SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad
SIT Digital Collections

Independent Study Project (ISP) Collection | SIT Study Abroad

Spring 2011

La Operación y Estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en el Caso de Achocalla

Dominic Strada
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

Part of the Civic and Community Engagement Commons, Health Policy Commons, Inequality and Stratification Commons, International Public Health Commons, Medicine and Health Commons, and the Social Welfare Commons

Recommended Citation
Strada, Dominic, "La Operación y Estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en el Caso de Achocalla" (2011). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1034.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1034

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

La Operación y estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en el Caso de Achocalla

Strada, Dominic

Director: Medeiros, Carmen

Project Advisor: Johnson, Brian

The George Washington University

International Affairs

South America, Bolivia, La Paz

Submitted in partial fulfillment of the requirements for Latin American Revolutionary Movements and Conflict Resolution, SIT Study Abroad,

Prólogo:

Esta investigación se centra en la nueva política sanitaria del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural, su nueva administración y su aplicación en Bolivia. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural es una política de salud social que décadas después del proceso de descentralización del poder ha puesto la responsabilidad sanitaria en manos de las comunidades. Este estudio se centra en las estructuras de Salud Familiar Comunitaria Intercultural desde el nivel municipal, hasta un total de ocho estructuras, en el municipio de Achocalla. Achocalla es un caso interesante ya que es a la vez una localidad urbana, por formar parte de los suburbios de La Paz, y rural, por estar cerca del altiplano. En este estudio se hace hincapié en el análisis de los actores que participan en la estructura de Salud Familiar Comunitaria intercultural en Achocalla, así como en la investigación de la relación entre las estructuras existentes con las propuestas en las guías de divulgación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural publicadas por el Gobierno. Es dentro de esta comparación que se muestran muchos de los problemas en la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y se evidencia la falta de conocimiento de las respectivas responsabilidades dentro de las diferentes funciones.

This investigation focuses on the policy of Salud Familiar Comunitaria Intercultural, the new health administration and application policy of Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural is a social health policy that following decades of decentralization of power has put the base responsibility of health in the hands of the communities. It focuses on the structures from the municipal level down, a total of 8 structures within the municipality of Achocalla. Achocalla provides an interesting case in that it is a mix of both suburban La Paz and rural altiplano farming culture. Within this study there is a focus on the actors in the structure of Salud Familiar Comuntiaria Intercultural in Achocalla as well as investigating the relation of these structures with the proposed structures in the guides published by the government. It is within this comparison that many of the issues in the implementation or lack there of and lack of knowledge as to responsibility within the roles are stemming from.

ISP Codes: 212, 502, 705

Keywords: Health Development, Health Management, Public Participation, and Decentralization

Agradecimientos:

Me gustaría dar las gracias a todas las personas que me apoyaron en la redacción de esta investigación ya que sin ellos la realización de este proyecto no habría sido posible en un período tan corto de tiempo. En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi asesor Brian Johnson por darse tiempo en su apretada agenda para reunirse conmigo y explicar las complejidades de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Sin Brian nunca habría podido tener conocimiento del programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia. También fue capaz de proporcionarme una visión única de la forma en que Salud Familiar Comunitaria Intercultural ha sido y está siendo implementada en Bolivia.

También me gustaría dar las gracias a Montse Esteban Alaix por su increíble paciencia y apoyo en la creación de este documento. Sin su apoyo habría sido mucho más difícil completar esta investigación en español.

Por último, pero no menos importante, me gustaría dar las gracias a todos los que dieron su tiempo para proporcionarme información y discutir el funcionamiento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural conmigo. Sin esta información, muchas de las complejidades dentro de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural seguirían siendo desconocidas para mí y este trabajo habría sido sólo una revisión de las publicaciones del Gobierno.

ÍNDICE

PRÓLOGO 2
AGRADECIMIENTOS 3
INTRODUCCIÓN 5
EL CONTEXTO 9
LOS MÉTODOS 17
LOS ACTORES 21
LOS PROBLEMAS 31
¿QUÉ SE PUEDE HACER CON ESTA SITUACIÓN? 35
CONCLUSIÓN 37
BIBLIOGRAFÍA 40
APÉNDICES 42

INTRODUCCIÓN:

Este ensayo se enfoca en la organización sanitaria del municipio de Achocalla, en La Paz, Bolivia, con la aplicación de la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). Achocalla es una zona residencial y rural en las afueras de la ciudad de La Paz cerca del Altiplano. El programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural se creó en 2007 y puso más poder en la comunidad y el municipio en temas de salud. En Achocalla se implementó Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Enero de 2011; es por esta razón que Achocalla es un lugar muy interesante para este estudio. Desde su creación, Salud Familiar Comunitaria Intercultural es un proyecto muy general que explica cómo funciona y qué responsabilidades tienen las diferentes estructuras que lo componen. Entonces, en este ensayo, a través de Achocalla analizaré la estructura del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sus problemas y las luchas para su implementación, y su base de creación.

¿Qué es la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural y por qué se han elegido estas palabras? Para entender las intenciones de este programa es importante primero descomponer su nombre: "Salud" obviamente porque se refiere a la salud y a la medicina; "Familiar" porque se refiere a la idea de que el programa no es sólo para niños o madres sino para toda la familia (los mayores, los padres, los enfermos, los sanos); "Comunitaria" porque interpreta que la responsabilidad sanitaria es de la comunidad y que ésta tiene mayor poder en este tema, sobre todo después del movimiento de descentralización del Gobierno; "Intercultural", que también tiene muchas interpretaciones, porque puede referirse a la idea de la aceptación de la medicina tradicional y a la idea de que cada cultura es reconocida y respetada dentro de este

programa. Esta idea de reconocimiento cultural es importante en el programa del Presidente Evo Morales y del "Estado Plurinacional."

El estudio del proyecto Salud Familiar Comunitaria Intercultural es importante por muchas razones, además del hecho de que el programa es el resultado de décadas de lucha por los derechos sociales, es un nuevo programa de salud para un país y también es, a la vez, un nuevo modelo de salud social. Justamente porque Salud Familiar Comunitaria Intercultural es nuevo, hay problemas y luchas en su implementación, y éstos son específicamente de cada municipio. Este ensayo intentará identificar los actores involucrados y los problemas más graves.

La estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se divide en trece instancias de responsabilidades de gestión (ver a App. 1), con tres ejes: una estructura estatal, una estructura de salud social, y una estructura intermediaria entre aquellas, llamada los "espacios de deliberación intersectorial". Pero, como este programa es nuevo todos los niveles de su estructura todavía no existen; verbigracia, el Consejo Nacional de Salud no existe porque actualmente sólo un departamento (Potosí), de los nueve de Bolivia, tiene un Consejo Social Departamental. Por esta razón esta investigación sólo se concentra en los niveles de municipales, específicamente en Achocalla. Los niveles más importantes son los de la estructura de salud social porque son los que más cambios han experimentado y, también, porque son los que tienen mayor poder y responsabilidad en el nuevo programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Hay varias dificultades en la implementación y desarrollo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia. Como un ejemplo, en muchos casos Bolivia no cuenta con los recursos

sociales o económicos suficientes para aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural en todo el país, en toda su profundidad. Por tanto, el Gobierno todavía se ve la necesidad de dependerse de diferentes ONGs (nacionales e internacionales) afines a la política estatal, para que apoyen en la implementación de la política. De tal manera y paradójicamente, el gobierno nacional anti-neoliberal y anti-norteamericano aprueba un nuevo programa de salud pero todavía tiene problemas para implementarlo en su plenitud, y así tiene que contar con las alianzas estratégicas con la cooperación internacional y el sector civil, ocasionalmente financiados por las mismas fuentes "neoliberales".[1]

Otro problema es la creación de la nueva estructura social y, específicamente, con las guías de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Estas guías son muy generales y algunos de los significados son oscuros. El Sr. Hugo Nina, un oficial de la alcaldía de Achocalla, explicó que cada persona sólo puede usar su propio conocimiento de las leyes del Gobierno para interpretar el significado de las guías. Esta libertad de interpretación puede beneficiar algunos pero a la vez puede ser perjudicial porque da piel a que los funcionarios abusen de esta falta de conocimiento.

En resumen este ensayo dará un vistazo de las publicaciones del Gobierno, incluyendo las guías de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en relación a los municipios, y entrevistará a las personas involucradas en el Salud Familiar Comunitaria Intercultural de Achocalla. La intención es identificar todos los actores y sus responsabilidades y esfuerzos para explicar su funcionamiento. Entretanto, se identificarán los problemas y cómo puede el Gobierno y los

[1] Brian Johnson, "Decolonization and Its Paradoxes The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia," *Latin American Perspectives* 37, no. 3 (June 10, 2010), accessed May 9, 2011, doi:10.1177/0094582X10366535.

actores involucrados arreglarlos. Lo importante es ver desde dentro el funcionamiento y la organización de un nuevo sistema de salud en Bolivia.

El Contexto:

Para entender a la nueva política Salud Familiar Comunitaria Intercultural es importante primero entender el proceso de descentralización del Gobierno y la Ley de Participación Popular. Después de casi media década de dictaduras y control extranjero, hubo un tendencia de descentralización del poder. Así, hubo un traspaso de poder a los departamentos y a los

municipios. Los programas de salud, educación, y otros servicios públicos, fueron traspasados a los departamentos. También es muy importante, para entender el cambio al programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, entender la Ley N°1551 que es la Ley de Participación Popular.

