



# BOTICAS COMUNALES

## por el derecho a una atención oportuna

### **Experiencias del Proyecto:**

*Promoviendo el ejercicio pleno del derecho a la salud de mujeres en edad fértil y niños (as) menores de cinco años en el Municipio de Pocoata, Norte de Potosí.*

Mirtha G. Ramírez Carpio



Este documento es una publicación de PRODII con el apoyo de la fundación ANESVAD.

**Elaborado por:**

Mirtha Ramírez Carpio

**Revisado por:**

Claudia Castañeta

Maribel Roque

Germán Jarro

**Concepto gráfico**

Chanel Colque

**Dirección PRODII**

Calle Omiste 116

Teléfono/fax 0591 2 5820248

Email. [prodii@hotmail.com](mailto:prodii@hotmail.com)

[info@prodii.org](mailto:info@prodii.org)

Web:[www.prodii.org](http://www.prodii.org)

Llallagua Norte de Potosí

**Imprenta Guadalupe**

La Paz – Bolivia

# Índice

Resumen Ejecutivo.....	5
Antecedentes .....	9
I. Marco legal en el que se enmarca la experiencia.....	13
II. Marco conceptual .....	19
2.1 Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH).....	19
2.2 Grupos de titulares.....	20
2.3 Boticas comunales .....	22
III. La experiencia de las boticas comunales .....	25
3.1 Contexto geográfico, económico y social.....	25
3.2 La intervención del proyecto .....	28
3.2.1 Implementación de las Boticas Comunales (BC).....	37
3.2.2 Funcionamiento de las Boticas Comunales .....	42
3.2.3 Percepciones por puestos y centros de salud.....	46
3.2.3 Sostenibilidad de las boticas comunales.....	74
IV. Conclusiones y lecciones aprendidas .....	79
V. Recomendaciones .....	83
Documentos consultados.....	85

# Acrónimos

ACS	: Agente Comunitario en Salud
ALS	: Autoridad Local de Salud
BC	: Boticas Comunales
CPE	: Constitución Política del Estado
CLS	: Comités Locales de Salud
CSMS	: Consejo Social Municipal de Salud
CS	: Centro de Salud
EBDH	: Enfoque Basado en Derechos Humanos
EDA	: Enfermedades Diarréicas Agudas
GAM	: Gobierno Autónomo Municipal
INLASA	: Instituto Nacional de Laboratorio de Salud
FIM	: Farmacia Institucional Municipal
INE	: Instituto Nacional de Estadística
IRA	: Infección Respiratoria Aguda
MEF	: Mujeres en Edad Fértil
PRODII	: Programa de Desarrollo Integral Interdisciplinario
PTDI	: Plan Territorial de Desarrollo Integral
PS	: Puesto de Salud
SAFCI	: Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SSR	: Salud Sexual y Reproductiva
SEDES	: Servicio Departamental de Salud
SNUS	: Sistema Nacional Único de Suministros
UE	: Unidad Educativa

# Relación de cuadros y gráficos

## Cuadros

Cuadro No. 1	Derechos fundamentalísimos a la salud: CPE.....	13
Cuadro No. 2	Descripción de los titulares Proyectos PRODII-ANESVAD.....	21
Cuadro No. 3	Distancia y acceso a establecimientos de salud por comunidad.....	31
Cuadro No. 4	Caracterización de los titulares PRODII-ANESVAD.....	27
Cuadro No. 5	Boticas implementadas por años y situación actual.....	36
Cuadro No. 6	Contenido del botiquín PRODII-ANESVAD.....	39

## Figuras

Figura No. 1	Modelo de gestión compartida en salud.....	17
Figura No. 2	Mapa de ubicación del Proyecto.....	25
Figura No. 3	Línea de tiempo de proyectos en salud PRODII-ANESVAD.....	29
Figura No. 4	Ubicación de establecimientos de salud en el Proyecto.....	33
Figura No. 5	Detalle de la ubicación con la zona de "Chaupirana".....	34



## Resumen Ejecutivo

Entre los años 2011 y 2017, el Programa de Desarrollo Integral Interdisciplinario - PRODII ejecutó tres proyectos discontinuos vinculados a la temática de salud, con el apoyo financiero de la Fundación ANESVAD y bajo el Enfoque basado en Derechos Humanos (EBDH). Los proyectos estaban dirigidos principalmente a evitar la mortalidad materna e infantil y promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, junto a los Comités de Salud, como parte de la estructura social, que hace parte a la gestión de salud, en el municipio de Pocoata, al norte de Potosí, en el marco de la política estatal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

La zona se caracteriza por ser de extrema pobreza, ya que según el Censo de 2012, nueve de cada 10 potosinos es pobre o extremadamente pobre; por otro lado, la desnutrición en Potosí es la más alta de todo el país y pese a los esfuerzos del Estado, con diferentes políticas, es el único departamento donde los índices de desnutrición no bajaron. Los índices de mortalidad materna e infantil, están entre los tres más altos del país. La mayoría de las muertes maternas se dan en el domicilio o en tránsito hacia los establecimientos de salud. Más de la mitad de las mujeres que mueren, son indígenas (principalmente quechuas), por la situación de exclusión en la que viven.

PRODII intervino en seis de los 19 establecimientos de salud de Pocoata, que se encuentran en condiciones geográficas de difícil accesibilidad, radicalmente diferente por su singular topografía (zona denominada “*la Chaupirana*”), con el objetivo de consolidar la disponibilidad y accesibilidad de atención primaria. Una de sus acciones fue implementar y consolidar el funcionamiento de boticas comunales (con medicamentos básicos) a partir del trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), de las mismas comunidades. Estas acciones son parte de la política nacional en salud y responden a las normativas vigentes.

El Servicio Departamental de Salud de Potosí cuestionó la existencia de las boticas comunales, debido a experiencias previas que no lograron ser sostenibles, principalmente por la *“irresponsabilidad”* de los agentes comunitarios de salud (ACS) por lo que recomendó que PRODIJ apoye en otras acciones. Con base en ello, se buscó sistematizar las experiencias desarrolladas en los proyectos ejecutados por PRODIJ, con la finalidad de *“objetivar”* los resultados de la implementación, funcionamiento y sostenibilidad de las BC.

La pregunta eje de sistematización fue: ¿En qué medida fue pertinente la implementación de boticas comunales en el área de acción del proyecto?

La respuesta es contundente: TOTALMENTE PERTINENTE.

Salvar una vida o contribuir para hacerlo, en lugares que tienen condiciones adversas, es razón suficiente para que las boticas continúen funcionando, pese a las limitaciones y debilidades que pudieran tener los *Agentes Comunitarios en Salud*, como responsables de las boticas. Estas limitaciones también se identificaron en el cumplimiento del rol que tienen los titulares de obligación (personal de salud) para aplicar la norma en el marco de la política SAFCI.

Calificar de *“irresponsables”* a los ACS, sin considerar la realidad, su contexto, sus sistemas de vida y de sobrevivencia; y que pese a ello, presten un servicio gratuito y complejo por las circunstancias, es desconocer una realidad que golpea duro en la cotidianidad desde el lugar de los hechos, el mismo que se refleja en los altos índices de mortalidad.

Al examinarse la información disponible respecto a la experiencia y el contexto; escuchándose pensamientos y sentimientos expresados en el diálogo (entrevistas), con las mujeres madres y otros miembros de las comunidades, del personal de salud que trabaja en campo y las autoridades que toman decisiones, se concluye que el **acceso y disponibilidad oportuna a medicamentos, por lo más básicos que sean, es vital.**

El presente documento refleja inicialmente la normativa existente en el marco de la nueva gestión en salud con la política SAFCI, desarrolla un



marco conceptual para la comprensión de los términos utilizados en el documento.

Posteriormente, se conoce la experiencia desarrollada en la implementación y funcionamiento de las boticas en cada establecimiento de salud del área de acción de los proyectos implementados por PRODII. Obtener las percepciones, principalmente de las mujeres en edad fértil, de los ACS y otros actores comunitarios. Fue una tarea que tomó días de trabajo arduo y sacrificado, al personal (Responsable de Proyecto y Facilitador).

Finalmente, se hace un análisis de los elementos de sostenibilidad de las boticas, para abordar luego las conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones.

### ¿QUÉ PASARÍA SI SE CIERRA LA BOTICA COMUNAL?

*“Por favor, no me pregunte eso, es una pregunta absurda, usted ha visto la necesidad que hay en esta comunidad y hay bastantes niños pequeños, que de repente se enferman, entonces ir hasta 3 horas o 4 horas (hasta la Posta) ida y vuelta es bastante tiempo, es por eso que yo no quisiera ni que se mencione la palabra (Ariel Chiri Profesor UE Comunidad Cochini).”*



## Antecedentes

*El Programa de Desarrollo Integral Interdisciplinario (PRODII) es una Organización No Gubernamental sin fines de lucro, que trabaja en el norte de Potosí desde 1999, con la finalidad de contribuir al desarrollo de las regiones más deprimidas y los sectores sociales más pobres y marginados.*

Desde el año 2011, PRODII ejecutó tres proyectos en salud, bajo el **Enfoque Basado en Derechos Humanos** (EBDH) con el apoyo financiero de la *Fundación ANESVAD* de España.

El primer proyecto ejecutado el año 2011 se denominó: *“Trabajando para evitar la morbimortalidad de niños y niñas menores de 5 años y mujeres en edad fértil, según normas vigentes y enfoque intercultural en comunidades del municipio de Pocoata, en la provincia Chayanta del departamento de Potosí”*.

El segundo proyecto, bi anual *“Promoviendo el ejercicio pleno del derecho a la salud de las mujeres en edad fértil y niños, niñas menores de 5 años con Autoridades Locales de Salud (ALS) y comités de salud del municipio de Pocoata del departamento de Potosí”*, se ejecutó entre el año 2013 y 2014.

Finalmente, el tercer y último proyecto, como fase de consolidación, se ejecutó con el mismo nombre, entre 2016 y el primer semestre de 2017 con el objetivo de *“Contribuir a la mejora del ejercicio del derecho a la salud de mujeres en edad fértil y niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Pocoata”*.

Una de las acciones de estos proyectos fue la implementación, funcionamiento y sostenibilidad de **boticas comunales (BC), como pequeñas farmacias** equipadas con medicamentos esenciales e insumos médicos seleccionados, además de productos naturales de medicina tradicional.

El segundo resultado del último proyecto, buscó que el 90% de 33 boticas comunales se mantengan en funcionamiento y estén a cargo de *Agentes Comunitarios en Salud (ACS)*, de forma sostenible en el marco de la política gubernamental de *Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)*.

Al promover las boticas comunales, PRODII se enmarcó en la **Resolución Ministerial No. 477** del 28 de julio de 2004, que señala en lo más sobresaliente:

*Asegurar la prestación de servicios integrales de salud incluyendo la accesibilidad al medicamento de toda la población y particularmente de los sectores de escasos recursos, para lo cual se implementa la botica comunal en comunidades alejadas de establecimientos de salud, brindando de esta forma un servicio de salud de atención básica administrado por la comunidad en la que se suministra medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales elaborados de forma artesanal.*

En diferentes gestiones de los tres proyectos, se implementaron un total de 33 boticas comunales, en igual número de comunidades que están vinculadas a dos **centros de salud**: *Tomoyo* y *Sarijichi* y cuatro **puestos de salud**: *P'ísaka*, *Collpak'asa*, *Yahuaco* y *Lahuata*, pertenecientes a la red de salud municipal SAFCI de Pocoata<sup>1</sup>.

Las boticas comunales en las que trabajó PRODII están administradas por personas seleccionadas en las propias comunidades, según usos y costumbres.

En este contexto, PRODII encargó la presente consultoría para sistematizar la experiencia en torno a la implementación, funcionamiento y sostenibilidad de las boticas comunales en el área de acción del proyecto de salud.

---

1 Según la delimitación territorial, el SECTOR de salud es el ámbito territorial del PUESTO DE SALUD que comprende dos o más comunidades, considerando una población de hasta 2,000 personas. En cambio, el AREA DE SALUD, es el ámbito territorial del CENTRO DE SALUD, que comprende dos o más sectores de salud considerando una población de entre 2,001 a 5,000 personas. (SAFCI-Documento técnico-estratégico-Ministerio de Salud 2009)

## **Metodología y eje de sistematización**

El proceso de sistematización fue ampliamente participativo, considerando que se pudo interactuar en un diálogo (entrevistas semi estructuradas) con los diferentes actores: *titulares de derecho, de responsabilidad y de obligación a partir de visitas a Pocoata* y principalmente, a las comunidades donde se encuentran las boticas, con el despliegue del personal del proyecto.

El eje de sistematización se plantea a partir de la siguiente pregunta:

*¿En qué medida fue pertinente la implementación de boticas comunales en el área de acción del proyecto?*

La pregunta responde a un criterio emitido por personal del *Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí*, en sentido de que a raíz de un seguimiento a experiencias previas a los proyectos de PRODII, con otras instituciones, se hizo un seguimiento el año 2008 y se estableció que más de las boticas comunales no tenían un funcionamiento correcto.

A través de una carta del 29 de diciembre de 2016, se concluyó que no era pertinente la implementación de más boticas por la *“irresponsabilidad”* de los responsables de las boticas.

En el documento, se responderá a la pregunta eje, a partir de la experiencia desarrollada por PRODII en el área de acción específica.



## Marco legal en el que se enmarca la experiencia

En los últimos años, Bolivia viene experimentando cambios significativos en el desarrollo de su historia. En enero de 2009 se puso en vigencia la nueva Constitución Política del Estado (CPE), en la cual se establece una legislación y normativa que garantiza el ejercicio de los derechos de la salud de las y los ciudadanos bolivianos.

La legislación vigente para el cumplimiento del derecho a la salud se basa en una amplia normativa. A continuación, se cita **sólo lo más relevante, relacionado a la experiencia que se refleja en el presente documento.**

**Cuadro 1:** Derechos fundamentalísimos a la salud: CPE

Artículos	Parágrafos y sus contenidos
Artículo 18	I. Todas las personas tienen derecho a la salud II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad.
Artículo 35	I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
Artículo 36	III: El Estado garantizará el seguro universal de salud. IV: El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37	El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
Artículo 38	I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados. II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.
Artículo 40	El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones y en la gestión de todo el sistema público nacional.
Artículo 41	I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación. III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización y contemplará estándares de calidad y primera generación.
Artículo 42	I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Fuente: Elaboración propia con información del documento del Proyecto

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la Constitución, como la ley fundamental del Estado, expresa con claridad y contundencia, el derecho a la salud, que todos los ciudadanos en Bolivia tenemos<sup>2</sup>.

2 Bases fundamentales del Estado, derechos, deberes y garantías (CPE)



Señala que el derecho a la salud debe ser inclusivo y sin discriminación, con calidad, calidez, considerando también la interculturalidad e intraculturalidad. El acceso a la salud con estas características, debe incluir la **participación social y el control social**. En otro de sus artículos, garantiza la participación de la población tanto para la **toma de decisiones en cuanto en la gestión**.

Asimismo, el Estado está obligado a garantizar el derecho a la salud como una función suprema y la primera responsabilidad financiera. **Respecto a los medicamentos** señala expresamente que el mismo Estado garantizará el acceso a ellos.

Otro aspecto relevante que se destaca en la CPE, es la inclusión de la **medicina tradicional al sistema nacional de salud** y es responsabilidad del Estado promover, garantizar, respetar, así como promover el registro de los conocimientos ancestrales.

