultural, llama la atención que, sea cual sea el enfoque, es imposible lograr efectos positivos y duraderos si no se empieza por analizar la cultura de las poblaciones, ya que los servicios de salud y saneamiento básico están interrelacionados con usos y costumbres. Y son precisamente estos usos y costumbres los que determinarán, en definitiva, si una intervención tendrá efecto en el corto plazo, y sostenibilidad a futuro, ya que, si se los respeta, podrán ser asimilados por la población.

42. Véase el punto B.7 de este documento.



Un programa que requiere el concurso de diferentes sectores, debe asumir, desde el inicio, el desafío de concertar los intereses, objetivos y prioridades de las entidades convocadas.

La concertación interinstitucional no se da de manera natural y, a menudo, se convierte en una tarea complicada, por lo que la entidad o programa que pretende liderar esto, debe contar con los recursos humanos y técnicos competentes que permitan llevar a cabo este desafío.

Por otra parte, es necesario encarar este proceso de consenso desde el inicio, promoviendo la inclusión de actividades y presupuestos en el accionar de los sectores que intervienen, de tal forma que aseguren la permanencia de la concertación y no sean meramente coyunturales o dependientes de la voluntad de terceros.

### 3.2 DESARROLLO DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN EN SALUD Y SANEAMIENTO BÁSICO

#### a. Un repaso del contexto

Las instituciones de los sectores de salud y saneamiento básico han trabajado por muchos años en diversas áreas de apoyo y fortalecimiento en los niveles<sup>43</sup> Superior-Normador, Intermedio-Técnico Operativo, e Intermedio-Ejecutor (niveles 1 a 3).

Los entes de tutela y otras entidades contemplaron el desarrollo de instrumentos de gestión en salud y saneamiento básico como parte de la estrategia de intervención que se implementó en el marco del componen-

43. Que corresponden a los niveles 1 a 3, respectivamente.



Giuseppe Iamete

te de Fortalecimiento Institucional del PROHISABA. En este ámbito, el programa vislumbró que el mencionado componente contribuiría a la mejora del funcionamiento de las instituciones sectoriales de salud y de saneamiento básico.

Los instrumentos de gestión que las instituciones antes mencionadas diseñaron, elaboraron, validaron y aplicaron (muchas veces con el apoyo de externos) contribuyeron al mejoramiento de su eficiencia y la calidad de los servicios y/o insumos que generaron, y constituyeron el soporte tecnológico vital para la adecuación y el cambio sostenible de los sistemas organizacionales.

Por otra parte, las cuatro funciones principales de un sistema de salud fueron definidas como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. La complejidad organizacional del Sistema Nacional de Salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos reguladas por el MSD.

Por debajo del nivel nacional se establecieron los siguientes niveles de gestión: el Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la prefectura y encargado de articular las políticas nacionales de salud y la gestión municipal; el municipal, correspondiente al DILOS, máxima autoridad en la gestión compartida para el cumplimiento de las políticas nacionales; y finalmente, el local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia, como nivel operativo.

La organización del sistema de atención en salud se desarrolló a través de redes de salud, compuestas por un número de centros sanitarios públicos y privados, de distinto nivel de atención y escalones de complejidad (red municipal - red departamental).



Giuseppe Iamelle

El nivel de tráfico de información que se generó entre centros y puestos de salud, hospitales básicos de apoyo y centros sanitarios de tercer nivel, necesitó sistemas de gestión y administración de la información, que permitan agilizar y simplificar los procesos. A su vez, ello facilita su acceso y comprensión, transparentando el manejo del gasto y generando insumos para la toma de decisiones en cuanto a políticas públicas para el sector.

La vida institucional en la salud pública, en la perspectiva de la construcción de comunidades saludables, debe pasar por construir una cultura de transparencia del gasto en el sector, a nivel local-municipal, departamental y nacional. Para ello son necesarios los planes estratégicos y sus sistemas de monitoreo y control.

El PROHISABA desarrolló un proceso de fortalecimiento de la capacidad de gestión de los SEDES en Tarija y Potosí, con intervenciones en cuatro niveles: Sectorial MSD - VSB (nivel 1), Operador SEDES - UNASBVI (nivel 2), beneficiario MUNICIPIO (nivel 3), COMUNAL (nivel 4).