La Ley de Participación Popular entró en vigor en Bolivia en 1994.[2] Con esta ley se otorga una relativa autonomía de gestión pública a los municipios urbanos y rurales. También, con esta ley, por primera vez, las formas de organización social de las culturas indígenas adquieren un reconocimiento jurídico. La Ley de Participación Popular era parte de un paquete de propuestas del Presidente Gonzalo Sánchez de Lozada del MNR. Con esta ley las organizaciones sociales y los movimientos sociales recibieron más poder e importancia. La Ley de Participación Popular intentó conjugar la descentralización con una participación social amplia de los grupos de la población más perjudicados y desatendidos hasta ese momento –especialmente en las regiones rurales- por las elites de origen Europeo.

La Ley N°1551 creó las Organizaciones Territoriales de Base (OTBs) y los Comités de Vigilancia, que son parte de la organización de los municipios en el programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Las OTBs pueden ser juntas vecinales, organizaciones en zonas residenciales de las afueras de una ciudad, federaciones de campesinos locales u organizaciones socio- políticas tradicionales a nivel comunal. Las Organizaciones Territoriales de Base funcionan como representantes de una comunidad del municipio frente a la administración

[2] Juliana Ströbele-Gregor Ströbele-Gregor, *Ley De Participación Popular Y Movimiento Popular En Bolivia*, Congreso De La Asociación Alemana De Investigación Sobre América Latina - ADLAF, Octubre 1997 Fundación Friedrich-Ebert, Latin Autonomy, 1999, Introduction, accessed May 01, 2011, http://www.latautonomy.org/LeyPP2a.PDF.

municipal y se limitan a reivindicar por los derechos de información, acceso, cooperación y control. Las OTBs, dentro de La Ley de Participación Popular, están en gran parte del desarrollo del presupuesto del municipio, específicamente con el Plan de Desarrollo Municipal (PDM). El PDM es un plan de todos los proyectos y objetivos de una municipalidad y el presupuesto previsto. Los Comités de Vigilancia tienen bajo su control la ejecución de actividades y la realización de los planes de desarrollo aprobados por el Consejo Municipal bajo La Ley de Participación Popular.

Con la Ley N°1551 y la descentralización del poder se originó un cambio en la gestión de la salud. A inicios del 2000 hay muchos cambios en la gestión y la estructura de sanitaria. En el ensayo de Paula Dorakis, que se llama "Municipios y Salud", la autora argumenta que las reformas de la salud en los procesos de descentralización administrativa permitieron la mejora de la salud y los servicios locales de salud. Al mover la ubicación de control más cerca de la ubicación del servicio, los servicios de salud son más específicos para las comunidades y sus necesidades. El Directorio Local de Salud (DILOS) da el poder de la planificación a la comunidad, al alcalde y a los Comités de Vigilancia. En este libro Dorakis empieza con la siguiente cita:

> "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria".[3]

[3] Paula Dorakis Zilveti, "Municipios Y Salud," in *Municipalizcación: Diagnóstico De Una Década*, vol. II (La Paz, Bolivia: Plural, 2004), pg. #363.

En "Municipios y Salud", la autora explica la historia de los cambios en los temas de salud a inicios del siglo XXI en Bolivia. Con la Ley No1551 y 1654, la estructura de los servicios sanitarios en Bolivia comenzó a cambiar. En el 2002, el modelo de gestión existente creaba una administración de tres niveles: nacional, departamental y municipal; con dos niveles de gobierno, uno central y otro municipal. En el 2003, DILOS fue creado en virtud de la Ley RM 446. DILOS fue promovido como una manera de aumentar la eficiencia, la igualdad y la calidad de la salud. La ley establece que:

> "DILOS mejorará la eficiencia y la productividad de los recursos humanos. La igualdad de la salud con DILOS mejorará y la asignación de recursos para las estructuras de salud será más equitativo. DILOS permitirá una mejora en la calidad de la salud para los ciudadanos en todas partes de Bolivia".[4]

Dorakis sigue identificando movimientos sociales por la socialización de la salud con el aumento de la importancia y el poder de la municipalidad y la comunidad. En el artículo, Dorakis pone de relieve la Planificación SISPLAN (Sistema Nacional de Planificación) por su importancia para la gestión sanitaria; hoy en día, se puede percibir que muchas de las estructuras de planificación de la salud todavía están en vigor con el proyecto de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bajo el SISPLAN, la comunidad y DILOS fueron los encargados de satisfacer las demandas de la comunidad. El SISPLAN también creó el Programa Anual de Salud (PAS) que planifica anualmente sus objetivos tanto en el área educativa como en la infraestructura sanitaria del municipio. El Plan Estratégico Departamental de Salud (PED) se

[4] 446, Bolivian 2003 Cong., 34 Bolivian Congressional Record 186 (2003) (enacted).

creó bajo el SISPLAN y su planificación se lleva a cabo a nivel del SEDES, una organización desarrollada en el Decreto Supremo N° 26875 para la gestión de la salud a nivel departamental. La última decisión importante de planificación hecha por SISPLAN en relación a la salud, fue la de que los funcionarios de salud y DILOS debían participar en la elaboración del Plan Desarrollo del Municipio.

A raíz de todos los cambios en temas de salud en la década del 2000, cuando Evo Morales llega al poder en el 2006, éstos se aceleran. Evo, junto con el Ministerio de Salud, comenzó a planificar una nueva estructura sanitaria, más sensible y responsable con las comunidades. Para ello, el Gobierno se inspiró, con modificaciones, en el Programa de Salud de Cuba para adaptarse a la situación social de Bolivia. Los cubanos son conocidos por sus programas de salud increíblemente eficaces, tanto en la educación sanitaria como en los servicios de salud, y, por eso, el gobierno boliviano lo ha tomado como un modelo para el desarrollo del supuesto futuro sistema de salud nacional. Bolivia no es el único país que ha utilizado el modelo cubano como orientación para sus propios programas; también se puede mencionar a los sistemas de salud de Venezuela y Brasil.[5]

En Mayo de 2007, el Gobierno de Bolivia inició la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Al principio, el Gobierno de Bolivia y el Gobierno de la República de Francia firmaron el "Convenio Relativo al Desembolso de un Ayuda Presupuestaria", el 13 de

[5] Brian Johnson, "Decolonization and Its Paradoxes The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia," *Latin American Perspectives* 37, no. 3 (June 10, 2010), accessed May 9, 2011, doi:10.1177/0094582X10366535.

abril de 2006 para el financiamiento de la implementación del proyecto Salud Familiar Comunitaria Intercultural..

El Gobierno de Bolivia, con el fin de difundir el proyecto de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y su estructura, ha publicado tres guías a través del Ministerio de Salud y Deportes para explicar a todos los componentes sus responsabilidades. Dentro de estas guías hay las recomendaciones para elegir a los representantes, las responsabilidades de la comunidad y las del Gobierno. Las guías son una opción interesante de amplio alcance a pesar de su falta de especificidad y de que tienen un promedio de 35 a 65 páginas.

El Ministerio de Salud y Deportes en su cuarta publicación titulada *Salud Familiar Comunitaria Intercultural* explica las motivaciones, objetivos e ideas de la participación social en la nueva política de salud. La primera pregunta que responde es la que todos tenían en la aplicación del programa: ¿qué es Salud Familiar Comunitaria Intercultural? La declaración oficial que el Gobierno publicó en estas guías dice que Salud Familiar Comunitaria Intercultural es

> "Una nueva forma de pensar, comprender, y hacer la salud. Vincula e involucra y articula al equipo de salud, la persona, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud".[6]

Esta declaración es muy interesante ya que promueve la Salud Familiar Comunitaria Intercultural como una política por y para la gente del pueblo de Bolivia. Se promueve la idea de

[6] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 4, Versión Didáctica (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #10.

que Salud Familiar Comunitaria Intercultural mejorará el estado de salud y su gestión para la gente en todas partes de Bolivia.

La siguiente pregunta es qué significa la participación social en relación con la salud. Esta es una cuestión interesante puesto que la participación social está normalmente relacionada con la política, sin embargo, el programa incita a la participación del público en materia de salud, incluidos los líderes sindicales locales para expresar la voz y las necesidades de sus comunidades. Según la guía, que explica la estructura y los objetivos de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, éste es:

> "El proceso por el cual las personas, familias, comunidades y barrios se involucran en la gestión de la salud y toman decisiones en la planificación, ejecución administración, seguimiento-control, junto al equipo de salud dentro y fuera de los establecimientos".[7]

Estas palabras citan la responsabilidad de la salud por igual en manos de la sociedad como en las de los médicos y del Gobierno. Esta organización surge de la tendencia hacia la descentralización del poder del Gobierno y hace que los movimientos sociales tengan más poder en relación con los servicios que afectan directamente a las comunidades.

Las consecuencias de las revoluciones de los movimientos sociales y el aumento de su poder con la actual administración también se plasman en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. En la cuarta guía publicada por el Ministerio de Salud y Deportes se habla de la

[7] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 4, Versión Didáctica (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #12.

importancia de la inclusión de los movimientos sociales en los procesos de salud, lo cual es razonable debido al hecho de que todos en Bolivia están relacionados con algunas o muchas organizaciones sociales. En las guías se afirma que Salud Familiar Comunitaria Intercultural es:

> "Un proceso por el cual el sistema de salud impulsa a los actores sociales para su involucramiento en el desarrollo de las acciones de salud, acordadas a partir de la planificación en todos los niveles de gestión compartida de salud, respetando su autonomía organizacional".[8]

La edición No 40 de la *Guía de Gestión Compartida Local en Salud* está dirigida a todas las estructuras de Salud Familiar Comunitaria Intercultural dentro de una comunidad o barrio y fue creada en 2007 para explicar sus objetivos. En la guía se señala que el objetivo de Salud Familiar Comunitaria intercultural es "reivindicar, fortalecer, consolidar la participación social Efectiva en la toma de decisiones y la movilización social en Salud".[9] La guía promueve la idea de que Salud Familiar Comunitaria Intercultural es un" instrumento social "que permite mejores servicios de salud y de participación social; continúa describiendo la organización de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en el nivel más básico de las comunidades en los municipios.