Otras leyes promulgadas en la Asamblea Plurinacional el 2006, en referencia a la salud y al presente documento, son importantes de destacar<sup>3</sup>:

- **Ley Marco de Autonomías (071)**: respecto a la salud, tiene como mandato construir de manera consensuada la política y modelo sanitario municipal, u originaria indígena respondiendo a necesidades locales y percepciones de actores sociales e institucionales
- **Prestaciones de servicios de salud integral (Ley 475)**: Establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria para mujeres embarazadas, niños (as) menores de 5 años; mujeres y hombres mayores de 60 años; mujeres en edad fértil (MEF) con atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y personas con discapacidades, que no estuvieren cubiertas por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.

## La Política SAFCI

El año 2008 se asumió como política nacional la **Salud Familiar Comu-**

---

3 Con información del documento de proyecto PRODII-ANESVAD

**nitaria Intercultural (SAFCI)** como un novedoso modelo de atención y gestión en salud. Se trata de **“una nueva forma de sentir, pensar y hacer la salud”**.

Esta política se basa en **cuatro principios**: **a) Participación Comunitaria**: Para que las personas, familias, comunidades y barrios participen en la gestión de la salud y toma de decisiones junto al equipo de salud dentro y fuera de los establecimientos de salud); **b) Intersectorialidad**: Se pretende que exista **coordinación** entre salud, educación, saneamiento básico, trabajo, vivienda, justicia, producción y otros para mejorar la salud de la población; **c) Interculturalidad**: Promoviendo el diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración de los diferentes saberes y prácticas médicas existentes facilitando la articulación y complementariedad para mejorar la salud; y **d) Integralidad**: Una nueva forma de ver la salud no sólo como enfermedad, sino como una totalidad, donde la persona se relaciona con la familia, la comunidad y la naturaleza

La política SAFCI recupera el concepto *salud-enfermedad* que proviene de la cosmovisión de los pueblos originarios, comprendidos como *“un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno: la familia, la comunidad y la naturaleza.*

**El objetivo del modelo de la política SAFCI es** *“Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones y en la gestión en salud y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígena originario campesina, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población”*<sup>4</sup>.

Asimismo, la SAFCI promueve, por una parte, **un modelo de gestión compartida en salud**, como un proceso organizado y toma de decisiones donde la comunidad y el sector de salud participan en los procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento y control social en los diferentes niveles: local, municipal, departamental y nacional.

---

4 Tríptico elaborado por PRODI-Ministerio de Salud

Por otra parte, **el componente de atención en salud**, articula personas, familias y comunidades rurales y urbanas con el equipo o personal de salud a partir de la asistencia sanitaria de la red SAFCI en una relación horizontal, respetando y valorando sus sentires, saberes, conocimientos y prácticas de médicos tradicionales<sup>5</sup>.

En el siguiente gráfico se puede observar el modelo de gestión compartida a partir de la estructura estatal de salud con sus diferentes niveles, la forma de articularse en los espacios de deliberación y la estructura social de salud.

**Figura 1:** Modelo de gestión compartida en salud



Fuente: Presentación SAFCI-Bolivia, Ministerio de Salud

Como se puede apreciar, por la naturaleza de la experiencia que sistematizamos en el presente documento, consideraremos el nivel municipal y el nivel local, donde se destaca la articulación en la Mesa Municipal

5 Ídem

de Salud, las reuniones locales con una estructura social que involucra **al Consejo Social Municipal de Salud (CSMS)** y al *nivel local*, **el Comité Local de Salud (CLS)**, con las **Autoridades Locales de Salud (ALS)**, de los cuales, se hablará en las siguientes páginas.

Para la implementación de la política SAFCI, el Gobierno central ejecuta el Programa **“MI SALUD”**, con el objetivo de fortalecer el sistema de salud a partir de su promoción y atención integral e intercultural de la enfermedad, con participación comunitaria y control social.

En el Programa trabajan médicos bolivianos formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina - ELAM (Cuba y Venezuela), junto a técnicos en enfermería y estadística, quienes realizan servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación en el primer nivel de atención con el mandato de hacer un recorrido casa por casa. El Programa se desarrolla en diferentes lugares del país y es precisamente el municipio de Pocoata, uno de ellos, con un grupo de profesionales egresados de la ELAM.

## Marco conceptual<sup>6</sup>

### 2.1 Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)

*El Enfoque Basado en los Derechos Humanos* es un principio fundamental que orientan los programas de los países que son parte de las Naciones Unidas, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud. Se pretende que las políticas de salud y programación se guíen por normas y principios de derechos humanos y aspiran a desarrollar las capacidades de los **titulares de obligación** para que cumplan sus deberes y se empodere a los **titulares de derechos**, con el fin de que exijan y ejerzan su derecho a la salud. En Bolivia, además, se incluye a los **titulares de responsabilidad**.<sup>7</sup>

Para que todos puedan disfrutar del derecho a la salud se requiere, por un lado, **una atención sanitaria, oportuna y apropiada**; agua limpia y potable, saneamiento, alimentación; vivienda, información relacionada con la salud y educación; y la igualdad de género (parte de la acción intersectorial para hacer efectivo el derecho a la salud).

Por otra parte, los siguientes elementos son esenciales para lograr disfrutar de la salud, plenamente:

**Disponibilidad:** Contar con establecimientos, bienes y servicios de salud, además de programas de salud pública con condiciones adecuadas y en la cantidad necesaria.

6 Los conceptos desarrollados, se basan en los estándares internacionales que se reflejan en los documentos del proyecto e información ofrecida por PRODI para la presente consultoría y otros documentos oficiales del Ministerio de Salud del Gobierno Plurinacional de Bolivia.

7 El año 2003, en la Naciones Unidas, se estableció una interpretación común del EBDH, la cual se refleja en esta parte del documento.

**Accesibilidad:** Estos establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles para todos, sin discriminación. Se debe garantizar: la **accesibilidad física** (que estén al alcance de la población, sobre todo de los grupos más vulnerables); la **accesibilidad económica-asequibilidad** (Pagos por servicios con equidad, al alcance de todos y en especial de grupos sociales desfavorecidos; y la **accesibilidad a la información** (derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre temas de salud, incluye el derecho a la confidencialidad).

Adicionalmente a estos estándares, se considera que se debe incluir la **continuidad del servicio**, para garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios, que no deberían suspenderse por problemas en el presupuesto, temas administrativos, de infraestructura u otros.

**Aceptabilidad:** Respeto a la ética médica y sensibilidad a los factores culturales (culturamente apropiados), respetuosos de la cultura de las personas, al igual que al género y la edad.

**Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios deben ser apropiados, desde el punto de vista científico y médico, con buena calidad, personal médico capacitado, medicamentos y equipamiento científicamente aprobado y en buen estado.

## 2.2 Grupos de titulares

Los actores involucrados, según los estándares internacionales, tienen la siguiente nominación de titularidad:

**Titulares de derecho:** Son los sujetos del derecho a la salud, con capacidades para ejercerlos. El titular de derecho es el sujeto activo del desarrollo, protagonista de los cambios y transformaciones de su comunidad.

**Titulares de obligación:** El Estado es el sujeto titular de obligaciones jurídicas y morales para garantizar el ejercicio de los derechos; ellos son: servidores públicos y todo el personal de salud.

**Titulares de responsabilidad:** Son los grupos organizados, autoridades, medios de comunicación, donantes e instituciones internacionales, que

tienen responsabilidades relacionadas al cumplimiento de los derechos humanos y a la salud, en particular.

Para el Proyecto, los actores titulares son:

**Cuadro 2:** Descripción de los titulares en proyectos PRODII-ANESVAD

<b>Titulares para el proyecto PRODII-ANESVAD</b>		
<b>Titulares de Derecho</b>	<b>Titulares de Responsabilidad</b>	<b>Titulares de Obligación</b>
Son las personas que tienen derecho a la salud con capacidad para ejercerlos.	Grupos organizados, autoridades, medios de comunicación, donantes e instituciones internacionales que tienen responsabilidades para el cumplimiento de los derechos a la salud.	El Estado, con obligaciones jurídicas y morales para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Son servidores públicos: personal de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres en edad fértil</li> <li>• Niños (as) menores de 5 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades Locales de Salud (ALS)</li> <li>• Comités Locales de Salud (CLS)</li> <li>• Consejo Social Municipal de Salud (CSMS)</li> <li>• Alcaldes Comunes</li> <li>• Jilanqos</li> <li>• Autoridades sindicales</li> <li>• Instituciones como ONGs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud (Médicos, enfermeros/as, personal logístico y administrativo)</li> <li>• Responsables de la Red Municipal SAFCI</li> <li>• Responsables de Programas</li> <li>• Servicio Departamental de Salud</li> <li>• Ministerio de Salud</li> <li>• Gobierno Autónomo Municipal: Alcalde, Sub Alcaldes, Consejo Municipal</li> <li>• Gobierno Autónomo Departamental</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, con información del Proyecto

## 2.3 Boticas Comunes

El marco legal de la Botica Comunal se respalda en las siguientes disposiciones legales:

- Ley 1737 del Medicamento, que señala lograr el abastecimiento regular y permanente de medicamentos esenciales en el Sistema Nacional de Salud para poblaciones económicamente deprimidas y grupos de riesgo (Capítulo I),
- DS 26873, del Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS) y su reglamento RM 0735 2002,

### ¿QUÉ ES UNA BOTICA COMUNAL?

*“La Botica Comunal se constituye en una pequeña farmacia que cuenta únicamente con medicamentos esenciales y básicos, insumos médicos seleccionados y productos naturales de la medicina tradicional, la cual es administrada por personas designadas por la propia comunidad y correctamente capacitadas. Permite que la población pueda acceder oportunamente y de forma racional a medicamentos para atender las enfermedades más comunes” (Pag.3-4)<sup>8</sup>.*

La botica comunal es una farmacia pequeña que llega a las comunidades más alejadas, existiendo una normativa al respecto. En dicha normativa se establecen los siguientes objetivos (Art. 43)<sup>9</sup>:

- Suministrar los medicamentos, incluyendo productos naturales y tradicionales establecidos en el listado básico de Boticas Comunes.
- Promover el uso racional de los medicamentos y productos naturales y tradicionales a nivel comunitario.

---

8 Reglamento para Boticas Comunes Ministerio de Salud - Estado Plurinacional de Bolivia-UNIMED 2004

9 Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros-Ministerio de Salud y Deportes-Estado Plurinacional de Bolivia UNIMED 2002



- Promover la participación de la comunidad en el proceso de gestión del suministro de medicamentos del listado básico definido.
- Disminuir la automedicación a través de los procesos de capacitación sobre el uso correcto de los medicamentos.

Sobre la Supervisión de las boticas, la norma señala (Art. 42)<sup>10</sup>:

*“Las boticas comunales, como servicio de salud de atención básica, administradas por la comunidad, a través de su representante y operados por un promotor de salud, se establecerán conforme a normas en comunidades postergadas, alejadas de establecimientos de salud, debiendo ser supervisadas por la Farmacia Institucional Municipal (FIM) a la que pertenezcan.”*

---

10 IDEM anterior



# La experiencia de las Boticas Comunes

## 3.1 Contexto geográfico, económico y social

Figura 2: Mapa de ubicación del Proyecto



El municipio de Pocoata, es parte de la Provincia Chayanta y se encuentra en el norte de Potosí, Bolivia.

Limita al norte con los municipios de San Pedro de Buena Vista y Chayanta; al oeste con los municipios de Chuquiuta y Challapata (Oruro); y al sureste con el municipio de Colquechaca. Tiene una superficie aproximada de 1,256 Km<sup>2</sup>.<sup>11</sup>

11 Con datos PTDI GAM Pocoata 2016-2020

Su economía se basa principalmente en la producción agrícola, siendo sus principales cultivos en orden de importancia: papa, cebada forrajera, cebada en grano, maíz, cebolla, haba, trigo, avena, oca; y en menor proporción, zanahoria.

También cuenta con algunas especies frutales (en el valle) como duraznos, tunas y manzanas, como generadoras de recursos económicos.

## **Población**

Como referencia, el departamento de Potosí tiene el mayor índice de pobreza de Bolivia, ya que más de la mitad de su población (59,7%), es decir, seis de cada diez potosinos, son pobres.<sup>12</sup>

La situación es aún más dramática en el norte de Potosí. Los datos oficiales del Censo 2012 señalan que la población de Pocoata asciende a **26,330 habitantes** (13,376 hombres y 12,954 mujeres) y **nueve de cada 10 habitantes en ese municipio son pobres** (90,8%), esta situación es un factor determinante para que los pobladores asuman como una estrategia de vida, la **migración temporal o definitiva** en busca de trabajo para generar recursos económicos. La migración generalmente se da en relación al ciclo agrícola que tienen los pobladores del área rural.

## **Salud**

**La situación de salud** del área rural en general, y de Pocoata en particular es altamente sensible, siendo los grupos más vulnerables, **las y los niños menores de cinco años y las mujeres en edad fértil (MEF)**.

El *“Estudio Nacional de Mortalidad Materna”*<sup>13</sup> señala que Potosí tiene una de las más altas tasas de mortalidad materna (**255 muertes** por cada cien mil nacidos vivos), superado únicamente por La Paz (289). La tasa de fecundidad en Potosí es la más alta del país: **4,8 hijos por cada mujer**. Las principales causas de muerte materna son por complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, siendo la hemorragia e hipertensión los principales motivos.

---

12 INE-Datos Censo 2012

13 El estudio fue publicado por el Ministerio de Salud el año 2016 aunque los datos son de 2011

Otro aspecto a resaltar es que Potosí, además del índice de pobreza, tiene una alta población que se autodefine como indígena: **ocho de cada diez potosinos (83,9%) son indígenas**. Así, las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y post-parto. Más de la mitad de las muertes maternas ocurre en esta población (68%) de ellas, la mayoría son mujeres quechuas (36% y 28% aymaras)<sup>14</sup>.

Casi la mitad de estas muertes de las mujeres (50%), ocurren en los domicilios, debido a la falta de atención oportuna en los partos, y otras muertes durante el traslado (24%) es una de las más altas del país. Puede deberse a la tardía decisión de trasladarse a un centro de salud o en el caso del Norte Potosí, y particularmente Pocoata, a la distante y complicada geografía, sumado a la ausencia de vías camineras de las Comunidades hacia los establecimientos de salud.

Respecto a los niños y niñas, los datos señalan que la mortalidad infantil en Potosí, son de **101 niños** (por cada mil nacidos vivos) siendo la tasa más alta del país. Lo mismo ocurre con la mortalidad neonatal (**47** por cada mil nacidos vivos), la tasa más alta, del país, seguida de La Paz (**35** por cada mil nacidos vivos)<sup>15</sup>.

Específicamente en Pocoata, la mortalidad infantil es de **137 niños** por cada mil que nacen vivos, mientras que la mortalidad materna alcanza a dos defunciones<sup>16</sup>.

Las principales causas de la mortalidad infantil son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), que son acentuadas por la desnutrición moderada o grave, afectando en mayor proporción a niños menores de 5 años y también a sus progenitoras. Con las políticas públicas actuales, **Potosí es el departamento donde no fue posible reducir el índice de desnutrición**, a pesar de la puesta en vigencia del *Programa Multisectorial Desnutrición Cero*.

---

14 Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 (Ministerio de Salud)

15 Datos demográficos, Ministerio de Salud (portal web) con datos ENDSA 2008

16 Dato recuperado en documento consultoría en Sistematización en proyectos de salud EBDH-ANESVAD con información de la RED de Salud de Ocurí-Norte de Potosí

Los datos, desalentadores para Potosí señalan que la desnutrición crónica aumentó **de 33,2 % en 1994, a 38,8% en 2003**. Para el año 2008 el departamento tenía alrededor de **41,110** niños menores de cinco años en condiciones de desnutrición crónica. Como referencia, en Latinoamérica, el promedio de niños menores de tres años con desnutrición es de sólo 16%<sup>17</sup>.

