

EVALUACIÓN

PROYECTO DE SALUD MATERNA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

EN EL ALTO, BOLIVIA

AGOSTO 2021

Esta publicación fue realizada a solicitud de Médecins Sans Frontières (MSF) – Centro Operativo en Bruselas (COB) bajo la dirección de la Unidad de Evaluación de Estocolmo (UEE).

Esta publicación fue preparada independientemente por evaluadores externos Ramiro Llanque y Stanley Blanco del Consejo de Salud Rural Andino (CSRA).

Agradecimientos

Los evaluadores agradecen a todas las madres y adolescentes que participaron en los GF, entrevistas y en la encuesta de población por sus valiosos aportes a la evaluación y por su disposición a participar durante el tiempo difícil por la pandemia por el COVID-19. A los directores de los CS, Dra. Milenka Chávez (Franz Tamayo) y al Dr. José Luis Jiménez (San Roque) por su apertura y aportes durante el proceso de análisis. Muchas gracias a Heidi Bascope del equipo de MSF que lideró la selección de participantes de la mayor parte de las técnicas cualitativas y a Sofia Juanes y al equipo de encuestadores.

Agradecimientos especiales a Adriana Palomares (Coordinadora General de MSF en Bolivia) por sus importantes insumos, colaboración y por facilitar la coordinación local con el personal de campo de MSF.

Muchas gracias a Eva Rocillo por su paciencia y apoyo y guía permanente durante el proceso de evaluación.

TABLA DE CONTENIDOS

ABREVIACIONES	4
GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
RESUMEN EJECUTIVO.....	7
INTRODUCCIÓN.....	16
Antecedentes	16
Contexto de la Evaluación	17
Implementación del Proyecto	18
Enfoque de la Evaluación	20
Metodología.....	20
Limitaciones	21
HALLAZGOS	23
Pertinencia	23
Efectividad.....	26
Cobertura	38
Eficiencia	47
CONCLUSIONES.....	49
LECCIONES APRENDIDAS.....	51
REFERENCIAS.....	54

Lista de Gráficos

Figura 1. # de partos por trimestre- CS Franz Tamayo y San Roque.....	29
Figura 2. % Partos en CS (intervención y Sin-intervención).....	29
Figura 3. # de consultas de PF de Adolescentes y MEF.....	32
Figura 4. % Educación de las encuestadas (n=398)	39
Figura 5. % Control Prenatal (n=348)	39
Figura 6. % Bono Juana Azurduy (n=398)	40
Figura 7. % Conocimiento sobre signos de peligro (n=398).....	40
Figura 8. % Satisfacción Encuestadas (n=302)	42
Figura 9. % Información por tipos de métodos PF (n=398)	42
Figura 10. % Métodos de Planificación Familiar (n=180).....	43

Lista de Tablas

Tabla 1. Intervenciones del proyecto MSF	18
Tabla 2. Población del área de intervención.....	19
Tabla 3. Control Prenatal	27
Tabla 4. Embarazadas con 4 CPN.....	28
Tabla 5. Embarazadas con 4 CPN/AI menos 1 CPN.....	28
Tabla 6. Control Posparto y partos esperados.....	30
Tabla 7. Conusltas PF.....	31
Tabla 8. Adolescentes con consultas de PF comparadas con las de las MEF.....	33
Tabla 9. Adolescentes con consultas de PF comparados con el total de consultas de adolescentes ...	33
Tabla 10. Adolescentes con CPN comparado con el total de CPN (MEF).....	33

ABREVIACIONES

AAS	Atención del Aborto Seguro
APS	Atención Primaria de la Salud
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales de Emergencia
COVID-19	Coronavirus Disease de 2019
CPN	Control Prenatal
CPP	Control Posparto
CS	Centro de Salud
CSRA	Consejo de Salud Rural Andino
CV	Consultorios Vecinales
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ERB	Ethical Review Board (Comité de Etica)
FT	Franz Tamayo
GF	Grupo Focal
HQ	Headquarters
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
IR	Inception Report
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latino America y el Caribe
M&E	Monitoreo y Evaluación
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MS	Ministerio de Salud
MSF	<i>Médecins Sans Frontières</i> (Médicos Sin Frontera)
OCB	Operational Centre Brussels
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
PS	Promoción de la salud
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERES	Servicio Regional de Salud El Alto

SEU	Stockholm Evaluation Unit
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SR	San Roque
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SUS	Sistema Unico de Salud
TdR	Términos de Referencia
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
NU	Naciones Unidas
VS	Violencia Sexual

GLOSARIO DE TÉRMINOS

BONO – Abreviatura del "Bono Juana Azurduy", transferencia monetaria condicionada en efectivo, beneficio monetario para embarazadas, lactantes y niños de hasta 2 años que se ofrece a todas las madres bolivianas que no tienen seguro de salud. Su objetivo es garantizar la maternidad segura y el desarrollo temprano del niño (a). Se otorga un total de Bs. 1.820 a condición de que la madre haya cumplido con 4 CPN, el parto institucional, el CPP y 12 controles integrales bimestrales de salud para su niño(a) menor de dos años¹.

Wawa (Baby) – Wawa, es una palabra utilizada tanto en las lenguas quechua como aymara para referirse a un bebé, recién nacido o a un niño de muy corta edad.

¹ <https://www.bja.gob.bo/index.php/el-bono/que-es-el-bono>

RESUMEN EJECUTIVO

El Alto es la ciudad más joven de Bolivia a 4.000 metros sobre el nivel del mar con un millón de habitantes en el altiplano que limita con la ciudad de La Paz. Inmigrantes de varias comunidades rurales aymaras constituyen alrededor del 80% de la población de El Alto.

Médecins Sans Frontières (MSF) implementó un proyecto en la ciudad de El Alto con el objetivo de contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad materna de mujeres y adolescentes en la Red de Salud de Lotes y Servicios. El objetivo específico del proyecto establece “*Las mujeres y adolescentes de Red Lotes y Servicios en El Alto hacen uso de servicios de salud reproductiva curativos, preventivos, accesibles y de calidad, ofrecidos por el proyecto*”

Con este objetivo, MSF brindó apoyo a dos Centros de Salud (CS) del Ministerio de Salud (MS) existentes; San Roque y Franz Tamayo. El apoyo cubrió tres áreas principales de intervención:

- 1) Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE), así como un paquete básico de actividades de Salud Sexual y Reproductiva (SSR),
- 2) Servicios amigables para adolescentes integrados en los CS, que incluye Planificación Familiar (PF) y Control Prenatal (CPN) y Control Posparto (CPP), y
- 3) Promoción de la Salud (PS) y actividades comunitarias (con el objetivo de incrementar la aceptación de los servicios de salud materna y de atención de recién nacidos).

En 2018 se iniciaron las actividades de rehabilitación en ambos CS y en abril de 2019 se inició la prestación de servicios clínicos. Los primeros partos se atendieron en septiembre de 2019 en Franz Tamayo y en diciembre 2019 en San Roque.

Este informe resume los resultados de evaluación externa del proyecto conducida por el *Consejo de Salud Rural Andino* (CSRA)² en estrecha colaboración con el Operational Center Brussels (OCB) de MSF y el personal del MS. La evaluación se llevó a cabo en los dos CS donde se implementa el proyecto y dentro de su área geográfica de intervención.

El objetivo general de la evaluación es valorar la intervención implementada por MSF en El Alto con respecto a CONE, CPN, CPP y SSR (incluyendo PF, Atención del Aborto Seguro (AAS), atención de Violencia Sexual - VS) y servicios amigables para los adolescentes, con especial atención a su pertinencia y eficacia. Para alcanzar el objetivo general, se establecieron los siguientes objetivos específicos: analizar en qué medida las intervenciones del proyecto son apropiadas a la percepción y cultura de la población objetivo (Pertinencia), medir si las metas establecidas fueron alcanzadas (Efectividad) y si las actividades médicas llegaron a la población objetivo (Cobertura), finalmente, revisar los principales recursos que utilizó MSF para operar el proyecto (Eficiencia).

La evaluación aplicó dos diseños metodológicos:

1. **Evaluación del Desempeño.** La evaluación desempeño que buscó medir el cumplimiento de los objetivos de evaluación establecidos por MSF. En lugar de centrar el análisis en una revisión pre y post, este diseño ayudó a entender en qué medida se habían alcanzado los objetivos del proyecto, y en qué medida las intervenciones facilitaron este logro.
2. **Evaluación Intervención – Sin -intervención (control).** Se seleccionó un CS sin intervención (CS de primer nivel de Huanya Potosí) fuera del área geográfica de MSF. Esta propuesta se

² CSRA es una ONG boliviana fundada en 1983 que trabaja para poblaciones altamente vulnerables de áreas rurales y periurbanas con enfoque en familias, mujeres, niños y adolescentes. CSRA tiene más de 10 años de experiencia en el desarrollo de investigación social en El Alto, Bolivia y a nivel internacional.

fundamentó en el supuesto de que ambos sitios tienen condiciones operativas similares y están influenciados por los mismos factores socioeconómicos, culturales, políticos, de salud y ambientales, y que lo único que los diferencia es la intervención de MSF. El análisis comparativo se realizó utilizando información cuantitativa secundaria de indicadores del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) del MS.

La evaluación aplicó métodos mixtos, cualitativos y cuantitativos, utilizando datos primarios y secundarios sobre la prestación de servicios de salud materno infantil y atención de SSR. Para la recolección de datos primarios se realizó: una encuesta con madres seleccionadas al azar con al menos un hijo menor de dos años que residen en la zona desde el nacimiento del bebé (398); entrevistas semiestructuradas con actores clave, de MSF y personal de salud del MS (19); Entrevistas de salida con madres y Mujeres en Edad Fértil (MEF) inmediatamente después de ser atendidas en el servicio de salud (6), Grupos Focales (GF) con mujeres y adolescentes (10); y observación participante en actividades del programa (4).

Los datos secundarios incluyeron, la revisión exhaustiva de la información estadística recolectada de manera rutinaria por el proyecto. También se revisó el SNIS, fuente de información pública, para complementar el análisis. Esta fuente de información incluyó registros mensuales de CPN, partos, CPP y de PF.

Se llevó a cabo triangulación metodológica de los hallazgos para fortalecer la interpretación y análisis de los datos.

La evaluación se realizó teniendo en cuenta las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki y todos los procedimientos que involucran a seres humanos/pacientes fueron aprobados por el Comité Nacional de Bioética de Bolivia (Comité Nacional de Ética) y la Junta de Revisión Ética (ERB, sigla en inglés, *Ethical Review Board*) de MSF.

Las principales limitaciones de la evaluación incluyen: el enfoque en las intervenciones CONE y de PF (con análisis limitado de otros componentes del proyecto como VS, AAS o servicios para adolescentes), falta de datos de mortalidad y falta de análisis de causalidad. Durante la recopilación de datos, el personal de MSF seleccionó a los participantes de los GF y las entrevistas, y el proyecto recopiló los datos cuantitativos de forma rutinaria.

HALLAZGOS

PERTINENCIA

MSF adaptó con éxito los servicios de CONE a la percepción y cultura de la población objetivo en un corto período de tiempo. Durante el proyecto, las salas de trabajo de parto y posparto de las dos maternidades de San Roque y Franz Tamayo se adaptaron con pinturas de colores y telas tradicionales. Ambas maternidades instalaron calefacción central alimentada por paneles solares y gas domiciliario, la sala de partos tiene un sector con colchón en el piso, una cuerda y un perchero para que las mujeres se sujeten mientras puján. La sensibilidad cultural se ha logrado promoviendo una atención de salud de calidad con un trato respetuoso y digno a las pacientes, así como ofreciendo a las madres en trabajo de parto un parto natural y humanizado, incluyendo compañía en el parto y diferentes posiciones de parto, sin comprometer la calidad de la atención médica.

La estrategia del proyecto de MSF se alinea con el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el modelo boliviano de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) ambos centrados en las personas y no en las enfermedades. MSF también integró el enfoque de "tres demoras" para abordar los problemas clave para que las mujeres tengan acceso a

un parto seguro: (1) decidir buscar ayuda médica adecuada para una emergencia obstétrica; (2) llegar a un centro obstétrico apropiado; y (3) recibir la atención adecuada cuando se llega al establecimiento de salud.

El sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) del proyecto de MSF mostró limitaciones principalmente en el diseño de algunos indicadores, lo que dificultó los procesos de planificación, monitoreo y evaluación. La evaluación no encontró ningún plan o estrategia diseñada para la coordinación con socios clave, ni seguimiento conjunto del proyecto. Un período de dos años parece insuficiente en comparación con los objetivos del proyecto definidos y los desafíos contextuales.

Los resultados limitados en algunos de los componentes del proyecto, como los servicios de adolescentes, VS y AAS, sugieren que no se diseñaron o adaptaron adecuadamente para facilitar el acceso.

EFFECTIVIDAD

En comparación con los 1.024 nuevos embarazos esperados en el área geográfica de los dos CS apoyados por MSF, 1.536 (150%) recibieron CPN en 2020. Esta proporción mayor a la esperada se compara con una proporción mucho menor en el CS sin intervención (Huayna Potosí) es decir, 36% en 2019 y 25% en 2020. Estos resultados, por lo tanto, indican que los servicios de CPN proporcionados en CS apoyados por MSF tuvieron mejor desempeño de lo esperado y mejor que el CS que no es MSF. Esto se corroboró con hallazgos cualitativos que mostraron que las madres participantes estaban muy motivadas para buscar ayuda en los CS apoyados por MSF durante su embarazo, incluso en 2020, cuando las restricciones debido a la pandemia de COVID-19 fueron severas.

El cuarto CPN disminuyó entre 2019 y 2020 a un nivel que puede considerarse bajo. Esto puede estar relacionado con problemas administrativos (los requisitos de BONO) y con el sistema de reserva de fichas que desalienta a las madres a regresar a los CS. Estos problemas se agravaron durante la epidemia de COVID-19 en 2020.

Un total de 887 partos fueron atendidos en las dos maternidades apoyadas por MSF en 2020. El mismo año, la cantidad de partos esperados por el MS en esta área era de 929. Por lo tanto, MSF atendió el 95% de los partos esperados. Las entrevistas con las madres sugieren que los servicios de salud ofrecidos en las dos maternidades durante el parto respondieron a las principales necesidades y preocupaciones de la mayoría de ellas.

El CPP fue una de las intervenciones del proyecto más desafiantes. Al comienzo del proyecto, el 18% (164/924) de las madres que esperaban dar a luz recibieron CPP en los dos CS apoyados por MSF. Esta proporción aumentó al 86% (802/929) en 2020.

Tanto para partos institucionales como en CPP, el CS sin intervención tuvo resultados más bajos que los CS apoyados por MSF.

En ambos CS apoyados por MSF, las nuevas consultas de PF aumentaron de 446 en 2019 a 1273 en 2020 (Tabla 7). Los números correspondientes en el CS sin intervención fueron 331 y 276. Estos números representan el 10% de las MEF en 2020 para CS apoyados por MSF y el 3% para CS sin intervención de MSF en 2020.

Los implantes fueron el método más solicitado en los dos CS del proyecto; 39% en San Roque (408/1.041) y 49% (184/232) en Franz Tamayo. MSF fue percibida como pionera en el área del proyecto en ofrecer implantes.

Durante el 2020, se registraron un total de noventa (90) casos de víctimas de VS en los dos CS respaldados por MSF. Las principales causas fueron violación (32%), abuso sexual (13%) y violencia íntima de pareja (55%). El 81% de las mujeres que acudieron por VS recibieron apoyo psicológico.

En cuanto a la AAS, el total de casos en 2020 fue de veinte entre los adultos y adolescentes que asistieron (16 fueron remitidos a una ONG y cuatro se realizaron en CS de MSF). Como alrededor del 2.5% de las adolescentes son potencialmente elegibles para AAS debido a un embarazo no planificado en Bolivia, estas cifras pueden considerarse extremadamente bajas. Este es evidentemente un servicio difícil de implementar, debido a que las leyes nacionales actuales sobre AAS son bastante restrictivas.

El número de adolescentes de 10 a 19 años que asistieron a las consultas de PF en los dos CS apoyados por MSF fue de 180, lo que representa el 2% (180/9.199) de la población estimada de adolescentes en 2020 en el área cubierta por MSF. El porcentaje de consultas de PF para adolescentes en 2020 fue del 14% del número total de consultas de PF. En el CS sin intervención, esta proporción fue del 13%.

Las madres entrevistadas mencionaron que la atención amable, respetuosa y amistosa que recibieron facilitó su decisión de dar a luz en el CS. MSF contrató personal adicional (médicos y enfermeras) que contribuyó a la prestación continua de servicios de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que permanecieron disponibles incluso durante la convulsión sociopolítica de 2019 y la cuarentena por el COVID-19 en 2020. Las actividades de PS fueron clave para la participación de la comunidad, el fomento de la confianza y el uso de los servicios de salud por parte de las mujeres.

COBERTURA

Según la encuesta, el 96,5% (384/398) de las madres recibieron atención prenatal para su último hijo menor de dos años. Esta proporción es similar a la de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDSA) en El Alto (94,6%).

Entre las mujeres que buscaron atención prenatal en cualquier establecimiento de salud, el 92% (352/384) tomó la decisión por sí mismas (Demora 1). Los indicadores relacionados con la calidad del ANC, muestran que el 60% (229/384) tuvo cuatro o más ANC durante su último embarazo. Esta cifra es baja en comparación con los resultados de la EDSA para El Alto, con un 88% para 4 ANC (así como un 89% para el primer ANC con menos de 5 meses de embarazo) en 2016.