Las estrategias para cada uno de estos niveles de intervención, circularon en el campo del diseño y aplicación de instrumentos para la planificación, operación de la normativa, sistemas de manejo y control de la información, procesos de análisis para la toma de decisiones y gestión del conocimiento. El Plan Estratégico Departamental de Salud (PEDS) y los sistemas de gestión de la información, como el Sistema de Cuentas Departamentales del Gasto y Financiamiento en Salud (SCDGFS) y el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), constituyeron instrumentos de gestión en salud y saneamiento básico que fueron parte de la estrategia de intervención que se implementó en el marco del Componente de Fortalecimiento Institucional del PROHISABA.



## b. Procesos referidos al desarrollo de instrumentos de gestión

Desde 2002, fueron varios los ámbitos en los cuales el PROHISABA apoyó al desarrollo de instrumentos de gestión. Estos incluyeron al MSD (nivel 1), a las prefecturas de Tarija y Potosí, a los SEDES (nivel 2), y a un conjunto de municipios y de gerencias de redes (nivel 3) que se dedican a mejorar el funcionamiento global del Sistema Nacional de Salud (SNS) y a la formulación de políticas sectoriales y de innovación.

En el nivel 1, la finalidad del PROHISABA fue fortalecer el desarrollo del rol rector del MSD en la gestión del SNS. El objetivo general se orientó a mejorar la capacidad de conducción, regulación, modulación y concertación del ministerio en la gestión técnico - financiera.

El MSD y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ejecutaron este programa, aprovechando la capacidad instalada y la experiencia del PNUD para cumplir las responsabilidades emergentes de su rol de organismo de ejecución.

En el nivel 2, el PROHISABA apoyó el desarrollo de instrumentos administrativos - financieros, como una iniciativa que permitió coordinar esfuerzos y recursos en Tarija y Potosí. La dotación de herramientas de gestión como el Sistema de Cuentas Departamentales de Financiamiento y Gasto en Salud, permitió a los SEDES conocer al detalle los montos globales del gasto sanitario en las regiones, orientando la toma de decisiones, mejorando la capacidad de gestión y evitando duplicidad de esfuerzos y recursos.

Ya que existía la necesidad de conocer los gastos de inversión que se realizaban en el área de salud de los departamentos, se determinó que se complementara con un trabajo específico en el tratamiento de las cuentas departamentales, teniendo como referencia el trabajo que estaba desarrollándose a nivel nacional<sup>44</sup>.

Esta metodología ya se había implementado a nivel nacional con resultados muy interesantes en la década de los noventa y fue recuperada por el PROHISABA, ya que se consideraba importante que los actores que manejan y administran los recursos económicos, sepan en qué se invirtió y por qué fue importante invertir de la forma en que se lo hizo.

---

44. Cuentas departamentales es una iniciativa del nivel estatal que surgió en el año 1998 como Cuentas nacionales, a raíz de un mandato a nivel latinoamericano. En un evento que se realizó el año 1994 se definió que todos los países deben conocer en qué se gasta, en qué se invierte y quiénes son los que gastan, como parte de un análisis de lo que es la atención primaria en salud.





A manera de contextualizar el proceso, es importante diferenciar que se trabajó este instrumento mediante:

- Una adaptación de la metodología nacional a la departamental.
- Una propuesta de institucionalización del sistema a nivel de SEDES y prefectura. Las propuestas fueron adaptadas e implementadas en ambos departamentos; en el caso de Tarija se estableció la red de información como espacio para solicitar información a los diferentes actores que hacen al financiamiento y al gasto en salud, a diferencia de Potosí, donde se realizaron gestiones a través de un comité inter-institucional.
- Una operativización o ejecución de la metodología nacional al nivel departamental, con el objetivo de lograr una estimación del gasto y financiamiento en salud en el departamento de Tarija del 2001 al 2003 (documento base utilizado por el SUSAT), efectuada en dos fases. La primera fase de estimación, basada en datos, y la segunda fase correspondiente a la validación de los datos.

La necesidad de crear un instrumento que permita planificar mejor al SEDES, determinó que se solicitara a la organización Médicos Mundi la realización de una serie de adaptaciones al SIAF<sup>45</sup>, en razón de que ésta organización estaba implementando este instrumento en Potosí.