### **¿Y dónde acuden los pobladores de Pocoata para mejorar su salud?**

**De acuerdo al censo 2012**, la mayoría de **la población de Pocoata, 15.894 habitantes**, se atienden en establecimientos de salud públicos: centros y postas de salud y el hospital existente. Sólo **2.326 habitantes** se atienden en la Caja Nacional de Salud y un número mucho menor, **543 habitantes**, buscan atención médica en algún seguro de salud privado.

Un dato que llama la atención es que paralelamente existe un gran número de habitantes que acuden **al médico tradicional** (10, 663 Hab.); o usan **soluciones caseras** (13.447 Hab.) y acuden **a farmacias o se auto medican** (4.450 Hab.)<sup>18</sup>.

### **3.2 La intervención del proyecto**

Ante la realidad descrita anteriormente, PRODII, en la fase de consolidación tuvo el objetivo general de **“contribuir a la mejora del ejercicio del derecho a la salud de mujeres en edad fértil y niños (as) menores de cinco años, en el municipio de Pocoata”**.

*Con miras a consolidar la **disponibilidad y la accesibilidad** de la atención primaria en salud de los grupos mencionados, en 35 comunidades, una de sus acciones fue:*

*Consolidación del funcionamiento de las boticas comunales con apoyo de los agentes comunitarios de salud, con especial atención a las mujeres en edad fértil y niños/as menores de cinco años.*

---

17 Datos de Desarrollo Humano en el departamento de Potosí-UDAPE-PNUD 2010

18 FICHA MUNICIPIO POCOATA-INE 2012

En ese marco, el Resultado No. 2, especifica:

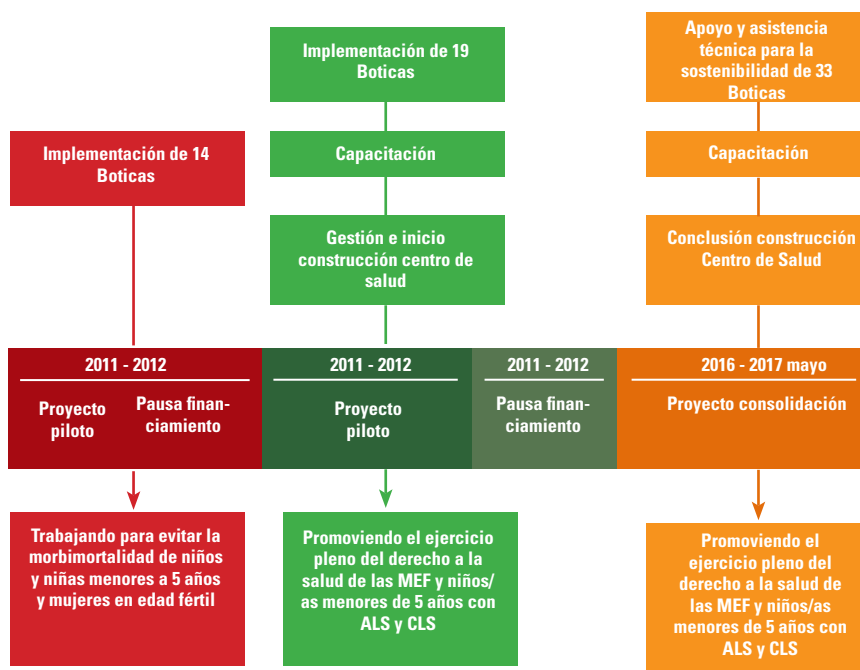
*“El 90% de las 33 boticas comunales (30 boticas) están funcionando y son administradas por agentes comunitarios de salud de forma sostenible, en el marco de la política SAFCI.”*

De manera paralela, el proyecto apoyó en la construcción de un Centro de Salud en la comunidad Cota, perteneciente al Puesto de Salud P’isaqa en dos fases.

### Línea de tiempo del Proyecto

En la siguiente figura, apreciamos el proceso que recorrieron los diferentes proyectos que ejecutó PRODII con el apoyo de ANESVAD, principalmente en la implementación y funcionamiento de las boticas comunales:

**Figura 3:** Línea de tiempo de proyectos en salud PRODII – ANESVAD



Fuente: Elaboración propia con información del personal del proyecto

Como se puede apreciar en la figura anterior, los proyectos de salud fueron ejecutados en tres fases. Se inició con un proyecto piloto, con una pausa financiera, para luego ejecutarse un proyecto de dos años (*bianual*), donde se implementaron la mayoría de las boticas comunales, y una fase final, de consolidación, aunque precedida por una nueva pausa financiera de una gestión anual.

Los criterios para seleccionar a los actores sociales con los cuales se interactuó respondieron a los estándares internacionales: *Titulares de derecho, responsabilidad y obligación* que será detallado más adelante.

El proyecto trabajó con 33 comunidades vinculados a dos centros y cuatro puestos de salud. En Pocoata existen 19 establecimientos sanitarios, ocho centros y 11 postas de salud.

Los criterios para seleccionar los lugares de trabajo (Comunidades y establecimientos de salud), tienen relación con la distancia, pues PRODI trabaja con las poblaciones más vulnerables, por lo que llegó a sitios donde las otras Instituciones no llegan por la lejanía y dificultad en el acceso.

### CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO DE PRODI

*“PRODI entró a trabajar a un sector crítico, zona roja se puede decir, donde se necesitaba intervención. Han llegado al extremo, donde el personal de salud no llegaba y también con infraestructura en un sector donde no soñaban conocer, son sectores muy humildes, donde está la extrema pobreza, dejaron un lindo recuerdo, ellos (los comunarios) tienen un hospitalito, y eso es lindo.” Lic. Gary Martínez Vallejos, responsable de Enfermería SAFCI Pocoata.”*

Los proyectos se desarrollaron en condiciones complejas por la distancia, con las comunidades más inaccesibles y donde otras Instituciones no pueden acceder fácilmente, por lo que el personal del Proyecto se moviliza en muchos de los casos, caminando con varios días de estadía en campo.

La distancia que separa a las comunidades de los centros y postas de salud, se resume en el siguiente cuadro:



**Cuadro 3:** Distancia y acceso a establecimientos de salud por comunidades

Centro o puesto de salud	No.	Comunidades	Distancia Comunidad al Establecimiento de salud	Forma de acceso
Puesto de Salud P'isaqa	1	Cota	0	Caminando
	2	Tururu	5 Km	-Caminando: 1 hora -Motocicleta 10 minutos (Min.)
	3	Orqatu	10 Km	Caminando: 2 horas
	4	Vilapampa	10 Km	-Caminando: 2 horas -Motocicleta: 20 Min
	5	Quirqui	20 Km	-Caminando: 4 horas -Motocicleta: 45 Min., sólo hasta Tururu
Puesto de Salud Lahuata	6	Payrumani	17 Km	-Caminando: 3 horas y media
	7	Achumani	7 Km	-Caminando: 1 hora y media
	8	Danzaña	15 Km	-Caminando: 3 horas
	9	Lahuata	4 Km	-Caminando: 45 minutos
	10	Jachatajo	10 Km	-Caminando: 2 horas
Puesto de Salud Yahuaco	11	Cochini	12 Km	-Caminando: 2 horas y media -Motocicleta: 40 Min.
	12	Tusufaya	15 Km	-Caminando: 3 horas -Motocicleta: 40 Min., hasta Cochini
	13	Machajmarca	12 Km	-Caminando: Media hora -Motocicleta: 30 Min., hasta parada
	14	Yahuaco	2,5 Km	-Caminando: 1 hora y media -Motocicleta: 5 Min.
P u e s t o de Salud Collpak`asa	15	Patacochi	12 Km	-Caminando: 2 horas y media
	16	Chillamani	5 Km	-Caminando: 1 hora
	17	Tarutani	2,5 Km	-Caminando: Media hora
	18	Banduriri	12 Km	-Caminando: 2 horas y media
	19	Pocorasi	15 Km	-Caminando: 3 horas
	20	Charata	17 Km	-Caminando: 3 horas y media

Centro o puesto de salud	No.	Comunidades	Distancia Comunidad al Establecimiento de salud	Forma de acceso
Centro de Salud Virgen del Carmen de Tomoyo	21	Arrozpata	15 Km	-Caminando: 3 horas -Motocicleta y Ambulancia: 45 Min.
	22	Pisata	10 Km	-Caminando: 2 horas -Motocicleta y Ambulancia: 20 Min.
	23	T'icapampa	7 Km	-Caminando: 1 hora y media - Motocicleta y Ambulancia: 45 Min.
	24	Huañacota	0 5 Km	-Caminando: 1 hora -Motocicleta y Ambulancia: 20 Min.
	25	Tutufaya	6 Km	-Caminando: 1 hora, 15 min. -Motocicleta y Ambulancia: 15 Min.
	26	Ñuñumayani	5 Km	-Caminando: 1 hora -Motocicleta y ambulancia: 15 Km.
	27	Kehuaylluni	4 Km	-Caminando: 45 minutos -Motocicleta: 15 minutos
	28	Senajo	12 Km	-Caminando: 2 horas y media -Motocicleta y ambulancia: 20 Min.
Centro de Salud Sarijchi <sup>19</sup>	29	Yusfaya	Sin datos	Sin datos
	20	Sapacari	Sin datos	Sin datos
	31	Paracaya	Sin datos	Sin datos
	32	Pedrani	Sin datos	Sin datos
	33	Corofaya	Sin datos	Sin datos

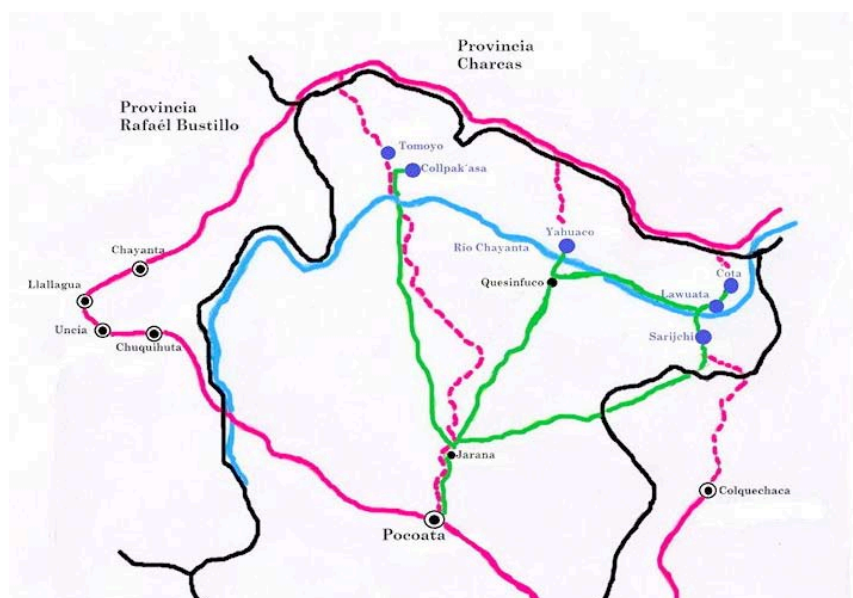
Fuente: Elaboración propia con información del personal del proyecto Línea base e informes.

19 Con información PTDI GAM Pocoata 2016-2020

Como se puede apreciar, las distancias oscilan entre **20 Km.** (*Quirqui – Puesto de Salud P’isaqa*) la más lejana y **0,4 Km.** la más cercana (*Kehua-ylluni – Centro de Salud - Tomoyo*). El *Centro de Salud Virgen del Carmen de Tomoyo* tiene las Comunidades más cercanas, mientras que los otros establecimientos de salud, son mucho más distantes de las comunidades. El acceso en su mayoría es caminando o en el menor de los casos en motocicleta, y en pocos lugares accede una ambulancia, esto debido a la difícil topografía que en general, es muy accidentada, con suelos pedregosos y abismos.

En el siguiente mapa se puede observar la ubicación de los centros de salud en relación a las comunidades, que en general, se asientan cerca del río Chayanta:

**Figura 4:** Ubicación de los establecimientos de salud del proyecto



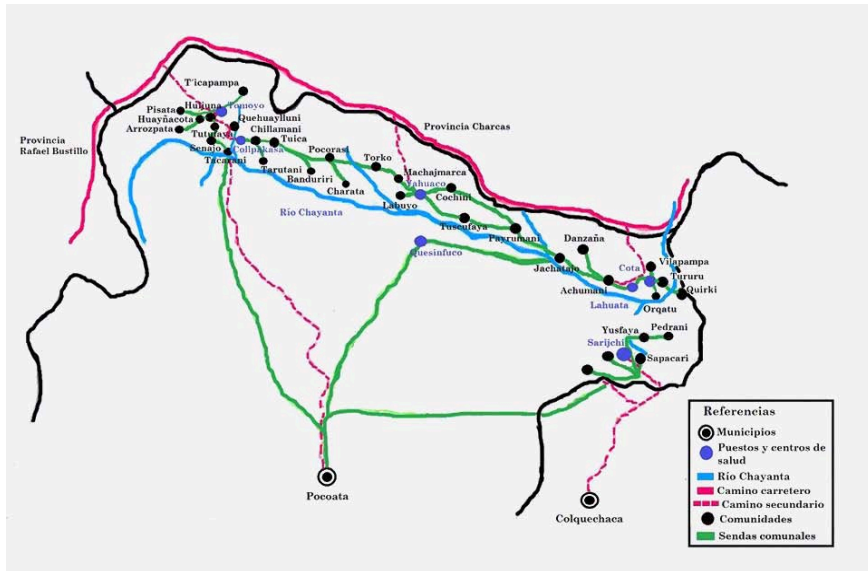
Fuente: Adecuación de dibujo del personal de salud y el Proyecto

Como se puede apreciar, los centros y postas de salud se encuentran al otro lado del río Chayanta. Los establecimientos de *Pisasa, Lahuata y Sarijchi* (lado derecho del mapa) tienen las comunidades más lejanas. Todos los establecimientos de salud del área del Proyecto, son altamente distantes de la población de Pocoata, donde está situado el único hospital “Santa Bárbara”, de segundo nivel (en proceso de acreditación). Las comunidades y establecimientos se encuentran lejos de la carretera troncal (*línea roja*). Los caminos secundarios son escasos (*línea roja punteada*) y la mayor parte del acceso se realiza a través de sendas comunales (*línea verde*).

Los lugareños nombran repetidamente la zona de la “**Chaupirana**” y es que representa una zona muy peculiar por su geografía, precisamente al otro lado del río, donde se asientan las comunidades y los establecimientos de salud donde trabajó PRODII.

En el siguiente mapa, se aprecia en mayor detalle a las comunidades y centros/postas de salud.

**Figura 5:** Detalle de la ubicación con la zona de “Chaupirana”



Fuente: Adecuación de dibujo del Personal de Salud y el Proyecto



Foto Panorámica de la Zona de Chaupirana: Puesto de Salud Yahuaco

**La Chaupirana** está al fondo de gargantas inter-montañas en encañonamiento de empinados cortes, faldas y farallones sobre las que “cuelgan” las comunidades. Se trata de una franja ecológica de transición entre los valles y la puna. La foto anterior nos da idea de la diferencia radical frente a otras, cordillera, puna y valles del resto del departamento debido a que existen cimas y picos con alto grado de verticalidad, llegando inclusive a casi 5.000 m.s.n.m de profundas laderas, cimas con amplio declive (hasta 75°). Existe una marcada ausencia de caminos para el tránsito de motorizados en esta zona, sólo se conectan por delgados senderos que se bifurcan al borde de precipicios, quebradas y abismos, donde hombres, mujeres y animales, cada día desafían su propio equilibrio.<sup>20</sup>

### Actores relevantes de la experiencia

Sin duda, las mujeres en edad fértil (MEF) y los niños y niñas menores de cinco años, son los actores más relevantes (Titulares de derecho). Los servidores públicos de los servicios de salud, son los *titulares de obligación* los titulares de responsabilidad son aquellos grupos que apoyan a que se cumplan los derechos a la salud.