La encuesta de evaluación final mostró que el 76% (302/398) de las madres dieron a luz a su hijo menor en un centro médico (CS público y privado). La EDSA 2016 indica que el 92% de los partos en establecimientos de salud en el municipio de El Alto y el 62% en la población aymara. Estas cifras en la población mayoritariamente de origen aymara de El Alto son consistentes con nuestros hallazgos. El parto a domicilio parece ser todavía un desafío importante ya que el EDSA 2016 informa que el 11,5% de las madres a nivel nacional y el 8% en El Alto decidieron dar a luz en casa, mientras que la encuesta indica un 24% (96/398) en el área de MSF.

Con respecto al acceso al CS, la mayoría de las encuestadas que dieron a luz en algún establecimiento de salud (45%) (137/302) mencionaron que utilizaron un transporte privado para llegar al CS para el parto, seguido por el 32% de las madres (110/302) que llegaron al CS en transporte público, el 12% (35/302) caminando y el 5% (15/302) que llegaron en la ambulancia de MSF.

La encuesta de población reveló que la mayoría de los encuestados, el 93% (371/398), recibieron CPP en el área del proyecto.

El nivel de satisfacción de los encuestados fue alto, principalmente en relación con la temperatura física del CS y el confort con el mobiliario y la infraestructura.

Casi la mitad (45%; 180/398) de las mujeres entrevistadas (o su pareja) utilizan actualmente un método anticonceptivo. Esta proporción es superior a la del EDSA 2016 (32%). Los métodos modernos son los más utilizados (66% de los que utilizan un método anticonceptivo), fundamentalmente el implante (40%) y el condón (16%). El 81% de las mujeres (145/180) mencionaron que tomaron la decisión de usar un método de planificación familiar por sí mismas, y el 18% (32/180) dijeron que su esposo/pareja lo había tomado

Los principales factores que obstaculizaron la capacidad de MSF para llegar a la población objetivo fueron la distancia física y factores culturales como las creencias. Las mujeres que decidieron dar a luz en casa mencionaron su preferencia por un ambiente hogareño debido a la presencia y compañía de varias personas de confianza que brindan apoyo en diversas tareas relacionadas con el parto. La pandemia de COVID-19 parece haber exacerbado estas situaciones.

La atención médica continua y la actitud afectuosa y empática del personal de CS fueron factores clave para la cobertura y la voluntad de asistir al CS para el parto.

El programa para adolescentes de MSF enfrentó varios problemas que influyeron negativamente en el acceso de los adolescentes a los servicios de SSR. Las limitaciones financieras inesperadas de MSF hicieron imposible construir una estructura separada para el cuidado de los adolescentes. Como alternativa, se decidió implementar "*servicios amigables*" en los mismos ambientes de consulta general. Además, como se mencionó anteriormente, durante la cuarentena por el COVID-19 las unidades educativas se cerraron aproximadamente durante ocho meses en 2020, y por lo tanto las actividades para adolescentes se vieron afectadas.

EFICIENCIA

Las maternidades apoyadas por MSF fueron completamente renovadas/construidas anexas a las secciones ambulatorias existentes. También se construyó una estructura física adicional para albergar servicios auxiliares (lavandería, esterilización y salas de médicos y enfermeras), en estricto cumplimiento y coordinación con el Ministerio de Salud y adaptada culturalmente a las necesidades y expectativas de las pacientes. Además, MSF contrató a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales para que estuvieran a cargo de las actividades de SSR compartiendo turnos en la maternidad con médicos y enfermeras del Ministerio de Salud para realizar una actividad las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CONCLUSIONES

En el corto tiempo de implementación del proyecto, MSF mejoró significativamente el acceso de MEF a CONE, CPN, CPP y PF, siendo principalmente el parto institucional el componente más exitoso al poner en funcionamiento dos salas de maternidad. Estos CS apoyados por MSF proporcionan atención continua (24/7) multidisciplinaria (medicina, psicología, trabajo social) y servicios culturalmente adaptados a la población indígena aymara, en dos CS públicos de primer nivel del MS ubicados en áreas periurbanas de bajos ingresos en la ciudad de El Alto.

La comparación con un CS sin intervención con características similares y con mayor antigüedad sugiere que las intervenciones de MSF contribuyeron a mejorar el acceso a los servicios de salud.

La evaluación reveló diferencias entre los hallazgos de los indicadores de monitoreo y evaluación (M&E) del proyecto y la encuesta realizada en los siguientes componentes:

En primer lugar, con respecto al CPN los datos del sistema de M&E parecen más altos que los resultados de la encuesta. Esto parece indicar que el proyecto atendió a MEF de fuera del área geográfica del proyecto. Los datos cualitativos apoyan esta hipótesis.

En segundo lugar, con respecto a PF los datos de M&E parecen ser más bajos que los resultados de la encuesta. Esto indica que la prevalencia de uso de anticonceptivos es incluso mayor que la encontrada en otros estudios nacionales. Los hallazgos sugieren que las MEF del área de MSF buscan y obtienen servicios de PF en otros establecimientos de salud, principalmente de otros CS públicos en El Alto, ya que el programa nacional de PF ofrece servicios y métodos de PF gratuitos.

Un hallazgo positivo es el alto porcentaje de uso del implante, método introducido por MSF, como método anticonceptivo moderno entre MEF.

El corto tiempo del proyecto, además de la cuarentena por el COVID-19 que llevó al cierre de las unidades educativas, parece haber tenido una influencia directa en el programa de adolescentes de MSF, como lo confirman los datos de evaluación recopilados para este componente que muestran baja efectividad. Sin embargo, los adolescentes que participaron en la evaluación han mostrado alta satisfacción/aprecio con las actividades del componente de adolescentes (principalmente las actividades de prevención del embarazo no deseado) al inicio del proyecto.

Los otros dos componentes de SSR (AAS y VS) han mostrado ser menos exitosos. En el caso de la AAS, las leyes nacionales vigentes resultaron ser obstáculo con una ley de *aborto seguro* muy restrictiva que han dificultado las intervenciones del componente. MSF abordó la necesidad refiriendo a otra ONG para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el primer trimestre. La ILE en Bolivia se restringe sólo a casos de violación y, en la práctica, rara vez se hace debido principalmente a la falta de medicamentos, la falta de información y la capacitación limitada del personal. VS fue otro desafío de MSF frente a las leyes vigentes bolivianas que enfatizan la atención legal de la violencia sobre la atención médica integral.

El personal de salud de MSF ha sido el principal responsable de la operación de las maternidades, asegurando la calidad de la atención con sensibilidad cultural. Estos servicios han sido considerados como una contribución importante a la actual política nacional de salud SAFCI del MS y han fortalecido y generado sinergias con los programas nacionales de incentivos públicos para las MEF, como el Bono Juana Azurduy, el subsidio alimentario para mujeres embarazadas o el SUS. Analizando estos programas nacionales por sí solos, ellos son considerados beneficiosos para las MEF, pero muy problemáticos en sus procedimientos administrativos, convirtiéndose por sí mismos en una causa para que muchas mujeres embarazadas no alcancen a más controles prenatales.

El acceso se mejoró a través de promover cambios a nivel individual en las MEF empoderándolas para que busquen atención médica. En este sentido, MSF promovió una sólida participación de la comunidad y empoderamiento, principalmente en las MEF a partir de su estrategia de PS, generando confianza entre el personal del proyecto y las MEF. Muchas mujeres reconocen la importancia de ejercer su derecho a cuidar de su salud materna y salud reproductiva y demandan atención de calidad, lo que se refleja en el alto porcentaje de madres que han decidido, por su propia cuenta, buscar atención médica durante su embarazo, parto y después del parto y para acceder a los métodos de PF. Esta es una contribución importante del proyecto ya que un gran porcentaje de las mujeres que viven en el área del proyecto tienen un nivel educativo insuficiente y son reconocidas como población indígena aymara tradicionalmente considerada como una cultura patriarcal en todos los sentidos.

Otro aspecto fundamental del proyecto de MSF para mejorar el acceso parece ser el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres embarazadas para planificar su parto con anticipación, especialmente en lo que respecta a su transporte, principalmente para las mujeres que viven en lugares alejados del

CS. Muchas madres han utilizado la ambulancia adquirida por MSF o han identificado a un familiar/amigo con un medio de transporte que les ha facilitado llegar en el momento del parto, superando así una importante barrera geográfica.

En el sistema de gestión del proyecto se destaca una estructura clara de recursos humanos de MSF con un liderazgo sólido, que facilitó la ejecución del proyecto, y la asistencia técnica continua del personal expatriado de MSF en temas de salud materna y salud sexual y reproductiva. Cuando MSF se hizo cargo directamente de los dos servicios de maternidad en los dos centros de salud, el personal capacitado y motivado de MSF aseguró la calidad permanente de los servicios de salud materna y salud sexual y reproductiva con sensibilidad cultural, generando una alta satisfacción en las MEF y adolescentes atendidos.

El personal médico, de enfermería y administrativo del MS estaba a cargo de los otros servicios ambulatorios en ambos CS y aunque recibieron la misma capacitación en salud materna y salud sexual y reproductiva y calidad de atención, la mayoría de ellos no ofrecían el mismo nivel de calidad, según las MEF y los adolescentes entrevistados, comprometiendo su sostenibilidad. La planificación de MSF fue alimentada por la capacidad técnica del personal contratado para el proyecto, pero también por un grupo consultivo de MSF que ayudó al proyecto especialmente en sus fases iniciales. Sin embargo, la falta de planificación, monitoreo y seguimiento conjunto con las contra partes puede haber contribuido a la débil participación del proyecto por parte del personal del MS. Por otro lado, la falta de algunos procesos estándar recomendados, como la línea de base o las evaluaciones (a mediano plazo) han contribuido al débil monitoreo y evaluación del proyecto.

De acuerdo con las conclusiones de varios actores clave entrevistados, el proyecto de MSF es replicable en entornos similares como un modelo que incluye la mejora de los servicios de salud principalmente en base al "buen trato", sumado a la implementación coordinada de un componente de PS cuyo resultado es la aceptación y la mejora en el acceso. Hemos resumido las lecciones aprendidas de la evaluación, incluyendo hallazgos que recomendamos implementar, así como los hallazgos que demuestran ser buenas prácticas en el proyecto. Varios de las lecciones aprendidas están relacionadas a la gestión e implementación del proyecto

LECCIONES APRENDIDAS

1. Al principio, el proyecto llevó a cabo estudios exploratorios y tomó en cuenta los resultados de estos estudios en el diseño e implementación del proyecto.

Lección aprendida 1: Los estudios exploratorios al inicio de un proyecto son fundamentales para conocer las expectativas y necesidades de la población objetivo. La adaptación del proyecto a estas necesidades permite poner en práctica el enfoque de la atención en salud centrado en el paciente. Una organización con una mirada centrada en la cultura del paciente obtiene altos estándares de calidad de servicio, mayor seguridad para los pacientes, maximización de la eficiencia y resultados, óptima satisfacción del paciente y su familia y mayor compromiso de todos los que forman parte de la organización.

2. El Proyecto no tiene Línea de Base.

Lección aprendida 2: La información de línea de base es muy útil para conocer el estado del proyecto en su inicio. Medir el estado inicial de los indicadores clave del proyecto puede ayudar a los gerentes a identificar áreas que deben reforzarse desde el principio. Por otro lado, los estudios de línea de base pueden ser la mejor prueba de la validez de los indicadores que se medirán durante la vida del proyecto y son clave para poder medir el impacto de la intervención.

3. El modelo de atención de MSF implementado en El Alto incorporó elementos clave de la APS de la OMS y de la política nacional SAFCI, como la PS y la prestación de servicios de salud de calidad.

Lección aprendida 3: Trabajar con la comunidad en base a acciones de PS genera un compromiso comunitario que luego se convierte en empoderamiento, facilitando futuras acciones de sostenibilidad ya que la comunidad demandará acceso y calidad de servicios más allá del proyecto.

4. La sensibilidad cultural es la mejor práctica de este proyecto y se ha implementado con éxito. MSF ha contribuido a establecer puentes de comunicación adecuados entre el personal de salud y las MEF y los adolescentes mediante la generación de condiciones laborales favorables para el personal de salud de MSF y un sistema permanente de capacitación y seguimiento.

Lección aprendida 4: La sensibilidad cultural en el personal de salud se logra no solo con sensibilización, recomendaciones para mejorar la comunicación interpersonal o supervisando el desempeño del personal. Se logra fundamentalmente a partir de cultivar una relación de confianza entre el personal de salud y los pacientes, en este caso las madres o adolescentes del proyecto. Los esfuerzos realizados para los servicios de maternidad, especialmente en relación con la sensibilidad cultural, deben extenderse a otros servicios del CS.

5. El proyecto invirtió en desarrollar habilidades clínicas y trabajo en equipo entre el personal para manejar adecuadamente la atención obstétrica en los CS. El personal de salud fue adecuadamente seleccionado y bien capacitado. Los líderes del proyecto motivaron una dinámica de equipo positiva y la coordinación con todo el equipo del CS. Ilustrando esto último, durante la referencia de de pacientes críticos a un servicio de salud de mayor complejidad, los conductores de ambulancia y el personal de apoyo se integraron bien dentro del resto del equipo y contribuyeron positivamente a la gestión del paciente.

Lección aprendida 5: La mejora de los servicios de salud materna y SSR a nivel ambulatorio parece aumentar la cobertura y el acceso de CONE en áreas periurbanas con acceso limitado a estos servicios. El servicio permanente, los protocolos médicos para el manejo de casos, la referencia adecuada de emergencias obstétricas, la adecuada selección y capacitación del personal, la formación de equipos, la coordinación y la supervisión cercana son elementos importantes para ofrecer con éxito la atención obstétrica básica a nivel ambulatorio.

6. Los evaluadores tuvieron acceso al marco lógico del proyecto y planes particulares para algunos programas como el Plan de Abogacía, la estrategia de VS o la estrategia de PS. Sin embargo, no se vio un plan que considerara a otros socios (Mi Salud, Comunidad, personal del Ministerio de Salud). Los socios, principalmente el personal de salud del MS, no conocían los detalles del proyecto, como los objetivos o las principales actividades planificadas.

Lección aprendida 6: La planificación participativa entre MSF y sus socios fortalecería la relación entre ellos, mejoraría la implementación del proyecto y permitiría identificar responsabilidades/roles de cada socio en un proyecto que beneficia a la población a la que todos sirven.

7. La mayoría de los indicadores del marco lógico, especialmente CONE y SSR, no tenían metas definidas ni métodos establecidos sobre cómo calcularlos. La mayoría de los indicadores eran complejos/combinados e incluían muchas variables, lo que hace difícil su medición. Los socios, principalmente el personal de salud del MS, no conocían los detalles de los objetivos e indicadores del proyecto.

Lección aprendida 7: Los indicadores de un proyecto son iguales o más importantes que los mismos objetivos ya que de ellos depende medir lo que se debe medir. Por lo tanto, los indicadores deben ser claros y evitar combinaciones de variables en un solo indicador, lo que dificulta su medición. La estructura de los indicadores también debe construirse cuidadosamente sobre la base de estándares nacionales o internacionales, si es posible. Los objetivos y los indicadores deben cumplir con los criterios "SMART" (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y de duración determinada). Los objetivos deben socializarse para generar interés tanto en MSF como en el MS u otros socios clave.

8. El proyecto de MSF ha monitoreado periódicamente los indicadores del proyecto. Sin embargo, el personal de salud del MS y las autoridades locales vecinales mencionaron no haber participado en sesiones específicas de seguimiento del proyecto.

Lección aprendida 8: El monitoreo y la evaluación deben incluir un seguimiento regular de los indicadores del proyecto. El seguimiento participativo de los procesos durante el proyecto contribuye a su sostenibilidad y es una verificación de la eficacia de las intervenciones. El monitoreo participativo debe incluir socios clave (en este caso, el MS y la comunidad) en la revisión conjunta de los indicadores del proyecto, lo que contribuiría a la apropiación del proyecto por parte de otras partes interesadas. La evaluación del proceso (cualitativa y/o cuantitativa) tendría como objetivo medir la estrategia, las actividades clave y/o los componentes del proyecto verificando su suficiencia y relevancia.

9. El sistema de salud boliviano tiene una estructura de gestión muy compleja: el MS diseña políticas de salud y contrata parte del personal de salud; el SEDES, SERES y la Coordinación de la Red de Salud están a cargo de la implementación de las políticas del MS, y la Dirección Municipal de Salud responsable del mantenimiento de la infraestructura de salud y la provisión de medicamentos/insumos. Hay luchas de poder político entre ellos que dificultan la comunicación y la coordinación.

Lección aprendida 9: Cuando se trabaja con sistemas de salud complejos, los esfuerzos de abogacía e incidencia pueden llevar mucho tiempo. Es clave comprender a los diferentes actores involucrados y la forma en que interactúan entre ellos, así como considerar los esfuerzos adicionales y el tiempo necesario para involucrarlos con el fin de implementar proyectos y estrategias de incidencia de manera satisfactoria.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

En el 2015, Naciones Unidas (NU) estimó el número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe (LAC) en 7.300. Bolivia se encuentra entre países como Haití y Honduras con una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) por encima del promedio regional [1]. Entre los 3,6 millones de embarazos adolescentes estimados en la región en 2016, 1,4 millones (39%) resultaron en abortos, la mayoría de ellos clandestinos e inseguros [2]. Los países con grandes poblaciones de indígenas o afrodescendientes en América Latina (Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana) tienen los niveles más altos de TMM en la región. Incluso dentro de los países, la tasa de mortalidad de los pueblos indígenas es significativamente mayor que la del resto de la población. Por ejemplo, en Bolivia, el estudio nacional de mortalidad materna del 2011 mostró que el 68% de las muertes maternas ocurrieron en poblaciones indígenas. La causa más frecuente de mortalidad materna en la región es la hemorragia (23,1%) [3]. Estos países también tienen altos niveles de pobreza, así como insuficiente cobertura y calidad de atención. El acceso a la salud es difícil debido a la infraestructura limitada, la falta de personal de salud y la baja calidad de los servicios [4].

