



MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES



Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?

*CEPAL, Santiago de Chile,
25 y 26 de junio 2007*

ACTORES Y ELEMENTOS RELEVANTES EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD INDÍGENA

Daly Santa María

Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”
CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007

Programa de apoyo al sector de la higiene y salud de base
PROHISABA
Daly Santa María, Bolivia.



**PROGRAMA DE APOYO AL SECTOR DE LA
HIGIENE Y SALUD DE BASE
BOL/B7-310/98/245**



**PROYECTO: PROGRAMA DE APOYO AL SECTOR DE LA
HIGIENE Y SALUD DE BASE
PROHISABA**

Nº de Referencia: **BOL/B7 – 310/98/245**

Nº de Compromiso: **F54.2000.552433**

País: **BOLIVIA**

Sector: **SALUD**

Organismos Financiador y de Seguimiento: **COMISION EUROPEA**

Organismo de Tutela: **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Junio del 2007

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Nombre del Proyecto: Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA).

Fase y/o Etapa del proyecto: Inversión

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base – PROHISABA es constituido mediante la Firma del Convenio de Financiación y la Adenda 1 entre el Gobierno de Bolivia y la Unión Europea con el objetivo de *“Mejorar el estado de salud de las poblaciones de Tarija y Potosí, a través de una serie de medidas, que contribuyan a modificar estructuralmente el Sistema Nacional de Salud en el marco de la Reforma del Sector”*.

Para lograr ese objetivo, sustenta transversales en su intervención:

- **Interculturalidad**, bajo la lógica, que los sistemas “oficiales” en los diferentes ámbitos del desarrollo tanto social como productivo, se han desarrollado con un enfoque occidental, se reconoce la vigencia de sistemas “tradicionales” de desarrollo, específicamente en salud, ya que el reconocimiento social al sistema médico tradicional es significativamente mayoritario, por lo tanto, la intención del programa en todas sus intervenciones es el de generar puentes de comunicación o complementariedad entre ambos sistemas, para mejorar la atención a la población, en un marco de respeto a sus propias demandas y prioridades.
- **Género**, apoyando la participación activa de mujeres y hombres en la toma de decisiones en los diferentes procesos que encara el programa.
- **Integralidad**, dentro del sistema de salud, existen muchos factores o pilares, que hacen a la calidad de atención, promoviéndose un apoyo integral a esos factores, además de generar integración con otros sistemas que son considerados como determinantes de la salud como ser agua, saneamiento y educación.
- **Medio ambiente**, con acciones que velen por el cuidado del medio ambiente.
- **Sostenibilidad**, con el principio que se generen acciones estratégicas que irán más allá de la vida del programa.

El presupuesto total asignado es de 30 millones de euros; el aporte de la contribución europea es de 25 millones (83.33%) de donación y el aporte nacional es de 5 millones de euros (16.67%).

Operativamente el PROHISABA interviene en diferentes niveles del sistema de de salud, agua y saneamiento:

- a) El nivel sectorial, nacional apoyando al Sector Salud vía el Ministerio de Salud y Deportes, Viceministerio de medicina tradicional y salud intercultural y el Viceministerio de Servicios Básicos.
- b) El nivel local, departamental, apoyando los órganos operativos vía SEDES y las Redes de Salud y UNASBVIS
- c) El nivel municipal, apoyando los municipios.
- d) El nivel local, apoyando a las comunidades y sus pobladores.

Las acciones desarrolladas de acuerdo a la estructura del Marco Lógico (ML) se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Componente / Resultado 1: Cobertura del Sistema de Salud mejorado

1.1. Establecimientos de salud dotados de equipamiento clínico; REDES Y SEDES con equipamiento administrativo.

Equipamiento Clínico: Se dota de equipamiento necesario (clínico, instrumental y mobiliario) para todas las intervenciones en infraestructura, tanto desde el punto de vista biomédico como tradicional (salas de parto tradicional)

Equipamiento administrativo: En apoyo a las acciones normativas del Servicio Departamental de Salud (SEDES) como de los espacios descentralizados de gestión en salud o sea las gerencias de red.

1.2. Redes de Farmacias Institucionales Municipales y Boticas Comunitarias fortalecidas.

Adquisición y distribución de Medicamentos: Mediante el fortalecimiento de los fondos rotatorios de las Farmacias Institucionales Municipales (FIM) a través de la adquisición de medicamentos esenciales y el de crear y fortalecer boticas comunitarias, en comunidades en las cuales no existe personal de salud.

1.3. Infraestructuras de Establecimientos de salud en área de intervención mejoradas.

Ampliación, construcción y/mejoramiento de establecimientos de salud: La elaboración de los estudios de preinversión e inversión, con la característica de ser participativos, donde en el departamento de Potosí, con mayor énfasis contemplan elementos de enfoque de salud intercultural (sala de parto, espacio para el terapeuta tradicional y espacios de estadía para acompañantes o familiares) a objeto de motivar la demanda de atención en salud, sobre todo por parte de los pueblos originarios o indígenas.