---

45. Las adaptaciones realizadas recuperaban la experiencia que Médicos Mundi había desarrollado en hospitales de tercer nivel bajo un convenio con el Ministerio de Salud. Estas adaptaciones al sistema, aplicadas en el primer nivel, pudieron ser replicadas en el resto del país donde el 90% de los establecimientos son de primer nivel y en los cuales existe una mayor carga administrativa.



Es así que la experiencia puede denominarse como la adaptación e implementación del SIAF en los establecimientos de salud intervenidos por el PROHISABA.

Cuando se implementó el SIAF, no sólo se trató el tema del *software*, sino también el sistema administrativo y el análisis de cómo estaba la estructura organizativa de la gerencia. Un diagnóstico preliminar de la estructura organizativa de la gerencia de red, concluyó que éstas no contaban con manuales de organización y de funciones, los registros estaban sobredimensionados y nadie conocía a cabalidad la existencia de activo y/o inventarios<sup>46</sup>.

El objetivo del SIAF fue contar con información suficiente de las tres gestiones anteriores -como insumos sistematizados con valor de análisis agregado- para orientar de mejor manera la administración y gestión de los recursos del sector, de manera que se asuman y cumplan las políticas públicas de la salud pública, siendo coherentes con el perfil epidemiológico del departamento, en consideración a los objetivos - metas del milenio, compromisos de gestión, plan departamental, etc.

Se desarrolló un diseño organizacional de la gerencia con propuestas diferenciadas y un manual de funciones trabajado de manera participativa, vía talleres con el personal de salud. Paralelamente, se instaló el *software* en lugares donde había las condiciones necesarias de instalación (gerencias y algunos centros de salud) y se procedió a capacitar en los módulos a los actores de la gerencia, de acuerdo a la especificidad de su labor (administra-

46. Por medio de consultorías, se realizaron propuestas metodológicas para la construcción, análisis de consistencia y validación de la información disponible en relación al gasto institucional en el sector, que permitan estructurar una línea base cercana y certera que posibilite estimaciones y articule una base de datos.



ción financiera, caja chica, activos, medicamentos, etc.). También se capacitó a un equipo del SEDES que se haría cargo de las tareas de seguimiento<sup>47</sup>.

El siguiente paso fue transferir esta forma de hacer cuentas, a través de un comité. En Potosí se optó por tomar la alternativa de trabajar vía el comité interinstitucional, en razón de la gran expectativa despertada a nivel del departamento. En cambio en Tarija, se operó mediante una red de información de cuentas departamentales. Esta acción debió ser liderada por la misma Unidad Técnica de Planificación del SEDES, por ser la unidad que conoce cuánto se gasta y la que debe re-direccionar los gastos que no estuvieran contemplados en lo que se asume para la promoción y la prevención del plan departamental.

Todos los establecimientos intervenidos por el proyecto fueron de primer nivel. Por lo tanto, se reconoció el avance del SIAF para este nivel con la implementación de dos *software* complementarios: uno consolidador y otro migrado, otorgados en calidad de donación al MSD y, por tanto, a los SEDES.

En el 2004, en el Plan Estratégico Departamental de Salud (PEDS), se realizaron, tanto en Potosí como en Tarija, varios talleres participativos con la sociedad civil y personal de salud, para que, a partir de este proceso, se fuera estructurando el marco general de las acciones a desarrollarse durante los próximos cinco años en el sector.

El apoyo al PEDS se tradujo en un diagnóstico de la situación actual, desde el punto de vista social y geográfico. Se recogieron las demandas no sólo del sector sino también de la sociedad civil, de los gobiernos municipales y de

47. Es necesario mencionar que se enfrentaron problemas de tipo técnico y de manejo en reiteradas oportunidades, mismos que fueron solucionados en el camino. Sin embargo, este proceso muestra una serie de factores de carácter técnico, humano y político institucionales que deben establecerse óptimamente al momento de implementar sistemas de gestión de información.



varios actores que intervinieron en el proceso, de manera que el SEDES disponga de información procesada y sistematizada en un plan que oriente y reordene el manejo de la atención en salud del departamento.

Una vez consolidada la fase de planificación, se procedió con la etapa de difusión en todos los municipios de ambos departamentos para que los instrumentos a desarrollarse puedan ser aplicados en todas las gerencias de red.