<sup>20</sup> Con información PTDI GAM Pocoata 2016-2020

En el siguiente cuadro se puede identificar a los diferentes grupos de titulares en el marco del proyecto PRODII-ANESVAD, cada uno con sus **capacidades y dificultades más relevantes**.

**Cuadro 4:** Caracterización de los Titulares PRODII-ANESVAD

Grupo de Titulares	¿Quiénes son?	Capacidades	Dificultades
Titulares de Derechos	M.E.F y niños (as) menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienen conocimientos básicos sobre sus derechos y asumen roles en función a usos y costumbres</li> <li>• Eligen a sus representantes (ALS-CLS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajos niveles educativos, demoran en asimilar información (talleres)</li> <li>• Poca profundización de la normativa y procesos de gestión por el bajo nivel de escolaridad y débil vinculación con los Titulares de Responsabilidad</li> <li>• Temor a opinar, a participar efectivamente</li> </ul>
Titulares de Obligación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud: médicos, enfermeros/as, personal logístico, administrativo</li> <li>• Responsables de la red SAFCI, Responsables de Programas</li> <li>• Servicio Dptal de Salud</li> <li>• GAM Pocoata</li> <li>• GAD Potosí</li> <li>• Ministerio de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribución regular, acciones que no se concretan (CS Pisaqa)</li> <li>• Empoderamiento al EBDH</li> <li>• Falta cumplimiento del 10% de recursos POA para Salud (GAM Pocoata)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso poder de decisión para destinar recursos económicos</li> <li>• Politización de acciones</li> <li>• Incumplimiento de presupuestos asignados a salud</li> <li>• Poca preparación de algunos titulares</li> </ul>

Grupo de Titulares	¿Quiénes son?	Capacidades	Dificultades
Titulares de Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades locales de salud (ALS)</li> <li>• Comités Locales de Salud (CLS)</li> <li>• Consejo Social Municipal de Salud (CSMS)</li> <li>• Alcaldes Comunales</li> <li>• Jilanqos</li> <li>• Autoridades Sindicales</li> <li>• ONGs y otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fueron fortalecidos en sus capacidades para ejercer sus roles y funciones en el marco de la política SAFCI</li> <li>• Son reconocidos como autoridades locales</li> <li>• Apoyan sin reconocimiento económico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cuentan con recursos económicos para desarrollar sus labores, solo son apoyados por ONGs</li> <li>• Poca información sobre sus roles</li> <li>• Baja escolaridad para asumir adecuadamente sus funciones y roles</li> <li>• Tiempo limitado para asumir sus funciones</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con información del documento de proyecto e informes

Otro actor, sin duda relevante por el rol que cumple, es el o la **Agente Comunitario en Salud (ACS)**. *Son personas voluntarias elegidas por la comunidad para trabajar conjuntamente con la Autoridad Local de Salud (ALS), el Comité Local de Salud (CLS) y el personal del establecimiento sanitario, en bien de la salud de la familia y de la comunidad.*

### 3.2.1 Implementación de las Boticas Comunes (BC)

En la región, hubo experiencias preliminares de implementación de boticas de otras instituciones. Se conoce que la iglesia, implementó algunas boticas y también el *Programa de Apoyo al Sector de Higiene y Salud de Base (PROHISABA 2006)* que buscó fortalecer las redes de farmacias institucionales municipales y boticas comunitarias, con la finalidad de mejorar la cobertura del sistema de salud<sup>21</sup>. Sin embargo, los resultados no fueron alentadores, debido principalmente a los recursos financieros y su sostenibilidad:

*“Se fue capacitando recursos humanos de las comunidades, pero la moneda no es fluctuante en el área rural, los comunarios pagaban con productos, no en efectivo, lo que hizo que*

21 PROHISABA fue un Programa financiado por la Unión Europea y el Gobierno de Bolivia entre 2002 a 2008, alineado a la política estatal (Plan Nacional de Desarrollo y al Plan de Desarrollo Sectorial en Salud 2006-2010). Su área de acción fue Potosí y Tarija.

*las boticas entren a fondo perdido. La experiencia ha sido bastante negativa. Ahora entra nuevamente PRODII con la misma idea en la red municipal. A la fecha no se hizo una evaluación, opinaría mal si se maneja bien o mal, desconozco esa actividad, sin embargo, hemos coordinado con PRODII, hubo organización y coordinación.” Dr. Roberto Villarpando, Responsable Red Municipal de Salud Pocoata).*

El abordaje de las acciones de los proyectos, de principio, fue planificado y coordinado con el personal de salud de la red SAFCI Pocoata.

*“El proyecto trata siempre de hacer las cosas de manera coordinada, el ente rector son los municipios y la red de salud que nos compete. Desde que empieza el proyecto se socializa, esto se trabaja, y existe coordinación de manera mensual de las actividades.” Lic. Maribel Roque, responsable del Proyecto.*

Durante la vida de los proyectos, las autoridades y personal de la Red de Salud Pocoata fueron cambiando. Al parecer, existe poca estabilidad en los cargos, lo que repercute en diversas acciones que se emprenden. La implementación de las boticas comunales en el área de acción de PRODII siguió la normativa vigente.

Desde el proyecto piloto se fueron implementando las boticas comunales, se continuó en el proyecto bi-anual, buscando que en el último, se consolidaran. Sobre el lugar dónde debían instalarse, el Proyecto asumió el criterio de que sea la propia comunidad quien lo decida, con la finalidad de que sea ella misma asuma el control sobre el destino de la botica comunal, una vez concluido el proyecto.

Las comunidades del área de acción del proyecto se informaron de la existencia de la botica comunal a través de reuniones con el personal del Proyecto y también se utilizó la radio como un mecanismo de información.

*“Mucha gente se enteró de las boticas comunales por los medios de comunicación. Cuando entramos a alguna comunidad, ellos saben, dicen “llévale a la botica, hemos escuchado en radio.” Ha tenido efecto positivo, el problema encontrado son*



*los costos que implica la difusión por radio.” Lic. Maribel Roque, responsable del Proyecto.*

Los y las responsables de las boticas comunales son elegidos por usos y costumbres por las comunidades en sus reuniones. Recae en general en la o el **Agente Comunitario en Salud (ACS)**.

En el siguiente cuadro, identificamos a las comunidades donde se implementaron las boticas comunales, vinculado a los respectivos establecimientos de salud:

**Cuadro 5:** Boticas implementadas por año y situación actual

Centro o puesto de salud	No.	Comunidades con boticas	Año de implementación	Situación
P.S P'isaqa	1	Cota	2014	Funcionando con apoyo técnico
	2	Tururu	2014	Funcionando con apoyo técnico
	3	Orqatu	2011	Requiere apoyo técnico
	4	Vilapampa	2014	Funcionando con apoyo técnico
	5	Quirqui	2014	Requiere apoyo técnico
P.S. Lahuata	6	Payrumani	2011	Entregado
	7	Achumani	2011	Funcionando con apoyo técnico
	8	Danzaña	2011	Requiere apoyo técnico
	9	Lahuata	2011	Funcionando con apoyo técnico
		Jachatajo	2011	Aún se encuentra en el PS
Puesto de Salud Yahuaco	10	Cochini	2011	Funcionando
	11	Tusufaya	2015	Requiere apoyo técnico
	12	Machajmarca	2011	Funcionando con apoyo técnico
	13	Yahuaco	2014	Funcionando con apoyo técnico

Centro o puesto de salud	No.	Comunidades con boticas	Año de Implementación	Situación
Puesto de Salud Collpakasa	14	Patacochi	2014	Requiere bastante apoyo técnico
	15	Chillamani	2014	Funcionando con apoyo técnico
	16	Tarutani	2014	Funcionando con apoyo técnico
	17	Banduriri	2014	Requiere apoyo técnico
	18	Pocorasi	2011	Funcionando con apoyo técnico
	19	Charata	2011	Requiere apoyo técnico
Centro de Salud Virgen del Carmen de Tomoyo	20	Arrozpata	2011	Funcionando con apoyo técnico
	21	Písata	2014	Funcionando con apoyo técnico
	22	Tícapampa	2011	Funcionando con apoyo técnico
	23	Huañacota	2014	Funcionando con apoyo técnico
	24	Tutufaya	2014	Funcionando con apoyo técnico
	25	Ñuñumayani	2011	Funcionando con apoyo técnico
	26	Kehuaylluni	2014	Funcionando con apoyo técnico
	27	Senajo	2011	Funcionando con apoyo técnico
	28	Yacari	2011	Requiere apoyo técnico
Centro de Salud Sarijchi <sup>22</sup>	29	Yusfaya	2014	Funcionando con apoyo técnico
	30	Sapacari	2014	Entregado
	31	Paracaya	2014	Funcionando con apoyo técnico
	32	Pedrani	2015	Entregado
	33	Corofaya	2014	Entregado

Fuente: Información proporcionada por la responsable del Proyecto.

En el cuadro, observamos que la mayoría de las boticas están en funcionamiento con apoyo técnico del Proyecto. En algunos casos, requieren mayor apoyo y en el caso del *Centro de Salud de Sarijchi*, la mayoría fue entregada, y dos funcionan con apoyo.

22 Sarijchi no fue tomado en cuenta en la última gestión, por dificultades internas, aunque se incluye en el siguiente documento de sistematización

A cada comunidad se hizo entrega de una vitrina, con los insumos y medicamentos respectivos; entre ellos:

**Cuadro 6:** Contenido del botiquín PRODII-ANESVAD

No.	Medicamentos	Cantidad	Presentación
1	Alcohol etílico 120 ml	1	Frasco
2	Yodo 2% 120 ml.	1	Frasco
3	Agua oxigenada 120 ml.	1	Frasco
4	Violeta de genciana 1% 10 ml	1	Frasco
5	Benzoato de Bencilo 20% 100 ml	1	Frasco
6	Bacitracina + sulfato de Neomicina	1	Crema
7	Sales de Rehidratación Oral	2	Sobres
8	Paracetamol infantil masticabe 125 mg	30	Comprimidos
9	Paracetamol 500 mg	30	Comprimidos
10	Antigripal (Dologrip)	30	Comprimidos
11	Diclofenaco Sódico 50 mg	30	Comprimidos
12	Metronidazol 500 mg	10	Comprimidos
13	Cotrimoxazol 100/20 mg.	30	Comprimidos
14	Cotrimoxazol 400/80 mg.	30	Comprimidos
15	Butil Bromuro de Hiosina 10 mg	15	Comprimidos
16	Clorfeniramina 4 mg.	15	Comprimidos
17	Jabón antibacterial	1	Pieza
18	Compresas de gasas 5 x 5 cm	10	Piezas
19	Compresas de gasas 7,5 x 7,5 cm	10	Piezas
20	Venda de gasa 10 cm. x 4,5 mt	2	Piezas
21	Algodón Hidrófilo 100 gr.	1	Pieza
22	Guantes descartables	30	Piezas
23	Ecopore	1	Pieza

Fuente: Elaboración con información del Proyecto



Botica comunal Tusufaya-PS Yahuaco



BC Ñuñumayani-CS Tomoyo



BC Patacochi- PS Collpak'asa

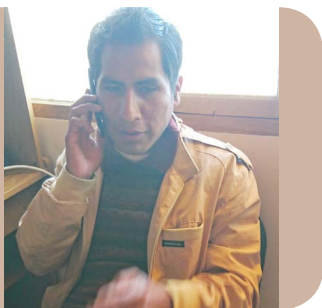
### 3.2.2 Funcionamiento de las Boticas Comunales

Para el funcionamiento de las BC, se capacitó a los responsables de su funcionamiento en temas básicos como: primeros auxilios, quemaduras, manejo de los medicamentos, dosificaciones, así también en registro de atenciones y manejo administrativo de su botica. La Responsable del Proyecto afirma que el tiempo para este proceso fue escaso. Por un lado, debido a las acciones paralelas que se ejecutaron en el proyecto y también porque los ACS tienen una atención corta, muy dispersa y atienden cosas puntuales.



**Lic. Maribel Roque,**  
responsable proyecto,  
capacitando en campo

*“Ellos reportan sus atenciones diarias que corresponden a la atención que hacen cada día, es mensual. Si en el mes atendieron tres pacientes, está reportado en su libro de atenciones, comprende tres partes: Una del registro de atención en salud, el registro mensual administrativo financiero, los ingresos y egresos de los medicamentos. Hacen una copia, su hoja de atención diaria tiene que ser reportada al centro de salud. Si el ACS no ha tenido movimiento, no reporta, es un proceso que todavía se está implementando...”*



**Lic. Gualberto Álvarez,**  
facilitador área social

*“Este trabajo es nuevo para mí, es triste entrar a un lugar que pensabas que no había, los medios te informan que ya no existe. Estando en campo, la vivencia es otra, he empezado a leer, cambiar, eso no lo haces en un año o dos, es un proceso. Cambiar a un ACS, indicarle que es un proceso, es difícil, ellos trabajan de lunes a domingo, te captan (en la atención) 1 hora o 20 minutos, tienes ese tiempo para enseñarles. Cuando hicimos los talleres, mi vivencia fue otra, pensé que sabía hablar quechua, pero era lo contrario, mi quechua no era nada, no se puede hablar fluidamente. Se les ha capacitado, pero si lo dejan un año, es como no haber capacitado nada, hay que volver a capacitar. Cuando no ha sido continuo, se han olvidado, conocían, pero les falta, no se ha tenido secuencia en las capacitaciones y se ha vuelto a empezar de nuevo y así, hasta ahora, sigue.”*

A pesar del esfuerzo realizado para desarrollar capacidades en los *Agentes Comunitarios en Salud (ACS)*, para que durante el funcionamiento de los boticas hagan el reporte de sus acciones, **la información que se genera por las atenciones en las boticas comunales, se entregan únicamente al Centro o Posta de Salud** debido a que la implementación de las mismas fue iniciativa de PRODII con los proyectos de salud, basados en la norma, en su área de acción: seis de 19 establecimientos de salud. La red SAFCI Pocoata, no institucionalizó la normativa y por ahora, la información se queda sin ser procesada e incluido en los datos municipales.

El responsable y médico de la red Municipal SAFCI, Roberto Villarpando, aseguró que cumplir la norma se hace complejo por la falta de recursos financieros, sin embargo, señaló que las boticas son necesarias.