Varios estudios han abordado el análisis de diferentes estrategias implementadas con el objetivo de reducir las barreras de acceso a los servicios de salud materna y del recién nacido. Se analizaron estrategias centradas en la construcción de casas maternas, la promoción del parto vertical, las transferencias monetarias condicionadas o la promoción de servicios/protocolos "humanizados", que incluyen la presencia de familiares durante el parto. La evidencia muestra desconocimiento de las usuarias de la existencia de estas casas maternas [5], el poco aumento de la utilización de los servicios maternos y neonatales en los esquemas de financiamiento [6] o de la aplicación de protocolos de

atención al parto con adaptación intercultural. Esto último se debe a la falta de conocimiento de la existencia de estos protocolos entre el personal de salud [7]. Por el contrario, existe una creciente evidencia de que la calidad percibida de los servicios de salud y la satisfacción con la atención pueden tener una mayor influencia en el comportamiento de búsqueda de atención del parto [8], que también está relacionado con el comportamiento descortés del personal [9] o la "pésima calidad de los servicios de salud percibida por la comunidad" [10]. Por otro lado, se encontraron mayores niveles de satisfacción de los usuarios del servicio en un grupo de pacientes que asistieron a los hospitales que participaron en un Programa de Mejoramiento de la Calidad en Perú [11].

En Bolivia, y específicamente en El Alto, la mayoría de la gente prueban primero la automedicación y usan remedios caseros, luego la medicina tradicional (Demora 1), y solo como tercera y última opción, acuden a un centro de salud en caso de problemas de salud. Algunas de estas personas experimentaron maltrato, discriminación, falta de privacidad, largos tiempos de espera y la disponibilidad de inadecuados servicios higiénicos en establecimientos públicos de salud (Demoras 2 y 3) [12]. Además del acceso limitado y la insatisfactoria calidad de los servicios, los factores culturales (aymara) también juegan un papel en las bajas tasas de búsqueda de atención en los establecimientos de salud públicos. Una investigación antropológica realizada por Joaquim Guinart en 2017 para MSF confirma que la cultura tradicional aymara tiene una perspectiva diferente sobre la salud. La integridad del cuerpo es muy valorada y vista como esencial en la preservación de una buena salud. La cirugía y las inyecciones se perciben como dañinas, ya que exponen el cuerpo a elementos exteriores. Aunque las estrategias actuales del gobierno incluyen planes de seguros públicos o transferencias monetarias condicionadas que alientan a las mujeres a visitar los servicios de salud, las mujeres a menudo se encuentran con indiferencia y hostilidad en el establecimiento de salud [13].

En este contexto, en el año 2017 MSF decidió iniciar, en coordinación con el MS, un proyecto en la ciudad de El Alto con el objetivo de contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad de mujeres y adolescentes en la Red de Salud Lotes y Servicios. Este informe resume las conclusiones de la evaluación externa de este proyecto, mismo que se llevó a cabo en los dos CS (Franz Tamayo y San Roque) donde se implementa el proyecto y dentro de su área geográfica de influencia. La evaluación se realizó en estrecha colaboración con el Centro Operativo en Bruselas (COB) de MSF y el MS.

La evaluación fue realizada por el Consejo de Salud Rural Andino (CSRA), Organización No Gubernamental (ONG) boliviana fundada en 1983 que trabaja para poblaciones de alta vulnerabilidad en zonas rurales y periurbanas con un enfoque en familias con mujeres, niños y adolescentes. CSRA tiene más de 10 años de experiencia en el desarrollo de investigaciones sociales en El Alto, Bolivia y a nivel internacional.

CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

El Alto es la ciudad más joven de Bolivia a 4.000 metros sobre el nivel del mar con un millón de habitantes, limita con la ciudad de La Paz. Inmigrantes de varias comunidades rurales aymaras constituyen alrededor del 80% de la población de El Alto [14].

El Alto cuenta con 53 establecimientos públicos de salud, organizados en cinco redes de salud, cuenta con un hospital especializado en VIH, tres hospitales de segundo nivel y un hospital de tercer nivel (Hospital del Norte). Este último atiende actualmente exclusivamente a pacientes con COVID-19, desde hace más de tres meses. De los 53 servicios públicos de salud sólo 14 atendían las 24 horas, antes de que inicie el proyecto, incluida la atención materno infantil.

"Mi Salud" es una de las principales estrategias de salud pública a nivel nacional implementada desde el año 2013 en la ciudad de El Alto, constituida por médicos bolivianos que trabajan desde una

estructura física comunitaria muy pequeña, los "Consultorios Vecinales" (CV). Proporcionan servicios de salud gratuitos, como detección de enfermedades, tratamiento básico de enfermedades y referencia de complicaciones a otros niveles, así como actividades de PS, en el establecimiento y a través de visitas domiciliarias.

Los servicios de salud gratuitos que brindan se enmarcan en los siguientes programas principales: a) Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI³) incluida en la Constitución de Bolivia en 2008. La idea es considerar a los individuos no de forma aislada, sino considerando el entorno, y dar a todos la opción de "vivir bien" (vivir una vida buena y saludable). SAFCI implementa la filosofía de la Atención Primaria de Salud (APS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de lograr un sistema integrado que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación, e involucre a todos los actores relevantes, incluidos los del nivel comunitario; b) El Bono Juana Azurduy (un programa de transferencia monetaria condicionada, también conocido como BONO). Las embarazadas, lactantes y madres con niños hasta dos años son elegibles para el BONO, sumado al beneficio de un paquete o subsidio alimentario que reciben luego de completar los controles prenatales, el control posparto y los controles de los niños. (BONO); c) El Sistema Único de Salud (SUS, Sistema Único de Salud), implementado desde febrero de 2019, busca formas de implementar la atención médica gratuita para toda la población (la anterior Ley 475 brindaba atención médica gratuita sólo para mujeres embarazadas y posparto, niños menores de cinco años y ciudadanos mayores de 60 años). Lamentablemente, la implementación del nuevo SUS continúa teniendo problemas administrativos lo que genera dificultades de acceso a este beneficio. El programa Mi Salud ha sido considerado como el brazo adecuado para implementar estos programas nacionales.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

En 2017, MSF decidió iniciar, en coordinación con el MS, un proyecto en la ciudad de El Alto que tenía como objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna de mujeres y adolescentes de Red Lotes y Servicios en El Alto, Alto Bolivia. El objetivo específico establecía *"Las mujeres y adolescentes de Red Lotes y Servicios (Centros de Salud San Roque y Franz Tamayo) en El Alto, hacen uso de los servicios de salud reproductiva curativa y preventiva de calidad y accesibles que brinda el proyecto"*.

MSF está operando en una de las cinco redes de salud de El Alto, Red Lotes y Servicios, apoyando a dos CS de primer nivel, Franz Tamayo y San Roque. Hay 13 CV en el área de los dos CS apoyados por MSF. La Tabla 1 muestra información breve sobre las intervenciones clave y el apoyo de MSF en relación con los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE), el Control prenatal (CPN), el Control Posparto (CPP), y un paquete básico de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Este último incluye planificación familiar (PF), Atención del Aborto Seguro (AAS) y atención de Violencia Sexual (VS):

Tabla 1. Intervenciones del Proyecto MSF

Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE)	Control Prenatal (CPN)/ Control Posparto (CPP)
Pequeñas obras de construcción, rehabilitación y mantenimiento de los dos CS (Franz Tamayo y San Roque)	Provisión de CPN y CPP de calidad y seguimiento.
Donación de equipamiento médico y mobiliario (La sala de partos tiene un espacio con un colchón en el suelo, una cuerda y un perchero para que las mujeres se agarren mientras puján)	Capacitación de técnicos de laboratorio y provisión de suministros de laboratorio para pruebas de laboratorio requeridos en el CPN.
Capacitación y seguimiento al personal médico y de enfermería en protocolos relacionados con CONE, en curso.	Reparación del ecógrafo.

³ SAFCI is the Bolivian inter-cultural model for Primary Health Care

Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE)		Control Prenatal (CPN)/ Control Posparto (CPP)	
Provision de una ambulancia y contratación de conductores.		Fortalecimiento de la estrategia de Plan de Parto, estrategia del Ministerio de Salud (revisado con cada madre/embarazada)	
Contratación de personal adicional (médicos y enfermeras).		Prestación de servicios de atención multidisciplinaria para adolescentes (médica, psicología, trabajo social)	
Fortalecimiento del sistema de referencia. Ambulancia de MSF disponible para referencias del CS a hospitales de segundo y tercer nivel, así como de CV/casas a CS (Centro de llamadas para la ambulancia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana)		Donación de kits posparto para cada mujer que dé a luz en CS (champú, pañales, etc.)	
Adecuación de las salas de parto y posparto con pintura mural y telas de colores.			
Instalación de calefacción con calor central alimentado por paneles solares, y gas domiciliario.			
Salud Sexual y Reproductiva			
Planificación Familiar (PF)	Violencia Sexual / Violencia Intima de Pareja	Atención Segura del Aborto	Sevicios amigables para adolescentes
Capacitación al personal de salud en consejería de PF.	Fortalecimiento de la calidad de atenciones.	Referencia a otra ONG para AAS	Prestación directa de atención multidisciplinaria para adolescentes (incluidas consultas médicas, asesoramiento psicológico)
Adaptación y reproducción de materiales PF de MSF.	Capacitación del personal del MS en ptoocolos de atención de VS	Provisión de servicios AAS	
Suministro de métodos PF (implantes, píldoras, condones, dispositivos intrauterinos)	Atención multidisciplinaria		
	Contratación de psicóloga y trabajadora social		
Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)			
Promoción de la Salud (PS) apoya todas las intervenciones del proyecto. Liderados por el personal de PS de MSF en coordinación con la psicóloga y la trabajadora social de MSF, organizaron grupos de apoyo a pacientes para abordar las necesidades identificadas (grupos de madres, apoyo psicológico posparto, autoayuda, para romper el aislamiento de madres y compartir actividades y experiencias) Charlas educativas en colegios. PS se implementó en estrecha coordinación con el programa Mi Salud del MS.			

POBLACIÓN DEL PROYECTO

En la tabla 2, se muestra la población de los dos últimos años (2019 y 2020) estimada para la red de Salud Lotes y Servicios, a la que pertenecen ambos CS:

Tabla 2. Población del área de intervención del proyecto

Grupos de edad	%	2019			2020		
		CS SR	CS FT	Total	CS SR	CS FT	Total
Menores de 1 año	1.9	622	281	903	625	283	908
Adolescentes 10 - 14 años	9.75	3.199	1.447	4.646	3.216	1.454	4.670
Adolescentes 15 - 19 años	9.46	3.103	1.403	4.506	3.119	1.410	4.529
Mujeres en Edad Fertil (MEF) 15 -49	26.4	8.679	3.925	12.604	8.724	3.945	12.669
Embarazos Esperados	2.14	702	317	1.019	705	319	1.024
Partos Esperados	1.94	636	288	924	640	289	929
Población Total		32.804	14.833	47.637	32.973	14.910	47.883
Fuente: estimaciones del MS							

ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN

El objetivo general de la evaluación es evaluar la intervención implementada por MSF en El Alto con respecto a CONE, CPN, CPP, y SSR (incluyendo PF, AAS, atención de VS) y servicios amigables para adolescentes con especial atención en la pertinencia y eficacia.

Para lograr el objetivo general, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar en qué medida las intervenciones del proyecto son apropiadas a la percepción y cultura de la población objetivo (Pertinencia)
- Medir si las metas establecidas fueron alcanzadas (Efectividad)
- Medir en qué medida las actividades médicas llegaron a la población objetivo (Cobertura).
- Revisar los principales recursos que utilizó MSF para operar el proyecto (Eficiencia)

METODOLOGÍA

La evaluación aplicó dos diseños metodológicos:

Evaluación del Desempeño. La evaluación desempeño que buscó medir el cumplimiento de los objetivos de evaluación establecidos por MSF. En lugar de centrar el análisis en una revisión pre y post, este diseño ayudó a entender en qué medida se habían alcanzado los objetivos del proyecto, y en qué medida las intervenciones facilitaron este logro.

- **Intervención – Sin-intervención (control).** La comparación intervención- Sin intervención complementó la Evaluación de Desempeño, reforzando el nivel de análisis de la efectividad del proyecto. La falta de datos de línea de base en el proyecto hizo que este enfoque tenga mayor relevancia. En ese contexto, se seleccionó un CS sin intervención (el CS de primer nivel de Huanya Potosí) fuera del área geográfica de MSF. Esta propuesta se basó en el supuesto de que ambos sitios tienen condiciones de trabajo similares (CS públicos; implementación de los programas nacionales como el SUS, BONO; coordinación con el programa Mi Salud; camas de maternidad; apertura 24 horas) y están influenciados por los mismos -factores económicos, culturales, políticos, sanitarios y ambientales, y que lo único que los diferencia es la intervención de MSF. Sin embargo, cabe señalar que el CS sin intervención ofrece estos servicios, similares a los de MSF durante los últimos 5 años. El Anexo 1 muestra las variables y criterios utilizados para comparar los dos establecimientos de intervención y no intervención. El análisis comparativo se realizó con base en variables cuantitativas secundarias de los indicadores del SNIS del MS.

La evaluación aplicó métodos mixtos, en parte cualitativos ya que el objetivo de la evaluación requería un enfoque exploratorio para comprender y documentar las percepciones sobre pertinencia, eficacia y eficiencia, y en parte cuantitativo utilizando datos primarios y secundarios sobre la prestación de servicios de atención materno infantil y de SSR.

Los métodos utilizados para la recolección de datos primarios fueron una encuesta de población (398 madres seleccionadas al azar con al menos un niño menor de dos años residiendo en el área del proyecto desde el nacimiento del bebé), entrevistas semiestructuradas con actores clave (Mi Salud (19), entrevistas de salida con madres y Mujeres en Edad Fértil (MEF) después de recibir atención de salud (6), Grupos Focales (GF) (10) con mujeres y adolescentes, así como observaciones participantes (4).

Los datos secundarios incluyeron una revisión documental exhaustiva con información rutinaria de las actividades clave del proyecto (registros del sistema de Monitoreo y Evaluación - M&E - del proyecto, como control prenatal, partos en el establecimiento de salud, referencia de partos de riesgo a otros niveles de atención, atención de adolescentes, registros de usuarios de planificación familiar, entre otros documentos). También se revisó el SNIS del Ministerio de Salud para complementar el análisis

utilizando datos públicos. Esta fuente de información incluye registros mensuales de controles prenatales, partos, servicios de atención posnatal y servicios de planificación familiar.

Se llevó a cabo triangulación metodológica de los hallazgos para mejorar la interpretación de los datos donde los resultados de la encuesta se combinaron con hallazgos de las entrevistas individuales, de los grupos focales, observaciones, de la revisión de documentos y datos secundarios del sistema de M&E del proyecto; y del SNIS.

La evaluación se llevó a cabo considerando las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki y todos los procedimientos que involucran a sujetos/pacientes humanos fueron aprobados por el Comité Nacional de Bioética de Bolivia (Comité Nacional de Ética) y la Junta de Revisión Ética (ERB) de MSF. A todos los participantes de la evaluación se les entregó una hoja de información que detallaba el proceso de evaluación y se les invitó a aceptar (o rechazar) con un formulario de consentimiento que confirmaba que entendían de qué se trataba la evaluación, qué sucedería con sus datos y qué derechos tenían en relación con esos datos. Se solicitó autorización para la grabación de audio de todas las entrevistas y grupos focales. La encuesta de población se diseñó en español; sin embargo, también se tradujo al idioma aymara para tenerlo disponible en caso de que los encuestados se hubieran sentido más cómodos con el aymara durante la encuesta. El equipo de evaluación incluyó personas que hablan aymara presentes principalmente en los grupos focales para facilitar la discusión. Se tomaron todas las precauciones para proteger la privacidad de los sujetos de evaluación y la confidencialidad de la información de todos los participantes.

LIMITACIONES

RELACIONADAS AL ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

La evaluación prestó especial atención a las intervenciones CONE y PF. Otros componentes, como VS o AAS, no se evaluaron en profundidad por falta de datos utilizables y debido a que recopilar datos adicionales sobre aspectos tan sensibles hubiera requerido mayores consideraciones organizativas y éticas que estaban más allá del alcance de esta evaluación.

El componente de adolescentes del proyecto había sido simplificado en su implementación debido a recorte en el financiamiento de MSF en 2018. Este componente también había sido afectado por la crisis social en Bolivia en 2019 y luego el cierre de las unidades educativas por la pandemia del COVID-19. Por esa razón, la evaluación del componente de adolescentes fue limitada, utilizándose algunos datos cuantitativos secundarios del SNIS e información cualitativa primaria recopilada a través de grupos focales durante la evaluación.

La evaluación no recopiló información sobre gestión de seguridad del paciente porque no se logró consensuar una definición operativa utilizable durante la evaluación y porque por la pandemia se limitaron los métodos de observación directa en consultorios.