Un aspecto que diferencia la experiencia realizada en el contexto del departamento de Tarija es que el PEDS permitió contribuir a un proceso de planificación participativa junto a otras cooperaciones durante los años 2004 y 2005 y contó con el apoyo técnico del PROHISABA, estructurando una especie de comité con responsabilidades financieras y técnicas, cuyo resultado fue un documento borrador revisado y ajustado en la gestión 2008, sistematizado, editado y entregado al SEDES.

### c. Contenidos de la experiencia

La gestión institucional que lleva adelante el MSD debería contemplar el desarrollo de capacidades y recursos en cuanto a:

- Contar con instrumentos normativos y reguladores del Plan de Desarrollo Sectorial (PDS).
- Desarrollar mecanismos de innovación y articulación de apoyo a las estrategias del PDS en el sector.
- Implementar el enfoque sectorial en salud, esencialmente en lo relacionado con la política, el programa de gasto y la capacidad institucional del MSD.

El desarrollo de instrumentos de gestión en salud para el nivel 2 - Operadores Departamentales, contribuyó a diseñar, sistematizar, manejar y administrar bases de datos e información para el manejo de cuentas del sector.

### Sistema de Cuentas Departamentales de Financiamiento y Gasto en Salud

El objetivo principal que se persiguió al crear un Sistema de Cuentas Departamentales de Financiamiento y Gasto en Salud, fue generar información sobre el monto total de los recursos existentes, el origen de los mismos y el flujo de financiamiento dentro del sector salud, con el propósito de orientar y dar seguimiento al desarrollo de las actividades y a los procesos de reforma.<sup>48</sup>



Los objetivos específicos fueron:

- Determinar las fuentes de financiamiento del sector en el departamento de Tarija a un nivel apropiado de desagregación.
- Identificar los agentes que administran los recursos existentes del sector en el departamento de Tarija.
- Determinar la asignación de esos fondos entre los prestadores, por tipo de servicios y por objeto de gasto.
- Cuantificar estas variables y medirlas con respecto al Producto Interno Bruto departamental y a otras variables e indicadores macroeconómicos.

Las Cuentas Departamentales de Financiamiento y Gasto en Salud (CDFGS), se definieron como una manera sistemática de procesar datos sobre el gasto ejecutado -tanto público como privado- con base en una serie de criterios para su clasificación, principalmente según su fuente (impuestos, contribuciones patronales, gasto de las familias, etc.), o según su uso, tanto en función de los insumos de compras (personal, medicamentos-insumos, equipamiento, etc.) como en función del tipo de cuidado de salud que se produce (servicios de hospitalización, atención externa, cuidados de salud a enfermos crónicos, etc.).

Las CDFGS surgieron de la iniciativa de coordinar esfuerzos y recursos en el sistema de salud boliviano que se halla altamente segmentado. Fue a partir de los antecedentes de los estudios realizados a nivel nacional, que se consideró la utilización de las cuentas de financiamiento y el gasto a nivel departamental.

Las CDFGS permitieron analizar un conjunto de información financiera para dar seguimiento a los recursos públicos y privados que se invierten y se consumen en la prevención, promoción y prestación de los servicios de salud. El seguimiento a la información sobre el financiamiento y gasto de los distintos agentes que intervienen en el sector, fueron de gran importancia para el diseño, seguimiento y evaluación de la reforma sectorial en particular, y social en general.

El esquema de fuentes, agentes y prestadores de servicios, se constituyó en la base del análisis del financiamiento y gasto del sector de salud en el departamento de Tarija. El gasto se definió, para este fin, como la cuantificación de todos aquellos recursos destinados a la prevención, promoción y prestación de servicios.

---

48. Estimación del gasto del sector salud en el departamento de Tarija. Informe Final. Tarija, 2006.



### Implementación del Sistema Integral de Administración Financiera

El SIAF proporcionó información uniforme sobre los recursos existentes, herramienta de primer orden para la planificación y distribución eficiente de los recursos. Asimismo, facilitó considerablemente las tareas de gestión contable, administrativa y financiera.

Debido a su versatilidad y flexibilidad, esta información puede utilizarse tanto en los organismos de gestión-dirección como en los establecimientos de salud, adaptándose a los diferentes contextos del usuario y de complejidad tecnológica, estando estructurado para importar y exportar datos con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y otros soportes lógicos utilizados en el sistema de salud.<sup>49</sup>

Para su implementación, se deben cuantificar los requisitos materiales y humanos necesarios para la puesta en marcha del sistema, tomando en cuenta las características específicas de cada tipo de institución y establecimiento.