Estas guías y su contexto histórico han proporcionado la base para la implementación y expansión de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Es con el movimiento de

---

[8] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 4, Versión Didáctica (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #14.
[9] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Guía De Gestión Compartida Local En Salud*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 40, Documentos Técnico- Normativos (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #7.

descentralización del poder del Gobierno y el movimiento hacia la igualdad cultural que Salud Familiar Comunitaria Intercultural es posible. Sin la Ley N° 1551 o la presión de Evo Morales para crear un "Estado plurinacional", la creación de un programa de salud social no se habría desarrollado como lo ha hecho hoy.

Los Métodos:

Al principio, el objetivo de esta investigación fue estudiar la brecha entre una estructura de gobierno de ejecución nacional de la gestión de la salud, la promoción de la salud local y la forma en que interactuaban a través del proyecto de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Para completar este estudio y obtener una mejor comprensión de las complejidades dentro de cada estructura social de la salud se determinó que sería importante contactar con una organización que hubiese participado en su ejecución. PROCOSI, una red de treinta ONGs de salud tanto nacionales como extranjeras, ha jugado un rol de esta naturaleza. Brian Johnson, el Director del Proyecto de Salud Comunitaria de PROCOSI, asesor de esta investigación y que ha proporcionado una comprensión útil y general del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural, cambió la dirección de la investigación.

Durante la primera reunión con el Sr. Johnson se evidenció que gran parte de la nueva estructura de salud social del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural no se ha creado todavía. El Sr. Johnson expuso que hasta el momento sólo en Potosí existe el nivel de Consejo Social Departamental y, debido a la estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, esto impide que todavía se cree una estructura social a nivel nacional. Después de una aproximación a la estructura de la interacción y Deliberación Intersectorial, se descubrió que la pregunta inicial de la investigación no sería plausible, por la falta de implementación de los niveles superiores. Así, después de varias discusiones con el Sr. Johnson se cambió a una línea de investigación más razonable como es el estudio de la dirección de Salud Familiar Comunitaria Intercultural a nivel municipal.

Para completar esta investigación y comprender toda la complejidad y los niveles de Salud Familiar Comunitaria Intercultural a nivel municipal fue necesario elegir un municipio en el que basar el estudio del caso. Después de sopesar todas las opciones, se decidió que el municipio de Achocalla era la mejor opción, puesto que ya existía un conjunto de contactos y ya se tenía la comprensión general del procedimiento municipal. Con el fin de comprender el proyecto Salud Familiar Comunitaria Intercultural se determinó que era necesario entrevistar a los actores clave en la estructura de salud en Achocalla. Con esta investigación se entendió mejor la propuesta de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La segunda entrevista fue con la Sra. Ilda Rodríguez que forma parte del Comité Local l de Salud y es la Autoridad Local de Salud de la junta vecinal del centro de Achocalla. Ella fue capaz de proporcionar información sobre el funcionamiento y la estructura social de la salud a nivel municipal y comunitario. Otra información útil que presentó fue que el Consejo

Municipal de Salud aún no había sido asignado o elegido en Achocalla, porque el proceso de implementación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es muy lento y es muy nueva.

La tercera entrevista fue con el Sr. René Quispe, alcalde de Achocalla, y líder de la Dirección Local de Salud (DILOS). Esta entrevista fue muy provechosa en muchos sentidos. El Sr. Quispe no tenía un profundo conocimiento ni la comprensión de la función de Salud Familiar Comunitaria Intercultural o de DILOS. También fue interesante ver lo tímido e incómodo que estaba en la conversación y, aunque esto no se relaciona directamente con Salud Familiar Comunitaria Intercultural es interesante notar que el hombre a cargo de la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural dentro de un municipio no está cómodo cuando habla a una persona.

La cuarta entrevista fue con el Sr. Hugo Nina, el Oficial Mayor de Salud. El Sr. Nina es también parte del DILOS y fue capaz de proporcionar una mejor comprensión de la forma en que opera Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla. También proporcionó una pieza de información muy interesante cuando reveló que Salud Familiar Comunitaria Intercultural entró en vigor en Achocalla en enero de 2011. Esto sucede después de casi tres años del Decreto Supremo para aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural, y esto ocurre en el mismo departamento y suburbios de la sede nacional de gobierno.

La quinta entrevista fue con la Dra. Rosario Olmas, médico de Salud Familiar Comunitaria Intercultural destinada por SEDES para aplicar la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla. Esta entrevista fue posiblemente una de las más significativas de la manera en que opera Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla.

Ella fue escogida por SEDES para entrar en el municipio y aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin embargo, ella no es de Achocalla y por ello ha pasado los primeros cuatro meses solamente yendo de una comunidad a otra para conocer los problemas que existen dentro de este municipio.

La sexta entrevista fue con Christian Becker, un estudiante de medicina de la UMSA que está haciendo sus prácticas y ha pasado los últimos 9 meses en la posta de salud en el centro Achocalla. A pesar de que todavía no es médico, ha estado practicando la medicina en Achocalla y ha llegado a conocer la situación de la gestión de la salud, tanto antes de la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural como actualmente con los cambios que se están produciendo.

Con estas seis entrevistas y un estudio a fondo de las guías publicadas por el Gobierno se ha completado la investigación. Es a partir de estas entrevistas que se han desarrollado muchos de los problemas relacionados con Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que posteriormente serán discutidos, y que se ha tenido una mayor comprensión del funcionamiento y estructura de este proyecto en el municipio de Achocalla.

LOS ACTORES:

La estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se divide en tres niveles de gestión y dentro de éstos hay niveles de responsabilidades que se fundamentan en el grado de nacionalización.

Niveles de Gestión de la Estructura Estatal de Salud	Espacios de Deliberación Intersectorial	Niveles de la Estructura Social de Salud
Ministerio de Salud	**Asamblea Nacional de Salud**	**Consejo Social Nacional de Salud** Es una estructura formal orgánica conformada por: -Un represente de cada Consejo Social Departamental; -Un representante de cada organización social más representativa del país (CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUBE, CONAMAQ, COB, otros)
Departamental de Salud (SEDES)	**Mesa Departamental de Salud**	**Consejo Social Departamental de Salud** Elegido entre los Consejos Sociales Municipales de todo el departamento y organizaciones sociales departamentales representativas
Directorio Local de Salud (DILOS)	**Mesa Municipal de Salud**	**Consejo Social Municipal de Salud** Elegido entre los Comités Locales de Salud de un Municipio
Área y Sector	**Reuniones Locales: Cabildo,**	**Comité Local de Salud**

	Asambleas, ETC.	Elegido entre las Autoridades Locales de Salud de un territorio con establecimiento de salud.
	Reuniones Comunitarias	**Autoridad Local de Salud** Elegida por cada comunidad o barrio como autoridad responsable de acciones sanitarias. Generalmente existe como parte de la estructura organizativa.

[10]

En esta tabla se puede ver la estructura del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural presentado en *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico-Estratégico*. Hay tres niveles de gestión, uno estatal, otro social y un nivel de interacción entre ambos. Las cuatro celdas superiores a la derecha están sombreadas, ya que no existen en la actualidad. El Consejo Social Departamental de Salud sólo está operativo en el Departamento de Potosí y, por lo tanto, la Mesa Departamental de Salud sólo existe en un nivel. Además, debido a que la estructura departamental social no existe en todos los departamentos a nivel nacional, es como si no existiera en absoluto y, por lo tanto, tampoco hay una Asamblea Nacional de Salud. Así, esta investigación se centra en las áreas resaltadas en amarillo, específicamente, en el municipio de Achocalla. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural está estructurada para fomentar la salud de abajo hacia arriba por lo que es importante estudiarlo en este mismo sentido. Por eso es importante comenzar con la Autoridad Local de Salud, el nivel más básico de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La Autoridad Local de Salud (ALS), según lo descrito en la guía No38, que es específica de este nivel, es una autoridad elegida por la comunidad o el barrio que se encarga de representar

[10] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 4, Versión Didáctica (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #35.

la voz de sus electores y de informar a sus bases de la administración de los servicios de salud. Es la responsabilidad de ALS, junto con el personal de salud, de reunirse con la comunidad o barrio para analizar los problemas y las necesidades sanitarias, priorizar e implementar soluciones y hacer la planificación anual general. ¿Cómo es elegida la Autoridad Local de Salud? La ALS, según la guía N° 38, es elegida según las costumbres culturales de la comunidad o barrio. La elección de la ALS es la responsabilidad de la máxima autoridad de la comunidad o el barrio. Aunque la Autoridad Local de Salud es una nueva posición creada por Salud Familiar Comunitaria Intercultural, muchos sindicatos y juntas vecinales ya la tenían dentro de sus estructuras. En la mayoría de los casos, estos secretarios de salud han sido elegidos o designados como ALS bajo la nueva política de salud de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

En Achocalla, la señora Ilda Rodríguez, miembro del Comité Local de Salud y de la Autoridad Local de Salud de la Junta Vecinal del centro de Achocalla, habló sobre la estructura y las responsabilidades de la ALS en Achocalla. Ella fue, antes de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, la secretaria de salud del Centro de Achocalla y su Junta Vecinal y, después de la creación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, fue designada para representar a su comunidad como Autoridad Local de Salud. La Sra. Ilda declaró que su función y sus responsabilidades no se vieron afectadas en gran medida por el nuevo programa de salud; dijo que ella ha seguido sus funciones para representar la voz de su comunidad ante las autoridades de salud y que ha continuado siendo la persona clave en las preguntas sobre temas de salud dentro de la comunidad. Uno de los grandes cambios que ha visto es el aumento en la comunicación entre los médicos locales y la comunidad, y un mayor respeto de la voz de la

comunidad. En su opinión, el cambio más importante producido por Salud Familiar Comunitaria Intercultural fue este aumento del respeto por las estructuras sociales por parte del Gobierno.