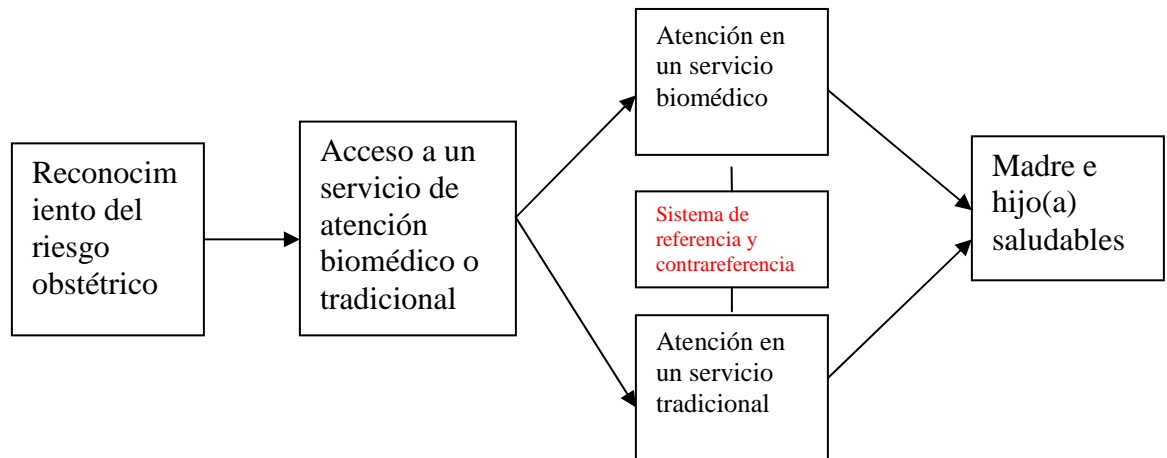
En el marco de la preservación del medio ambiente, todas las intervenciones cuentan con un módulo de disposición final de residuos sólidos hospitalarios.

1.4. Atención de salud con enfoque de interculturalidad fortalecido

Interculturalidad: Para contribuir a la complementación intercultural en los servicios de salud, a un sistema equitativo con enfoque intercultural y con capacidad resolutive en los establecimientos de salud de las redes de servicios

- i. **El enfoque intercultural en la atención materna:** Basado en desear vencer las tres demoras en la atención a la mujer embarazada:

Reconocimiento del riesgo considerando las percepciones culturales e institucionales de riesgo, acceso a un servicio biomédico o tradicional y el recibir la atención adecuada en cualquiera de los sistemas, pero con un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo, para tener como producto, una madre e hijo (a) saludables.



- ii. **Articulación de la medicina tradicional con la medicina institucional en los municipios de intervención:** Estudio e implementación de un modelo de gestión y atención dirigido a establecer los canales de complementación y articulación entre la Medicina Tradicional y la Medicina Institucional en los Departamento de Tarija y Potosí.
- iii. **Apoyo Logístico y administrativo al Curso de Especialidad en Salud Intercultural:** Postgrado en Salud Intercultural en su 2ª versión en coordinación con la Cooperación Italiana y la Universidad Tomas Frías, a través de la implementación de un “Sistema de *apoyo logístico y administrativo*”, capacitando 45 personeros del sistema de salud.
- iv. **Equipamiento clínico con enfoque intercultural,** a ser entregado en las obras construidas con este enfoque.

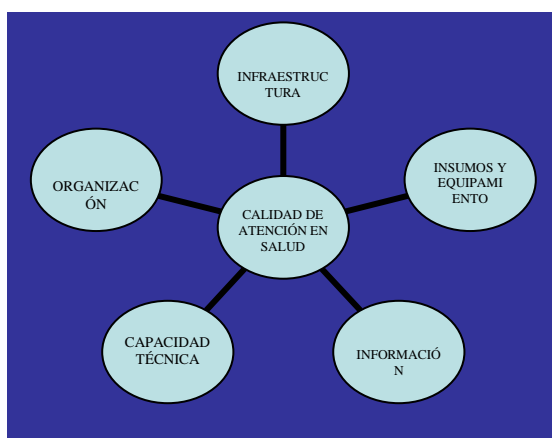
Apoyo a la formación del personal de salud: Dotar al personal de salud de conocimientos y herramientas de gestión y administración y fomentar el trabajo en equipo, fortalecer el funcionamiento de las redes de Servicios y mejorar la calidad del servicio a la comunidad.

- i. **Diplomado en Gerencia Básica para Equipos de Redes de Salud:** La transmisión de conocimientos en gestión a ser aplicados en las Redes de Salud y que deberán ser monitoreados por parte del Servicio Departamental de Salud, SEDES.