El SIAF presentó características variadas, de acuerdo al módulo de aplicación, mismas que se exponen a continuación:

- Contabilidad.
- Registro de pacientes.
- Seguimiento de pago.
- Farmacia.
- Personal.
- Presupuestos.
- Recaudaciones.
- Liquidación de pacientes.
- Almacenes.
- Activos fijos.

49. Ver pliego de condiciones para la contratación de la consultoría: Adaptación e implementación del SIAF en los establecimientos de salud intervenidos por el PROHISABA.



El objetivo principal del SIAF fue el integrar los procesos administrativos y financieros en un solo sistema que permitiera procesar de forma automática, confiable y oportuna la información para el análisis y la toma de decisiones, y lograr una mejor planificación y administración hospitalaria para ofrecer servicios sanitarios de calidad.

### El Plan Estratégico Departamental de Salud

Este plan siguió las directrices establecidas en el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social del cual forma parte. El Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social PDDES, en el capítulo de salud, hace mención a los siguientes lineamientos de políticas:

- La transformación positiva del sistema de salud departamental tiene el objetivo de ampliar el acceso y mejorar la calidad de la salud, y la asistencia social para una mayor equidad social.
- Prioriza las áreas rurales con bajas coberturas de servicios de salud en las ciudades y en las áreas periurbanas.

En esta perspectiva, se buscó mejorar los indicadores de desarrollo humano (morbilidad, mortalidad, hacinamiento, entre otros), ampliar las oportunidades de las personas, superar la exclusión de los pueblos originarios, los campesinos, de género y generacional, brindando posibilidades de acceso a los servicios.

El marco institucional del plan estuvo sustentado por el Sistema Nacional de Salud, conformado por:

- El subsector público, en el que se encuentran los servicios públicos de salud: los servicios departamentales de salud en el ámbito regional, depen-



dientes de las prefecturas y los gobiernos municipales son los encargados de la administración de las redes de establecimientos de salud.<sup>50</sup>

- El subsector de seguridad social, conformado por los seguros de salud de corto plazo o cajas de salud.
- El subsector privado, profesionales que ejercen la práctica privada en consultorios, clínicas y hospitales.
- El subsector de medicina tradicional, que comprende la práctica de la medicina tradicional y/o alternativa; es ejercida por médicos tradicionales que utilizan su propia farmacopea, brindando atención a la población a libre demanda.

En el departamento de Tarija el sistema de salud tuvo, en un primer nivel administrativo, al Servicio Departamental de Salud, dependiente de la prefectura y, como cabeza del sector, a la Dirección de Desarrollo Social. El SEDES se organizó en cuatro direcciones con sus respectivas áreas programáticas, y en centros departamentales de apoyo con autonomía de gestión.

El segundo nivel de administración, estuvo conformado por los once Directorios Locales de Salud - DILOS, a la cabeza de los cuales estuvo el alcalde de cada municipio, un representante del SEDES y uno del comité de vigilancia. Cada DILOS se responsabilizó de una red municipal de salud, compuesta por servicios de primer, segundo y tercer nivel, donde éstos existen, adecuándose a las redes de mancomunidades donde el segundo y tercer nivel de salud son inexistentes. Estuvieron presentes también los otros subsectores, la cooperación internacional, las ONG y las redes sociales.


### Política Nacional de Salud

La Política Nacional de Salud fue planteada a fines del 2004, sobre la base de que el Estado en su conjunto asume explícitamente que las Metas del Milenio, son un objetivo del país y no solamente del sector. Asimismo, asumió su compromiso con la salud para reconducir el proceso de la reforma sectorial bajo los paradigmas de seguridad humana, desarrollo sostenible, derecho a la salud y, principalmente, para pagar la deuda social acumulada en cinco siglos con la población campesina, indígena y de los pueblos originarios.

La Política Nacional de Salud buscó asegurar el acceso equitativo, efectivo y universal de la población al Sistema Nacional de Salud, sin exclusiones.

50. Plan Departamental de Salud 2005 -2009. Ministerio de Salud y Deportes. Servicio Departamental de Salud Tarija, 2005.