Las Reuniones Comunitarias, ubicadas en el nivel del discurso en los niveles de la comunidad y del barrio, son el nivel más básico de la interacción de la comunidad en materia de salud. Estas reuniones se producen dentro de la comunidad o barrio; en el caso de Achocalla, en el sindicato agrario o junta vecinal. La Autoridad Local de Salud se encarga de coordinar y dirigir las reuniones. La Sra. Rodríguez afirmó que considera que estas reuniones son un buen momento para que la gente de la comunidad exprese sus sentimientos y problemas. En su opinión, estas reuniones "son la parte más importante de (su) mi trabajo"[11] , es donde se realiza el trabajo más productivo, no sólo porque se da a conocer los servicios de salud que se proporcionan, sino también porque se gana una mayor comprensión de las necesidades de la comunidad.

El siguiente nivel por encima es el del Área y Sector. Éste se define como el lugar donde se establece una Posta de Salud que atiende a todos los comunidades a circundantes. (Ver a App. 2) El área y el sector es el primer nivel en el que hay tres estructuras de gestión de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. En este nivel, los funcionarios del Estado son los médicos y las enfermeras de la Posta de Salud. Para comprender mejor sus responsabilidades y servicios es importante interactuar con un médico de la Posta de Salud. Christian Becker, un estudiante de la carrera de medicina de la UMSA, está haciendo su internado en la Posta de Salud del centro de Achocalla. Él puede hablar abiertamente de sus responsabilidades y, además, ha estado en el

[11] Sra. Ilda Rodriguez-Jemio, "Entrevista Con Sra. Ilda Rodriguez, Autoridad Local De Salud Y Miembro Del Comité Local De Salud," interview by author, April 28, 2011.

cargo durante nueve meses. Esta entrevista dio una interesante perspectiva de la salud en Achocalla durante los 4 meses antes de la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, así como de los meses posteriores.

En la discusión con Christian acerca de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla, fue interesante la siguiente declaración: "La salud y los servicios de salud no han cambiado mucho en base a lo que he visto".[12] Christian dijo que realmente el número de pacientes no ha aumentado o disminuido desde la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y que las características demográficas de los pacientes también es la misma que había sido. El único cambio que ha visto es que él ahora participa más a menudo en las conversaciones con los líderes comunitarios sobre la salud. Luego continuó explicando que su papel no ha cambiado realmente desde la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y que es el médico de Salud Familiar Comunitaria Intercultural el que realmente ha asumido y aplicado todos los cambios.

La Dra. Rosario Olmas es un médico Salud Familiar Comunitaria Intercultural designado por SEDES en Achocalla, con la única intención de aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural en este municipio. Recibió su capacitación sobre Salud Familiar Comunitaria Intercultural a través de SEDES. La Dra. Olmos no es originaria de Achocalla y, por lo tanto, ha pasado los últimos cuatro meses desde su designación aprendiendo/ conociendo los problemas de salud de cada comunidad. Ella declaró:

[12] Dr. Christian Becker, "Entrevista Con Christian Becker Intern-Doctor a Poste De Salud En El Centro De Achocalla", interview by author, April 28, 2011.

> "Que sería mucho más eficiente que uno de los médicos de la comunidad de Achocalla, que ya tiene un conocimiento excepcional de su comunidad, recibiese entrenamiento sobre Salud Familiar Comunitaria Intercultural y se encargase de su aplicación sin tener que dedicar cuatro meses de investigación adicional al proceso".[13]

Por supuesto, esto estimuló la pregunta de por qué esta no era la forma en que se trabaja y ella respondió que es porque los médicos ya están tan sobrecargados de trabajo que es imposible que se pierda uno para ser entrenado en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Por lo tanto, los médicos foráneos están capacitados específicamente en Salud Familiar Comunitaria Intercultural y dirigidos a estas comunidades para desarrollar este nuevo programa de salud.

La estructura social llamada Comité Local de Salud al nivel del Área y Sector se define en la publicación N° 39. El Comité Local de Salud se compone de cuatro o cinco Autoridades Locales de Salud elegidas dentro del Área y Sector. Según esta guía, el Comité:

> "Promueve la realización de la reunión general de Planificación de la ONU, donde participan las Autoridades Locales de Salud, la población, y otros sectores como: Educación, Producción, Saneamiento Básico y Otros; párr. Que Junto al personal de Salud identifiquen los problemas de salud de las comunidades o barrios para solucionarlos y tomen decisiones párr. Vigila que las alternativas de solución que han priorizado todos los empresarios,

[13] Dra. Rosario Olmas, "Entrevista Con Dra. Rosario Olmas, La Doctora De SAFCI En Achocalla," interview by author, April 28, 2011.

> sean tomadas en cuenta en el Plan Estratégico de Salud, El Plan de Desarrollo Municipal (PDM) y el Plan Operativo Anual (POA)".[14]

Sin embargo, la señora Rodríguez, que es una de las Autoridades Locales de Salud, dijo que los integrantes de las comisiones aún no se han dado cuenta de sus responsabilidades. Ella cree que esto se debe a que Salud Familiar Comunitaria Intercultural sólo se ha implementado en los últimos cuatro meses y, por lo tanto, muchas personas aún no están seguras de sus responsabilidades. Cuando se le preguntó si ella o el comité tenía acceso a las guías proporcionadas por el Gobierno para informarles de sus responsabilidades y las formas en que la comisión debe funcionar, declaró: "He oído hablar de ellas pero nunca las he visto".[15] Por tanto, aunque existe un comité en el lugar, no parece que realmente funcione porque no saben cuáles son sus responsabilidades.

En cuanto a las Reuniones Locales, la señora Ilda Rodríguez y Christian Becker declararon que sólo ha habido una desde que la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se llevó a cabo en enero de 2011. En esta reunión se señaló que el objetivo principal era informar a los ciudadanos de la nueva política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y los cambios que se han hecho en relación con la salud. El principal objetivo que ambos

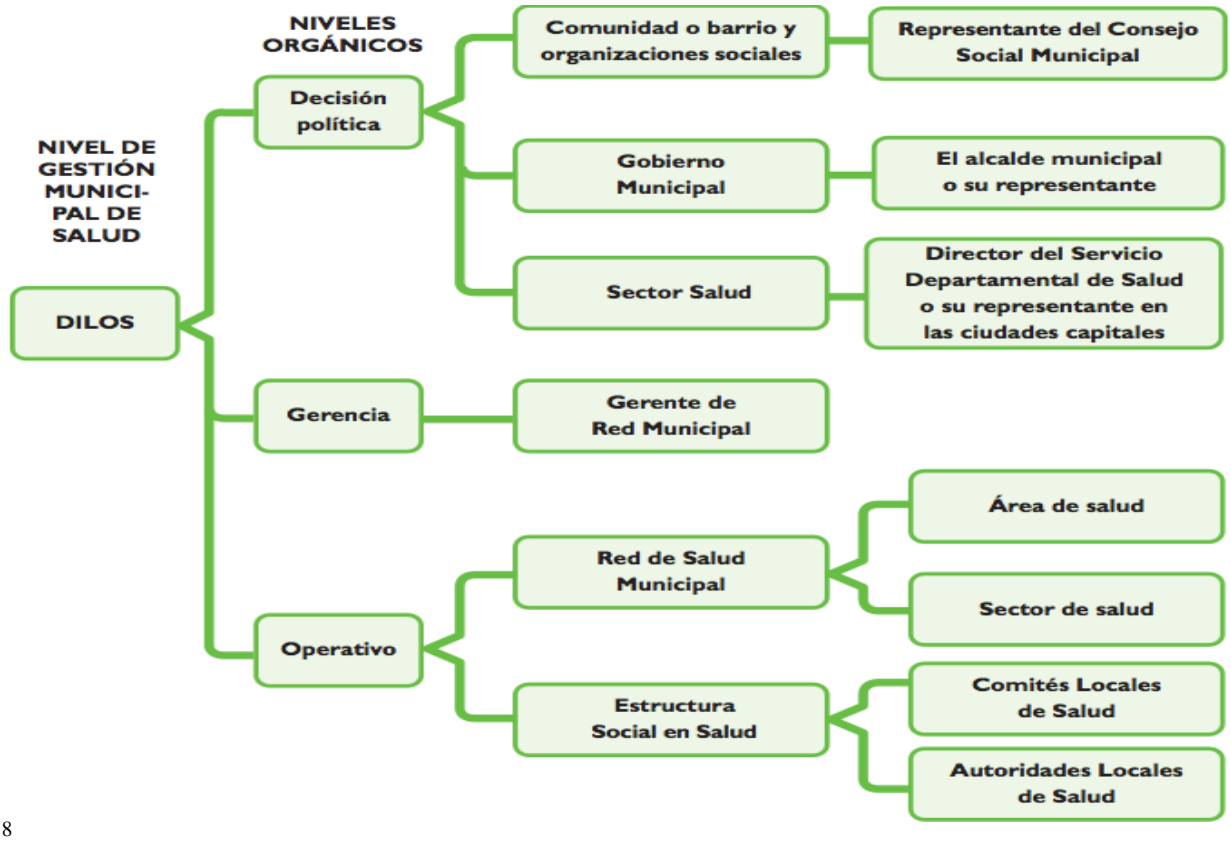
---

[14] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Guía De Gestión Compartida En Salud Para Comité Local De Salud*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 39, Documentos Técnico- Normativos (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #18-19.