**Dr. Roberto Villarpando,**  
*responsable de la Red Municipal de Salud Pocoata.*

*“Si bien tenemos conocimiento de que existe la normativa para implementar (las boticas) no tenemos un fondo, la ley nos dice que debemos hacer eso, pero no nos dice con qué dinero, queda un vacío, motivo por el cual no lo habíamos hecho.”*

*“En la mesa de Salud, nunca hemos tocado este tema, para poder saber si necesitamos o no necesitamos (las boticas), sin embargo, valdría la experiencia para poder implementarlo o tocar el tema para ver. Desde nuestro punto de vista, es necesario porque la gente recorre horas y horas para un diclofenaco de 50 miligramos. Caminan 3 a 4 horas, si implementamos boticas comunales, ya no tendrían que hacerlo.”*

Por su parte, el Presidente del Consejo Social Municipal de Salud (CSMS) como parte de la estructura social de salud (control social), señaló que las boticas son esenciales por las condiciones de la zona, pero que el tema no es analizado formalmente todavía en el municipio



**Sabino Inca Tumiri,**  
*Presidente del Consejo Social Municipal de Salud.*

*“Cuando nos reunimos todo el Municipio, no hablamos mucho de las boticas. Con PRODII sí, nos hemos reunido en Tomoyo, hemos hablado cómo está funcionando. Los médicos explicaron cómo controlar los medicamentos, que no tiene que vencer (fechas). Como Consejo Social yo puedo informar, compartir mi experiencia para apoyar, para que ellos sigan. Las boticas no tienen que desaparecer, en las comunidades alejadas es necesario. Los medicamentos sería bueno comprar de la red, puede ayudar, por el momento no está apoyando.”*

Por su parte, el Alcalde del Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Pocoata, señaló que hubo experiencias positivas y otras no tanto. Sin embargo, valoró el aporte de PRODII a la salud. También hizo referencia la dificultad que se tiene respecto a la provisión de los medicamentos, que está relacionado a la sostenibilidad de las boticas, aspecto que se tocará más adelante.



**Evert Cocha Tintaya,**  
*Honorable Alcalde del Gobierno  
Municipal de Pocoata*

*“En mi calidad de autoridad del Municipio y además de que soy también personal de salud (Enfermero) veo que las boticas han resultado en algunos lugares, en otros lugares no se ha visto muy fructífero. Hay muchos lugares donde han resultado, por ejemplo, en el puesto de salud Yahuaco, la comunidad Cochini, el señor Bautista (conoce) cómo se debe manipular la dosis, todo él conoce perfectamente. También recuerdo otra comunidad (Machajmarca) yo fui hace tres días y estaba manejando el Sr. Fermín Villca. Como Municipio estamos apoyando en coordinación con la ONG velando nuestra salud.”*

*“Lo que he visto más fuerte es el apoyo de PRO-DII, he visto la ayuda, el equipamiento, lo que son botiquines en cada Puesto, dotación de vitriñas. La debilidad veo respecto al manejo de medicamentos, quizá no hubo buena coordinación por el medicamento que manejamos dentro el Hospital, hemos tenido percances” .*

El Responsable de SAFCI Pocoata, graduado en Cuba<sup>23</sup>, vinculado directamente al Programa “Mi Salud” y quien recientemente asumió el cargo, consideró que las boticas son un aporte positivo, por las características de la zona.



**Dr. David Jonás Roque,**  
*responsable médico SAFCI Pocoata.*

*“Soy médico graduado en Cuba, es la misma política de allí, como aquí. En la zona rural que atendemos es necesario por la distancia en que se puede encontrar una farmacia. Con las boticas, puedes ayudarles en algo en su dolor o apaciguarle la enfermedad, la patología que tiene. Desde mi punto de vista, es una buena iniciativa, un paciente de diez años, que no le cubre el seguro, o una señora mayor, o un adolescente con dolor de muelas, o de cabeza, la botica le ayuda, la persona tiene acceso”*

23 El equipo de médicos que conforman la red SAFCI Pocoata, en general, son especialistas formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de Cuba.

A continuación, conoceremos las percepciones del funcionamiento de las BC, desde el punto de vista de los diferentes titulares de derechos, responsabilidad y de obligación, en las propias comunidades donde se implementaron.

Podría decirse que las experiencias más exitosas se desarrollaron en las boticas de *Yahuaco*, *Collpak'asa* y *Tomoyo*, en menor proporción *P'isaqa* y *Lahuata*. La experiencia que fue menos positiva, por su situación actual, es *Sarijchi*.

### 3.2.3 Percepciones por Puestos y Centros de Salud

#### PUESTO DE SALUD YAHUACO

En la Comunidad de Tuskufaya, Casilda conversa, mientras peina a su pequeña hija, al frente de lo que parece ser su cocina (de piedra, al fondo).



*“La botica atiende las enfermedades, a veces nos lastimamos y sirve para eso, para los dolores de barriga, para los dolores de muela. A veces nos enfermamos, nos duele algo y acudimos a la botica, porque ir hasta el Puesto de Salud a veces no alcanzamos, para mi debe ser como 3 horas caminar, yo creo que ya no puedo subir, porque estoy muy débil, he dicho que me iba a hacer poner suero, pero hasta ahora no puedo ir.”*

**Casilda Calizaya,**  
28 años, Comunidad Tuskufaya  
MEF-Titular de derecho.





**Amalia Calle Villa,**  
30 años, Comunidad Tuskufaya  
MEF-Titular de derecho.

*“Una vez, yendo a la cabra, me he caído a un barranco y me rompí la cabeza. Así nos caemos entre las rocas y barrancos, nos rompemos la cabeza, pies y no sabemos dónde ir. A veces, cuando vamos a Yahuaco, encontramos al Personal y a veces, no los encontramos y debemos volver así nomás. En otras ocasiones, nos quemamos con fuego o agua caliente y a dónde iríamos? Ahora que aquí tenemos medicamentos, avisamos lo que nos hicimos y yendo a la botica, nos curan si tenemos heridas. Esta botica comunal funciona, si no hubiera, nos rompemos algo, no podremos ir en esas condiciones al hospital, porque toda herida duele, peor si son quemaduras a mí me pasó una vez, y he ido desde las 4 de la mañana y llegué como a las 12 a Yahuaco, después de consultar me vine y no pude llegar a mi casa porque me dolía mucho, por eso yo estoy muy contenta de que tengamos la botica comunal”*

Precisamente, entre los problemas que más afectan a los comunarios, son las caídas o accidentes, ocasionándoles lesiones y heridas. Otros problemas frecuentes son los dolores de muelas, de cabeza y diarreas. Los ACS hacen referencia al trabajo que hacen:



**Eloy Calle Villca,**  
41 años, ACS-ALS – Comunidad  
Tuskufaya.

*“Los medicamentos (los) manejo cuidando del sol, como el enfermero me ha dicho y los mantengo en la sombra... Mis medicamentos sirven para el dolor de cabeza como el paracetamol, dolor de muelas, también tengo para curar heridas porque cualquier momento se presentan esos casos... Cuando se vencen los medicamento, yo debo ir a la posta y debo informar al doctor para que él decida si lo bota o me lo cambia.”*

Eloy que es ACS y también Autoridad Local de Salud (ALS) señala que para informar sobre algún evento, cuando no está el personal de salud, sale a Pocoata a pie, debido a que el vehículo de turno solo sale los días lunes y jueves. Por la complicada situación de la ubicación geográfica, debe ir primero hasta la población de Llalagua<sup>24</sup> y de ahí, hacia Pocoata. Si hay alguna emergencia, salen lunes y pueden llegar recién el martes, caminando o contratando servicio de transporte. La caminata hasta Pocoata toma 9 horas (Si se sale a las 8 de la mañana, se llega a las 6 de la tarde).

En otra comunidad, el ACS señala que la gente no acude al lugar de la botica, sino es él quien visita a sus vecinos en sus domicilios. El cargo, no es precisamente algo que alguien desee.



*“Me han dado la llave en una reunión y me dieron el cargo, porque no había más quien entre. Yo ofrezco las tabletas, cuando me dicen que les duele algo. Atiendo preguntándoles cómo están y cuando me avisan voy a visitarles, no vienen aquí (botica). Guardo los frascos, lejos del sol, en la sombra, se hizo el resguardo de los medicamentos.”*

**Macario Castro Hualpa,**  
54 años, ACS-ALS, Machajmarka  
y Torko.

Macario cuenta que la Comunidad acordó cubrir el costo de la botica comunal (alrededor de Bs120), cuando se terminen los medicamentos financiados por el PRODII, sin embargo aún no se cumplió el mismo, debido a que todavía quedan algunos medicamentos, ya que solo se atendió casos de dolores de cabeza y gripe.

---

<sup>24</sup> Llalagua, (Prov. Bustillos) es la ciudad más poblada (casi 41, 000 habitantes) y con mayor movimiento económico del norte de Potosí. Se encuentra a 77 Km de la población de Pocoata. Es una referencia de migración.

*“La botica comunal es buena, porque desde aquí es muy lejos, hacia la posta y para nosotros es muy favorable, a veces existen enfermos, emergencias, y al rato corremos a la botica. Debemos tener consumo, debemos comprar y con ello la botica comunal seguirá manteniéndose y mejorar.”*

**Jorge Chalo,**

*presidente Junta Escolar U.E Cochini.*

En la comunidad Cochini, resaltan la importancia de las boticas, aunque reclaman que el ACS no esté disponible siempre para la atención.



*“Fui hace tiempo a la botica comunal, fue por mi hija, me dieron (medicinas) para la temperatura (fiebre). Hace falta, necesitamos los medicamentos cuando los bebés se enferman, los mayores se enferman, a veces hay accidentes y es fácil obtener los medicamentos. Solo que a veces el AC no tiene tiempo, se va y no hay llave en vano vamos.”*

**Juana Gonzales Bautista,**

*33 años, MEF- Cochini.*

En la misma comunidad, Filomena refiere que la BC es importante, y asegura que necesitan los medicamentos, pues tiene niños pequeños y considera que, vendiendo huevos o algunos productos que ella elabora podrá seguir comprando medicamentos de la botica, “porque calman el dolor”.



*“...La enfermedad puede venir cualquier rato o puede haber accidentes, como la otra vez que cayó Fausta desde la montaña, corrieron donde don Félix (ACS), la habrá curado y seguro que le dio medicamentos y si hubiera ido hasta la posta, la sangre se hubiera acabado de la cabeza.”*

**Filomena Gonzales  
Bautista,**

*41 años, MEF - Comunidad Cochini.*

Los accidentes son recurrentes y la atención oportuna puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en lugares que son alejados, como el caso de las comunidades de esta experiencia:

*“Al ir con los animales, un día mi hija se cayó al vacío...tenía lastimada la cabeza, el cuerpo, la espalda, (estaba) muy mal. No estaba el enfermero de la posta de salud, tenía libre y yo he entrado a la casa de Félix (ACS) y él ha venido y más bien tenía medicamentos en la botica le dio eso, la lavó con eso, le curó con agua oxigenada, yodo, después ella se durmió, no se infectó. De un mes, le pedí a don Pascual (enfermero) que me lo ponga suero y no vino, hasta ahora tengo el suero que compré de Llalagua. Ahora está mejor.”*

**Calixto Lazcano,**

*padre de Fausta, mujer accidentada – Comunidad Cochini.*



**Félix Bautista Toco,**  
46 años, AC responsable de la  
botica comunal Cochini.

*“Doy medicamentos, píldoras y remedios. Si no tengo, tengo que hacerle pasar a la Posta. En caso de accidentes hago curaciones o si tiene heridas las lavo con mi agua (suero fisiológico), jabón y después curo con agua oxigenada y povidona, tapo la herida con gasa. En una sola curada hago sanar. Los medicamentos guardo bien cerrado, no dejo abierto para que no entren gusanos o bichos. Bien se mueven los medicamentos, algunos medicamentos ya no tengo.”*

La reposición de los medicamentos (otorgados por PRODII), cuando existe un movimiento (venta y uso), es una preocupación para algunos ACS, quienes consideran que pueden comprarlos de la misma posta o centro de salud, o de otro proveedor (esto último incrementaría de manera significativa los costos).

*Félix Bautista* es uno de los ACS que desarrolló capacidades y compromiso con su labor, pues trabaja desde 2011. Es notable el orden con que maneja los medicamentos, conoce su uso y el servicio que realiza a sus vecinos, además de reportar la información correspondiente:



**Félix Bautista Toco,**  
46 años, AC responsable BC – Cochini.

*“En el libro de atenciones anoto todo, las píldoras consumidas, la cantidad que doy a los pacientes y todo eso hago conocer a la Posta. He estado trabajando un buen tiempo, en ese entonces, los medicamentos no era así, era poco. Ahora ya casi está llenito mi botica.”*

Considera, de igual manera, que la medicina tradicional, que él también practica, es posible de combinarla para tener buenos resultados.



**Félix Bautista Toco,**  
46 años, AC responsable BC – Cochini.

*“Una señora estaba mal, no pudo llegar a la Posta, de acuerdo a lo que aprendí en los talleres he podido atenderla. Era una persona joven, se llama Albina Pacara, quien estaba sufriendo dos días para que nazca su hijo. Le dije que debía avisar al enfermero y su madre me dijo que no había quién vaya a la Posta, fui a su casa y tenía el cuerpo con frío, estaba llorando sentada con dolores. Entonces, hice los preparativos y así la wawa nació. Todavía no cumplió su año. Cuando vino el personal de salud, todo eso informé, luego de cuatro días vinieron, luego ellos bajaron y le dieron los mismos medicamentos que yo le di.”*

*“También salvé algunos partos con ayuda de plantas medicinales, por tanto, las dos medicinas son buenas para mí y podemos aprovecharlos en esta botica comunal.”*



**Profesor Chiri (Izq.), junto a los niños de su Unidad Educativa y Félix Bautista, Agente Comunitario de Salud (Der)**



**Ariel Chiri,**  
profesor de la U.E. Cochini.

*“Para nosotros la botica es sumamente importante porque a cada situación que ocurre con los niños, corremos a buscar a don Félix (ACS) quien es nuestro responsable de la botica. A veces los niños salen lesionados al jugar, al tajar su lápiz con estilete se hacen alguna cortadura, como estamos a distancia del Pueblo, del hospital y de la Posta de salud, cualquier cosa o cualquier enfermedad que contraemos no hay a donde ir, lo más urgente es don Félix. El servicio que hace es muy importante, deprendido, excelente, sin ninguna remuneración, sólo alguna pequeña cancelación por los medicamentos que consumimos.”*

En el área, también se desarrolló la experiencia de la elaboración de medicamentos a partir de hierbas con propiedades medicinales, aspecto que se tratará más adelante.

## **PUESTO DE SALUD COLLPAK'ASA**



**Basilia Moiza Blass,**  
28 años, MEF – Comunidad  
Chillamani.

*“Para mí, la botica comunales es lo mejor porque la posta y el hospital están lejos, hay que ir hasta Tomoyo para (que nos atiendan) cualquier enfermedad y heridas. No sabemos a dónde ir cuando hay accidente o enfermedad, cuando pasa eso, necesitamos medicamentos, los bebés se morirían antes por falta de medicamentos. Yo antes he trabajado en la botica, me llevaban a la cancha para curar heridos del campeonato, así fui conociendo en las reuniones les decía (a los comunarios) que valoren la botica, pero algunos no escuchaban. Los medicamentos (para la botica) fueron llegando y se ha implementado. Desde ahí hay pacientes y enfermos cuando hace frío. Van al Puesto de salud y a veces no le encuentran a la doctora, porque tiene libre o vacación, entonces vamos en vano y si los niños se enferman es peor hasta pueden morirse.”*

En la comunidad de Chillamani, las titulares de derecho, valoran el servicio que brinda la botica comunal, principalmente porque tienen hijos e hijas que requieren atención oportuna.