Esta política se concretará con la asignación adecuada de recursos por parte de la prefectura del departamento y de los gobiernos municipales. Es importante que la inversión departamental en salud esté por lo menos en la media latinoamericana por persona, y que la cantidad de recursos humanos se incremente de manera sostenible hasta alcanzar un promedio satisfactorio de médicos, enfermeras y otros profesionales por habitante.

La prefectura del departamento, el Servicio Departamental de Salud y los gobiernos municipales son las instituciones que deben ejecutar esta política, asignando recursos de manera sostenida y diseñando estrategias de gestión para lograr el aporte y cooperación del MSD, así como de los organismos internacionales y no gubernamentales.

El perfil epidemiológico de Bolivia está trazado por las enfermedades de la pobreza (endémica, epidémica y emergente). Se debe transformar este perfil disminuyendo la incidencia de las enfermedades transmisibles, disminuyendo las endémicas y controlando las emergentes.

El Servicio Departamental de Salud y los DILOS, en coordinación con el MSD, deberán ejecutar esta política estableciendo acuerdos con la seguridad social, el sector privado y la medicina tradicional, así como con organismos no gubernamentales, centros privados, comunidades y organizaciones de base para que las acciones coordinadas puedan lograr mayor eficiencia y eficacia.

#### **d. Prácticas de la experiencia**

Las estrategias desarrolladas para cada uno de los niveles de intervención, generaron prácticas relacionadas al diseño informático de *software* para el Sistema Integral de Administración Financiera (SIAF). Para ello fue necesaria la realización de acopio y sistematización de información, análisis y actualización de cuentas de las anteriores gestiones (Línea de Base). Se realizaron también una serie de diagnósticos del flujo organizacional y aplicaciones piloto para validar y ensamblar el sistema.

Asimismo, se capacitó en el manejo del SIAF a personal del SEDES, se conformaron comités para el manejo y ajuste del presupuesto organizacional con rediseños de formatos, y se llevó adelante la instalación y funcionamiento del SIAF en nuevos equipos, con manual a disposición.

En el campo de la planificación y la elaboración del PDES, se desarrollaron y aplicaron instrumentos para la planificación del diagnóstico, a través





de talleres, sistematización de experiencias, mesas de diálogo, diagnósticos e inventarios de recursos, análisis y clarificación de la operación de la normativa y procesos de análisis para la toma de decisiones y la gestión del conocimiento.

De acuerdo a la política nacional de salud, para una mejor y eficiente gestión, se establecieron nuevos reglamentos de administración, de manera que la gerencia de red pudiera disponer de recursos económicos con conocimiento de las fuentes. La normativa gubernamental estableció los mecanismos para su sostenibilidad, la planificación de nuevos proyectos y de techos presupuestarios que exigían el uso de estos instrumentos en los servicios de salud.

Las solicitudes de recursos se insertaron al POA de gerencia de red, garantizando su adecuado funcionamiento.

Los documentos técnicos que generó este proceso son de uso interno para el personal de salud. Existe la predisposición institucional para transparentar los datos y registros de los sistemas de información, para que puedan revisarse por la población en general.

La gerencia de red fue la instancia encargada del uso de los instrumentos de gestión. Cada servicio de salud elaboró su POA, hizo la solicitud a gerencia de red y ésta al gobierno municipal o prefectura, de acuerdo a la fuente de los recursos.

La participación del SEDES fue muy importante. Sin embargo, existen todavía algunos problemas de tipo estructural que limitan el desarrollo de acciones orientadas al logro de resultados significativos en materia de administración.



#### e. Resultados

La utilización del Sistema de Cuentas Departamentales de Financiamiento y Gasto en Salud se constituyó en un aporte instrumental significativo para la gestión financiera departamental, puesto que permitió conocer y disponer mejor de los recursos destinados al sector de salud.

Las adaptaciones para la implementación del SIAF en tres redes de salud -dos para el departamento de Tarija y una para Potosí- fueron instrumentos adecuados para cada región, que tomaron en cuenta las diferencias culturales de cada una de ellas. Es un modelo validado y de aplicación funcional a las estructuras administrativas de las gerencias de red, por tanto puede replicarse en el resto del país.