[15] Sra. Ilda Rodriguez-Jemio, "Entrevista Con Sra. Ilda Rodriguez, Autoridad Local De Salud Y Miembro Del Comité Local De Salud," interview by author, April 28, 2011.

identifican fue decir a la gente que "ellos también tienen una responsabilidad en la salud y su gestión con esta nueva política".[16]

A nivel Municipal de Salud opera el Directorio Local de Salud (DILOS), el Consejo Municipal de Salud, y la Mesa Municipal de Salud. DILOS es una estructura desarrollada en 2003 y se aplica con la Ley RM No 446.[17] Es la máxima autoridad responsable de la Gestión Compartida en Salud en el Municipio, tiene la siguiente estructura:



[18]

[16] Sra. Ilda Rodriguez-Jemio, "Entrevista Con Sra. Ilda Rodriguez, Autoridad Local De Salud Y Miembro Del Comité Local De Salud," interview by author, April 28, 2011. Y Dr. Christian Becker, "Entrevista Con Christian Becker Intern-Doctor a Poste De Salud En El Centro De Achocalla," interview by author, April 28, 2011.
[17] 446, Bolivian 2003 Cong., 34 Bolivian Congressional Record 186 (2003) (enacted).
[18] Bolivia, Ministerio De Salud Y Deportes, Promoción De Salud, *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*, by Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga, vol. 4, Versión Didáctica (La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007), pg. #25.

El alcalde es la máxima autoridad en DILOS y, por lo tanto, la máxima autoridad de la salud en el municipio. En Achocalla el alcalde es el honorable Sr. René Quispe. Durante la entrevista con el Sr. Quispe, le pregunté "cuáles son las responsabilidades de DILOS y con qué frecuencia se reúnen."[19] Es preocupante porque no supo dar respuesta alguna a estas preguntas y, en cambio, me remitió al Sr. Hugo Nina, el Oficial Mayor de Salud.

El Sr. Hugo Nina estaba muy bien informado de la acción de DILOS en Achocalla. Dijo que DILOS se reúne una vez al mes y luego pasó a explicar lo que pensaba de las responsabilidades de DILOS en Achocalla.

> "Es mi interpretación, y eso es lo que tenemos que hacer [interpretar] debido a la vaguedad de las guías, que la carga principal de DILOS es la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Es nuestra responsabilidad dedicar fondos a la aplicación y el desarrollo de los servicios de salud, para evaluar la situación de salud en el municipio y para promover la educación sanitaria y apoyo a todas las comunidades culturales".[20]

Esta declaración fue muy reveladora en cuanto al impacto de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en el municipio de Achocalla. Hugo Nina demostró una comprensión profunda de las responsabilidades de DILOS en Achocalla y trató casi todos los puntos de la sección de funciones de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico-Estratégico. Sin

[19] Hon. Alcalde Rene Quispe, "Entrevista Con Honorable Alcalde Sr. Rene Quispe," interview by author, April 28, 2011.
[20] Hon. Hugo Niña, "Entrevista Con Hugo Niña, Oficial Mayor De Salud De Achocalla," interview by author, April 28, 2011.

embargo, uno de los puntos que echaba de menos era muy significativo en cuanto a la implementación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla. No mencionó nada sobre el papel de DILOS en la Mesa Municipal de Salud. Esto se debe a a la reciente implementación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, por eso todavía no existe un Consejo Social Municipal de Salud y, por lo tanto, ningún nivel social de DILOS interactúa con una mesa.

El Consejo Social Municipal es un pequeño grupo de personas elegidas entre los Comités Locales de Salud. No todas las Áreas y el Sector cuentan con un Comité Local de Salud, todavía no hay el camino para que el Consejo sea elegido. Para que el siguiente nivel sea elegido, al ser un reflejo de los niveles más bajos, éstos deben tener un 80% o más de conformación de Comités Locales; esto es una regla no escrita según el Lic. Juan Carlos Delgadillo, Jefe de la Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social del MSD..[21]

[21] Brian Johnson, "Reunion Con Brian Johnson," interview by author, May 04, 2011.

LOS PROBLEMAS:

Es posible examinar las preguntas derivadas del estudio de la implementación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla en diferentes niveles. En primer lugar, vamos a examinar las cuestiones nacionales que rodean Salud Familiar Comunitaria Intercultural y, a continuación, nos centraremos tanto en los problemas actuales como en los posibles que se pueden presentar en el municipio de Achocalla. Esto ha sido posible gracias a la ayuda y a la información recibida de los actores de dentro del municipio de Achocalla y del Gobierno.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural ha enfrentado problemas desde que fue aplicada en 2007. El Gobierno no asignó la cantidad de recursos y el tiempo necesario para poner en práctica esta modificación en la percepción de la salud y, por lo tanto, no tuvo el dinero para poner en práctica Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Antes de la ley, el anterior gobierno boliviano había firmado un contrato con Francia para la ayuda financiera para la aplicación de

Salud Familiar Comunitaria Intercultural en El Alto y La Paz. Por lo tanto, la nueva política de salud que se supone debe estar basada en la gente y trabajar desde abajo hacia arriba y que se centra en Bolivia y se aleja de un enfoque neoliberal, fue, desde antes de su ejecución, financiada por organizaciones internacionales. El Gobierno no tiene suficientes recursos sociales para capacitar y poner en práctica todos los cambios de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en los departamentos de Bolivia.

Otro problema que se ha presentado en la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la vaguedad de las guías. Aunque la idea era permitir la autonomía de decisiones y no forzar cambios en las diferentes culturas, ha creado un problema en la implementación de la política porque no hay un objetivo definido. Las comunidades están ahora debatiendo cuál es el método correcto y cómo hacer para llegar a un punto de aplicación eficiente. Como Hugo Nina el Oficial Mayor de Salud de Achocalla dijo:

> "Nadie está muy seguro de cuál es el método correcto o cuál es exactamente el significado de las guías. Todos, cada uno de nosotros, puede usar el conocimiento personal de otras leyes y políticas y de los objetivos de la actual administración para interpretar la correcta aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural".[22]

Esto, aunque es beneficioso al permitir la autonomía y preservación de las diferentes culturas, también ha desacelerado la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

---

[22] Hon. Hugo Niña, "Entrevista Con Hugo Niña, Oficial Mayor De Salud De Achocalla," interview by author, April 28, 2011.

La implementación con retraso de Salud Familiar Comunitaria Intercultural también ha creado muchos problemas y le ha impedido llegar a su máxima capacidad. La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en la actualidad, sólo opera a nivel del departamento de Potosí y aún no se ha cuestionado su funcionamiento. Al no existir en otros departamentos un Consejo Social Departamental de Salud, no hay un Consejo Social Nacional de Salud en el país. Impidiendo el dialogo el Ministerio de Salud y el pueblo, porque la estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es de abajo hacia arriba. El proceso de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es lento y complicado porque según la regla no escrita, se necesita el 80% de participación para pasar al siguiente nivel de aplicación y, por lo tanto, antes de que el nivel nacional pueda ser implementado siete de los nueve departamentos tendrán que tener un Consejo Social Departamental de Salud. Esto significa que antes de que pueda haber un Consejo Social Nacional de Salud, seis departamentos más tendrán que implementar un Consejo Social Departamental de Salud.

Esta lentitud para implementar el programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural también se ha dado en el caso de Achocalla y ha impedido que Salud Familiar Comunitaria Intercultural pueda ser utilizado plenamente. Por ejemplo, como se descubrió en el estudio de la estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Achocalla, el único efecto que Salud Familiar Comunitaria Intercultural ha tenido es incrementar el diálogo en las comunidades y la designación de un nuevo médico. Después de hablar con la señora Ilda Rodríguez, fue evidente que muchas de las estructuras del movimiento social de salud no están en su lugar y los que están no son operativos ni tienen una idea de cómo se supone que sea. Por ejemplo no hay un Consejo

Social Municipal de Salud porque en Achocalla el nivel de todas las Áreas y Sectores no tienen un Comité Local de Salud.

Otro problema en Achocalla es la ineficiencia por la utilización de un médico externo para implementar Salud Familiar Comunitaria Intercultural. A pesar de que la Dra. Rosario Olmas parece estar muy bien informada sobre las operaciones de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y las formas de su aplicación, ha tenido que pasar los últimos cuatro meses tratando de aprender la idiosincrasia de las comunidades. Esto le ha impedido ser capaz de capacitar a los médicos de la comunidad sobre la política y las operaciones de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, dilatando así la ejecución total de este programa.

Así, Salud Familiar Comunitaria Intercultural se enfrenta con problemas en todos los niveles y en todas partes del país. Se está luchando desde las estructuras más básicas hasta la aplicación de la estructura nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Sin embargo, los ciudadanos han visto un cambio positivo en el sentido de que perciben un mayor respeto y la comunidad es más responsable.

¿QUÉ SE PUEDE HACER CON ESTA SITUACIÓN?

El primer paso que debe tomarse en cuenta con el fin de mejorar la situación del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural es que el Gobierno cree de alguna manera una guía para su aplicación. Con esta guía se mejoraría la eficiencia de la aplicación de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y se permitiría que Salud Familiar Comunitaria Intercultural tome y adquiera realmente plena efectividad. Brian Johnson declaró que el Gobierno había empezado a crear una nueva guía en 2010, sin embargo, lamentablemente todavía no se ha concretado su elaboración, mayormente por razones burocráticas y de organización.[23] Esta guía es importante para permitir que todas las comunidades puedan aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural, y también para que lo puedan hacer sin ayuda externa.