No se presenta información sobre mortalidad porque los datos disponibles del SNIS del Ministerio de Salud tienen serias limitaciones: el registro de mortalidad no se actualiza periódicamente y solo se registran algunas defunciones cuando esa información llega al CS ya que no hay vigilancia activa. Por tanto, los datos de mortalidad existentes no son confiables. Algún análisis realizado en esas circunstancias habría sido confuso o incluso contradictorio. Esta limitación no es crítica ya que el proyecto de MSF eventualmente busca impactar en el acceso y la aceptabilidad más que en la mortalidad (por razones explicadas en otra parte).

Esta evaluación detectó cambios estadísticamente significativos en varios indicadores del sistema de M&E, la encuesta de población y los métodos cualitativos. La comparación de intervención y no

intervención estuvo consistentemente a favor del proyecto de MSF. Sin embargo, dado que esta no es una evaluación experimental o de impacto, una serie de sesgos no identificados podrían explicar esta diferencia y no se puede inferir una causalidad.

RELACIONADO A LOS PROCESOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante la recolección de datos, la selección de los grupos focales y los participantes de las entrevistas fue realizada por personal de MSF, siguiendo criterios predefinidos por los evaluadores. Esto planteaba el riesgo de que el personal de MSF introdujera un sesgo de selección al elegir personas con un determinado punto de vista consciente o inconscientemente. Para mitigar esto, los evaluadores triangularon los hallazgos de grupos focales y las respuestas de las entrevistas con otros métodos de recopilación de datos.

Durante los grupos focales y las entrevistas, el equipo de evaluación recalcó a las participantes su no afiliación a MSF, lo que podría haber generado un riesgo de sesgo de respuesta. Creemos que este riesgo fue minimizado al reforzar el mensaje de que éramos externos a MSF y que sus percepciones se mantendrían estrictamente confidenciales.

El CS si intervención se seleccionó al azar, aunque no se puede excluir un sesgo de selección. El equipo de evaluación examinó varias formas de elegir estos CS para comparación para mitigar este riesgo. Los dos evaluadores principales confiaron en manejar este riesgo de forma adecuada, ya que no hubo diferencias o discrepancias obvias entre las distintas opciones de selección.

Se esperaba que la evaluación utilizara los registros del sistema de M&E del proyecto (indicadores del marco lógico del proyecto) como una de sus fuentes de información para medir la eficacia. Sin embargo, en vista de que se identificaron serias limitaciones en la construcción de numeradores y denominadores, así como en las definiciones de los indicadores del proyecto, se tomó la decisión de utilizar información del SNIS del Ministerio de Salud que incluye información estándar reportada por el proyecto mensualmente. El Anexo 2 describe las limitaciones detectadas en los indicadores del proyecto. Adicionalmente, los indicadores de efectividad probablemente estaban sesgados ya que se detectaron errores en las tablas de población del proyecto que reciben desde el Ministerio de Salud. Para los años 2019 y 2020, ciertos grupos de edad están sobreestimados, distorsionando el valor estimado de algunos indicadores.

La encuesta de población reveló una prevalencia muy baja de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia (11%) en comparación con las estadísticas nacionales que informaron que el 64% de las mujeres sufrieron violencia en 2016. Es probable que las preguntas sobre violencia en la encuesta fueron tan sensibles para las madres que ha generado un sesgo significativo de información.

HALLAZGOS

La siguiente sección describe los hallazgos dirigidos a evaluar las principales intervenciones implementadas por MSF en El Alto enfocando en la pertinencia, efectividad, cobertura y eficiencia.

PERTINENCIA

- En corto período de tiempo, MSF adaptó con éxito los servicios de salud materna y de recién nacidos a la percepción y cultura de la población objetivo. Logró implementar sensibilidad cultural promoviendo una atención de calidad con trato respetuoso y digno a las pacientes, así como ofreciendo a las madres opción del parto natural y humanizado.
- La estrategia del proyecto de MSF está en línea con el enfoque de la APS de la OMS, el modelo boliviano SAFCI y el enfoque integrado de las "tres demoras", abordando los problemas clave para que las mujeres accedan a un parto seguro y a la atención de SSR.
- El sistema de M&E del proyecto MSF mostró limitaciones principalmente en el diseño de algunos indicadores que pueden haber dificultado los procesos de planificación, monitoreo y evaluación. En la evaluación no se encontró ningún plan o estrategia diseñado para el seguimiento conjunto del proyecto. El período de dos años parece ser corto para la implementación del proyecto, teniendo en cuenta los objetivos definidos del proyecto y los desafíos del contexto.
- Los resultados limitados en algunos de los componentes del proyecto, como los servicios para adolescentes, VS y AAS, sugieren que no fueron diseñados o adaptados adecuadamente para facilitar el acceso.

¿SON APROPIADAS LAS INTERVENCIONES DE SALUD SEGÚN LA PERCEPCIÓN Y CULTURA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO?

MSF ha realizado importantes esfuerzos para adaptar los servicios de salud materna y de recién nacidos a la percepción y cultura de la población objetivo. Al inicio del proyecto, MSF llevó a cabo estudios para entender las necesidades y expectativas de mujeres y adolescentes con respecto a los servicios de atención materna y de SSR y para identificar las razones del acceso limitado de MEF y adolescentes a los servicios de salud. Un estudio exploratorio en 2018 reveló que las principales razones para no asistir a los CS fueron la falta de sensibilidad cultural, la larga espera de los pacientes, la falta de recursos humanos, la falta de atención continua, el abuso y la actitud discriminatoria hacia la población indígena, así como la violencia obstétrica. Entre las razones tradicionales y culturales se identificaron al "frío" que significa un ambiente frío en el CS (estructura física, mobiliario y mesa de parto) así como la baja temperatura de la madre y del recién nacido durante el parto; la preferencia sobre la posición para el parto, la compañía en el momento del parto y los alimentos (principalmente sopas y té calientes) después del parto, como razones de mujeres para no buscar ayuda en el establecimiento de salud.

Durante el proyecto, MSF adaptó las salas de parto y posparto de dos maternidades, San Roque y Franz Tamayo con pintura de colores y tejidos tradicionales. En ambas maternidades se instaló calefacción central alimentada por paneles solares y gas domiciliario, la sala de partos tiene una sección equipada con un colchón en el suelo, una cuerda y un perchero para que las mujeres se sujeten mientras puján en el trabajo de parto "tradicional". El personal administrativo de cada CS ofrece a las madres desayuno, almuerzo y cena en horarios específicos. Después del parto, las familias disponen de una cocina común para preparar té y calentar sopa. La sensibilidad cultural se logró promoviendo una atención con trato respetuoso y digno a los pacientes, así como ofreciendo a las madres parto natural

y humanizado, lo que incluye presencia de un acompañante en el momento del parto y elegir la posición que la mujer prefiera (horizontal, vertical o senatada, de cuclillas), sin comprometer la calidad médica de la atención.

La mayoría de las madres que participaron en las entrevistas de salida expresaron satisfacción porque la mayoría de sus necesidades y expectativas habían sido cubiertas durante la consulta médica. Las madres apreciaron y valoraron más la forma en que el personal de salud las había tratado, con cariño, más que la nueva infraestructura o la oferta de compañía en el parto o la posición de preferencia para dar a luz. De hecho, la encuesta de población realizada reveló que 8 de cada 10 madres no solicitaron el parto "tradicional". Un estudio de satisfacción realizado por MSF en el primer trimestre de 2020 (antes de la pandemia) mostró que solo el 63% de las madres tuvieron compañía durante el parto. Al respecto, la encuesta poblacional mostró un 24% en el mismo indicador, durante la pandemia de COVID-19, lo que parece ser la principal causa de esta reducción. Sin embargo, las madres mencionaron que, aunque sus maridos/parejas no podían estar con ellas en el momento del parto, la buena actitud del personal de MSF compensó esa ausencia.

La actitud amable, cariñosa y empática de la mayoría del personal de salud fue el comentario más frecuente de las madres participantes de los GF y entrevistas de salida que buscaron ayuda en el CS para su parto. Además, las madres que habían recibido atención respetuosa, cariñosa durante el parto se comunicaban y animaban a otras madres embarazadas de su familia y su entorno social a buscar atención en el CS.

En la mayoría de las entrevistas con actores clave se mencionó que el modelo de MSF es apropiado para la cultura aymara de El Alto y congruente con las políticas nacionales de salud materna *"el modelo de MSF es una buena práctica que permite aplicar el modelo SAFCI ..."* *"...Este modelo debería implementarse en la mayoría de nuestros CS porque esto es lo que necesita nuestra gente ..."*

¿ES APROPIADA LA ESTRATEGIA GENERAL DE MSF PARA ALCANZAR SUS OBJETIVOS?

En esta sección se destacarán los aspectos clave relacionados a la pertinencia de la estrategia de implementación del proyecto: el enfoque, las herramientas estratégicas como el marco lógico y el cronograma que influyó en la ejecución del proyecto.

La estrategia general de MSF toma en cuenta la Atención Primaria de la Salud (APS) de la Organización Mundial de la Salud y el modelo SAFCI de Bolivia. Ambos, la APS y la SAFCI se enfocan en las personas más que en la enfermedad [22]. El enfoque APS de la OMS considera tres principios: 1) satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida; 2) abordar los determinantes de la salud mediante políticas y acciones multisectoriales; y 3) empoderar a las personas, las familias y las comunidades para que se apliquen el auto cuidado.

En este marco, la estrategia de MSF incluye dos de los tres componentes principales del enfoque APS:

1. Satisfacción de las necesidades de salud de las personas: El proyecto comenzó con un estudio exploratorio para conocer las necesidades de las mujeres y las madres con respecto a los servicios de salud materna y SSR. De esta forma se recogió su perspectiva sobre los problemas de salud y sus necesidades. Los servicios de salud materna se organizaron en función de estas necesidades, lo que facilitó la adaptación de los servicios a la población objetivo;
2. La estrategia de MSF no solo contribuyó a mejorar la utilización de los servicios de salud, sino también a empoderar a las mujeres/madres respecto al ejercicio de sus derechos, permitiéndoles exigir servicios de calidad, que es el segundo componente clave del enfoque APS.

MSF aplicó también el enfoque integral de las "tres demoras" para abordar cada uno de los desafíos que enfrentan las mujeres cuando buscan acceder a los servicios de salud para un parto seguro: (1)

decidir buscar ayuda médica adecuada en caso de emergencia obstétrica; (2) llegar a un centro de atención materno infantil apropiado; y (3) recibir la atención adecuada cuando se llega al establecimiento de salud. En este caso y dentro de este modelo, la estrategia del proyecto permitió abordar claramente estas tres demoras que se describirán en las siguientes secciones del informe.

El marco lógico es una herramienta que ayuda en el análisis integral de la cadena de resultados de un proyecto: insumos, procesos, productos, resultados e impacto esperado. Conduce a la identificación de indicadores de desempeño en cada etapa de esa cadena, así como de los riesgos que puedan impedir la consecución de los objetivos. Esta herramienta también ayuda a aclarar objetivos y diseñar actividades, así como a promover procesos de M&E. La evaluación detectó algunas limitaciones en el marco lógico del proyecto de MSF, específicamente algunos indicadores que eran muy complejos con muchas variables que dificultaron la medición, mientras que algunos indicadores no tenían una definición clara de cómo medirse. Estas limitaciones obstaculizaron el proceso de análisis, especialmente para los criterios de efectividad, como se menciona en la sección de limitaciones.

El personal de salud del MS (personal de Mi Salud y del CS) y las autoridades de la comunidad destacaron los esfuerzos de MSF para informarles sobre el progreso del proyecto, pero mencionaron no haber participado en procesos conjuntos de planificación o seguimiento y/o evaluación. Los socios, principalmente el personal de salud del MS, mencionaron haber tenido información limitada sobre el proyecto, como los objetivos o indicadores. Estos aspectos pueden haber influido en la apropiación limitada del proyecto por parte del personal del MS. La evaluación no encontró ningún plan o estrategia diseñada de coordinación/colaboración con socios clave, así como tampoco un plan o estrategia para el seguimiento participativo del proyecto.

En cuanto al cronograma, el proyecto se inició en abril de 2019 con coordinación a diferentes niveles para las construcciones, la capacitación del personal de salud, registrándose los primeros partos en septiembre en Franz Tamayo y en diciembre del mismo año en San Roque. El proyecto tuvo un corto período de tiempo para su implementación, de entre 12 y 15 meses antes de la evaluación. Este tiempo se acorta aún más debido a la pandemia por el COVID-19 que afectó a los establecimientos de salud. En este sentido, los resultados sugieren que buscar mejorar el acceso de mujeres y adolescentes a los servicios de salud materna y SSR, a través de empoderarlos para buscar ayuda, requiere más de dos años. Este desafío se vuelve aún mayor cuando se enfrentan los problemas estructurales del sistema de salud boliviano, especialmente en lo que respecta al número limitado de personal de salud en el primer nivel.

Los resultados limitados en algunos de los componentes del proyecto, como los servicios para adolescentes, VS y AAS (presentados en la siguiente sección “Efectividad”) sugieren que estos componentes no fueron diseñados adecuadamente, especialmente en lo que respecta a las intervenciones necesarias para facilitar el acceso.

EFFECTIVIDAD

- El alto nivel de asistencia al CPN por parte de las mujeres embarazadas (148% en 2019 y 150% en 2020) supera lo esperado por el MS. Suponiendo que el número de partos esperados no fue subestimado en el área de MSF, este resultado sugiere que las madres que asisten al CPN de MSF provienen de lugares fuera del área objetivo del proyecto. El cuarto CPN disminuyó entre 2019 y 2020. Esto puede estar relacionado con el desaliento de las madres a asistir a controles consecutivos debido a los requerimientos administrativos del BONO y el sistema de distribución de fichas para la atención en los CS que fueron considerados problemáticos y desmotivantes acentuado por el COVID-19 en el 2020.
- Los partos institucionales se incrementaron en seis y ocho veces desde el inicio del proyecto. El CPP alcanzó el 86% de los partos esperados en 2020 con incremento claro y estadísticamente significativo con respecto al 2019.
- Las madres entrevistadas mencionaron que la atención amable, respetuosa y amistosa/cálida que recibieron facilitó su decisión de tener su parto en el CS. MSF contrató personal adicional (médicos y enfermeras) que contribuyó a mantener la atención continua 24/7 con servicios de salud materno infantil en los dos CS apoyados por MSF, permaneciendo disponibles incluso durante la convulsión sociopolítica del 2019 y el confinamiento por el COVID-19. Las actividades de PS fueron clave también para promover la participación y el establecimiento de confianza con la comunidad y la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres.
- Las consultas nuevas de PF en los dos CS apoyados por MSF se incrementaron del 2019 al 2020, y los implantes fueron el método más solicitado por las MEF.
- El número de mujeres atendidas para AAS (20) y VS (90) resultó bajo. La aceptación de los servicios de PF por parte de adolescentes de 10 a 19 años en los CS apoyados por MSF fue solo del 9% de los adolescentes que asistieron a los CS. La falta de acciones de PS para los adolescentes parece ser una razón clave para el bajo nivel de asistencia.

La sección de efectividad describe con detalle los hallazgos sobre las principales intervenciones implementadas por MSF en El Alto en relación con CPN, CONE, CPP, un paquete básico de SSR (incluida la atención de PF, AAS y VS) y los servicios amigables para adolescentes.

¿EN QUÉ MEDIDA SE ALCANZARON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS?

Atención Prenatal

El primer control prenatal se considera uno de los indicadores clave de acceso del programa de salud materna del MS. Se calcula como el número de mujeres embarazadas con primer CPN dividido entre el número de embarazos esperados. El número de nuevos embarazos esperados fue de 1.024 en el área geográfica de los dos CS apoyados por MSF en el 2020 y se detectaron 1.536 (150 %) nuevos embarazos (registrados para CPN) en el mismo período.

La Tabla 3 indica el valor de este indicador, 148% y 150% en el 2019 y el 2020 respectivamente, en los CS de MSF. Los valores de este indicador para el CS sin intervención (Huayna Potosí-HP) fueron de 36% y 25% en el 2019 y el 2020 respectivamente. La comparación chi-cuadrado entre los CS de MSF y el CS sin intervención proporciona un valor p de 0,00089 (Chi-cuadrado = 15,367) lo que indica que estas diferencias no solo son muy amplias, sino que también son altamente significativas estadísticamente.

Los valores altos para este indicador calculados para los CS de MSF pueden deberse a un error en el número de embarazos esperados (subestimación). También puede explicarse en parte por el hecho de que los CS apoyados por MSF atendían a mujeres embarazadas de un área no incluida en el cálculo del denominador. Por lo tanto, es probable que la aparente superioridad del rendimiento de MSF esté sobreestimada. En cualquier caso, también es importante mencionar que la promoción de los servicios de CPN de MSF comenzó siete meses antes de que se establecieran las dos maternidades, lo que podría haber contribuido significativamente a una alta aceptación de los servicios de CPN.

Tabla 3. Control Prenatal (CPN)

Año	San Roque			Franz Tamayo			Total MSF			Huayna Potosí (Sin-intervención)		
	1 CPN	Emb Esper	%	1 CPN	Emb Esper	%	1 CPN	Emb Esper	%	1 CPN	Emb Esper	%
2019	1101	702	157	413	317	130	1,514	1,019	148	423	1188	36
2020	1167	705	166	369	319	116	1,536	1,024	150	302	1193	25

Los hallazgos cualitativos detectaron una alta motivación de las madres participantes en los GF para buscar ayuda de los CS apoyados por MSF durante el embarazo, a pesar de las restricciones en el 2020 debido a la COVID-19. La mayoría de ellas mencionaron que querían saber el estado de salud de su

"Mi wawa (bebé) estaba trancada y vine para que vean mi informe de ecografía ... me dijeron que mi wawa ahora está en posición normal ... ahora estoy feliz"

"Estaba vomitando y pensé que no era normal, por eso vine a ver qué me estaba pasando".