La generación del Plan Departamental de Salud en Potosí y Tarija con apoyo de los SEDES, gobiernos municipales y gerencias de red, permitió lograr una transformación positiva del sistema de salud y del perfil epidemiológico de la población. Asimismo, un resultado positivo fue la mayor participación de la población en el quehacer y el ejercicio de su derecho a la salud.

#### f. Lecciones aprendidas

Como parte de las lecciones aprendidas para un proceso de diseño, elaboración e implementación de instrumentos de gestión, se pueden compartir, desde la experiencia institucional del PROHISABA, los siguientes aspectos, mismos que han limitado y facilitado la capacitación.



### Aspectos facilitadores y limitantes de la experiencia

En el siguiente cuadro se pueden observar aspectos que influyeron de manera positiva y negativa en el desarrollo de la experiencia.

Aspectos facilitadores y limitantes de la experiencia	
FACILITADORES	LIMITANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad de los operadores en salud de mejorar la gestión.</li> <li>• Convenio bilateral que posibilita que el Estado, a partir de su contraparte, participe y supervise las acciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación del personal en el sistema de salud.</li> <li>• La normativa de salud, en cuanto a responsabilidades, es fraccionada (municipio, prefectura, ministerio).</li> <li>• En general, las acciones se encuentran en una divergencia de las políticas nacionales y departamentales (centralismo vs. descentralización).</li> <li>• La agenda política se sobrepone a la técnica.</li> <li>• La centralización de información impide la aplicación y diseño de herramientas.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia basada en el taller Tarija del 14 de febrero, 2008.

Respecto a la reducción efectiva de la desigualdad en el estado de salud de las poblaciones, tanto rurales como urbanas, se obtuvo la siguiente lección:

*Como en todo proceso de gestión, la complementación entre los instrumentos y los operadores es primordial. No es suficiente contar con instrumentos y sistemas de control cuando el personal no es competente en la utilización adecuada y óptima de estos sistemas. Para ello, la capacitación continua es un aspecto crítico.*

Todo proceso de gestión de conocimiento e información para el desarrollo de comunidades saludables, está sujeto a una serie de factores de orden humano y tecnológico; para el caso del desarrollo de instrumentos de gestión se ha intervenido en una serie de factores de carácter técnico (*software* y tecnología), humano (capacidades y competencias) y político institucionales (gestión y recursos). Es fundamental para una estrategia de transferencia establecer óptimamente estas condicionantes al momento de implementar sistemas de gestión de información.

La capacitación continua, en vista de las rotaciones y cambios de personal, es indispensable para asegurar el uso correcto de los instrumentos.



### 3.3 CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES, A PARTIR DE PROCESOS PARTICIPATIVOS

#### a. El contexto del trabajo con la comunidad y las redes sociales

Las redes sociales de salud se constituyeron en un mecanismo para que los nuevos usuarios de los servicios de salud no sean solamente pacientes, sino también sujetos protagónicos y empoderados, que exijan desarrollo y derecho a la salud, a través del control social.

El objetivo de la conformación de dichas redes estuvo orientado a que la participación de la comunidad organizada en la gestión compartida de la salud, se incrementara de manera activa y sostenida. Para ello, se fortalecieron las redes sociales para la implementación y aplicación del nuevo Modelo de Gestión en Salud y programas prioritarios del SUMI. Esta experiencia intervino en 11 municipios del departamento de Tarija y en 17 del departamento de Potosí.

Las redes sociales de salud, junto con agentes comunitarios, secretarios de salud o su equivalente y dirigentes de organizaciones de la sociedad civil, formaron parte de los comités populares (unidad local para el caso de Tarija). Posteriormente, el comité a nivel municipal definió, a fines del 2007, un manual de funciones específico y elaborado participativamente.

La composición de las redes sociales se definió en función a los siguientes elementos:

- Organizaciones Territoriales de Base (OTB).
- Conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias, reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias.

Los objetivos de la intervención del PROHISABA estuvieron orientados a contribuir a la participación activa, organizada y sostenida de la comunidad en procesos de gestión y control social en salud en los municipios de Potosí y Tarija, mediante una estrategia de identificación, conformación, fortalecimiento y sostenibilidad de las redes sociales. Para llegar a esto, se trabajó en varios aspectos como:

- Organizar redes sociales de salud, enmarcadas en la normativa nacional (Ley SUMI).