[23] Brian Johnson, "Reunion Con Brian Johnson," interview by author, May 04, 2011.

El segundo paso sería asegurarse de que cada municipio tiene la estructura de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en su lugar y ponerla en funcionamiento en los próximos seis meses. Esto es especialmente importante porque hasta que todas las estructuras en los niveles más bajos estén operativas y en su lugar, será imposible pasar a los niveles superiores. Los niveles superiores son importantes porque las decisiones de salud más significativas se realizan en el Ministerio Nacional de Salud y si no hay un nivel de salud social con el que interactúen, la voz de la gente no será escuchada según lo deseado por Salud Familiar Comunitaria Intercultural y, por tanto, no funcionará.

El tercer paso y, posiblemente, más importante sería la designación de médicos de la comunidad para poner en práctica Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Estos son los médicos que ya tienen relaciones con la comunidad y ya conocen los problemas de salud que les afectan y, por lo tanto, no tendrían que pasar de cuatro a seis meses tratando de construir relaciones con la comunidad. Sería aún más beneficioso si en alguna parte de los planes de estudios médicos se hiciera participar a los estudiantes en el programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esto permitiría que todos los médicos pudieran ejercer como un médicos en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esto no sólo aumentaría la eficiencia de la transición, sino también disminuiría los costos puesto que el Gobierno no tendría que pagar por la educación posterior de estos médicos.

Con estos cambios, la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural sería mucho más suave y más eficiente. El costo de la aplicación se reduciría posiblemente eliminando la necesidad de aportaciones de ONG y aumentaría la autonomía política. En conclusión, estos

cambios permitirían una mejor aplicación y eficacia operativa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

CONCLUSIÓN:

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural es una política de salud para toda la familia, fomentando la participación de la comunidad, y promoviendo todas las culturas existentes en Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural es una política que afecta a la gestión de la salud y a su administración en Bolivia durante los próximos años. Es una política de salud para mejorar la eficacia de los servicios de salud en toda Bolivia y no una acción política que probablemente sería revocada; siempre y cuando no haya un cambio en los partidos políticos o en la de dirección del partido. Salud Familiar Comunitaria Intercultural fue aprobada en 2007 después de décadas de luchas de los movimientos sociales hacia la descentralización y la renuncia del neoliberalismo.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural fue precedido por la Ley N° 1551 de la Ley de Participación Popular. Con esta ley sí se les otorgaba una relativa autonomía de gestión pública a los municipios rurales y urbanos. Con la Ley N° 1551 y 1654 la Estructura de los Servicios de Bolivia comenzó a cambiar. La Ley RM 446 fue aprobada en 2003 y junto con las políticas de salud aprobadas en la década del 2000 comenzó a cambiar la estructura de la salud en Bolivia. Así, en 2007, cuando Bolivia implementó el programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural lo que realmente se aplicó fue una estructura social de la salud. SEDES, DILOS y el Área y Sector que conforman la estructura de la administración del estado ya existían. La nueva estructura fue la social, el Comité Local de Salud y los Consejos junto con el nivel de interacción entre las estructuras estatales y sociales.

Sin embargo, Salud Familiar Comunitaria Intercultural todavía no opera a nivel nacional, y en la mayoría de los casos tampoco a nivel municipal. Como se puede observar en el caso de Achocalla, Salud Familiar Comunitaria Intercultural ya no está en la fase de aplicación pero las comunidades siguen tratando de comprender los objetivos y sus estructuras. Las guías, aunque largas y prolijas, son algo vagas y no fomentan la continuación de las diferentes culturas dentro de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. En su lugar, han creado una situación en la que los recursos externos como ONGs son necesarios para ayudar en su aplicación.

Además no parece haber ninguna prisa por aplicar Salud Familiar Comunitaria Intercultural o una meta nacional o un calendario de aplicación. Esto lleva a la pregunta de si el Gobierno aprobó esta política para reformar por completo la forma en que la salud es pensada y gestionada, y, por qué no hubo una supervisión o calendario en su ejecución. ¿Por qué casi cuatro años después de que se aprobó esta política sólo en un departamento está operativo el programa a nivel departamental? Estas son las preguntas que siguen sin respuesta. ¿Fue porque

el Gobierno quería dejar el control absoluto a las comunidades y dejar que el programa de desarrollo de abajo hacia arriba sea verdaderamente aceptado?

Para que Salud Familiar Comunitaria Intercultural tome realmente importancia en Bolivia, es necesario que exista una meta a alcanzar y se aspire a la plena aplicación en los próximos dos años. También es importante que haya un cambio en la educación médica, para que estudiantes de medicina reciban una capacitación en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el papel que desempeñarán en esta política. Esto permitirá una integración más eficiente de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en todas partes de Bolivia y evitará la necesidad de educación de postgrado en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esto también va a resolver la necesidad de designar un médico entrenado en Salud Familiar Comunitaria Intercultural en un municipio para implementarlo.[24]

En conclusión, aunque la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es una política que se creó para mejorar drásticamente la gestión de la salud y los servicios de salud, es una política con muchos defectos. Salud Familiar Comunitaria Intercultural se creó a raíz de unos procesos de descentralización y de rechazo del neoliberalismo en las bases de leyes como la Ley N° 1551, la Ley de Participación Popular a principios del siglo XX para continuar con la tendencia de trasladar el poder al pueblo. En este sentido, esta política ha beneficiado a toda Bolivia. Con el paso a la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en 2007, la responsabilidad y la administración de la salud se llevaron a un nivel mucho más cercano a la gente. Es aquí donde se puede ver que el cambio ha entrado realmente en vigor, el cambio hacia la eficiencia en la gestión de la salud y el aumento de la responsabilidad social.

---

[24] Brian Johnson, "Decolonization and Its Paradoxes The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia," *Latin American Perspectives* 37, no. 3 (June 10, 2010), accessed May 9, 2011, doi:10.1177/0094582X10366535.

Bibliografía:

446, Bolivian 2003 Cong., 34 Bolivian Congressional Record 186 (2003) (enacted).

"About/History PROCOSI." La Red PROCOSI. Accessed May 05, 2011. doi:enbolivia.com srl.

Becker, Dr. Christian. "Entrevista Con Christian Becker Intern-Doctor a Poste De Salud En El Centro De Achocalla." Interview by author. April 28, 2011.

Bolivia. Ministerio De Salud Y Deportes. Promoción De Salud. *Guía De Gestión Compartida En Salud Para Comité Local De Salud*. By Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga. Vol. 39. Documentos Técnico- Normativos. La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007.

Bolivia. Ministerio De Salud Y Deportes. Promoción De Salud. *Guía De Gestión Compartida Local En Salud*. By Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga. Vol. 40. Documentos Técnico- Normativos. La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007.

Bolivia. Ministerio De Salud Y Deportes. Promoción De Salud. *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico- Estratégico*. By Dr. Jorge Jemio Ortuño and Dra. Yolanda Vargas Quiroga. Vol. 4. Versión Didáctica. La Paz, Bolivia: PRISA Ltda., 2007.

Dorakis Zilveti, Paula. "Municipios Y Salud." In *Municipalizcación: Diagnóstico De Una Década*, 363-402. Vol. II. La Paz, Bolivia: Plural, 2004.

Johnson, Brian. "Decolonization and Its Paradoxes The (Re)envisioning of Health Policy in Bolivia." *Latin American Perspectives* 37, no. 3 (June 10, 2010): 139-59. Accessed May 9, 2011. doi:10.1177/0094582X10366535.

Johnson, Brian. "Reunion Con Brian Johnson." Interview by author. May 04, 2011.

Niña, Hon. Hugo. "Entrevista Con Hugo Niña, Oficial Mayor De Salud De Achocalla." Interview by author. April 28, 2011.

Olmas, Dra. Rosario. "Entrevista Con Dra. Rosario Olmas, El Doctora De SAFCI En Achocalla." Interview by author. April 28, 2011.

Una entrevista de segunda aclaración se realizó vía telefónica el 2 de mayo de 2011.

Quispe, Hon. Alcalde Rene. "Entrevista Con Honorable Alcalde Sr. Rene Quispe." Interview by author. April 28, 2011.

Rodriguez-Jemio, Sra. Ilda. "Entrevista Con Sra. Ilda Rodriguez, Autoridad Local De Salud Y Miembro Del Comité Local De Salud." Interview by author. April 28, 2011.