**Severina Yucra,**  
31 años, MEF – Comunidad  
Chillamani.

*“Hace tiempo teníamos que ir hasta el Centro a hacernos curar, pero ahora, cualquier cosita que se accidentan le llevo a la botica. La otra vez le hice caer a mi hijo y su cabecita tenía algunas heridas, entonces, en la botica le hice curar. Es muy necesario para nosotros, si se lo llevan (la botica) tendríamos que ir hasta el Centro (o posta de salud) y (es) muy lejos, incluso a estas horas siempre se enferman (casi de noche) les da calentura, ir en las noches es peligroso, ir a la botica es más rápido, cuando alguien se enferma, ese rato estamos yendo.”*

Por su parte, el ACS de la zona, Policarpio Colque, se siente entusiasmado con el rol que le toca desempeñar:



**Policarpio Colque Mamani,**  
28 años, ACS – Comunidad  
Chillamani.

*“Los medicamentos tienen fecha de vencimiento, eso me fijo primero y manejo siempre limpio. Cuando están vencidos, hay que botarlos, ya no podemos usar esos medicamentos, pero también hay que saber dónde botar porque los niños jugando se lo pueden tragar, por eso hay que enterrarlos bien. En mi cuaderno registro a los pacientes que vienen a consultar y la salida de los medicamentos. Llevo a la Posta a Collpak’asa, entrego a la doctorita Rosmary y también le pregunto si estoy haciendo bien o mal para que me corrija. Vienen pacientes de Chillamani y de Tuica con calentura, tos, con dolor de muela, les damos medicamentos de la botica. La gente dice que está bien porque cuando hay emergencia o algún accidente o nos caemos tenemos que venir aquí porque hasta ir a la Posta, a veces los doctores salen y para salvar las emergencias, aquí está la botica.”*



En la Comunidad de Pocorasi, destacan la importancia de la botica, en especial por su utilidad en padecimientos leves.



**Beatriz Escobar,**  
44 años, MEF – Pocorasi.

*“Para mí la botica comunal es tener salud, tener medicamentos para curarse. Los precios están en uno, dos bolivianos y así compramos, estamos pagando. A veces, cuando nos duele la barriga nos ayuda, cuando no sabemos dónde ir, podemos morir aquí, es muy lejos ir hasta el Centro de Salud. De aquí es como 3 horas hasta allí, volviendo es como 5 a 6 horas que caminamos es caminar todo el día por una consulta y a veces también nos caemos porque es rocoso, las sendas son peligrosas.”*

La responsable de la botica es Teodora Mamani, una joven mujer que vive en la zona de manera regular. Señala que en general, atiende a personas ancianas



**Teodora Mamani Escobar,**  
27 años, ACS – Comunidad  
Pocorasi.

*“He ido a la escuela hasta quinto curso. Cuido los medicamentos, mirando las fechas de vencimiento cuando se pasan, le aviso a la doctora. Yo voy curando y dando píldoras a las personas para dolor de cabeza, de barriga y de muelas. También llegan heridos. Aquí vivo el año entero Para ir a Pocoata tenemos que ir a darnos una vuelta por Llallagua ir un lunes y llegar el martes. Hago mis informes en mi cuaderno, llevo al puesto de salud. Anoto la cantidad y nombres de los pacientes que he atendido. Más atiende a personas mayores, un día vino un joven de la Comunidad de Jalsuri. Si se terminan los medicamentos, puedo comprar de la posta, con el dinero de la venta, eso es lo que estoy pensando...”*

Sin embargo, también existen casos, en que debido a la migración temporal, algunas boticas, no prestan atención de manera continuada. El lugar es de difícil acceso y la botica se encontraba en mal estado, en un ambiente cerrado. Es el caso de la Comunidad Charata, donde no se ubicó al ACS y sólo una familiar quien explicó la situación:



*“Hasta el mes de noviembre él (ACS) ha atendido, después en diciembre no atendió a nadie, enero, febrero, marzo, ni uno. La comunidad decía que pueden llevar a la Escuela. Él va a llegar para la cosecha de la papa, él no trabaja en otro lado, sólo que ahora, sus hijos necesitan por eso ha ido a trabajar (a Llagueta) y después, aquí nomás se queda”*

**Maria Anavi,**  
*madre de ACS René (hijo) –  
Comunidad Charata.*

En la Comunidad Banduriri, algunas madres no asisten a las reuniones donde se informa sobre la botica comunal, pero la visitan, porque tienen información de sus esposos e igualmente las utilizan, especialmente, cuando tienen hijos (as).



*“Mi esposo me ha avisado de la botica, hay medicina, nos dan píldoras. Atienden a enfermos y curan las heridas. A mí me ha agarrado dolor de muela y he comprado píldoras. Mi hijo pequeño tenía gripe y calentura, como tres días y le he llevado a la botica, allí me han dado píldoras, con eso ha mejorado.”*

**Lucía Yucra,**  
*40 años, MEF – Comunidad  
Banduriri.*



**Quintín Plaza Calizaya,**  
48 años, ACS – Comunidad  
Banduriri.

*“Yo les atiendo, pido certificado o carnet para registrar su nombre, su edad, dónde viven, luego les doy medicamentos para la tos, para la gripe, para diarrea, dolor de muela indicando el horario y cantidad de píldoras que tienen que tomar. Vendo los medicamentos entre 50 centavos, otros a un boliviano. Entrego el registro cada tres meses, el original al puesto de salud. También soy médico naturista, atiendo partos. Con el dinero de la venta tendré que comprar medicamentos que más consumen. La gente está contenta, preguntan por los medicamentos. Hay que mejorar y hacer crecer porque la institución se queda un rato y nos deja como herencia, hay que estar pendientes cuando hay emergencias, accidentes. Cada mes me controlan mi informe, los medicamentos que se han vendido, cuando hay pacientes nomas entrego informe, si no hay paciente, lo dejo en blanco. Ahora he entregado de enero, febrero marzo.”*

Sin embargo, algunas personas de la tercera edad de la comunidad, refieren que no logran encontrar al ACS para algún servicio que necesiten:



**Juana Castro,**  
abuela de 78 años – Comunidad  
Banduriri.

*“No conozco bien (al ACS) porque él se va en la mañanita y no podemos encontrarlo y por esa situación tampoco debe estar vendiendo sus medicamentos, no? No lo vemos porque no está en su casa, nosotros apurados también estamos cocinando, llegamos tarde, después de encerrar a nuestros animales, y él hace lo mismo, no nos vemos.”*

Por su parte, la doctora Rosemary Dávila, quien es la responsable de la Posta de Salud, señala que cuando ella ingresó a trabar al lugar, las boticas ya estaban funcionando y les hacían seguimiento. Analiza las ventajas y desventajas del funcionamiento de las boticas:



**Dra. Rosemary Dávila,**  
*titular de Obligación.*

*“En lo positivo, nos ayuda porque las comunidades son muy distantes y por un dolor de cabeza no van a venir al Puesto de Salud que está lejos, entonces, directamente acuden a las boticas y de ahí compran. La desventaja es que la gente es de bajos recursos económicos y alguno que no tienen dinero, prefieren aguantarse el dolor y no quieren comprar medicamentos de las boticas. Una dificultad que encontré es a veces los mismos comunarios dicen que han ido a la botica pero no les atendieron o tuvieron que esperar porque los ACS también deben trabajar en sus actividades propias y yo no les puedo exigir porque su trabajo es voluntario.”*

La profesional en medicina señala también que hay ocasiones en los que algunas boticas no venden ningún medicamento, debido a que algunos pacientes no pueden pagar el costo de las medicinas en la botica. Sin embargo, también menciona que hay comunidades donde si funcionan.

De igual manera, hace notar que ellos (los ACS) no reciben ningún incentivo y eso hace que en algunas reuniones, rechacen asumir el cargo, incluso propongan que el mismo que sea rotativo; considera que ese es el aspecto más débil.

## CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN TOMOYO

Este Centro es el que atiende a las poblaciones más cercanas, en relación a los otros establecimientos del área de acción del Proyecto, de igual manera, por las características de la zona, los caminos son complejos en su tránsito, como lo sostienen las titulares de derecho, de responsabilidad y de obligación.



**Rosa Arancibia,**

*31 años, MEF – Comunidad Quehuaylluni.*

*“Aquí la botica está funcionando desde hace dos años. He comprado medicinas, porque me enfermé. Mi cuerpo estaba débil, algunos medicamentos son baratos, otros son caros. Para ir a la Posta, yo tardo caminando como una hora y media.”*



**Rosendo Gonzáles  
Arancibia,**

*34 años, Comunidad Quehuaylluni.*

*“La botica comunal es para todo, hay medicinas para toda clase de enfermedades, como la tos, para cortaduras de mano y otros. Nos ha avisado el que era responsable diciendo que ha llegado la botica para la Comunidad.”*

En algunos casos, las MEF reclaman mayor información del ACS, sobre la situación de la botica comunal



*“El encargado de esta botica es don Miguel Jarrro, él está atendiendo también a los niños en la sede comunal, ahí está la botica. A mi hija no la he llevado todavía, pero nosotros los mayores cuando hay algún accidente, siempre vamos a hacernos curar. Pero don Miguel, cuando hay reuniones del club de madres, no nos avisa, callado nomas se queda.”*

**Roberta Juyari,**

*23 años, MEF – Comunidad Quehuaylluni.*

En otros casos, como en la Comunidad Senajo, son las personas de la tercera edad, quienes se hacen cargo de las boticas comunales, cumpliendo un esmerado trabajo, ante la falta del interés de otros comunarios para asumir la responsabilidad.



**Cristobal Gutiérrez,**

*67 años, ACS – Comunidad Senajo.*

*“Yo me he brindado como voluntario ya que nadie ha querido hacerse cargo, ahora ya no quieren que les deje.*

*Cuando los medicamentos vencen se lo entrego todo al doctor medicamentos, ampollas que llega de donación de parte de los residentes. Cada visita, el Enfermero me supervisa los formularios y las atenciones que hago. Una vez, una niña se cayó del campanario de la iglesia, y se partió la frente. Como ya era tarde, yo la atendí. La lavé con material de la botica y al día siguiente, muy temprano, la referí al centro de Salud Tomoyo para que la suturen.”*

El médico Víctor Maita, responsable del Centro de Salud Virgen del Carmen de Tomoyo señala que las boticas estaban implementadas cuando él empezó a trabajar en el lugar, pero varias de ellas, no tenían seguimiento por el personal de salud lo que hizo que estuvieran descuidadas. Con PRODI coordinó para trabajar supervisando las boticas, pero lamentó que no se hayan incluido el responsable médico de la Red ni la FIM (*Farmacia Institucional Municipal*), para trabajar de manera conjunta. Sin embargo, la mayoría de las boticas de su área están funcionando y sirven de apoyo a su trabajo:



**Dr. Víctor Maita,**  
responsable Centro de Salud  
Tomoyo.

*“Por el río, hacia donde nosotros estamos hay sectores inaccesibles o son muy dispersos, entonces, como están lejos, las boticas nos salvan porque antes ni señal de celular había, ahora quizá ya hay. Cuando un paciente tiene algún dolor, ellos pueden tratarlo. Ellos son los que nos colaboran en casos de emergencia como tenemos en el centro la ambulancia, a veces la gente dice que está mal pero nos hacen ir en vano, por eso entonces ellos se han convertido ahora en nuestro filtro para ir, hacemos valer a las agentes comunitarias (ACS). Si ellos nos dicen vamos, ellos conocen. La que más me funciona es la Senajo y Ticapampa. El otro día, por ejemplo, hubo un accidente, se cayó un trufi al vacío, inmediatamente le llamé a mi Agente Comunitario para que me informe de la situación y me dijo que a esa hora iba a ser inútil (noche) porque el precipicio era inaccesible. Me sugirió a qué hora bajar al río y por dónde subir para auxiliar.”*

El seguimiento al trabajo de las ACS es fundamental, y de eso, depende en gran medida, el éxito del servicio que prestan desinteresadamente los responsables de las boticas. Sin embargo, la debilidad principal a juicio del médico es la adquisición de los medicamentos sin apoyo de la FIM.



**Dr. Víctor Maita,**  
*responsable Centro de Salud  
Tomoyo.*

*“Por el momento, están funcionando, los ACS entregan sus informes, se ha capacitado con los técnicos (de PRODI), hay algunas debilidades, pero eso se puede ir resolviendo, solo hace falta seguimiento. El personal no puede disponer de medicamentos para las boticas, digamos que yo tengo 100 (unidades) de paracetamol, no puedo decir, para el Centro 80 y 20 para las boticas de mi área. En el recibo yo voy haciendo el descargo de mi uso (medicamentos del seguro) pero no es lo mismo con la botica. Estamos viendo con la responsable de la FIM cómo resolver, la otra vez nos hicieron presentar un informe de cuanto medicamento necesitarían las boticas, pero no se hizo la adquisición de nada. Este lado se conoce como lado frío, entonces, para mi es necesario son los calmantes que deben tener todas las boticas para los dolores de cabeza, huesos, resfríos, pero se terminarán sus medicamentos y no habrá más.”*





## PUESTO DE SALUD P'ISAQA

Las boticas comunales vinculadas a P'isaqa son cinco. La mayoría fueron implementadas el año 2014. La más antigua es la de la Comunidad Orqatu (2011). Walter Mamani, el ACS, es también médico tradicional.



**Walter Mamani,**  
*ACS – Comunidad Orqato.*

*“Los medicamentos guardo en una vitrina que fui a traer desde la Comunidad de Lahuata, son varias horas de caminata. Yo tarde casi dos días para llegar a Llalagua y un día de retorno en el camión de turno. No salen todos los días los carros, se pierde toda la semana. Cuando se venen los medicamentos lo botamos. Más vienen niños y adultos con dolores de hueso, de muela. También soy Jampiri (médico tradicional), el que llama los ánimos”*

En las comunidades de Vilapampa y Tururo, se recogieron percepciones de los titulares de responsabilidades, que consideran que las boticas apoyan significativamente a sus comunidades.



**Oscar Villca,**  
*representante de la Comunidad Vilapampa.*

*“Hemos planteado en las reuniones de la Comunidad para que funcione bien las boticas, hasta ahora nos han colaborado harto, porque los doctores salen y no sabemos dónde ir y las boticas están para eso, problemas pequeños, pero hay que seguir impulsando a los ACS”*



**Prof. Guillermo Mamani**  
U.E. Tururu – Titular de  
Responsabilidad.

*“La comunidad necesita la botica para sus enfermedades leves que se presentan a diario, como para la Unidad Educativa, es importante ya que los alumnos vienen de diferentes lugares pescan alguna enfermedad por el trayecto y la botica tiene lo necesario para atender esas situaciones con el Agente Comunitario de Salud. Nuestra gente está acostumbrada a recibir, pero de alguna forma hay que empezar a generar, la botica tiene que tener salida y entrada para que se sostenga y que no falte medicamentos.”*



**Fausto Choque Inca,**  
ACS – Comunidad Tururu.

*“Primero nos capacitaron a la comunidad de la importancia de la botica comunal, de esa forma la Comunidad me escogió como responsable. Yo coordiné con el personal de salud y autoridades de la Comunidad. Cada mes presento mi informe de cuantas personas he atendido, qué medicamentos he entregado. Atiendo accidentes que pasan, porque ir hasta llamar al doctor es otro tiempo perdido.”*

Justino Acarapi es Autoridad Local de Salud de su comunidad, también es responsable de la botica comunal. Entre otras cosas, señala que es importante contar con material educativo, una vez transcurren las capacitaciones, porque siente que todavía falta desarrollar más sus *capacidades*



**Justino Acarapi Vale,**  
ACS-ALS y Presidente CLS, Comunidad Cota.

*“Cuando no están los enfermeros y hay accidentes, ayudamos, es lejos llevar al hospital. Coordinamos con el doctor y también con el auxiliar (en enfermería). Poco a poco con calma aprendemos. Es necesario que nos den para leer (material educativo de temas en los que se capacitó). Queremos que se hagan más talleres, necesitamos más en el campo, allí solo hay estudio hasta quinto (grado básico) por eso necesitamos más talleres y también práctica, así no puede haber debilidad.”*

Desde la Comunidad de Vilapampa, el ACS comprende que el proyecto con PRODII va cerrando sus actividades, pero está motivado a continuar con el personal de salud.