"Tuve un poco de sangrado cuando estaba embarazada de tres meses y es por eso que vine al control".

bebé y, en segundo lugar, saber cómo estaba su propia salud. Algunas madres acudieron al CS motivadas por un "problema de salud" en ella o en su bebé:

Dos madres mencionaron que asistieron al CS para completar su proceso de inscripción para el Bono Juana Azurduy. Algunas madres jóvenes explicaron que sus amigas les habían recomendado y alentado a asistir al CS. Una de ellas dijo que, aunque su madre tuvo todos sus partos en su casa, ella quería saber cómo era la atención en un CS.

Muchas madres destacaron la calidad de la atención durante el CPN de algunos médicos y enfermeras, especialmente del personal de salud de MSF, de los que se refirieron como: "son buenos", "son sensibles", "cariñosos", "me gusta la forma en que me hablan", "explican muy bien", "se preocupan por nosotros", "son tranquilos, son muy pacientes", "son respetuosos", "te alientan!!!"

CPN adecuado

La evaluación del CPN adecuado (o la asistencia continua al CPN) utiliza dos indicadores complementarios: el número de mujeres que completaron su cuarto CPN dividido entre el número de embarazos esperados; el número de mujeres que completaron su cuarto CPN dividido entre el número de mujeres con primer CPN.

El valor del primer indicador fue de 101% y 85% en el 2019 y el 2020 respectivamente en los CS de MSF (ver Tabla 5). Este indicador fue de 29% y 22% en el CS HP (sin intervención) para los mismos años.

Tabla 4. Embarazadas con 4 CPN

Año	San Roque			Franz Tamayo			TOTAL MSF			Huayna Potosí (no-intervención)		
	4to CPN	Emb Esper	%	4to CPN	Emb Esper	%	4to CPN	Emb Esper	%	4to CPN	Emb Esper	%
2019	735	702	105	298	317	94	1033	1019	101	348	1.188	29
2020	617	705	88	257	319	81	874	1024	85	266	1.193	22

Estas cifras podrían interpretarse como una indicación de que el proyecto despertó el interés de las madres fuera del área de influencia para buscar atención en los CS de MSF. Durante todo el tiempo del proyecto, los dos CS hicieron esfuerzos para mantenerse abiertos. Por lo tanto, es posible que muchas madres que no encontraron atención en sus CS cercanos acudieron a los CS de MSF. Esta hipótesis está respaldada por los hallazgos en la siguiente sección sobre cobertura.

En cuanto al segundo indicador, la proporción de embarazadas que completaron cuatro o más controles prenatales fue del 57% en los CS de MSF en el 2020 (Tabla 5) mientras que en el CS sin intervención fue del 88%⁴. El valor de este indicador en los CS de MSF es menor que el objetivo del 80% > de los CS del MS. Además, su valor disminuyó de 2019 (68%) a 2020 (57%) en los CS de MSF y aumentó en el CS de HP (82% a 88%).

Table 5. Embarazadas con 4 CPN/al menos 1 CPN

Año	San Roque			Franz Tamayo			TOTAL MSF			Huayna Potosí (Sin-intervención)		
	4to CPN	1 CPN	%	4to CPN	1 CPN	%	4to CPN	1 CPN	%	4to CPN	1 CPN	%
2019	735	1101	67	298	413	72	1033	1514	68	348	423	82
2020	617	1167	53	257	369	70	874	1536	57	266	302	88

Como se explica más adelante, la información obtenida de las madres durante la evaluación permite asumir que los problemas detectados durante la distribución de fichas para las embarazadas que acuden al CS para recibir CPN⁵ se convierte en un factor desalentador para volver para más controles. Además, el BONO se considera un incentivo burocrático con procedimientos administrativos exigentes. Ambos factores se agravaron debido a la pandemia por el COVID-19 que generó restricciones adicionales en los CS.

CONE

Un total de 887 partos recibieron atención en las dos maternidades apoyadas por MSF en 2020. El mismo año, el número de partos esperados por el MS en esta área fue de 929. Por lo tanto, MSF atendió el 95 % de los partos esperados.

⁴ La cifra parece ser mayor, sin embargo, es debido a las cifras más bajas de nuevos CPN ANC detectados en el CS Sin-intervención.

⁵ El actual sistema de reserva de fichas del CS exige a las madres que lleguen al CS muy temprano en la mañana para obtener una "ficha" para ser atendidas. El personal de salud pone a disposición solo 15 fichas por la mañana y 15 por la tarde haciendo un total de 30 embarazadas por día. Cada madre recibiría una consulta de 15 minutos en promedio. Regularmente, más de 30 madres llegan al CS, lo que significa que muchas madres se quedan sin atención.

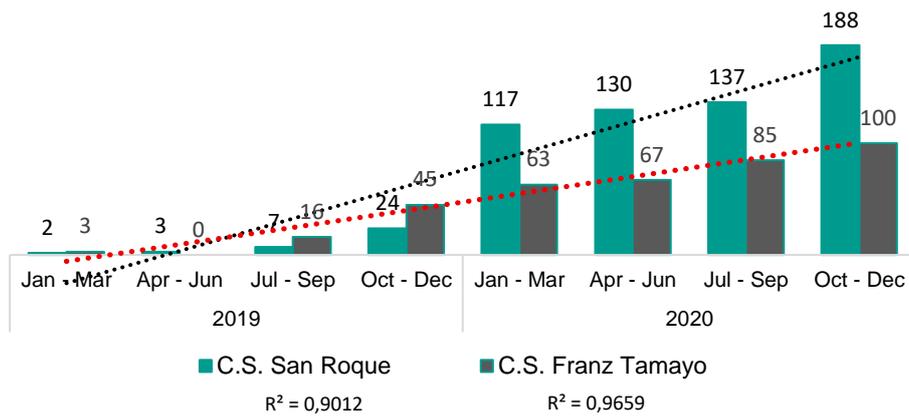


Figura 1. # de partos por trimestre- CS Franz Tamayo y San Roque

El número de partos atendidos en los CS se incrementó cada mes y trimestre (Fig. 1) desde el comienzo del proyecto de MSF. La Figura 1 muestra el número de partos en Franz Tamayo y San Roque. En FT, se incrementó en 6 veces, de 16 en el tercer trimestre de 2019 a 100 en el cuarto trimestre de 2020. En San Roque el aumento fue de ocho veces de 24 en el 4to trimestre de 2019 a 188 en el cuarto trimestre del Año 2020. La tendencia muestra un aumento lineal progresivo a lo largo del tiempo ($R^2 = 0,9$).

La Figura 2 también muestra un aumento lineal a lo largo del tiempo ($R^2 = 0,9$) para los CS apoyados por MSF desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020. No existe una tendencia similar a lo largo del tiempo en el CS sin intervención ($R^2 0,0001$) y la diferencia entre estas dos curvas es altamente significativa estadísticamente (Chi-cuadrado = 341, 6967).

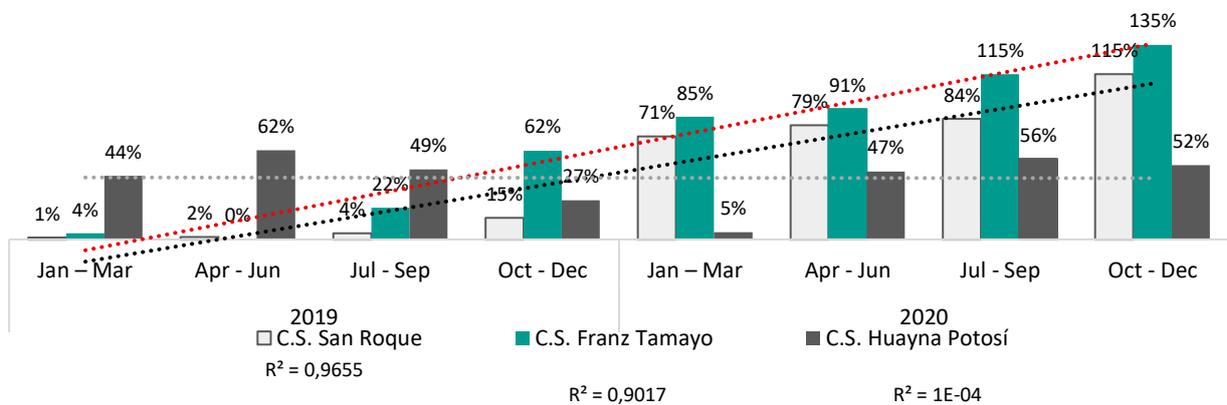


Figura 2. % Partos en CS (intervención y Sin-intervención)

Las respuestas de las madres a partir de los hallazgos cualitativos sugieren que los servicios de salud ofrecidos en las dos maternidades durante el trabajo de parto han respondido a las principales necesidades y preocupaciones de la mayoría de las madres.

"Hemos venido a calmar nuestro dolor pensando que los médicos han estudiado para cuidarnos... y en realidad, nos ayudaron".

"Desde el CPN, queremos que el parto salga bien, que el bebé esté bien, no es fácil y los doctores se preocupan por nosotras y nos dan ánimo".

Atención Pos-Parto

La atención pos-natal fue una de las intervenciones más desafiantes del proyecto. Al comienzo del proyecto, el 18% (164/924) de las madres que esperaban dar a luz recibieron CPP. Esta proporción aumentó a 86% (802/929) en 2020. Estos resultados se muestran en la tabla 6.

La proporción de madres esperadas para el parto que recibieron CPP en el CS de no-intervención fue del 38% en el 2020. Un valor de Chi-cuadrado de 223,7 comparando los CS apoyados por MSF y el CS de no-intervención indica que esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Según el número de partos registrados, la proporción de madres que recibieron CPP fue de 90% (802/887) en el 2020.

Tabla 6. CPP y partos esperados

Años	San Roque			Franz Tamayo			MSF Total			Huayna Potosi (Sin-intervención)		
	CPP	Partos Esperados	%	CPP	Partos Esperados	%	CPP	Partos Esperados	%	CPP	Partos Esperados	%
2019	90	636	14	74	288	26	164	924	18	287	629	46
2020	528	640	83	274	289	95	802	929	86	244	634	38

El personal de MSF entrevistado mencionó como monitorearon este indicador e implementaron diferentes estrategias para mejorarlo. Durante la gestación de las madres, a través de las actividades de educación de PS y a través de los CPN, se apoyó a cada madre a planificar su parto, que incluyó un registro de la información de contacto de la madre que fue luego utilizada por el personal de salud para el seguimiento de su CPN, su parto y la consulta posparto. Como resultado, el personal del proyecto llamaba y recordaba a las madres que no acudían al CS para su CPP. Además, cada madre recibió un incentivo en especie que consiste en un paquete de artículos de limpieza personal, así como ropa para el recién nacido. Varias madres destacaron la importancia de recibir estos incentivos que significaron un importante aporte a su familia.

Salud Sexual y Reproductiva

Planificación Familiar

Las consultas nuevas de PF en ambos CS apoyados por MSF se incrementaron de 446 en 2019 a 1.273 en 2020 (Tabla 7). Los números correspondientes en el CS sin intervención fueron 331 y 276.

En referencia de las MEF, estos números representan el 10% de las MEF en 2020 para los CS de MSF y el 3% para el CS sin intervención en el 2020. El Chi-cuadrado para comparar estas proposiciones indica que esta diferencia es altamente significativa estadísticamente (Chi-Cuadrado = 164.701; $p > 0.0001$).

Tabla 7. Consultas de PF

Años	San Roque			Franz Tamayo			Total MSF			Huayna Potosi (Sin intervención)		
	PF	MEF	%	PF	MEF	%	PF	MEF	%	PF	MEF	%
2019	291	8.679	3	155	3.925	4	446	12.604	4	331	8548	4
2020	1.041	8.724	12	232	3.945	6	1.273	12.669	10	276	8626	3

Al preguntar a las madres que participaron en las sesiones de PF, ellas compartieron impresiones principalmente positivas de esos servicios:

"Participé en sesiones grupales organizadas por MSF y también vine a las reuniones convocadas por la psicóloga o el personal de salud porque se convirtieron en nuestros amigos fieles".

"Solía escuchar sobre planificación familiar, pero no podía entender... aquí (en el CS) me enseñaron pacientemente y me convencieron".

Los implantes fueron el método más solicitado en los dos CS del proyecto, en San Roque 39% (408/1.041) y 49% (184/232) en Franz Tamayo. La evaluación destaca que MSF fue pionero en el área del proyecto en ofrecer implantes. El programa actual de SSR del MS lo menciona, pero aún no tiene los suministros disponibles para su distribución. Despertó el interés de muchas mujeres, incluidas mujeres de zonas geográficas alejadas de El Alto que viajaron para el implante:

"Me enteré por una pariente mía que estaban ofreciendo implantes, así que decidí viajar ... ellos (MSF) me hicieron sentir bien y ahora vuelvo a casa feliz".

"Me siento muy cómoda con el implante, pensé que iba a doler, pero no, estoy feliz".

Violencia Sexual Violence (VS)/Violencia de pareja

Noventa (90) casos de víctimas de VS se registraron durante 2020 en los dos CS apoyados por MSF. Las principales causas fueron violación en un 32%⁶, abuso sexual en un 13% y violencia íntima de pareja en un 55%. El 81% de las mujeres que consultaron por VS recibieron apoyo psicológico. El número de casos reportados en los dos CS de MSF es significativamente alto. Representa el 0,6% de las MEF en el área de MSF en comparación con un promedio del 0,08% a nivel nacional según el número de casos de VS registrados por la policía.

De hecho, los hallazgos cualitativos confirman que el personal del proyecto construyó confianza con las mujeres, quienes les permitieron hablar sobre la violencia, que consideran altamente sensible. Teniendo en cuenta que el sistema oficial en Bolivia enfatiza la atención legal en los casos de violencia contra las mujeres, antes de la atención médica, estos registros sobre la atención multidisciplinaria (apoyo médico/psicológico y de trabajadores sociales) en los CS apoyados por MSF son un hallazgo relevante.

Algunas expresiones de las madres participantes, apoyan estos hechos:

⁶ Violación = definida como penetración física forzada o coaccionada - aunque sea leve - de la vulva o el ano, con el pene, otras partes del cuerpo o un objeto; Abuso sexual = cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o actos para traficar, o dirigidos de otra manera, contra la sexualidad de una persona mediante la coacción, por cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, incluidos, entre otros, el hogar y el trabajo. Para el propósito de este informe, *el abuso sexual* no incluye la penetración.

"Vine aquí buscando ayuda por violencia que sufrí y la psicóloga me atendió en el momento en el que yo podía y quería contar sobre mi problema, por el contrario ... en otros lugares... uno tiene que adaptar su tiempo a los demás (en la policía, por ejemplo), o a veces te hacen esperar, no se preocupan por nosotros".

Interrupción Legal del Embarazo (Atención del Aborto Seguro -AAS)

El aborto inseguro y los embarazos no deseados estaban entre las principales preocupaciones de MSF antes de comenzar el proyecto, especialmente entre las adolescentes. MSF comenzó refiriendo casos de AAS a una ONG boliviana a quienes pagaba por los servicios y a fines del 2020 MSF comenzó a ofertar los servicios en los CS con soporte de ellos. Veinte mujeres entre adultas y adolescentes fueron atendidas en total en el 2020 (16 referidos a la ONG y cuatro realizados en los CS de MSF), lo que significa un uso extremadamente bajo considerando que Bolivia espera que alrededor del 2,5% de los adolescentes sean potenciales beneficiarios de AAS por embarazo no planificado.

La AAS en Bolivia es un servicio difícil de implementar, debido a las actuales leyes nacionales restrictivas. En el caso de la intervención de MSF sobre AAS, este componente no se hizo disponible en tiempo suficiente para que alcance a ser conocido en la comunidad.

Adolescentes

El programa de adolescentes de MSF se evaluó teniendo en cuenta el uso de los servicios de PF y salud materna, específicamente el CPN entre adolescentes de 10 a 19 años.

El número de adolescentes de 10 a 19 años que asistieron a consultas de PF en los dos CS apoyados por MSF fue de 180, lo que representa el 2% (180/9.199) de la población estimada de adolescentes en el 2020 en el área cubierta por MSF⁷.

La Tabla 8 muestra que el porcentaje de consultas de PF para adolescentes en el 2020 fue del 14% del número total de consultas de PF de las MEF. En el CS sin intervención esta proporción fue del 13%. Aunque estas dos poblaciones podrían tener diferentes necesidades, la comparación de los adolescentes y el uso por MEF puede ayudar a evaluar mejor el acceso de los adolescentes a estos servicios.