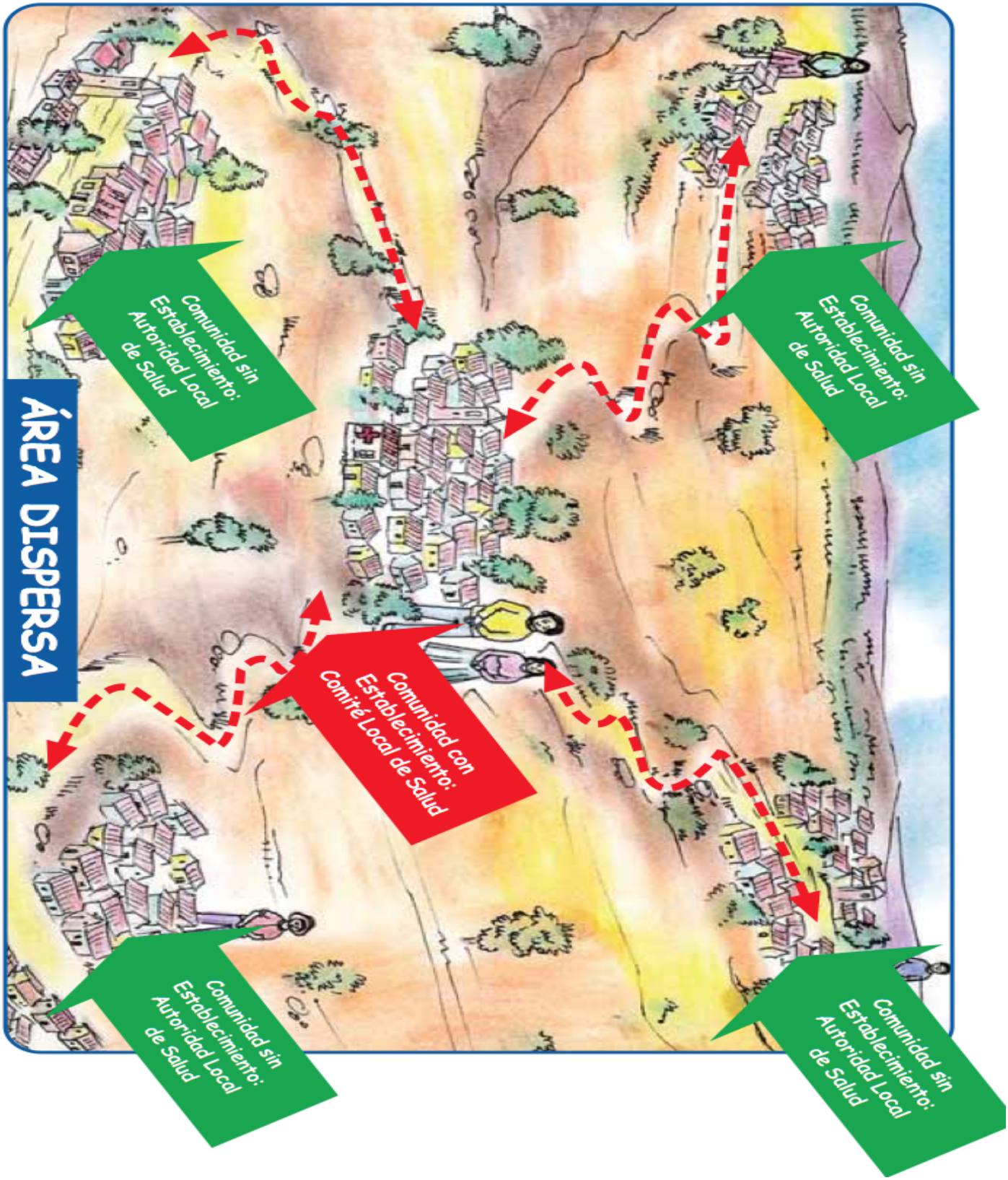
Ströbele-Gregor, Juliana Ströbele-Gregor. *Ley De Participación Popular Y Movimiento Popular En Bolivia*. Congreso De La Asociación Alemana De Investigación Sobre América Latina - ADLAF, Octubre 1997 Fundación Friedrich-Ebert. Latin Autonomy. 1999. Accessed May 01, 2011. http://www.latautonomy.org/LeyPP2a.PDF.

Appendices

App. 1 La Estructura de los niveles de SAFCI

NIVELES DE GESTIÓN DE LA ESTRUCTURA ESTATAL DE SALUD	ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL	NIVELES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD SERVICIO	**ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD**	**CONSEJO SOCIAL NACIONAL DE SALUD** Es una estructura formal orgánica conformada por: - un represente de cada Consejo Social Departamental; - un representante de cada organización social más representativa del país (CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUVE, CONAMAQ, COB, otros)
DEPARTAMENTAL DE SALUD	**MESA DEPARTAMENTAL DE SALUD**	**CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD** Elegido entre los Consejos Sociales Municipales de todo el departamento y organizaciones sociales departamentales representativas
DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS	**MESA MUNICIPAL DE SALUD**	**CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD** Elegido entre de los Comités Locales de Salud de un Municipio
ÁREA Y SECTOR	**REUNIONES LOCALES: CABILDO, ASAMBLEAS, ETC.**	**COMITÉ LOCAL DE SALUD** Elegido entre las Autoridades Locales de Salud de un territorio con establecimiento de salud.
	REUNIONES COMUNITARIAS: ASAMBLEAS, ETC.	**AUTORIDAD LOCAL DE SALUD** (elegida por cada comunidad o barrio como su autoridad responsable de acciones de salud. Generalmente existen como parte de su estructura organizativa).

App 2 El Area y Sector



App. 3 Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 con RM

Resumen Ejecutivo

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la Salud Universal" (PSD) es el instrumento de planificación sectorial nacional, que orienta el accionar de todo el Sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas de desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010-2015 "Evo Bolivia Avanza" y la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Preconstituyentes de salud del 2006 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

El Plan fue elaborado siguiendo la metodología diseñada y conducida por el Ministerio de Planificación del Desarrollo, en el marco del nuevo Sistema de Planificación Integral Estatal Plurinacional SPIEP, siguiendo las siguientes etapas: 1) Preparación y organización del proceso, 2) Elaboración del marco teórico conceptual y del estado de situación, 3) Formulación de la propuesta de desarrollo y 4) Formulación de la programación de inversiones y presupuesto, estrategia de implementación y sistema de Seguimiento y Evaluación.

En ese marco, el PSD 2010-2020 "Hacia la Salud Universal" está organizado en tres partes. En la primera se analiza la responsabilidad del Sector Salud en el marco de los conceptos operacionales de salud y de derecho a la salud. Se presenta un conjunto de elementos teóricos, con posicionamiento crítico de las políticas sociales del periodo neoliberal y de los diversos grados de imposición de las fuerzas internacionales, dando cuenta de la situación social y de salud heredada de este periodo.

En la segunda parte se analizan los grupos que intervienen en el quehacer en salud como parte del Sector y las acciones que realizan, se estudia la situación de salud (epidemiología, determinantes, acceso) en Bolivia, definiendo las problemáticas y potencialidades del Sector al momento de elaborar la propuesta de desarrollo para el periodo 2010-2020.

La tercera parte consiste en la propuesta de desarrollo del Sector Salud, elaborada a partir del marco conceptual y del análisis situacional: incluye el mandato político y social del sector, su visión al 2020, la finalidad y objetivo general, los Ejes de Desarrollo, los Programas y Proyectos Sectoriales, la estrategia de implementación, el sistema de seguimiento y evaluación, y la presentación de informes sobre el desempeño y los logros en los niveles de gestión pública.

La propuesta se articula en tres Ejes de Desarrollo: el primer Eje "Acceso Universal al Sistema Único SAFCI" establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de la medicina tradicional y de la interculturalidad, y de la gratuidad de la atención; el segundo Eje "Promoción de la Salud y Movilización Social" impulsa la gestión participativa y actuación intersectorial sobre la determinantes de la salud, así como la protección de grupos poblacionales vulnerables, y la educación en salud orientada al logro de hábitos y prácticas saludables, incluyendo la práctica deportiva recreacional y competitiva. Finalmente, el tercer Eje "Rectoría y Soberanía en salud" pretende reforzar la conducción sanitaria en el Sector y la eficiencia de las intervenciones.

Los objetivos de estos tres Ejes y de sus respectivos Programas y Proyectos Sectoriales constituyen el núcleo programático del Plan Sectorial de Desarrollo y son comunes al Ministerio de Salud y

Deportes, los SEDES, los DILOS, el Seguro Social de corto plazo y el subsector privado. Cada objetivo estratégico incorpora varios resultados previstos a nivel nacional (RPN) cuyo logro es responsabilidad de todos. Los objetivos estratégicos y los RPN constituyen una respuesta de política sectorial a las prioridades de salud pública del país, lo suficientemente flexibles para que se pueda responder a los problemas y las amenazas emergentes a medida que surjan.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 constituye el instrumento indicativo que permite la alineación nacional a los resultados programados de todos los responsables e involucrados en el quehacer sanitario. Es la base para toda la planificación y programación subnacional en el marco de las atribuciones establecidas en la Ley Orgánica de Autonomías y Cartas Municipales, en las que se establecerá las competencias y atribuciones de los diferentes niveles de gestión, así como la conducción y dirección estratégica del nivel central. Esto con equilibrio entre el alineamiento estratégico, el programático y la especificidad nacional, departamental, regional, municipal y de pueblos indígena originario campesinos exigida por las Autonomías.

En resumen, el PSD, incorporando el marco de gestión por resultados, permitirá la agregación subsidiaria de los resultados alcanzados en todo el Sector y entre todos los niveles autonómicos. Los resultados e indicadores sectoriales establecidos permitirán que la planificación, el seguimiento y la rendición de cuentas se realicen de manera ágil, simple y transparente.

Capítulo I. Marco Conceptual

Tomando en cuenta los paradigmas del desarrollo económico social y cultural establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional y en el Plan Nacional de Desarrollo PND, el planteamiento del PSD asume como marco de referencia el Vivir Bien y la concepción social del proceso salud enfermedad, señalando el rol de lo biológico como parte de una relación dialéctica entre fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad de que existan fenómenos singulares en los individuos. Estos son los ejes que orientan conceptualmente las alternativas estratégicas y programáticas que han orientado la fundamentación y el repensar de las relaciones entre los diversos niveles en los que se desarrolla el proceso salud-enfermedad: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, recuperación, desde la epidemiología, la salud pública y la protección social.

Por tanto, la categoría de análisis y los conceptos operacionales asumidos permiten el reconocimiento de la interconexión dialéctica entre salud y desarrollo, dando lugar al conocimiento de las diferencias en la reproducción social, en el perfil epidemiológico, en el estado de salud y en el acceso a los servicios.