- ii. **Plan Integral de Capacitación para Personal de Salud (PIC):** Incrementar la capacidad resolutive de los servicios de salud de primer y segundo nivel.

Implementación de una estrategia departamental de Información, Educación y Comunicación IEC para el Seguro Universal Materno e Infantil (SUMI): Contar con la población informada y sensibilizada de las prestaciones y alcances de la Ley SUMI y el personal de salud capacitado en la implementación de la ley SUMI y en técnicas de IEC.

En resumen, todas las acciones brevemente descritas contribuyen a mejorar la calidad de atención del sistema de salud,



2. Componente / Resultado 2: 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

2.1. Cobertura de agua potable en el área de intervención del programa aumentada y calidad del servicio mejorada.

2.2. Cobertura de saneamiento en el área de intervención del Programa aumentada y calidad del servicio mejorada.

En la ejecución de los proyectos se han tomado en cuenta los lineamientos siguientes, acordes con las políticas generales del actual gobierno:

- √ La participación permanente de la comunidad en el desarrollo de los proyectos de infraestructura de agua potable y saneamiento, desde la selección del diseño y nivel de servicio, mediante la ejecución del Desarrollo Comunitario (DESCOM).
- √ El acceso universal y equitativo a estos servicios.
- √ El uso de tecnologías apropiadas.

- √ Calidad y continuidad de los servicios.
- √ Promoción de la educación sanitaria
- √ Formación o fortalecimiento de las instancias comunales a cargo de la operación, mantenimiento y administración de los servicios, respetando las formas naturales de organización de los pueblos y de las comunidades.
- √ Protección al medio ambiente, ya que todo proyecto de alcantarillado sanitario prevé la respectiva planta de tratamiento de las aguas residuales.
- √ Sostenibilidad de los servicios

2.3. Sistemas de agua potable y saneamiento, utilizados correctamente por intervención del DESCOM

Desarrollo Comunitario: El Desarrollo Comunitario (DESCOM) constituye la estrategia social que permite la participación de toda la comunidad en las diferentes etapas de un proyecto de agua potable y/o saneamiento, para coadyuvar en la sostenibilidad de los mismos.

2.4. EPSAS legalmente constituidas, cuentan con equipamiento administrativo y técnico que garantiza la sostenibilidad.

En resumen con todo lo descrito se pretende mejorar la calidad del servicio de agua y saneamiento, además de actuar en las determinantes de la salud, con un fuerte enfoque intersectorial.

3. Componente / Resultado 3: El funcionamiento de las instituciones sectoriales de salud y de saneamiento básico, mejorados

3.1. Apoyo a la implementación de la Reforma sectorial en salud y saneamiento básico.

Implementación del Sistema Integral de Administración Financiera (SIAF) en establecimientos de salud de 3 redes: Resultado enfocado a fortalecer la gestión de las Redes de Salud mediante el mejoramiento de su capacidad administrativa y financiera y de gestión.

Conformación y fortalecimiento de las redes sociales de salud: Contar con la comunidad organizada, informada y demandando prestaciones de salud con calidad. Siendo la participación comunitaria, tan necesario como trascendental en lo que a sostenibilidad de las acciones y obras se refiere.

Apoyo a la organización y funcionamiento de las redes municipales de salud: Mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad de los servicios, la eficiencia en el uso de los

recursos y la participación en la toma de decisiones, que permita a las autoridades de SEDES, los Gerentes de Redes y DILOS, planificar, gestionar y evaluar de mejor manera las tareas realizadas a través de las Redes de Servicios de Salud.

Fortalecimiento a la gestión de los SEDES en Tarija y Potosí: Primeramente con el apoyo a desarrollar un organigrama que represente los nuevos desafíos, incorporando en el organigrama “clásico” la unidad departamental de la medicina tradicional e interculturalidad, unidad de participación social y de promoción y prevención de la salud, haciendo más pertinentes los roles y funciones asignados a estos SEDES en su propio contexto sociocultural.

3.2. Apoyo a las acciones estratégicas del Sistema Nacional de Salud y del sector de saneamiento básico.

Apoyo al Plan Estratégico Departamental de Salud: Los SEDES cuentan con un documento estratégico del Sector Salud y sea de utilidad como herramienta de planificación para la ejecución, monitoreo y mejora continua de los lineamientos en salud.

Apoyo al Plan Departamental de Articulación de la medicina oficial y la tradicional: incorporándose por vez primera en la lógica de la planificación del sistema de salud, objetivos, actividades y acciones destinadas a la organización, fortalecimiento, desarrollo y evaluación del sistema médico tradicional.

Apoyo al Sistema de Cuentas Departamentales de Salud: El contar con el Sistema de Cuentas Departamentales de Salud implementado facilitará el conocimiento de la inversión en salud tanto del sector público, como privado, ONGs y otros, apoyando a la toma de decisiones, en beneficio del sector.