**Benedicto Villca Aguilar,**  
ACS – Comunidad Vilapampa.

*“Casi 4 a 5 años estamos trabajando con PRODII, se está terminando, pero igual vamos a seguir caminando, vamos a coordinar con el doctor. Antes, cuando no había las boticas, no era así, sólo el doctor atendía y cuando no estaba, así nomás se quedaba. Las boticas comunales son importantes, a veces ellos (el personal de salud) salen, y atendemos con la botica cortaduras, quemaduras. A veces los medicamentos no compran, no tienen dinero, pero la medicina natural, pueden comprar, a eso se animan más.”*

Por su parte, el responsable de salud, recientemente incorporado, el médico Alex Mamani, señaló igualmente, que la labor de los ACS, representa un apoyo a su trabajo, debido a la distancia, principalmente.



**Dr. Alex Mamani,**  
responsable de la Posta de Salud  
P'isaqa.

*“Un beneficio es que apoyan. Tenemos comunidades donde no ingresan ni motocicletas y existen comunarios que viven en esos lugares, no pueden venir al puesto de salud. Cada comunario, sabiendo que hay medicamentos va fácilmente a las boticas. Eso nos ayuda, porque por un paciente, por un dolor de cabeza, nos cuesta ir. Yo me hice cargo de las boticas (supervisión) y al mismo tiempo hago capacitaciones, por ejemplo qué patologías se pueden solucionar en el momento, un dolor de muelas, pero en casos de diarrea, neumonía, que me lo manden si o si al Centro, o si fuera sencillo, ellos pueden encargarse. Como desventaja hemos visto que algunos ACS tienen medicamentos expirados, falta capacitación, falta fortalecerles. A veces también falta medicamentos para los comunarios, se terminan. Pero yo puedo equipar la botica, que ellos me soliciten, pero solo podemos hacer descargos de los que cubre la ley (Ley 475-Seguros).”*

En Písaqa trabajó con PRODII en los años precedentes, el doctor Lennin Lazcano, que actualmente trabaja en otro centro de salud llamado Campaya (que no es el área de acción del proyecto). Sin embargo, la experiencia de las boticas comunales fue tan relevante para él, que lo implementa por iniciativa propia en el lugar donde desarrolla su trabajo.



**Dr. Lennin Lazcano,**  
*responsable Puesto Salud  
Campaya.*

*“Era beneficioso para la población, para los comunarios, por eso mismo he querido implementar donde estoy trabajando, porque he visto que es conveniente. Se les ha capacitado sobre las principales patologías que se presenta, se indicaba y se tenía anotado para qué es, por ejemplo un paracetamol y cuándo se les puede dar. Estoy haciendo eso en una comunidad, les entregué un stock de medicamentos (sólo del seguro)<sup>25</sup>, un cuaderno para que anoten, al mes siguiente, se los cambio, indicándoles para qué es cada medicamento, siempre hay que dar con mucha precaución. Les doy recomendaciones y está funcionando. Antes, por las diferentes zonas, ingresaron otras instituciones, pero no hubo mantenimiento ni seguimiento. Si gastaban 10 (pastillas) de diclofenaco, no lo reponían, yo en cambio, repongo y se registra lo usado, en recibo recetario, no hay pérdida. Pero se requiere apoyo del Municipio ahora, yo quisiera implementar en todas mis comunidades, como PRODII entregó una vitrina para guardar los implementos. Yo tengo solo un cartoncito para la botica.”*

En la experiencia anterior, se puede vislumbrar un elemento de sostenibilidad al “extender” los medicamentos del Seguro, con las boticas, sin necesidad de utilizar el fondo rotatorio. La desventaja se concentra en que un grupo etario importante se quedaría sin acceso a dichos medicamentos: personas entre 6 y 59 años.

---

<sup>25</sup> Los medicamentos del seguro (Ley 475) incluyen a niños de 0 a 5 años, mujeres embarazadas, ancianos mayores de 60 años y personas con discapacidad

Todas las boticas de Lahuata son las más antiguas, pues fueron implementadas el año 2011. Igual que en las otras comunidades, los ACS sólo tienen el incentivo de que sus servicios salvaron o mejoraron una vida.



**Máximo Acarapi Calasaya,**  
ACS – Comunidad Danzaña.

*“En una ocasión, una señora tuvo problemas de parto y yo como Agente de la botica, fui hasta el Centro de Salud a pedir ayuda para que le saquen de la comunidad en horas de la madrugada, caminé ida y vuelta casi 5 horas. A la vuelta traje camilla para sacar a la señora, organicé a la gente y llevamos hasta donde la ambulancia pudo entrar, porque aquí no tenemos caminos. Hicimos llegar hasta el lugar y la llevaron al hospital de Potosí. La noticia es que la señora se salvó junto a su hijo, y mi pago fue la alegría de que los dos se salvaron.”*



**Juvenal Yapura Mamani,**  
ACS- ALS – Comunidad Lahuata.

*“Hace años, hemos trabajado con boticas de la parroquia, el año 2008. Hasta ahora sigo trabajando coordinando con enfermeras, médicos. Ahora coordino con el enfermero auxiliar, avisamos a ellos cuando hay emergencias, sino, no se sabe, no se conoce. Se debe valorar la salud, si yo estoy mal, igual se debe gastar dinero, si quiero morir, no voy a gastar, eso les digo a la Comunidad que a veces no quieren pagar los medicamentos, quieren todo gratis como del seguro, pero no es así. La botica tiene que seguir, no es para un rato, el que quiere trabajar, tiene que hacer, para ver la salud de la comunidad. Yo quiero trabajar, porque la salud, eso es nuestra vida.”*

El enfermero auxiliar, como responsable de la Posta de Salud, relata que desde el inicio de las actividades de implementación de la botica, coordinó con PRODII. Señala que en su zona de trabajo, el problema recurrente tiene que ver con los escasos recursos con los que cuentan los comunarios para adquirir medicamentos.



**Francisco Irasabal Vega,**  
*enfermero auxiliar, Puesto de  
Salud Lahuata.*

*“En el campo, por la falta de economía, no pueden acudir a obtener el medicamento, porque montos como 1 Bs. 0,50 ctvs no pueden conseguir. Por eso no está saliendo mucho el medicamento. Yo les dije a los ACS que los medicamentos no se van a vender, porque yo les puedo cambiar (con los del seguro en la posta) y eso les dije. Se han animado. Tenemos 4 boticas de esas, funcionan 3 con responsables, ellos ya han terminado sus medicamentos, todavía no estamos coordinando con la FIM para reponer (...). La fortaleza de las boticas que es que apoyan cuando yo debo salir, a veces se enferman con fiebre, calentura, eso los ACS nos ayudan, les salva el medicamento. La debilidad es que a gente quiere los medicamentos de manera gratuita, porque a veces, allá no se puede encontrar dinero. Todavía falta orientación, con unas charlas, se requiere apoyo.”*

## CENTRO DE SALUD SARIJCHI

Sarijchi no fue tomado en cuenta en la última gestión del Proyecto debido a problemas internos que se atraviesan por la zona. Sin embargo, se reportó la entrega de boticas comunales. La experiencia no fue positiva, debido a que no se hizo el seguimiento y apoyo respectivo. Este Centro de Salud es uno de los más alejados del centro poblado de Pocoata (77 Km.) y las condiciones son extremas, sin servicios básicos, inclusive en el mismo Centro Sanitario. Este es el análisis que realiza el médico Galindo Quispe, responsable del Centro de Salud.



**Dr. Galindo Quispe Ovando,**  
*responsable del Centro de Salud Sarijchi.*

*“Cuando yo llegué, allí estaban las boticas, pero están a medias. La gente contaba con las boticas, pero se terminaron los medicamentos y ahí se quedó nomas. Los comunarios advierten que no tienen dinero y apenas viven de su producción, es gente muy pobre en ese Distrito. Ellos acuden al Centro para obtener medicamentos gratuitos del seguro, la ley no nos permite otorgar medicamentos a mayores de 5 años y menores de 60. Lo que falló de las boticas es que 15 paracetamoles para un mes no abastecen, la gente quiere más de diez, cada uno. Lo primordial es crear el fondo rotatorio, para cubrir a esa población (que no tiene el seguro), ojalá funcione. Se necesita apoyo del Municipio, en todo sentido, no tenemos agua potable, saneamiento básico. Tengo a cargo diez comunidades, solo a una llega el camino. Médico que llega, no aguanta trabajar en esas condiciones, yo estoy casi dos años. Es necesario que el Municipio, el responsable de la red, ellos decidan mejorar la situación, falta una decisión.”*

## La medicina tradicional: experiencia y perspectivas

En la última etapa, se dio inicio a la elaboración de medicamentos con hierbas naturales que existen en la zona. Con escasos recursos económicos se logró establecer un centro de procesamiento en la Comunidad *Yahuaco*, para elaborar medicamentos naturales bajo la dirección de médicos tradicionales del lugar. Uno de ellos, es Gregorio Lupe Choque, de 62 años.



**Gregorio Lupe Choque,**  
62 años, ACS – Comunidad  
*Yahuaco.*

*“Yo he aprendido sobre estas medicinas hace mucho tiempo, primeramente curando a la gente. Luego me han enviado de mi comunidad como representante y he pasado cursos. Ahora estoy trabajando haciendo pomadas y jarabes. Esto de curar a la gente es para mucha paciencia. Nosotros no tenemos sueldo, a veces nos regalan 10 o 20 bolivianos o un gracias. Ese es nuestro trabajo y con mucho corazón y voluntad servimos a la gente. Yo me pregunto si será la Alcaldía o el Hospital que nos ayude. En mi comunidad éramos muchos (que sabían sobre medicina tradicional), yo tengo voluntad de seguir, camino muchas distancias, PRODII nos apoya, con eso aguantamos. Yo no tengo documentos (credencial como médico tradicional), quizá alguien nos pueda ayudar para que nosotros tengamos más voluntad y nuestro servicio sea más valorado, ya que nuestro trabajo es muy importante. Salvamos vidas de gente que tiene muchos hijos, no se mueren, se recuperan.”*

El médico Rubén Quispe Gironda, responsable de Puesto de Salud *Yahuaco*, destaca la experiencia:

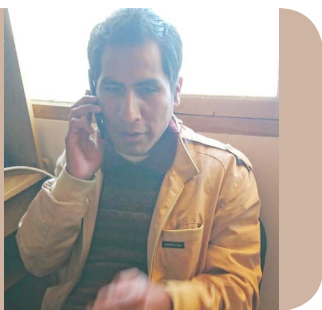




**Dr. Rubén Quispe,**  
*responsable Puesto de Salud Yahuaco.*

*“Los médicos tradicionales se han reunido han recolectado plantas medicinales y trabajamos en el laboratorio. Ellos viven prácticamente de su trabajo, de pastar ovejas, la chacra (parcela de cultivo), todo eso, me gustaría que me colaboren, yo voy a poner de mi parte para que estos médicos tradicionales se puedan acreditar mediante cédula y entonces ellos puedan sustentarse, por lo menos tener una remuneración y entonces tendrían tiempo completo para elaborar estas pomadas y atender a la población.”*

La experiencia, por el limitado tiempo del proyecto y los recursos insuficientes, fue corta, pero tiene buenas perspectivas, por la confianza que tienen los comunarios a la medicina milenaria por su efectividad, aunque se requieren mayores estudios al respecto. Don Gregorio hizo una mezcla innovadora en las pomadas y lociones al mezclar 11 hierbas. Se hicieron algunas pruebas al azar sobre su efectividad para tratar problemas relacionados a la artritis y artrosis y los resultados fueron sorprendentes.



**Lic. Gualberto Álvarez,**  
*facilitador área social.*

*“Don Gregorio, el médico tradicional está feliz, quiere hacer más, esas ganas no hay que dejarlas de lado. El doctor Quispe, responsable (de la Posta de salud Yahuaco), está apoyando, trabajan y se los extraña cuando no están. El quechua dificulta que se comuniquen adecuadamente. La gente compra más rápido los medicamentos tradicionales. No tienen para medicamentos, pero el día que se llevó los productos naturales, sacaron dinero para llevárselos, querían más. Pero a los médicos tradicionales es difícil exigirles (a producir más) sin que se les pague.”*

Por su parte, la responsable de la Farmacia Institucional Municipal (FIM) de Pocoata, señala que hay expectativa para incorporar la medicina tradicional en la atención convencional de pacientes, y que significa todo un proceso porque se está iniciando la fabricación de estas medicinas. Expresa su apoyo, como profesional bioquímica y farmacéutica, para el registro sanitario de esos productos, con una amplia visión.



**Lic. Juana Beatriz Magne,**  
*responsable FIM Pocoata.*

*“Se debe mandar una muestra a INLASA, sacar un registro sanitario, que se apruebe poniendo la cantidad de principio activo que está funcionando en las pomadas. Para eso necesitamos documentos de un profesional que avale la producción, ofrecí mis papeles sin ningún interés para apoyar la producción. Las pomadas, que se puede hacer, en lo urbano han dado buenos resultados, las pastillas de propóleo, caramelos de coca, es increíble la venta de todo eso. Entonces, esto puede tener logros, no sólo quedarnos aquí, tener una visión y tratar de llevar estas medicinas a todas las farmacias.”*



**Médicos tradicionales procesando las hierbas para obtener los medicamentos (JAMPI en quechua)**

Por su parte, el responsable de enfermería de la red SAFCI, considera que existen logros y expresa su compromiso con la iniciativa:



**Lic. Gary Martínez Vallejos,**  
*responsable de enfermería SAFCI  
Pocoata.*

*“Tengo que hacer seguimiento en la implementación del laboratorio para la preparación de medicamentos a base de las plantas medicinales. Los medicamentos naturales son bastante efectivos y mi sueño también es implementar, lo seguimos trabajando. Nosotros vamos a seguir trabajando hasta el último, pese a que nos deje PRODII (con el financiamiento de ANESVAD), con la experiencia que nos ha dejado, vamos a seguir fortaleciendo el sector donde nos necesitan y distribuir estos medicamentos, a los 19 Centros.”*

Para elaborar los medicamentos o JAMPIS, trabajan niños y adultos recolectando las hierbas, también mujeres y hombres, apoyan en todo el proceso, generando una movilización comunitaria que parte del rescate del conocimiento ancestral para contribuir a la salud.



**Mujeres elaboran pomadas y jarabes “Jampi” en el puesto de salud Yahuaco.**

### 3.2.3 Sostenibilidad de las boticas comunales



**Evert Cocha Tintaya,**  
*Honorable Alcalde del Gobierno  
Autónomo Municipal de Poccoata.*

*“Yo me considero un comunario más y quitarme mi botiquín, NO. El tiempo no alcanza para que (el Personal de salud) vaya a la comunidad todos los días. El botiquín está pues todos los días, al alcance de ellos, sería nada favorable para el Municipio. En mi calidad de Autoridad, me veo en la necesidad de fortalecer esos botiquines para que pueda satisfacer las necesidades de cada comunidad.”*

Sin duda, la sostenibilidad en el tiempo es el aspecto más delicado para cualquier iniciativa o emprendimiento. Tener una decisión de apoyo para el fortalecimiento de las BC parece ser el inicio de una posibilidad de gestión que permita tener los recursos suficientes y adecuados para el funcionamiento sostenido.