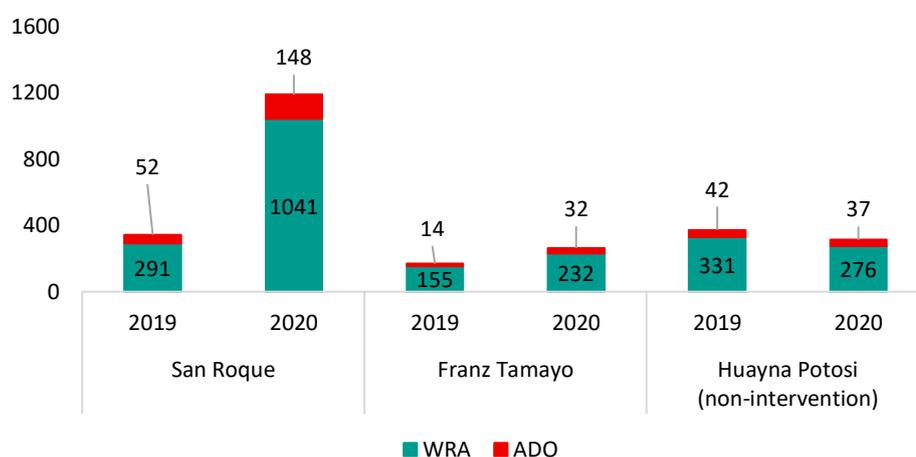


Figura 3. # de consultas de PF de Adolescentes y MEF

⁷ La cifra se obtuvo de la población del Proyecto (Tabla 2). Población objetivo del proyecto MSF 2021

Tabla 8. Adolescentes con consultas de PF comparadas con las de las MEF

Años	San Roque			Franz Tamayo			Total MSF			Huayna Potosí (Sin intervención)		
	PF ADO	PF MEF	%	PF ADO	PF MEF	%	PF ADO	PF MEF	%	PF ADO	PF MEF	%
2019	52	291	18%	14	155	9%	66	446	15%	42	331	13%
2020	148	1041	14%	32	232	14%	180	1273	14%	37	276	13%

La Tabla 9 compara todos los tipos de consultas (médicas, psicológicas, de enfermería y/o consejería) de adolescentes de 10 a 19 años con las consultas de PF en la misma edad. El porcentaje de consultas de PF para adolescentes es del 9% en el 2020 de todas las consultas de adolescentes⁸.

Además, el número total de consultas para adolescentes disminuyó en los dos CS apoyados por MSF y en el CS sin intervención de 2019 a 2020. En la misma línea, el volumen de consultas es similar entre los CS de MSF y el de sin intervención en los años 2019 y 2020. Esto sugiere que las intervenciones de MSF no lograron facilitar el acceso de los adolescentes a atenciones médicas o de PF.

Tabla 9. Adolescentes con consultas de PF comparados con el total de consultas de adolescentes

Año	San Roque			Franz Tamayo			MSF Total			Huayna Potosí (Sin intervención)		
	PF ADO	Tot ADO	%	PF ADO	Tot ADO	%	PF ADO	Tot ADO	%	PF ADO	Tot ADO	%
2019	52	1.449	4%	14	1.029	1%	66	2.478	3%	42	1.308	3%
2020	148	1.278	12%	32	731	4%	180	2.009	9%	37	714	5%

En la Tabla 10 se presentan datos sobre el uso de los servicios de salud materna por parte de los adolescentes de 10 a 19 años. En el 2020, el 13,5% de los embarazos atendidos en los CS apoyados por MSF eran adolescentes. Esta proporción es similar a la del embarazo en la adolescencia del MS a nivel nacional, 14,8% (DHS 2016).

Tabla 10. Adolescentes con CPN comparado con el total CPN (MEF)

Año	San Roque			Franz Tamayo			Total MSF			Huayna Potosí (No-intervención)		
	CPN 10-19	CPN Total MEF	%	CPN 10-19	CPN Total MEF	%	CPN 10-19	CPN Total MEF	%	CPN 10-19	CPN Total MEF	%
2019	98	1101	9%	47	413	11%	145	1514	9.6%	71	423	16%
2020	132	1167	11%	76	369	21%	208	1536	13.5%	62	302	20%

Para adolescentes que asistieron a los CS se desarrollaron sesiones de capacitación en grupos pequeños en el CS, particularmente para mujeres adolescentes embarazadas, bajo el liderazgo de la psicóloga y/o la trabajadora social, sobre el embarazo y planes de vida. La psicóloga también

"Aprendí que es un derecho venir a solicitar información para prevenir el embarazo, por ejemplo... hoy en día eso es un gran problema entre nosotros porque no tenemos información correcta".

"Las redes sociales nos ayudan, nos dan información, pero no es un espacio donde yo pueda tener la confidencialidad que nos aseguraba la psicóloga de MSF cuando participamos en las reuniones".

proporcionó asesoramiento sobre salud mental para adolescentes que necesitaban este apoyo, especialmente para adolescentes embarazadas. Un grupo de adolescentes que participaron en las sesiones de recordaban con gran satisfacción haber participado en esos encuentros.

⁸ Los evaluadores no pudieron encontrar datos desglosados por edad entre adolescentes para comparar el acceso entre adolescentes más jóvenes y mayores.

¿CUÁLES FUERON LAS RAZONES QUE FACILITARON EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS?

▪ **Actitud respetuosa y amigable con los pacientes y la gestión de Recursos Humanos (RRHH)**

La atención amable, respetuosa, amistosa y cálida facilitó la decisión de muchas madres de tener su parto en el CS. Los estudios en comunidades aymaras [17] destacaron la sensibilidad cultural como fundamental. Con el objetivo de promover la sensibilidad cultural entre el personal de los CS apoyados por MSF, el proyecto invirtió en: a) Un cuidadoso proceso de selección de RRHH (con prioridad de selección de personas que mostraron empatía); b) Sólido proceso de inducción con respecto a los principios humanitarios de MSF y los objetivos del proyecto; c) Capacitaciones teóricas regulares continuas y seguimiento al desempeño sobre todo del personal de ambas maternidades; d) Apoyo, y reconocimiento (valoración) permanente a los médicos y enfermeras. Valorar el trabajo del personal de salud es clave en la gestión de RRHH como menciona el libro *Quality of Health Care* [18]; e) Apoyo psicológico y de salud mental al personal de salud de los dos CS durante la primera fase de la pandemia de COVID-19.

▪ **Unidades de Salud Materna Funcionales (24/7)**

MSF contrató personal adicional (médicos y enfermeras) lo cual contribuyó con la provisión continua de servicios de salud las 24 horas del día y los 7 días de la semana, habiendo mantenido los servicios disponibles incluso durante la crisis sociopolítica en el 2019 en el país y durante el confinamiento por el COVID-19. Muchas mujeres embarazadas de otros sectores o vecindarios que encontraron sus CS cerrados fueron a buscar ayuda en los CS de MSF que permanecieron abiertos. Además, los dos centros de salud fueron renovados y reacondicionados: El proyecto donó equipo médico, como camas de parto, lámparas quirúrgicas y dopplers, medicamentos y otros suministros médicos y administrativos (para más detalles, consulte la sección "Eficiencia").

▪ **Promoción de la Salud**

Los resultados de la evaluación indican que la PS fue una de las estrategias clave que contribuyeron en la movilización comunitaria, la creación de confianza y el uso de los servicios de salud por parte de las mujeres y los adolescentes.

Esto es consistente con varios estudios que confirman la relación entre la sensibilización de las mujeres sobre los beneficios de tener el parto en un centro de salud y la elección del lugar de parto [19]. El personal de PS de MSF colaboró con socios locales (personal de Mi Salud, autoridades vecinales locales) motivándolos a participar en algunas actividades a nivel comunitario, como la información y la comunicación, y empoderamiento de mujeres y adolescentes. La estrategia de PS se orientó a tres grupos principales: 1) MEF, a través de charlas comunitarias, consjería en salas de espera de CS y promotores comunitarias/pares de la comunidad; 2) Adolescentes, organizando charlas en unidades educativas de nivel secundario y a través de la estrategia de pares (sin embargo, esta última no fue muy bien desarrollada, debido al poco tiempo que tuvo el proyecto); y 3) Autoridades Locales de Salud, a través de capacitaciones. Tanto para las MEF como para adolescentes, el objetivo principal de las actividades de PS fue promover la búsqueda de ayuda. El empoderamiento de la población objetivo fue el núcleo de las actividades de PS que buscó ayudarles en el auto cuidado de su SSR (Ver más detalle en el Anexo 3). Este componente fue implementado por un coordinador de MSF y dos educadores en salud, cada uno con sede en cada CS (Franz Tamayo y San Roque) en estrecha colaboración con Mi Salud del MS y con el personal de salud de las dos CS y las autoridades locales.

Entre otras actividades, 16 madres fueron capacitadas como promotoras comunitarias para difundir mensajes de salud, 1.367 adolescentes participaron en las charlas escolares y 13 autoridades locales fueron capacitados en SSR.

▪ **Adaptación al contexto y respuesta a los desafíos**

Los servicios de salud provistos estaban en línea con los estándares de MSF y se adaptaron a los protocolos de salud materna y de SSR del país y a la cultura local. En opinión de algunos socios locales, las consultas con familias de la población objetivo al comienzo del proyecto (estudios de exploración cualitativa y estudios antropológicos) fueron decisivas en la adaptación de estos servicios de salud a la cultura local. Todos los servicios de salud, principalmente el componente de VS, tenían un enfoque multidisciplinario que incluye servicios médicos, psicológicos y de trabajo social. La ambulancia de MSF⁹ que facilitó la atención del parto transportando madres desde los hogares hasta los CS fue percibido como muy innovador y apreciado por las familias en el área del proyecto. De hecho, la población encuestada reveló que el 5% de las madres que tuvieron sus partos en los CS usaron la ambulancia de MSF. Además, MSF estableció acuerdos público-privados durante el confinamiento por el COVID-19 (referencia a hospitales privados) que contribuyó a la continuidad de los servicios de salud materna y salvó vidas.

- ***Lenguaje Local***

La comunicación con los pacientes fue sólida, se facilitó en gran medida porque MSF tiene entre su equipo personal que habla el idioma indígena aymara, lo que contribuyó a fomentar la confianza y mejorar la prestación de servicios de salud de calidad.

- ***Integración y colaboración***

MSF implementó el proyecto en dos CS públicos, por lo que un gran porcentaje del tiempo y esfuerzos se dedicaron a establecer una relación de integración y de buena colaboración con diferentes unidades y programas del MS en diferentes niveles (local, municipal, departamental), así como con otros socios interesados, como el Gobierno Municipal a cargo, por ley, de los asuntos administrativos de los CS públicos. MSF colaboró también con las autoridades locales de salud para implementar principalmente actividades de PS.

La colaboración con el MS se formalizó mediante un acuerdo de cooperación. En los dos CS apoyados por MSF se estableció un método de trabajo mano a mano con el personal del MS, siendo MSF el principal responsable de la operación de los servicios de maternidad y de los servicios de SSR y el personal del MS a cargo de los otros servicios de atención ambulatoria (programas de salud para niños y adultos). MSF facilitó el desarrollo de capacitaciones en salud materna y SSR a través de entrenamiento teórico y asistencia diaria a médicos y enfermeras del MS desde el comienzo del proyecto. En la fase final del proyecto, el personal del MS comenzó gradualmente a realizar la atención del parto como parte de la estrategia de transferencia.

Las autoridades de salud departamentales y municipales, así como las autoridades locales de salud, reconocieron la relación establecida por el proyecto con la comunidad, calificando al proyecto como un "modelo intercultural exitoso", lo que significa que los servicios de salud ofrecidos se basaron y adaptaron a las necesidades/expectativas de las madres.

¿CUÁLES FUERON LOS FACTORES NEGATIVOS QUE INFLUYERON PARA NO CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS?

- ***Sistema de asignación de fichas para la atención***

⁹ La ambulancia de MSF, como parte de la fase de transferencia, será entregada al gobierno municipal en base a las competencias y responsabilidades municipales actuales que establecen a la alcaldía como la instancia responsable de la administración de los CS y hospitales públicos en Bolivia.

Tanto en las entrevistas como en los GF la mayoría de las madres, incluso las que viven cerca de los CS, se quejaron del sistema de distribución de fichas para atención de las consultas (actual sistema de reservas para consultas de las madres):

"Vengo muy temprano por una ficha, que se acaba rápidamente"

"Las filas para conseguir una ficha son muy largas ... muchas madres o los maridos vienen desde las cuatro de la mañana y es muy peligroso a esa hora".

La directora de uno de los CS mencionó, durante la entrevista, que el sistema de fichas se convirtió en un problema mayor debido a la pandemia por el COVID-19, ya que está relacionado con la decisión de los médicos de escalonar sus turnos de 24 horas, de tal manera que se encuentran menos médicos en un turno actualmente. Con menos médicos, hay menos tiempo para atender a todas las madres que llegan en un determinado turno.

▪ **Procesos Administrativos – Bono Juana Azurduy**

Aunque las madres participantes reconocieron los beneficios de esta transferencia monetaria condicionada (destinada a facilitar la atención adecuada del CPN a las mujeres embarazadas, mediante beneficios en efectivo si asisten al menos a 4 CPN), argumentaron que enfrentan muchas dificultades relacionadas con los procesos administrativos y la organización interna en los CS. Es importante mencionar que estos problemas fueron más evidentes en las respuestas de las madres de San Roque que en Franz Tamayo. En San Roque las respuestas sugieren que las madres tienen información insuficiente y confusa sobre los procesos y roles de los diferentes actores en el CS. Algunas madres mencionaron que hay tres miembros del personal de salud relacionados con el BONO, el médico responsable de la atención, el médico del BONO y el médico de un Subsidio de Alimentación (subsidio) que se da como complemento al BONO. Por otro lado, hay otras madres que respondieron que un solo médico se encarga tanto del bono como del subsidio. Ya sea que haya dos o tres médicos, las madres afirmaron que el personal de salud debería mejorar la coordinación entre ellos ya que no está confirmado cuándo estará el responsable del BONO/subsidio en el CS y considerando que el profesional responsable es itinerante:

"No hay comunicación, nadie sabe qué día vendrá el médico del BONO al CS, lo único que nos dice el personal del CS es que estemos atentos para cuando llegue, ¿cómo puedo estar atenta? Vivo lejos, tengo que salir de mi casa a las 4:30 de la mañana"

"... cuando llega el médico del BONO, aparecen largas filas con muchas madres y de paso solo ofrecen 15 fichas y nos dicen... sólo vamos a atender hasta aquí, para el resto nos dicen que volvamos el mes que viene"

"... Hace dos meses, cuando logré encontrar un espacio para la consulta del bono, el médico nos informó que se olvidó de traer los formularios de registro y nos dijo que volviéramos al mes siguiente"

"... una vez ...el médico de turno del CS se olvidó registrar mi CPN y el médico del BONO me dijo que debía tener controles completos y por eso no quería atenderme... no fue mi culpa"

La implementación compleja y disfuncional del programa BONO (basado en las percepciones de las mujeres embarazadas), parece poner en peligro su contribución potencial del BONO para motivar a las mujeres embarazadas a completar sus CPN.

En el 2019 se lanzó en el país la ley del SUS, que incluye el Seguro Universal de Salud. Esta nueva ley obligó a los bolivianos a pasar por un registro inicial. Este hecho agrava aún más el problema con el BONO ya que muchas madres mencionaron que no pudieron terminar el proceso de registro en el SUS, lo que nuevamente influye negativamente en los procesos con el BONO. Según las madres, no pueden registrar el SUS en el CS, por lo cual añade una preocupación más.

- ***Personal de salud insuficiente***

Como se describió anteriormente, el personal de salud del MS experimentó un aumento significativo en los servicios de salud materna que influyó negativamente en la promoción los servicios amigables ambulatorios o los servicios diferenciados de salud maternoinfantil y de SSR para adolescentes. Esto se vio agravado por el limitado personal del MS en los CS y el volumen de trabajo administrativo que deben realizar al implementar sus actividades.

- ***Cancelación de actividades de PS debido a la COVID-19***

La pandemia por COVID-19 representó un importante desafío para el proyecto de MSF, como para el resto del sistema de salud boliviano. Una consecuencia inmediata importante para el proyecto de MSF estuvo relacionada con las actividades de PS, especialmente las dirigidas a adolescentes. Como ya se mencionó, el componente del proyecto para adolescentes y jóvenes se basó en gran medida en un ambicioso plan de PS basado en charlas en unidades educativas (que abarca temas como los derechos de la SSR y los métodos anticonceptivos). Debido al COVID-19, los colegios se cerraron durante aproximadamente 8 meses en 2020, por lo que se cancelaron las actividades de PS. La falta de PS para los adolescentes parece ser una razón clave para el bajo acceso de los adolescentes a los servicios de SSR de MSF.

- ***Complejidad del Sistema de Salud***

La compleja estructura de gestión del sistema de salud boliviano fue una de las principales barreras que enfrentó el proyecto. Esto se refleja en la cantidad de instancias de autoridades sanitarias que existen, muchas de las cuales tienen diferentes dependencias institucionales y políticas. Para una solicitud específica, se preparaban notas al gerente de la red de salud, a la oficina regional de salud de El Alto (SERES), a la oficina departamental de salud (SEDES), y al Ministerio de Salud y aun a la secretaría de salud del Gobierno Municipal. Estos niveles de gestión tienen diferentes representaciones políticas que dificultan mucho la coordinación. Para agravar aún más el problema, todas estas oficinas presentan una alta rotación de personal. Por poner un ejemplo, el proyecto tuvo que coordinar con cinco ministros de salud en dos años. Estas barreras fueron especialmente relevantes durante las actividades relacionadas con la abogacía y la transferencia del proyecto, lo que retrasó la coordinación para gestionar recursos humanos (personal de salud) para reemplazar al personal de MSF cuando finalice el proyecto.

- ***Hospitales de Referencia***

La Red de Salud Lotes y Servicios, donde se encuentran los dos CS apoyados por MSF, no cuenta con un hospital de referencia de segundo nivel. El único hospital cercano es un hospital de tercer nivel que rechazó a varias madres que fueron transferidas de los dos CS apoyados por MSF. Peor aún, este hospital de tercer nivel fue declarado hospital de referencia COVID-19 durante la pandemia, lo que agravó las dificultades de MSF para referir emergencias obstétricas.