Fortalecimiento Institucional a nivel Nacional: Se busca contribuir a la mejora en eficiencia y sostenibilidad del sector salud; uno de los mecanismos para alcanzar esto, es mediante el Enfoque sectorial que permitirá mejorar la coordinación en el sector y a largo plazo la planificación a través de compromisos firmes entre todas o la mayoría de las partes involucradas en el sector salud.

3.3. Fortalecimiento de las instituciones del sector de saneamiento básico y salud

Unidades de Agua, Saneamiento Básico y Vivienda (UNASBVIS) de las Prefecturas Departamentales de Tarija y Potosí: Esta labor se centra en la gestión y ejecución de cursos y talleres destinados a la capacitación y actualización de profesionales y técnicos, en temas de difusión de normativa vigente, tecnologías apropiadas, DESCOM, medio ambiente y otros; sobre todo al apoyo de la conformación de una red departamental de gestión del sector.

3.4. Instituciones del sector salud y saneamiento básico responden a una cultura de sostenibilidad, con el apoyo del sector de educación.

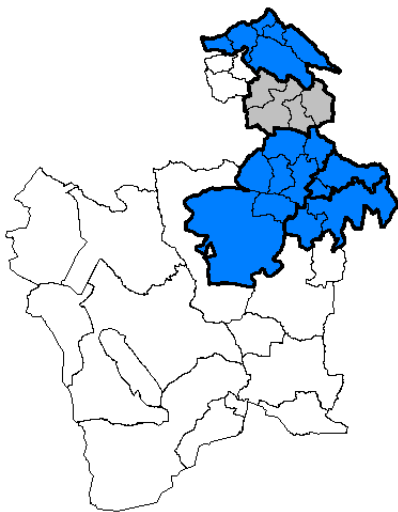
Planes educativos de aula y núcleo: La comunidad educativa (padres de familia, maestros, autoridades comunitarias – originarias y alumnos) de los núcleos educativos de las comunidades y poblaciones en las cuales se está construyendo o mejorando un sistema de agua o saneamiento, son apoyadas en la elaboración de proyectos educativos con apoyo financiero en la parte de infraestructura sanitaria y pedagógica con inclusión en las currículas educativas de primaria, contenidos de salud, educación sanitaria y medio ambiente.

Reajuste de los PDMs: Es necesario, para darle sostenibilidad a las intervenciones, poder apoyar a los municipios en realizar un planteamiento estratégico de su desarrollo integral.

En resumen, este tercer componente tiene intervenciones estratégicas, en la planificación, la ejecución, la articulación de los sectores de salud y agua, con una fuerte inclusión de la lógica cultural de los pueblos indígenas y originarios en las políticas, planes, normas y reglamentos tanto a nivel municipal, departamental y nacional, pensando en la sostenibilidad a mediano y largo plazo.

3. AREA DE COBERTURA

El área de cobertura del Proyecto por redes de salud es la siguiente para el departamento de Potosí:



Redes de Salud del área de Intervención
Red de Salud Puna
Red de Salud Btanzos
Red de Salud Pocoata
Red de Salud Sacaca
Total 21 Municipios

Llegándose a beneficiar aproximadamente 250.000 aproximadamente habitantes en ambos departamentos.

En el tema específico de capacitación en la línea intercultural se tiene:

4. Capacitación.- Al reconocer como filosofía la existencia de un sistema tradicional de atención, lógicamente la capacitación debe ser dirigida a ambos sistemas, describiéndose más específicamente a continuación algunas experiencias:

a. Sistema biomédico:

➤ **II Postgrado de salud intercultural Willaqkuna:**

Antecedentes:

Este programa de formación aplicada en Salud Intercultural que en base a una experiencia previa de trabajo interinstitucional de realización del I postgrado, es que se apoya en la logística de realización del II postgrado en coordinación con la universidad Tomás Frías, la Cooperación italiana, OMS y el Ministerio de Salud, con el convencimiento de existir la necesidad de invertir en la investigación en la temática intercultural, ya que si bien existía el criterio macro de articulación y complementariedad, hacia falta investigaciones y experiencias de operativización, esta actividad se desarrolla con las siguientes características:

Programa de estudios:

1. Metodología de la investigación acción.
2. Experiencias de salud intercultural en América Latina.
3. Historia de la medicina occidental y de la medicina regional.
4. Modelos y sistemas médicos
5. Bases y prácticas de la medicina andina.
6. La eficacia terapéutica y el enfoque biopsicosocial de la enfermedad.
7. Farmacopea andina y remedios herbolarios.
8. Parto tradicional y parto hospitalario.
9. Nutrición.
10. Salud Pública y perfil epidemiológico comunitario.
11. La relación médico – paciente: enfoques y experiencias.
12. El enfoque intercultural y bilingüe en el desarrollo de programas de educación para la salud.