El médico responsable de la red de salud, hace notar la desalentadora cantidad de migrantes y la poca importancia que algunas comunidades le dan a la salud. Señala que el compromiso de los CLS y ALS con apoyo del Municipio sobre todo en generar una mayor estabilidad económica a la población podrían hacer que funcione:



**Dr. Roberto Villarpano Rollano**  
*Médico Responsable Red Salud  
Municipal SAFCI – Poccoata.*

*“INE (Instituto Nacional de Estadísticas) nos asigna una población de 29.157<sup>26</sup> habitantes para toda la red municipal, nosotros con carpetas familiares, hemos sacado una población de 16,153 habitantes, estamos hablando de 47% de población que no existe. Si tendríamos gente comprometida esto funcionaría. Hemos visto en las Comunidades que los cargos CLS o ALS es como un castigo. Cuando vamos nosotros, por poco nos ponen en puntos varios (de la agenda en las reuniones) esa mentalidad debe cambiar. Si hubiera gente capacitada y el municipio brindaría estabilidad económica que ellos requieren, funcionaría. Es por la inestabilidad económica que migran, lo dejan y se van.”*

26 El dato citado por INE en realidad es de 26, 330 Habitantes (CENSO 2012)

El galeno reconoce al mismo tiempo, que se produce un vacío en la atención cuando el personal de salud debe dejar sus establecimientos. Hace énfasis en que la viabilidad de las acciones, sobretodo están en la población que cubre el seguro.



**Dr. Roberto Villarando Rollano,**  
*médico responsable de la Red de Salud  
Municipal SAFCI-Pocoata.*

*“Trabajamos un sistema que no es reconocido bajo ninguna Ley, no estamos en la Ley del Funcionario Público, ni la Ley General del Trabajo, estamos desamparados, trabajamos 25 días al mes y 5 días libres continuos) En esos 5 días, quién atiende? Si bien acude la población a las boticas comunales y es menor de 5 años, la ley le protege, en este caso, tendríamos que trabajarlo más, para que el personal absorba como Consulta, informe como consulta y reponga ese medicamento. Eso es más viable.”*

Ante la disyuntiva de la pertinencia o no de la existencia de las boticas comunales, el jefe médico explicó que la normativa es clara al respecto y que se debería analizar la viabilidad y sostenibilidad:



**Dr. Roberto Villarando Rollano,**  
*médico responsable de la Red de Salud  
Municipal SAFCI-Pocoata.*

*“Con el seguro (del Adulto Mayor), podemos distribuir un stock mínimo de medicamentos y los medicamentos que no tengan mucha complejidad en el manejo. Tendríamos que hacer estudios si es viable y sostenible. Con los otros grupos (a los que nos les cubre) para mí es un desafío. Tendríamos que hacer el intento, somos personal de salud y nuestra mesa debe ser igual para todos. Tiene que haber sostenibilidad, tenemos que garantizarlo nosotros también, está en nosotros la responsabilidad de manejar las boticas, no es implemento de PRODII no es implemento de la Red Municipal, hay una normativa que dice que se debe hacer de esa manera, tenemos que hacer como servidores públicos.”*

Por su parte, el responsable de enfermería SAFCI, considera que por las condiciones geográficas de los establecimientos que son parte de la red, es importante implementar las BC en todo el municipio y al considerarlas pertinentes, piensa que la sostenibilidad está en proveer de insumos desde la propia red porque la norma los compromete.



**Lic. Gary Martínez,**  
responsable del área de enfermería,  
SAFCI- Pocoata.

*“El SEDES nos decía que (la botica) no es sostenible, que en ningún municipio ha dado buenos resultados, pero nosotros seguimos, nuestro sueño es que nuestras boticas se implementen (en todo el Municipio). Otros municipios son accesibles en su geografía en Potosí, pero en el norte de Potosí, es bastante accidentado, la zona de la Chaupirana, la distancia, quebradas, inaccesibilidad, sin vías camineras, distancias largas del puesto de salud de la comunidad y las familias, por esa realidad, estamos implementando las boticas... Para la sostenibilidad, tenemos mucho que fortalecer, si nosotros proveemos insumos habrá sostenibilidad. Tal vez hubo experiencias con personal de salud o agentes comunales que no tuvieron ese compromiso de mantener o hacer seguimiento de la botica, pero las normas y la política nos compromete, se tiene que hacer.”*

Para la responsable de la FIM, la falla estuvo en que previamente (en gestiones anteriores) no se hizo el seguimiento respectivo a las BC, además identifica un problema interno en torno al fondo rotatorio, que existió en el pasado inmediato.



**Lic. Juana Beatriz Magne,**  
responsable de la FIM – Pocoata.

*“Yo creo que no ha habido seguimiento para implementar las boticas comunales, porque es normativa y está en la ley, supongo que también es la falta de coordinación de las boticas con la FIM, tal vez ha sido con el anterior responsable. Será un año que voy a estar aquí (trabajando), recién a finales de la gestión 2016 hablamos de las boticas. Hemos tratado de coordinar, pero no tenemos fondo rotatorio, hemos indagado que si había, otro personal, otro responsable se lo llevó el dinero.”*

El fondo rotatorio, de acuerdo al reglamento de las boticas comunales (Ministerio de Salud) es la base para hacer la primera adquisición de medicamentos, para que luego se sostenga a través de la venta. En la red de salud Pocata, existió un fondo rotatorio, **pero no falló precisamente por la escasa venta de medicamentos en las boticas comunales** (que no están relacionadas directamente al área de trabajo de PRODII), sino por un **manejo inadecuado de los recursos económicos**, por parte del personal anterior al actual, tal como refiere el actual administrador de la red.



**Lic. Marco Parra Flores,**  
*administrador de la Red de Salud  
Pocata.*

*“Recién entré (a trabajar) en febrero. Una falencia ha sido el fondo rotatorio para la atención de pacientes que no cubre la Ley 475. Hasta donde tengo entendido, el dinero desapareció. Hay varias irregularidades y estoy pidiendo que se haga una auditoría. Ahora se tiene un presupuesto de 50.000 bolivianos para la compra de medicamentos, pero no se especifica que sea para el fondo rotatorio, estamos en la alternativa de usarlo para eso, pero es insuficiente para todos los centros que tenemos, analizaremos para ver si es o no viable.”*

Se tiene la esperanza de que en el corto plazo se pueda utilizar los fondos de esta gestión para el fondo rotatorio y se pueda dar continuidad al trabajo de las boticas comunales donde ahora están implementadas. La responsable de la FIM considera que esto es viable:



**Lic. Juana Beatriz Magne,**  
responsable de la FIM – Pocoata.

*“Tenemos ahora 50.000 bolivianos en el POA, es mínimo, no abastecerá para todos los centros y con eso queremos empezar y tratar de darle continuidad a las boticas. Yo voy a monitorear, voy a hacer las compras desde aquí, ellos (personal de salud) tienen la responsabilidad de controlar las boticas. El mecanismo será rotativo: Yo les doy los medicamentos para la venta, ellos ya están capacitados para sacar como botiquines esos medicamentos. El de las boticas recepcionará los medicamentos. Ahí tenemos ventajas y desventajas: La ventaja es que captaremos la información porque la necesitamos ya sea del seguro y lo que no es del seguro. La desventaja es que personal que se ocupa de las boticas no tiene remuneración, podríamos con el fondo rotatorio aumentar 10% a cada medicamento. He visto buen trabajo en Tomoyo, Pisaka y Yahuaco, son comprometidos, he visto fortaleza.”*

Magne considera que la Red podría beneficiarse al incluir la información generada por las atenciones que realizan actualmente los ACS de las boticas comunales, que al momento sólo quedan como referencia en los establecimientos de salud, como si no hubiera atenciones de urgencia u otros.



**Lic. Gary Martínez,**  
responsable de enfermería, SAFCI –  
Pocoata.

*“Vamos a entregar a los 19 establecimientos un stock de medicamentos del fondo, entonces, estas boticas se van a proveer de ahí. Los responsables de área harán seguimiento, monitoreo y flujo de información, El flujo de información será que las boticas informen al establecimiento de salud y ellos informan al Municipio vamos a tener todos los datos centralizados, tenemos evaluaciones trimestrales, todos estos indicadores los vamos a analizar, las debilidades, experiencias para compartir y reforzar.”*



# Conclusiones y lecciones aprendidas

## Conclusiones

### ¿Es pertinente o no la implementación de las boticas?

- Se concluye que es pertinente en alto grado por la extrema condición en que están situadas las viviendas (que sólo se puede apreciar y comprender visitando la zona y teniendo la vivencia en la zona de intervención del Proyecto) hace que tener acceso oportuno a cualquier medicamento que alivie el dolor o atienda una emergencia (accidentes), es vital para la población en riesgo.
- Las principales dificultades o barreras para que las boticas sean sostenibles están relacionadas a la disponibilidad de medicamentos básicos, por una parte, y a la estabilidad de los ACS para que vivan en sus comunidades de manera permanente. En el primer caso, al menos en lo que corresponde a medicamentos que corresponden al seguro, es viable “extender” los mismos a las mujeres en edad fértil, niños menores de 5 años y ancianos. Para el caso de la población que no cubre el seguro, depende de una decisión política de los tomadores de decisión, implementar el fondo rotatorio, con un manejo más transparente y coordinado.

En lo que respecta a la segunda barrera, la estabilidad de los ACS depende en gran medida de las condiciones que éstos tengan para generar recursos económicos para su subsistencia y también el grado de motivación y valoración que se dé a sus servicios. Esto último es más viable de trabajarse (motivar y valorar) a partir del personal

de salud. En varios casos, decir gracias, o visitarles en sus comunidades, es altamente valorado por ellos. (*Ver impresiones de un ACS luego de la visita de la Coordinadora del Proyecto al final de este capítulo de RECOMENDACIONES*).

- Estructuralmente se puede afirmar que el cobro por servicios o medicamentos excluyendo a una buena parte de la población que no tiene seguro no es coherente con las políticas que asumen a la salud como un derecho humano fundamental. Este es un aspecto que se debería revisar en la política gubernamental sobre temas de salud en Bolivia, a partir de procesos de incidencia política que podrían empezar en el Municipio, dadas sus características (extrema pobreza, con grandes potenciales).
- La incorporación y el esfuerzo que se realizó para iniciar la implementación del laboratorio para procesar hierbas naturales y convertirlos en medicamentos a partir de los saberes y conocimientos de médicos tradicionales de las propias comunidades, resulta ser una iniciativa con gran potencial, acorde a la política que valora esta parte de la medicina y que goza de mucha confianza y credibilidad de gran parte de la población, incluido el propio personal de salud
- Finalmente, señalar que los elementos de sostenibilidad de las boticas comunales, analizados están dados por:
  - a) Disponibilidad de medicamentos que deben ser suministrados por la FIM a las BC, a través del fondo rotario, con adecuado y transparente funcionamiento. Se requiere una decisión política de los principales tomadores de decisión. Se puede y debe hacerse incidencia política con estos actores.
  - b) Un adecuado acompañamiento por el personal de salud que continúe desarrollando sus capacidades, acompañe e incentive sus acciones, recuperando su información y valorando sus logros.

## **Lecciones Aprendidas**

- La implementación adecuada de las Boticas Comunes a partir de procesos de capacitación secuencial y sostenible, además de una etapa de sensibilización previa respecto a los roles y funciones que cumple cada grupo de los titulares y la importancia del funcionamiento adecuado de las boticas, es esencial para garantizar un proceso más exitoso y sostenido.
- Relacionado a lo anterior: garantizar un proceso sostenido y adecuado, depende en gran manera, no sólo del compromiso del personal de los proyectos o servicio de salud, sino también del tiempo adecuado y los recursos financieros suficientes y oportunos, para el desarrollo pleno de las acciones sin interrupciones.



## Recomendaciones

- Las boticas comunales pueden ser extensiones de las farmacias de los establecimientos de salud hacia las comunidades, no representaría ninguna dificultad al extender el beneficio de los medicamentos del seguro, dado que la población más sensible son las mujeres en edad fértil y los niños (a) menores de 5 años e igualmente los adultos mayores a partir de los 60 años. Esto posibilitaría recuperar la información de la atención brindada por los ACS y ser parte de los datos sobre las coberturas, visibilizando y valorando su trabajo en el cumplimiento del derecho a la salud.
- Promover una agenda para gestionarla con la red de salud SAFCI y los tomadores de decisión en el Municipio es fundamental. Dicha agenda debería analizar los siguientes aspectos:
  - a) La contribución de las boticas comunales para el acceso oportuno a medicamentos y a servicios de emergencia, que ahora son invisibles al no recuperarse la información que generan los ACS.
  - b) La necesidad apremiante de aprobar el fondo rotatorio para cubrir con medicamentos a la población que no está en ningún seguro. Se debería analizar los mecanismos para un manejo transparente e incorporar, para un control social efectivo a los miembros del Consejo Social Municipal de Salud (CSMS) como parte de la estructura social del modelo de gestión de salud actual<sup>27</sup>.
  - c) Proponer una política pública municipal para generar incentivos para los ACS y médicos tradicionales por la labor que desarrollan y que sea sostenible.

27 Hasta el momento, la participación del presidente del CSMS se dio por el apoyo de PRODII, pero no cuentan con información ni apoyo financiero para cumplir su labor de control social.

- d) Proponer una política pública municipal que viabilice la gratuidad de medicamentos, inclusive a los grupos que no cubre el seguro, en el marco del EBDH, debido a las condiciones de pobreza y migración de sus pobladores.
- En iniciativas similares a estos proyectos, es imprescindible desarrollar procesos educativos secuenciales y pertinentes con el uso de material educativo, culturalmente apropiado, considerando las limitaciones y características de los diferentes grupos de titulares.
  - Profundizar en procesos de promoción, información, comunicación y movilización social, que el propio SAFCl reivindica, para que la población esté informada de sus derechos y las particularidades de la atención que brindan los servicios de salud, y en especial las boticas comunales. Se debe recurrir a estrategias comunicativo educacionales por diferentes medios de comunicación interpersonal o grupal, en diferentes formatos apropiados culturalmente a las comunidades, que pueda utilizar el personal de salud en sus visitas. De igual manera, haciendo uso de medios masivos como la radio, de manera más sostenida.

*“De mi parte, te felicito (se dirige a la responsable del proyecto), ya que me visitaste desde hace mucho tiempo y tu llegada me llena de mucha alegría. Te he visto en los talleres, pero el hecho de que llegues a mi comunidad me llena de mucho contento y todo lo que me enseñaste lo estoy haciendo y con ello estoy salvando vidas y eso me pone feliz y te doy gracias por ello.” Félix Bautista, ACS Comunidad Cochini.*

## Documentos consultados

Desarrollo Humano en el Departamento de Potosí UDAPE PNUD Abril de 2010

ENDSA 2008-INE Bolivia

“Enfoque basado en derechos humanos” HCHR/WHO nota descriptiva No. 323

Ficha Resumen Censo Población y Vivienda INE 2012

Indicadores demográficos (Portal web Ministerio de Salud)

Indicadores sociodemográficos Potosí UNFPA 2014

Informe de Evaluación: “Modelo Integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud” Bolivia Medicus Mundo Navarra 2014

“Plan de Desarrollo Integral GAM Pocoata 2016-2020”

Presentación SAFCI Bolivia Ministerio de Salud y Deportes

Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros SNUS Estado Plurinacional de Bolivia-Ministerio de Salud y Deportes 2002

Reglamento para Boticas Comunes Estado Plurinacional de Bolivia-Ministerio de Salud y Deportes 2004

Documentos e informes de proyectos PRODI.







**Dirección PRODI**

Calle Omiste 116

Teléfono/fax 0591 2 5820248

Email. [prodii@hotmail.com](mailto:prodii@hotmail.com)

[info@prodii.org](mailto:info@prodii.org)

Web:[www.prodii.org](http://www.prodii.org)

Llallagua Norte de Potosí