COBERTURA

- La encuesta de evaluación final evidenció que la población del área del proyecto de MSF está representada por personas de origen aymara indígena, de bajos ingresos económicos y nivel educativo insuficiente.
- Los resultados muestran cómo el proyecto de MSF ha contribuido a una alta cobertura del primer CPN, CPP y PF en la población objetivo.
- La cobertura del parto institucional es relativamente alta (76%), sin embargo, el parto domiciliario sigue siendo un desafío en el área del proyecto (24%) con cifras superiores a hallazgos de estudios nacionales. El CPN antes del quinto mes (58%) y el cuarto CPN (60%) muestran una baja cobertura. La baja cobertura del BONO (51%) sugiere problemas en su administración, consistente con los hallazgos cualitativos de la evaluación. El 45% de las mujeres entrevistadas mencionaron estar usando actualmente un método anticonceptivo.
- Un alto porcentaje de madres había decidido por sí mismas acceder a la atención prenatal, al parto y la FP, lo que sugiere importante contribución de MSF al empoderamiento de las mujeres para demanda de los servicios de salud materna y neonatal y de SSR.
- Los principales factores que obstaculizaron la capacidad de MSF para llegar a la población objetivo fueron la distancia, los factores culturales, las creencias y el maltrato por parte del personal de salud. La pandemia del COVID-19 parece haber agravado algunas de estos factores.

Esta sección analiza la medida en que la población dentro del área geográfica de MSF y la población objetivo tienen acceso a un servicio de salud específico promovido por el proyecto y los factores identificados. La información presentada utiliza como base los resultados de la encuesta de población y los GF realizados durante esta evaluación. Los resultados de la última Encuesta de Demográfica y Salud (EDSA) de Bolivia 2016 se utilizan en algunos casos con fines comparativos.¹⁰

Se puede notar discordancia en los resultados para los mismos indicadores en la sección de Efectividad, misma que se explicará en la sección de conclusiones.

Esta sección está organizada a través de los siguientes componentes del proyecto: CONE, CPN, Parto, Cuidados del recién nacido, CPP y satisfacción. La sección de SSR describirá indicadores clave relacionados con la PF y la Violencia de pareja. El Anexo 4 contiene una lista completa de los resultados de la encuesta.

Características sociodemográficas de las personas encuestadas: Un total de 398 mujeres en el grupo de edad de 19 a 49 años, madres de al menos un niño menor de dos años fueron seleccionadas al azar en las dos áreas geográficas (San Roque y Franz Tamayo). La edad promedio de los encuestados fue de 27 años y casi la mitad de ellas, 41% (165/398), eran madres jóvenes pertenecientes al grupo de 19 a 25 años.

¿EN QUÉ MEDIDA LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO HAN LLEGADO A LA POBLACIÓN OBJETIVO?

La encuesta revela que el 95% (377/398) del total de las encuestadas había terminado solo la primaria (32%) y secundaria (63%) (Figura No 4).

¹⁰ Hay dos diferencias entre la encuesta de población de evaluación final y la EDSA: las MEF en la encuesta de evaluación final tiene 19-49 Años y en la EDSA 15-49 Años. La encuesta de evaluación considera a las madres de niños menores de 2 años y las EDSA a los niños menores de 5 años. Incluso estas diferencias, y dado que ambas son aleatorias, se considerarían comparables con esa limitación

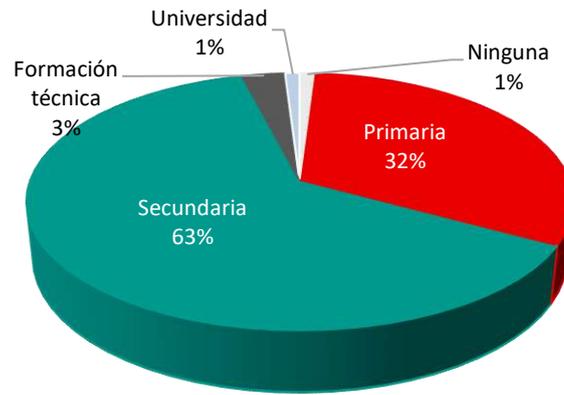


Figura 4. % Educación de las encuestadas (n=398)

La mayoría de las encuestadas tenía una casa alquilada y el 44% (174/398) mencionó que su casa era de su propiedad. Este último dato fue considerado como un proxy de la situación económica de las encuestadas. Solo el 29% (116/398) estaban casadas y el resto eran madres solteras o mujeres en unión estable.

Atención prenatal

Según la encuesta, el 96,5% (384/398) de las madres entrevistadas respondieron que recibieron CPN para su último hijo(a) menor de dos años, similar al hallazgo de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) para El Alto (94,6%). Entre ellas, el 98% (376/384) mencionó haber recibido atención en un CS del sector público. De las mujeres que buscaron atención en un CS público, el 54% recibió atención en CS apoyado por MSF, lo que sugiere que las mujeres utilizan otros CS públicos dentro del área del proyecto para hacer seguimiento de su embarazo.

La mayoría de las mujeres encuestadas (92%) (352/384) que buscaron atención en algún establecimiento de salud mencionaron que tomaron la decisión por sí mismas (Demora 1). Los indicadores relacionados con la calidad del CPN, muestran que el 58% (224/384) de las madres que recibieron atención en algún establecimiento de salud tuvieron su primer CPN antes del quinto mes y el 60% (229/384) recibió cuatro o más CPN durante el embarazo del hijo (a) más pequeño (a) (Figura 5). Estas cifras son bajas, en comparación con los resultados de la EDSA 2016 para El Alto, con 89% para el primer CPN antes del quinto mes y 88% para el cuarto CPN.

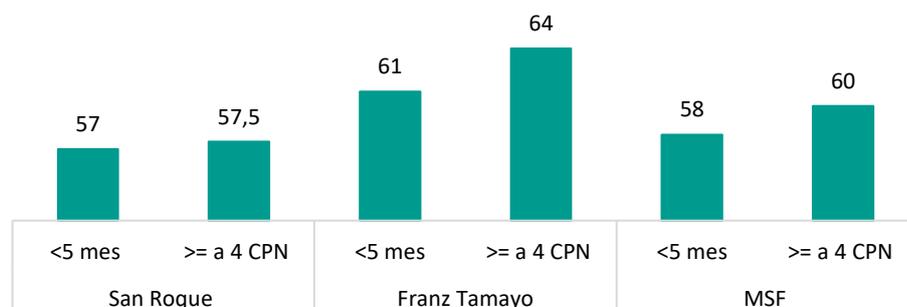


Figura 5. % Control Prenatal (n=348)

En cuanto a los servicios ofrecidos a las madres durante el CPN, el 96% de las encuestadas mencionó que recibió tabletas de sulfato ferroso y tomó 48 tabletas en promedio; El 86% de las mujeres

(331/384) recibieron 3 o más tipos de servicios complementarios y pruebas de laboratorio (ecografía; análisis de sangre para la detección temprana de anemia; sífilis; VIH/SIDA; infección urinaria; diabetes y vacunación contra el tétanos neonatal). Por el contrario, solo el 51% (204/398) (Figura 6) de las madres recibieron el Bono Juana Azurduy. Los hallazgos cualitativos revelaron problemas administrativos en los CS públicos que pueden influir negativamente en el CPN como se menciona en la sección de Efectividad.

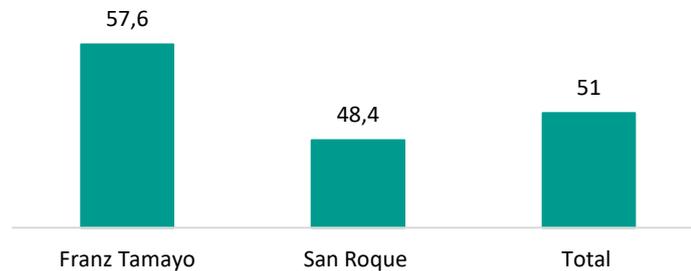


Figura 6. % Bono Juana Azurduy (n=398)

La mayoría de las encuestadas que recibieron atención en algún centro de salud, 96% (367/384) dijeron que recibieron información/asesoramiento durante el CPN de parte del personal de salud: lactancia materna (82%), alimentación adecuada durante el embarazo para la madre (76%), planificación familiar (67%) y señales de peligro durante el embarazo (58%) y plan de parto (56%). Sin embargo, menos del 50% de las madres mencionaron haber recibido información relacionada con señales de peligro durante el parto o durante el posparto o señales de peligro del recién nacido.

La encuesta muestra niveles relativamente bajos de conocimiento de las encuestadas sobre las señales de peligro. El gráfico No. 7 muestra que el 47% (187/398) de los encuestados mencionaron correctamente al menos 2 signos de peligro durante el embarazo; El 24% mencionó al menos dos signos de peligro durante el trabajo de parto, el 32% mencionó signos de peligro durante el período posparto y el 52% mencionó signos de peligro en el recién nacido.

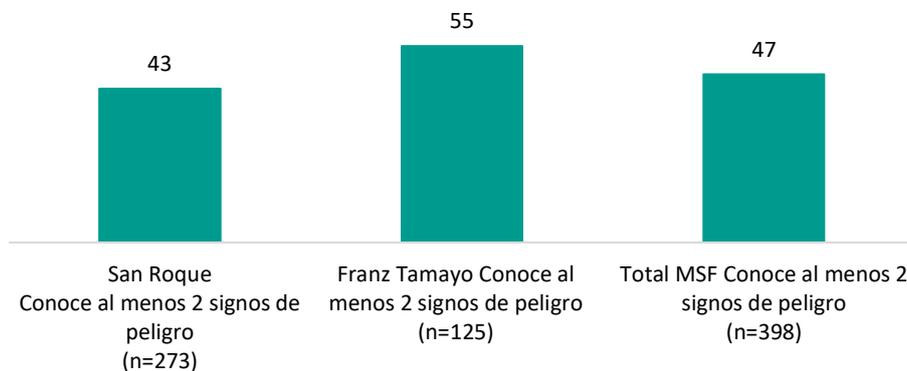


Figure 7. % Conocimiento sobre signos de peligro (n=398)

Entre las madres que respondieron que tenían una señal de peligro durante el embarazo, el 69% (109/158) mencionaron que buscaron ayuda en un CS por el signo de peligro.

Casi todas las encuestadas mencionaron que prepararon su parto (el 92% decidió dónde dar a luz: CS o casa; el 76% ahorró dinero para gastos adicionales del parto; y el 63% organizó ayuda con alguien para conseguir transporte).

CONE

La encuesta de población evidenció que el 76% (302/398) tuvieron su parto en un centro médico (CS público y privado) y el 24% (96/398) dieron a luz en casa. Del número total de partos ocurridos en cualquier centro médico, el 93% (281/302) ocurrió en un CS público y dentro de este grupo el 43% (121/281) de los partos recibieron atención en alguno de los dos CS apoyados por MSF. La mayoría de las madres (84%) tomaron la decisión por sí mismas de dar a luz en el CS (Demora 1).

La EDSA 2016 registró para el municipio de El Alto el 91,8% de los partos atendidos en centros de salud y para la población aymara el 62%, lo que da consistencia a los nuestros hallazgos. El parto a domicilio parece ser todavía un desafío muy importante ya que la EDSA 2016 reporta porcentajes más bajos (11.5% a nivel nacional y 8% en El Alto) de madres que decidieron dar a luz en casa en comparación con el 24% en el área geográfica de MSF.

Entre las madres que habían dado a luz en un centro médico (302), 204 (84%) mencionaron que querían un acompañante presente durante el parto, sin embargo, solo al 24% (72/302) se les aceptó. Sólo 56 madres (19%) que dieron a luz en un centro médico solicitaron una posición específica para el parto y entre ellas el 59% (33/56) fueron aceptadas.

Con respecto al acceso al CS, la mayoría de las encuestadas que tuvieron su parto en un centro de salud (45%) (137/302) mencionaron que utilizaron un transporte privado para llegar al CS para el momento del parto, seguido por el 32% de las madres (110/302) que llegaron al CS a través de transporte público, el 12% (35/302) de las madres llegaron caminando y el 5% (15/302) fueron en la ambulancia de MSF.

Atención al recién nacido: el 74% de las madres que tuvieron su parto en un centro de salud (223/302) recordaron que recibieron a sus bebés en el pecho después del nacimiento, y casi todas, el 99% (220/223) lo hicieron de inmediato en la primera hora, considerándolo como apego precoz. Sin embargo, habría que considerar que la pregunta de la encuesta tendría la limitación de no buscar detalles relacionados con el "apego piel a piel".

Por el contrario, solo el 19% (59/302) de las madres que habían dado a luz en un centro de salud recordaron que el personal de salud realizó profilaxis ocular en sus bebés y más de la mitad de las encuestadas (59%) no recordaba o no podía ver si se realizó este procedimiento.

Con respecto a la lactancia materna inmediata, el 75% (227/302) de las madres que dieron a luz en un centro de salud y solo el 44% (42/96) de las madres que dieron a luz en casa, mencionaron que comenzaron la lactancia en la primera hora.

Control Posparto

La mayoría de las encuestadas, 93% (371/398) recibieron CPP en el área del proyecto. De este grupo, el 95% (353/371) recibió atención en un CS público y el resto en servicios privados y comunitarios. Dentro de los CS públicos, el 80% (214/353) de las madres recibieron atención en ambos CS apoyados por MSF.

Más de la mitad de las mujeres atendidas por personal de salud (64%) (236/371) recibieron atención médica en un plazo de 8 a 29 días. La mayoría de las madres atendidas por profesionales de la salud (96%) (355/371) recibieron al menos dos tipos de servicios de atención médica (examen del ombligo

del bebé, asesoramiento sobre las señales de peligro del bebé, consejería sobre lactancia materna, medición de la temperatura del bebé, vitamina A para la madre).

El Gráfico No. 8 muestra el nivel de satisfacción de las encuestadas con los servicios recibidos del médico, enfermeras o del personal administrativo (recepcionista, personal de limpieza, otros) durante el parto. El gráfico también muestra el nivel de satisfacción con los principales servicios prestados en el CS (alimentos después del parto, calefacción en las habitaciones y mobiliario en salas de espera y camas en la sección de maternidad) durante la estadía en el CS. En todos los casos el nivel de satisfacción es alto, principalmente en relación con la temperatura ambiente del CS y el confort del mobiliario e infraestructura.

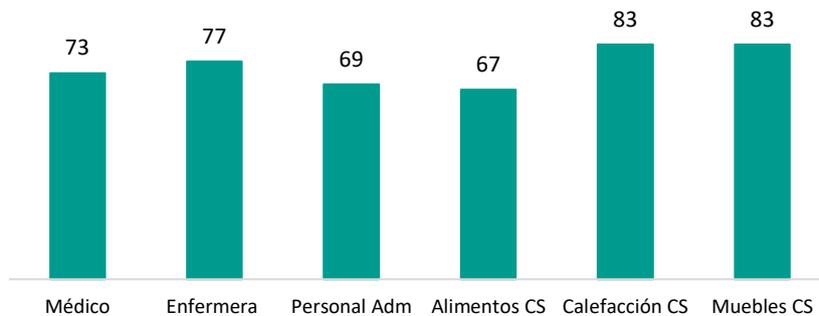


Figura 8. % Satisfacción Encuestadas (n=302)

Salud Sexual y Reproductiva

El 96% (382/398) de las mujeres encuestadas mencionaron haber recibido información sobre anticonceptivos. La mayoría de ellas, el 75% (286/382) recibió esta información de CS públicos, y un 49% (188/382) la recibió de CS apoyados por MSF. Otra fuente principal de información de PF es Internet y las redes sociales (23%) (89/382).

La Figura No. 9 muestra las respuestas de las madres relacionadas con la información que recibieron por tipos de métodos, destacando que las mujeres escucharon más sobre métodos modernos que sobre alternativas naturales o tradicionales.

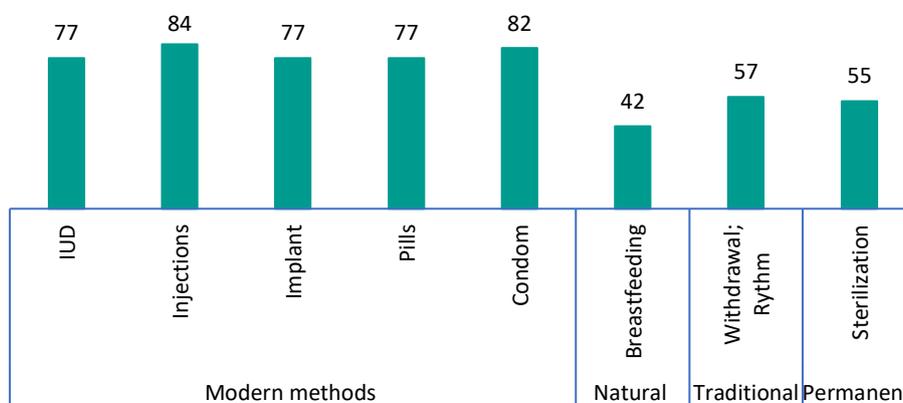


Figura 9. % Información por tipos de métodos PF (n=398)

Se entiende por prevalencia anticonceptiva el porcentaje de mujeres entrevistadas (19-49 Años) de la población objetivo que actualmente utilizan, o cuya pareja sexual utiliza actualmente, al menos un método anticonceptivo, independientemente del método utilizado. Según los resultados de la

encuesta de población, el 45% (180/398) del total de mujeres encuestadas están usando actualmente (o su pareja) un método anticonceptivo, dato más alto que lo que mostró la EDSA 2016 (32%).