Metodología:

- a. Participación en los módulos presenciales, a través de:

- i. Metodología expositiva formal.
 - ii. Seminarios bibliográficos.
 - iii. Apredizaje por problemas
- b. Proyectos de investigación acción, cuya estructura general fue:
 - i. Introducción.
 - ii. Fase de investigación:
 - Capítulo 1: Lineamientos teórico metodológicos.
 - Capítulo 2: Diagnóstico social y/o marco teórico.
 - Capítulo 3: descripción, sistematización y análisis de datos de comunidad.
 - Capítulo 4: Descripción, sistematización y análisis de datos de personal de salud.
 - Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones.
 - iii. Fase de intervención:
 - Capítulo 6: Planificación de propuestas en base al marco lógico.
 - Capítulo 7: Ejecución de propuestas de transformación
 - iv. Continuación del proyecto de investigación acción.

Participantes:

- a. Profesionales y estudiantes de las carreras de medicina, enfermería y trabajo social.
- b. Docentes de las carreras de medicina, enfermería y trabajo social.
- c. Líderes indígenas, médicos tradicionales y comunitarios.

Haciendo un total de 52 participantes.

Duración: Fue de 14 meses de septiembre del 2005 hasta octubre del 2006.

Financiamiento: Cooperación Italiana, Universidad Autónoma Tomás Frías, OPS, PROHISABA y el Ministerio de salud.

Evaluación: Considerándose la participación en los módulos presenciales y en el otro la calidad y el desarrollo del proyecto de investigación acción, accediéndose a títulos de especialidad y diplomado.

Estado actual: Actualmente el postgrado ha concluido con la promoción de 48 personas, habiéndose seleccionado conjuntamente el viceministerio de medicina tradicional - salud intercultural, SEDES, Cooperación Italiana y consejo departamental de médicos tradicionales, Universidad autónoma Tomás Frías, los mejores 4 proyectos de investigación acción a ser financiados por el PROHISABA en su implementación, cuyos resultados irán a fortalecer el modelo de gestión y atención intercultural que viene incentivando el estado boliviano. Por otro lado la Universidad Autónoma Tomás Frías tiene planificado la realización del III post grado.

- **Fortalecimiento de competencias del auxiliar de enfermería para la implementación del modelo de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), en los departamentos de Potosí y Tarija.**

Antecedentes:

El Ministerio de Salud de Bolivia, ha elaborado el Plan estratégico sectorial, que básicamente prioriza la participación social, la interculturalidad, la promoción y prevención de la salud, en un enfoque integral e intersectorial de la salud.

El mencionado Plan identifica los siguientes problemas:

PROBLEMA: 1	Alta privación socio biológica en mayorías poblacionales. (Determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y el proceso salud enfermedad)
PROBLEMA: 2	Sistema centrado en el asistencialismo y con enfoque biologicista.
PROBLEMA: 3	Sistema inequitativo que no toma en cuenta la diversidad étnico cultural del país, con insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud en todos los niveles.
PROBLEMA: 4	Sistema nacional de salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría y gestión ineficaz e ineficiente.
PROBLEMA: 5	Insatisfacción de los usuarios del sistema Nacional de Salud.

A partir de los mencionados problemas, el Ministerio de Salud y Deportes, ha propuesto los siguientes objetivos estratégicos:

OBJETIVO: 1	Aumentar en un 50% el número de municipios saludables al 2010 y en 100% al 2015.
OBJETIVO: 2	El sector salud conoce, reconoce y promueve el saber tradicional en salud. El 30% de las redes de servicios de salud funciona con complementación intercultural.
OBJETIVO: 3	100% de las redes de servicios de salud, actúa con enfoque intercultural, con equipamiento e infraestructura certificados y con disponibilidad de insumos esenciales para los problemas priorizados en la política de salud.
OBJETIVO: 4	Lograr un sistema único de salud con fuerte rectoría del Ministerio de Salud y Deportes, eficiente, no dependiente de la cooperación externa.
OBJETIVO: 5	Aumentar la satisfacción de los usuarios del sistema de servicios de salud en un 50%.

Implementar en el 50% de las redes de salud la gestión de calidad.
--

Fuente: Plan estratégico sectorial 2006 – 2010.

Los SEDES de Potosí y Tarija, dentro de este marco general se han elaborado los Planes Estratégicos Departamentales de Salud (PEDS), que en el caso específico de Potosí tiene ocho pilares:

1. Línea de desarrollo de rectoría regional en salud.
2. Línea de desarrollo de epidemiología.
3. Línea de desarrollo de salud materno infantil.
4. Línea de desarrollo de alimentación y nutrición.
5. Línea de desarrollo de promoción y gestión social.
6. Línea de desarrollo de salud ambiental.
7. Línea de desarrollo de salud en otros grupos vulnerables.
8. Línea de desarrollo de la salud familiar, intercultural y comunitaria.