En consecuencia, el marco teórico referencial que se asume en el Plan está dado por el Vivir Bien, el concepto social de salud y sus determinantes, la salud como derecho fundamental, la Intersectorialidad, la participación social y la interculturalidad.

1.1. Fundamentación del Vivir Bien

El Vivir Bien es un concepto milenario sustentado por las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios, fuertemente vinculado a la relación armoniosa con la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria. La filosofía ancestral del Vivir Bien ha sido retomada en las políticas nacionales de desarrollo principalmente a partir del año 2006, y constituye el fundamento del Plan Nacional de Desarrollo "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien" y mayor reconocimiento en la Constitución Política del Estado Plurinacional (art.8).

En el Plan Nacional de Desarrollo, se resume el Vivir Bien como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos" (ilustración 1).

En este sentido, el Vivir Bien se constituye en la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece el "todos nosotros" sobre el "yo", se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural construido.

En la tabla 1 se presenta la contribución del Sector Salud a las varias dimensiones del Vivir Bien.

Ilustración 1 las dimensiones del Vivir Bien

Fuente: MPD

Tabla 1 Aportes del Sector Salud a las dimensiones del Vivir Bien

Dimensiones del Vivir Bien	Contribución del sector a cada dimensión
Vivir en Comunidad (compartir decisiones, recursos y beneficios)	• La Comunidad tiene un rol central en la toma de decisiones sobre la planificación y ejecución-administración en base al seguimiento y control social realizado mediante la estructura social para la gestión participativa y control social. • El beneficio principal producido por el Sector es un mejor estado de salud de toda la población, constituyéndose en un beneficio para toda la comunidad • Los recursos del Sector Salud en el marco del Sistema Único son colectivos, no privatizables y corresponden a toda la comunidad en la producción de servicios.
Acceso y disfrute de los bienes	• Acceso de la población a servicios integrales de salud • Acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud • Redistribución de la riqueza mediante programas de protección social • Construcción de la igualdad en el acceso y derecho a la salud, sin consideración de capacidad de pago y otras barreras creadas por los sistemas neocoloniales y neoliberales.
Realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual / Identidad	• Reconocimiento de los sentires, saberes, conocimientos y prácticas tradicionales en salud, incluida la medicina tradicional y su interacción con la medicina académica como una forma de realización espiritual y respeto de identidades y conductas propias. • Interrelacionamiento y respeto entre el personal de salud y la población como factor de realización afectiva.
Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con lo que nos rodea	• Información, educación, comunicación y cambio de conducta en relación al cuidado del medio ambiente y la prevención de riesgos naturales. • Gestión de los desechos y residuos de los establecimientos de salud • Vigilancia y control en la producción de bienes y servicios potencialmente contaminantes y perjudiciales a la salud. • Utilización de los productos de la naturaleza para la farmacopea tradicional y natural de manera reglamentada y protectora.
Descolonización (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de la igualdad)	• Cambio en las relaciones de poder socioeconómicas, de clase, de género y culturales: redistribución equitativa de recursos, participación social (política) efectiva y acceso igualitario al conocimiento. • Recuperación y desarrollo de la medicina tradicional y de los conocimientos ancestrales en salud en sus diversas formas. • Toma de decisiones corresponsable para la gestión local de la salud, entre la Estructura Social en Salud, la población y el personal de salud.

1.2. Concepto de salud

La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad: el proceso salud/enfermedad no tiene solamente causas, sino más bien determinantes.

Esta conceptualización permite avanzar respecto a la definición que limita a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (*OMS, 1946*). Por la propia condición humana, el bienestar es transitorio y difícilmente puede existir un estado de completo bienestar. Sin embargo, si se añaden parámetros para considerar las determinantes de la salud, es decir aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales, se puede llegar a una definición científica apegada a la realidad. En tal sentido, la propuesta en torno a la definición de salud obliga a incorporar nuevos valores y por consiguiente, nuevas responsabilidades personales y sociales. Esto implica asumir completamente valores de igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad, además de armonía con la naturaleza, principios estos que privilegian la vigencia del derecho a la salud y la vida como derechos humanos y sociales fundamentales. La nueva óptica de análisis conduce a repensar la tarea del personal de salud y de las organizaciones y movimientos sociales en torno al ejercicio pleno del derecho a la salud.

Por tanto, al asumir la salud como un proceso multidimensional de contradicciones, entre situaciones destructivas y protectoras para la vida y la salud, que son específicas en cada espacio social, con sus características productivas, organizativas, culturales y de relaciones históricas con el medio ambiente, que se dan en momentos concretos e interdependientes de clase social, género y cultura, se la entiende como la relación de profunda armonía, complementariedad, interdependencia, solidaridad, reciprocidad, espiritualidad y equilibrio de las personas consigo mismas, con la familia, la comunidad, con todos los demás seres, con la Madre Tierra y el cosmos que nos cobija respetando, aceptando y valorando a todos con sus diferencias.

1.2.1. Determinantes de la salud e Intersectorialidad

Las determinantes de la salud son factores que, en diferentes grados de interacción, determinan el estado de salud individual y colectiva de la población. En este marco, se asume que el proceso salud/enfermedad no tiene causas, sino determinantes sociales, políticas, jurídicas, educativas, de género, económicas, culturales y ambientales.

El enfoque de las determinantes de la salud permite una comprensión integral del proceso salud-enfermedad y así adecuar el quehacer en salud: 1) aborda un amplio rango de determinantes y no sólo los riesgos y condicionantes de la enfermedad; 2) concierne a toda la población y no solo a los enfermos. Este enfoque contribuye además, al Vivir Bien, a reducir los gastos de atención de la enfermedad y a generar estabilidad social.

A partir de la consideración de las determinantes, la salud está concebida bajo el principio de integralidad, es decir como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado Plurinacional.

En este marco, el accionar exclusivamente sectorial es insuficiente para la transformación de la salud global: se deben desarrollar acciones intersectoriales, es decir intervenciones coordinadas entre las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afro bolivianas) con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes: pobreza, educación, agua, tierra-territorio, medio ambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras, en el marco de la corresponsabilidad.

1.2.2. La salud como derecho

El Derecho a la Salud es inherente a su reconocimiento y responsabilización por el Estado y a la necesidad de regulación de las relaciones sociales que se producen en el proceso salud - enfermedad y de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, su curación, rehabilitación y recuperación.

El derecho a la salud es un derecho humano y social fundamental, individual y colectivo, reconocido en la Constitución Política del Estado Plurinacional (artículo 18), que es entendido como el conjunto de disposiciones legales u otras relacionadas a la salud humana y a su protección. En el marco del principio de integralidad mencionado, el derecho a la salud incluye la reglamentación de los servicios del Sector Salud y también el derecho a tener condiciones de vida, sociales, económicas, culturales y ambientales favorables a la salud.

1.2.3. La participación social en salud

La Participación social es un proceso social por el cual un grupo de personas con problemas y necesidades de vida compartidas en un área geográfica determinada, identifican sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos de solución.

A partir de la declaración de Alma-Atá en 1978, la participación comunitaria y social se constituyó en una estrategia principal para alcanzar el propósito de "Salud para todos en el año 2000". Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria es la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio (*OMS, 1990, Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario*).

La participación social en salud es el derecho y el deber que tiene la población organizada para participar directamente en la toma de decisiones de manera efectiva sobre el quehacer en salud en todos los niveles de gestión y atención, para consolidar una visión integral colectiva y no solo sectorial o corporativa. Se constituye en un factor clave para lograr el desarrollo de acciones en salud de manera corresponsable, legitimando las intervenciones sectoriales.

1.2.4. La Interculturalidad en salud

Uno de los aspectos fundamentales del paradigma de la transformación del Estado boliviano, que cuestiona profundamente al sistema capitalista y que tiene como meta eliminar las desigualdades en

los intercambios culturales y la distribución inequitativa de recursos es la interculturalidad, que se entiende como la interrelación, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, la participación, el encuentro y el dialogo entre las culturas en igualdad de condiciones.

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) define la interculturalidad como la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y afro bolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud.

La aplicación del principio de Interculturalidad en la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural está orientada, entre otros, a eliminar la barrera cultural en el acceso a la atención de salud y a promover la participación social efectiva en la toma de decisiones.

1.3. La responsabilidad del sector en la Constitución Política del Estado

La Constitución Política del Estado Plurinacional fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009. Establece, las bases fundamentales del Estado Plurinacional, los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del Estado a través de 5 Partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud.

Se reconoce así el derecho a la salud para las personas, la garantía por parte del Estado de la inclusión y acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna, y se establece la unicidad del Sistema de Salud ("el Sistema de Salud es único").

Dentro de los artículos referidos a salud, se puede destacar algunos que establecen derechos y obligaciones primordiales al momento de elaborar la propuesta de desarrollo; la integralidad de los artículos sobre salud están en anexo 4 (no se incluye los artículos sobre determinantes de la salud):

- Derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, sin violencia (Art. 15)
- La Salud como un Derecho Fundamental para todos (Art.18)
- Acceso gratuito de la población a servicios de salud (Art.35)
- Sistema Único de Salud incluyente de las medicinas tradicionales (Art.35)
- Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios (Art.36)
- Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud (Art.37)
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Art.37)
- Vigilancia de la calidad de atención (Art.39)
- Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema (Art.40)
- Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos (Art.41)
- Promoción y práctica de la Medicina Tradicional (Art.42)
- Derecho a La Seguridad Social (Art.45)
- Derechos sexuales y reproductivos (Art.66)