En ese contexto nacional y departamental, el PROHISABA ha diseñado cursos de Salud Familiar y comunitaria intercultural, que en el marco nacional responden a los problemas 2, 3 y 5 fundamentalmente y a nivel departamental a las líneas 2, 3 y 8.

Objetivo general:

Mejorar el estado de salud de la comunidad a través del fortalecimiento de las competencias del personal de salud del primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

De los cursos de salud Familiar, Comunitaria e Intercultural

- Contar con personal capacitado, que: conozca y analice la realidad nacional y de las comunidades, que aplique el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural y que incorpore el enfoque de género en su práctica cotidiana.

Del sistema de seguimiento, Monitoreo y Evaluación (supervisión capacitante).

- Validar la guía de monitoreo, seguimiento y evaluación (supervisión capacitante) en la práctica.
- Contar con la validación o una propuesta mejorada de la metodología de supervisión capacitante.
- Capacitar, durante la aplicación del sistema, al personal que los SEDES asignen para la tarea de supervisión capacitante en servicio.
- Contar con la sistematización y evaluación de la experiencia piloto de la puesta en funcionamiento de la supervisión capacitante.

Programa de estudios:

N°	MÓDULO DURACIÓN	CONTENIDOS PROPUESTOS
I	Realidad Nacional (4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bolivia: contexto histórico, geográfico, demográfico, político y social. ○ Pobreza y condiciones de vida en Potosí y Tarija. ○ Determinantes del proceso salud/enfermedad (modelo general de determinantes de salud en los contextos locales). ○ Exclusión social y exclusión en salud. ○ Desigualdad e inequidad en salud. ○ Marco jurídico vigente. ○ Plan nacional de desarrollo y plan sectorial. ○ Modelo de gestión: Salud Familiar, comunitaria e Intercultural.
II	Interculturalidad (4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conceptos acerca de raza, etnia y cultura. ○ Etnias y culturas presentes en los departamentos de Potosí y Tarija, sus características. ○ Los conceptos de salud y enfermedad según las diferentes culturas (cosmovisión). ○ Conceptos acerca de interculturalidad, el enfoque del MSD. ○ Relación entre salud, cultura e interculturalidad. ○ Conceptos de medicina tradicional, espiritual y natural. ○ Revisión de modelos de articulación existentes entre medicina occidental y tradicional (nacional e internacional).
III	Promoción de la salud (4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Competencias y responsabilidades del primer nivel de atención. ○ Prevención de enfermedades y promoción de la salud. ○ Posibles estrategias de prevención y promoción: Mercadeo social. IEC (Información, Educación y comunicación). CCC (comunicación para el cambio de comportamiento). Educación para la salud. ○ Enfoque intercultural y de género en las actividades de prevención y promoción. ○ Planificación y evaluación de las actividades de prevención y promoción.
IV	Participación social (4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participación social y formas de participación social. ○ Concepto de organización, tipos de organizaciones sociales y comunitarias, potencialidades de las organizaciones. ○ Redes sociales de salud.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Atribuciones y responsabilidades de las redes sociales de salud y otras organizaciones sociales. ○ Planificación participativa. ○ Programación local, identificación y jerarquización de problemas. ○ Gestión compartida.
V	Intersectorialidad (2 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concepto de sector. ○ Descripción de los sectores existentes. ○ La salud desde una visión intersectorial. ○ Acciones intra e intersectoriales. ○ Técnicas de negociación.
VI	Integralidad (6 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Normas y protocolos del MSD. ○ Reforzamiento del manejo de instrumentos del MSD. ○ Reforzamiento del modelo SAFCI. ○ Salud infantil (AIEPI nutricional y AIEPI clínico). ○ Salud materna (cuidados obstétricos esenciales y cuidados esenciales al recién nacido) ○ Enfermedades prevalentes (TBC, chagas, malaria y otras según la región). ○ Concepto de atención de calidad.

Metodología:

- La modalidad es semipresencial, no está basada necesariamente en el uso de una plataforma virtual.
- Necesariamente se debe contar con un número de horas académicas destinadas a la realización de actividades tutoriales en servicios.
- En cuanto a la operativización de los cursos, se debe trabajar en cuatro sedes (centros de capacitación intermedia) en Potosí y tres en Tarija, para las sesiones presenciales teóricas.
- Durante el proceso, la entidad ejecutora, debe producir materiales didácticos y de otro tipo (guías de docentes y tutores).
- El sistema de evaluación debe tomar en cuenta el trabajo cotidiano que se realiza en los servicios de salud, así como la proyección del personal de salud hacia la comunidad.
- Los cursos en general, estarán articulados a la realidad diferenciada de cada lugar, apuntando a producir mejoras efectivas en un contexto social y cultural específico, por lo tanto el enfoque será el constructivista, basado en el aprendizaje basado en problemas ABP y el aprendizaje basado en la resolución de los mismos ABRP.

Participantes:

El sistema nacional de salud, cuenta con tres niveles de atención:

1. Primer nivel, que comprende puesto y centros de salud, con médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería (92,9%)
2. Segundo nivel de atención, con hospitales básicos, que cuentan con las cuatro especialidades, ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía (5,2%).
3. Tercer nivel, que comprenden hospitales más complejos con especialidades y subespecialidades (1,9%).

En ese contexto, en un análisis de la estructura de recursos humanos, en un promedio de los dos departamentos de intervención (Tarija y Potosí) se tiene:

RECURSOS HUMANOS DEL SUBSECTOR PÚBLICO

DEPARTAMENTO	MÉDICOS	ENFERMERAS	AUXILIARES ENFERMERÍA	TOTAL
Potosí	227	134	527	888
Tarija	194	101	317	612
Porcentaje	28%	15,66%	56,26%	100%

Fuente: Dirección Nacional de Recursos Humanos MSD 2003.

Por todo lo mencionado, se ha priorizado como grupo a ser beneficiado de los cursos a auxiliares de enfermería de ambos departamentos, a ser seleccionado por cada SEDES, 55 auxiliares de enfermería en Tarija y 100 en Potosí, haciendo un total de 110 participantes en Tarija y 200 en Potosí, cada uno en dos cursos.

Duración:

Cada uno de los cursos tendrá una duración de seis meses, estructurados en seis módulos cuya duración es de dos a ocho semanas.

Financiamiento:

Todos los cursos serán financiados con recursos de la Unión Europea, a través del PROHISABA.

Evaluación:

Contará con una estructura de gestión, que conformarán un comité de seguimiento, interviniendo: Ministerio de Salud, SEDES de Tarija y Potosí, PROHISABA y la entidad ejecutora que serán las universidades públicas de Tarija y Potosí

Estado actual:

Las dos Universidades públicas de Tarija y Potosí han presentado sus propuestas y se encuentran en fase de retroalimentación por parte de personal especializado del PROHISABA.

b. Sistema tradicional.

➤ Procesos de enseñanza – aprendizaje entre ambos sistemas.

Antecedentes:

Dentro de ese proceso de reconocimiento de sistema socialmente aceptado a sistema oficialmente aceptado, los terapeutas tradicionales en los dos departamentos se han organizado en consejos departamentales de medicina tradicional.

En el caso específico de Potosí, el mencionado consejo representa a las 16 provincias, que han trabajado un Plan departamental de articulación entre el sistema biomédico de salud y el tradicional, con los siguientes pilares:

1. Fortalecimiento y/o organización del sistema de medicina tradicional.

- Organización del sistema médico tradicional a nivel departamental, provincial y municipal.
- Socialización y sensibilización de las políticas de salud intercultural a nivel departamento y municipal.
- Censo y acreditación de terapeutas tradicionales.
- Desarrollo de espacios de enseñanza aprendizaje entre ambos sistemas de salud

2. fortalecimiento del modelo de gestión en salud intercultural.

- Determinación y seguimiento de espacios de coordinación de la gestión en salud.
- Determinación de roles de ambos sistemas.
- Determinación de espacios de análisis de la información de ambos sistemas.
- Toma de decisiones conjuntas para el mejoramiento del sistema complementario

3. fortalecimiento del modelo de atención.

- Desarrollo de estrategias comunicacionales.
- Determinación del perfil epidemiológico y protocolos de las 10 primeras enfermedades tradicionales y su inclusión en el Seguro Universal de salud.
- Diseño de un sistema de referencia y contra referencia intercultural operativo
- Funcionalidad de los espacios físicos para terapeutas tradicionales en los servicios de salud.
- Generación de un modelo de registro de atención de pacientes, basado en experiencias previas.
- Fomento de la investigación del uso de plantas medicinales y alimentos nutricionales culturales.
- Diseño de un instrumento de seguimiento y evaluación de las acciones interculturales.

Dentro de este macro en el pilar primero se pretende apoyar a desarrollar espacios de capacitación e intercambio de criterios entre representantes de ambos sistemas.

Metodología:

En construcción.

Participantes:

Se definirá luego de concluido el censo y acreditación de todos los terapeutas tradicionales del departamento.

Financiamiento:

Se realizará con fondos de la Unión europea y contrapartes prefecturales y municipales.

Seguimiento y evaluación:

Actualmente se realizan todas las acciones bajo los criterios del Viceministerio de medicina tradicional y salud intercultural, SEDES y consejo de médicos tradicionales.

Estado actual:

Se viene apoyando en la organización del sistema médico tradicional a nivel departamental, provincial y municipal, actualmente se está realizando la socialización y sensibilización de las políticas de salud intercultural a nivel departamental y municipal y planificándose el censo y acreditación de terapeutas tradicionales para desarrollar espacios de enseñanza aprendizaje entre ambos sistemas de salud.

LOGROS Y DIFICULTADES DEL PROCESO:

LOGROS	DIFICULTADES
A nivel de gestión de los servicios de salud:	
Se ha apoyado a los servicios departamentales de salud en su organigrama, cuentan con responsables para la atención de la medicina tradicional y participación social.	Aún no se ha legislado el ejercicio de la medicina tradicional. No se han definido los roles de los representantes de la medicina tradicional tanto a nivel departamental y local.
Se cuenta con planes estratégicos departamentales.	Existen maneras culturales de división de la tierra y el territorio, por ejemplo “el ayllu”, que no coinciden con la actual división política de la nación, departamentos y municipios.
Se cuenta con un plan de articulación entre el sistema oficial y el tradicional.	No existen fondos de apoyo directo para la implementación del plan, debe ser a través del SEDES, aspecto que dificulta en la toma

	de decisiones de manera directa por los representantes de la medicina tradicional.
Existencia de espacios intersectoriales a nivel local, municipal y departamental, mejoró la gestión en salud.	El actual marco legal, da atribuciones a los Directorios locales de salud (DILOS) para decidir y asignar recursos en salud, pero no están específicamente los representantes del sistema tradicional ni de los pueblos originarios, sino se los incluye en la sociedad civil.
En un momento dado del programa fue importante decidir, destinar recursos a un apoyo a nivel ministerial, para articular y consolidar las acciones a nivel departamental – local a un nivel nacional normativo.	Se ha identificado la necesidad de generar mayores espacios de sistematización a nivel local y departamental, para compartir a nivel nacional y viceversa.
Apoyar al viceministerio de medicina tradicional y salud intercultural, específicamente ha subido el autoestima de los terapeutas tradicionales, ya que se sienten presentes en la estructura del Estado.	Dentro de la lógica de ser un sistema paralelo al de salud, demandan la creación de un Ministerio, aspecto a decidirse, como se entiende interculturalidad: Es articulación, es complementariedad, es fusión, es integración?
A nivel operativo:	
Existencia de espacios intersectoriales a nivel local municipal y departamental	
En cuanto al equipamiento intercultural, se ha logrado rescatar otras experiencias al respecto, para elaborar la propuesta.	Lastimosamente, es difícil asimilar, tanto para financiadores, como consultores que el equipamiento es para el terapeuta tradicional, por lo tanto se debe mejorar la participación y toma de decisiones de los propios terapeutas.
En lo referente a la información, se ha logrado a través de una estrategia, incrementar el uso del Seguro Universal Materno Infantil.	Los materiales de información no están representando la verdadera cosmovisión de los pueblos indígenas, por lo tanto, se debe profundizar la investigación cuali cuantitativa, para mejorar los materiales, métodos y metodologías de educación en salud.
El personal de salud, ahora, considera en su espacio cotidiano de atención a los representantes del sistema tradicional, a través de diferentes acciones.	Las prácticas de atención de los terapeutas tradicionales son diferentes a los espacios biomédicos, sin embargo, existe motivación de consensuar el uso de los espacios físicos.

<p>Existen currículas consensuadas para poder generar diálogo y aprendizaje mutuo entre sistemas.</p> <p>Existe apertura del personal de salud y terapeutas tradicionales para intercambiar criterios</p>	<p>Los verdaderos representantes de la medicina tradicional, se han mantenido aislados del entorno académico, por lo tanto surgen dificultades de comunicación con los académicos como ser idioma, cosmovisión, lecto escritura, etc.</p> <p>Se desea tener espacios de formación o acreditación para terapeutas tradicionales, pero con el criterio de “imitación” a la actual estructura.</p>
<p>Se han apoyado investigaciones operativas de cómo se diagnostica, se trata algunas procesos o enfermedades “culturales”.</p>	<p>Se encasilla a los procesos de salud enfermedad de la medicina tradicional en los parámetros de la medicina “científica”, quedando aspectos como los rituales, la espiritualidad muy grandes para entrar en la lógica de un tratamiento biomédico.</p>
<p>Se apoyan iniciativas de investigación e intercambio de criterios en el tema de la herbolaria tradicional y su procesamiento básico.</p>	<p>Las iniciativas en la producción y procesamiento de plantas medicinales no están ligadas a un desarrollo económico local.</p> <p>Los fondos de investigación, no están siendo asignados directamente a los representantes de la medicina tradicional.</p>
<p>Contar con un enfoque, no solo, intercultural sino, intersectorial (salud, agua, saneamiento y educación), en las intervenciones, mejora de sobre manera la perspectiva a futuro de impacto y sostenibilidad del programa.</p>	<p>La mayoría de los municipios se encuentran en extrema pobreza, de ahí que el no apoyar en desarrollo económico es una limitante para el enfoque de integralidad.</p>