Los métodos modernos son los métodos anticonceptivos más utilizados (66% del total de métodos utilizados), y entre este grupo el implante representa un 40% y el condón un 16%. Los otros métodos modernos muestran números pequeños (Figura No. 10). Dentro de los métodos tradicionales el más común es el ritmo, que representa el 28% del total de métodos utilizados. El gráfico también muestra la preferencia general de las mujeres por las alternativas de acción prolongada sobre los métodos de PF de acción corta ampliamente conocidos, como las píldoras o las inyecciones.

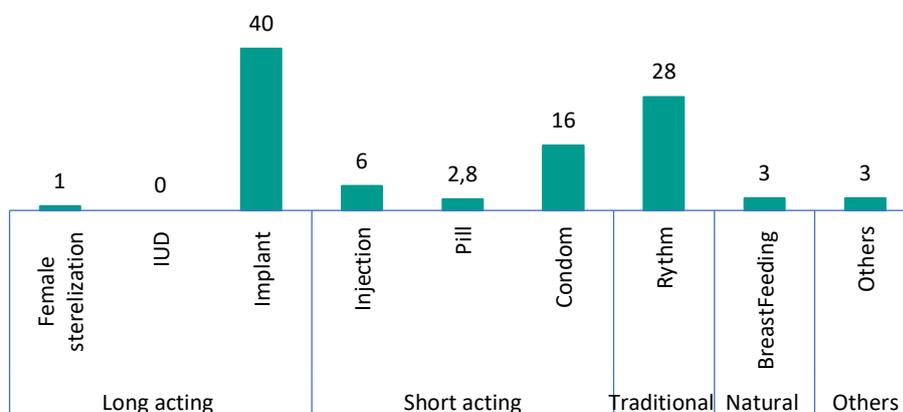


Figura 10. % Métodos de Planificación Familiar (n=180)

En cuanto a la accesibilidad, la mayoría de los métodos modernos son accesibles en los CS públicos (65%), excepto el Implante, que fue ofrecido solo por los CS de MSF en el área objetivo del proyecto. Pocas encuestadas (13%) mencionaron que obtienen los métodos de otras fuentes, como farmacias o tiendas (principalmente condones).

En cuanto a la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, la mayoría de las madres que utilizan métodos anticonceptivos, el 81% (145/180), mencionó que tomaron la decisión de usar un método de planificación familiar por sí mismas, y el 18% (32/180) dijo que su esposo/pareja lo hizo.

¿EXISTE ALGÚN FACTOR QUE IMPIDE LA CAPACIDAD DE MSF PARA ALCANZAR LA POBLACIÓN OBJETIVO Y LOS MÁS NECESITADOS?

Acceso geográfico

El área geográfica que cubrió el proyecto de MSF es significativamente grande, especialmente en el lado que corresponde a San Roque. Las zonas más periféricas de la ciudad tienen un aspecto más rural con diferentes dificultades especialmente de acceso por carreteras o calles. A medida que la ciudad crece de forma permanente, este problema se agrava, haciendo cada vez más difícil llegar a las poblaciones más distantes o que las familias que viven en esas zonas intenten llegar a los CS para buscar atención. Algunas madres de los GF vinieron de esos lugares distantes comentando que les es muy difícil llegar al CS aunque quisieran.

El programa PS intentó llegar a estos lugares distantes a través del apoyo de los médicos de Mi Salud que trabajan en pequeños Consultorios Vecinales en diferentes lugares de la zona objetivo de MSF, pero a pesar de estos esfuerzos, no parece ser suficiente para franquear estos problemas estructurales.

Factores Culturales – Creencias

Durante los GF con mujeres que decidieron dar a luz en casa, varias de ellas mencionaron conocer casos de partos domiciliarios exitosos, que era su propio caso y/o en el caso de su madre que tuvo partos domiciliarios y que se ha convertido en una tradición familiar que pasó de generación a generación:

"Tuve 5 hijos en casa y seguiré teniendo bebés allí".

"Mi madre siempre ha tenido partos secos en casa (entendidos como partos rápidos sin sangrado) y por eso también los tengo en casa".

Muchas de las mujeres que decidieron dar a luz en casa mencionaron su preferencia por un ambiente hogareño y por la presencia y compañía de varias personas de confianza en su propio entorno que brindan apoyo permanente en diversas tareas del parto en casa. Una madre mencionó: *"tu esposo está en casa, o tus hijos o alguien de la familia que te ayudan"* La Partera Tradicional fue mencionada no solo como responsable de brindar atención sino también como una compañía activa que facilita el parto y ayuda a las madres para hacer frente al dolor. *"Las Pateras no solo te ven, sino que también te dan masajes (kakorean en aymara), se quedan contigo todo el tiempo"*. Las madres también destacaron el fácil acceso a las parteras ya que viven muy cerca de sus hogares".

También destacaron que quedarse en casa tiene el beneficio de un acceso rápido/oportuno a bebidas tradicionales medicinales, específicamente infusiones o "mates" que les ayudan en el proceso de parto. *"no voy al centro de salud porque ahí la dilatación avanza lento, en cambio en casa los mates te apresuran"*. También se mencionó la comida cuya importancia radica más para el posparto inmediato. Entre los alimentos, se destacó dos características que deben cumplir las sopas, tiene que estar caliente y ofrecerse inmediatamente después del parto. En relación con el tipo de sopa, la mayoría mencionó que debe estar hecha de cordero, un animal que según sus conocimientos y cultura resiste climas extremos, especialmente en el altiplano *"hay que comer cordero, el wawa se hace más fuerte"*

Miedo y desconfianza

Varias participantes de los GF con mujeres que decidieron dar a luz en casa mencionaron que les tenían miedo a los hospitales y que no ir a un CS les ayudó a mitigar los riesgos potenciales que probablemente ocurrirían en un entorno hospitalario, según su percepción. Las madres que nunca tuvieron sus partos en CS mencionaron *"ellos - en el hospital- cambian bebés"* o *"ellos (bebés) se pierden en un CS"*. Una madre muy angustiada mencionó que, en un hospital de segundo nivel, un médico le dijo que su bebé estaba en riesgo en una mala posición y necesitaba una cesárea. Cada vez que la madre iba al hospital para su CPN, el médico le recordaba, insistiendo en que necesitaba una cesárea para salvar su vida. La madre dijo que dejó de ir al hospital y que su parto en casa fue normal. El miedo que se genera por una posible acción "invasiva" en la madre en un CS es consistente con los comentarios de otras madres que dijeron que en el CS solo piensan en la intervención quirúrgica *"El otro día estábamos en la cola esperando con otras madres que mencionaron que los médicos solo piensan en cortar (operar)"*. Al respecto, otras madres comentaron que incluso cuando el bebé está en mala posición, el bebé puede nacer de forma natural con ayuda:

"Cuando la wawa (bebé) es Tallulla (de pie), solo quieren operarte, pero en casa la partera puede ayudarte"

Maltrato y violencia obstétrica

La mayoría de las madres consultadas durante esta evaluación han elogiado la atención de salud en los dos CS apoyados por MSF. Sin embargo, los comentarios de algunas madres aún apuntan a la ocurrencia de algunos actos de abuso y discriminación hacia ellas por parte de algunas personas en los dos CS (algunos médicos y enfermeras, pero sobre todo personal administrativo) principalmente durante el parto *"Hay una señora en la sección de información del CS que por su culpa muchas madres*

abandonaron el CS, nos grita", algunas mencionaron que no buscarán ayuda en su próximo embarazo por abuso o discriminación (menos que en el pasado) pero todavía está presente en los CS de MSF.

Considerando la naturaleza de las situaciones descritas por algunas de las madres, algunas de ellas podrían clasificarse como violencia obstétrica directa o indirecta:

"Nos regañan".

"No explican con calma".

"... Algunos de nosotros hablamos aymara y nos gustaría que nos hablaran en aymara para entender mejor".

"Me internaron y el médico que me estaba atendiendo no venía de noche a verme, mi bebé casi nace en el baño".

"Me refirieron a otro hospital, pero me dejaron a una cuadra, tuve que caminar"

En las entrevistas con los médicos de MSF, mencionaron su preocupación debido a que muchas madres son rechazadas en la sección recepción del CS por cualquier motivo. Muchas madres lo confirmaron en los GF mencionando que cierta persona administrativa del MS en la recepción suele regañar a las madres por diferentes motivos.

COVID-19

La pandemia de COVID-19 parece haber exacerbado estas situaciones. Una madre contó su testimonio cuando ella dio positivo en la prueba de COVID-19, dio a luz a su bebé en el CS apoyado por MSF en medio de la pandemia. Después de hacer una peregrinación desde este CS, a otros tres hospitales diferentes, tuvo que volver al CS, donde, al final, dio a luz ya que ningún CS quiso admitirla:

"Regresé al CS donde un médico, que no paró de regañarme, me dejó en el pabellón COVID-19, muy enojado, desde la 1 de la mañana hasta las 6 de la mañana cuando tuve a mi bebé con la ayuda de mi esposo ...a las 8 de la mañana vino otro médico de MSF que me atendió mejor, con cariño. Recibí a las 11 de la mañana, 5 horas después, una taza de chocolate ... las comidas que me dieron las dejaron cerca de la puerta lejos de mi cama y tuve que moverme apenas para alcanzarlos ... "

Otros factores

Algunas madres que habían dado a luz en sus casas también mencionaron otros factores, quienes, a pesar de planear dar a luz en el CS, finalmente no pudieron hacerlo. La mayoría de las madres atribuyeron como causa el hecho de estar solas la mayor parte del tiempo: *"mi marido no estaba, no había coche"*; *"Estaba sola con dos wawas (bebés) y no había transporte"*; *"Mi marido vuelve muy tarde, así que no tengo a nadie más que me ayude"*. Algunas madres mencionaron quedarse en casa debido a la rápida aparición de los dolores de parto, que era común en las madres que tenían varios hijos. Un par de madres que viven cerca del CS tuvieron que quedarse en casa *"Mis dolores vinieron tan rápido, era parto seco y no había podido hacer nada"*. Un tercer grupo de participantes culpó al personal de salud por quedarse en casa *"Llamamos al número de teléfono que me dieron... me dijeron que no podían venir con la ambulancia... que vinieran en taxi me dijeron... a esa hora era difícil encontrar cualquier transporte"*; *"Fui a la CS cuando empezó el dolor, pero me dijeron que tenía que volver cuando se rompía la bolsa y vivo lejos, ¿cómo podría volver?"*; Finalmente, un grupo más reducido de madres con hijos menores de 1 año mencionó que no habían podido llegar al CS debido a la cuarentena COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES FACILITADORES QUE POSIBILITARON EL ACCESO?

Atención continua (24/7)

Como se mencionó anteriormente, la atención continua fue un factor clave para facilitar la cobertura. Muchas madres comparaban con lo que sucedía antes cuando el proyecto de MSF estaba comenzando, cuando el CS solo atendía durante el día y tenían que caminar mucho por la noche con sus dolores de parto, en cambio ahora tienen un lugar donde pueden ir y aunque tienen que esperar, saben que van a ser atendidos. Varias madres recordaron el número de teléfono para llamar al CS y solicitar una ambulancia, algo que les dio confianza para buscar atención.

Servicios amigables y adaptados

Como ya se mencionó, la actitud amable, cariñosa y empática de la mayoría del personal de salud fue el comentario más frecuente de las madres participantes que buscaron ayuda en el CS para su parto *"me tratan bien, me dijeron que es mi derecho para recibir una buena atención, confío en ellos"*; *"Nos atienden con paciencia y eso te anima a venir"*; *"Me trataron bien, ¡¡¡me dieron ánimos ... tu puedes me dijeron!!!* Las madres que recibieron atención cariñosa durante el parto transmiten y motivan a otras embarazadas de su familia y su entorno social a buscar atención en el CS.

Menos de la mitad de las madres destacaron el hecho de que la infraestructura del CS mejoró, principalmente las madres que ya habían tenido la experiencia de ser atendidas en la CS antes de que MSF comenzara el proyecto, a diferencia de las madres jóvenes que no notaron los cambios. Una madre de Franz Tamayo mencionó que el CS es muy cómodo y cuando tuvo a su bebé sintió mucho calor dentro de las habitaciones y con una sonrisa en su rostro dijo que casi se quema. Las participantes mencionaron también como algo de valor las comidas recibidas durante el trabajo de parto o el posparto, tanto las madres que recibieron alimentos (destacando el chocolate caliente después del parto) como las madres que, aunque no recibieron alimentos, se les permitió traer las comidas de su casa. Muchas madres valoraban mucho el paquete de insumos que recibieron al final de su trabajo de parto, que incluían pañales, champú y jabón (entre otros productos de limpieza).

La mayoría de las madres mencionaron que tuvieron la compañía de su esposo/pareja durante el parto, mientras que otras recordaron que el personal de salud no les permitió tener a alguien de su familia como acompañante, especialmente por el COVID-19, aunque no fue una regla porque un par de participantes mencionaron que sus maridos los habían acompañado incluso durante la pandemia. Cuando se les preguntó sobre su percepción con la compañía de alguien, mencionaron que es algo importante pero que, al contar con la presencia del personal de MSF, sintieron que la confianza que suelen depositar en su esposo/pareja se depositaba en el personal de salud. En relación con la posición para el parto, la mayoría de las madres explicó que cerca del momento del parto el dolor se intensifica de tal manera que no se preocupan por que el parto sea horizontal o vertical y se enfocan solo en seguir las recomendaciones del personal de salud y solo esperan que el bebé nazca bien *"en ese momento de dolor no importa y no tienes tiempo para pensar en la posición"*.

¿ALGUN GRUPO ESTA EXCLUIDO DE LOS SERVICIOS DE ESTE PROYECTO?

El programa de adolescentes de MSF enfrentó diferentes problemas que influyeron negativamente en el acceso de los adolescentes a los servicios de SSR en general. Primero: MSF originalmente planeó establecer una infraestructura exclusiva para la atención diferenciada de adolescentes en los dos CS apoyados por MSF. La idea de un espacio físico exclusivo para ellos se apoyó en un estudio exploratorio con adolescentes de las unidades educativas que realizó MSF antes de iniciar el proyecto y en las recomendaciones del programa de adolescentes del Gobierno Municipal de El Alto que sugiere contar con salas de consulta diferenciada para ellos. Debido a las limitaciones financieras de MSF, estos espacios no se construyeron y se decidió implementar *"servicios amigables"* en los mismos ambientes de consulta general. Además, como se mencionó anteriormente, durante la cuarentena por el COVID-

19 las unidades educativas permanecieron cerradas durante aproximadamente 8 meses en 2020, y por lo tanto, las actividades para adolescentes se vieron afectadas.

Los adolescentes que participaron en los GF mencionaron algunas barreras para acceder a los servicios de SSR. Varios mencionaron que sus padres no les permitieron salir de casa debido al confinamiento por el COVID-19. Algunos de ellos acudieron al CS para servicios médicos y de enfermería cuando lo necesitaban, pero no para otros servicios como planificación familiar "*fuiamos a CS en caso de accidente, o alguna enfermedad, pero no por otras razones*". Como otros obstáculos para acceder a los servicios de CS algunas otras adolescentes mencionaron que no solicitaron ningún servicio de salud porque presenciaron maltrato por parte de algún personal de salud "*Acompañé a mi tía al CS y vi como una persona de la Informaciones del CS la regañaba porque su niño estaba jugando y hacia ruido en la sala de espera ... le dijo a mi tía que controlara mejor a su niño, de lo contrario tenía que abandonar el CS*". Otra adolescente recordó que cuando venían a las sesiones de entrenamiento de embarazo de MSF, tenían que contactarse con la psicóloga antes de llegar al CS para entrar juntas y evitar ser regañadas "*Yo solía enviarle un mensaje de texto (a la psicóloga) pidiéndole que nos esperara antes de entrar al CS*"; Otros adolescentes explicaron otros factores que dificultan su acceso al CS, mencionaron el estricto control de sus padres cuando asistían a las reuniones de MSF "*Mis padres siempre piensan que estoy buscando una excusa para salir*". Algunos mencionaron la distancia al CS como otra razón para no participar o buscar algún servicio de salud.

EFICIENCIA

- Las secciones de maternidad fueron completamente renovadas o construidas anexas a las secciones existentes de atención general ambulatoria, en ambos CS apoyados por MSF. Se construyó también estructura física adicional para servicios auxiliares (lavandería, esterilización y dormitorios para médicos y enfermeras), bajo estrecha coordinación con el Ministerio de Salud, siguiendo normas locales y adaptadas culturalmente a las necesidades y expectativas de los pacientes. Además, MSF contrató a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales para que estuvieran a cargo de las actividades de SSR compartiendo turnos en la maternidad con médicos y enfermeras del Ministerio de Salud para brindar servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RECURSOS QUE MSF UTILIZÓ PARA OPERAR EL PROYECTO?



Infraestructura

Las dos instalaciones de maternidad fueron completamente renovadas por MSF anexas a la infraestructura existente.

La maternidad Franz Tamayo (350 m² de nueva construcción y 236 m² reformados) se inauguró en septiembre de 2019 y San Roque (290 m² construidos y 280 m² reformados) en diciembre de 2019.

Los nuevos espacios incluyen: 1 espacio de ingreso utilizado como estación de enfermería/médica para maternidad, 1 sala de parto: 1 cama

de parto, 1 calentador de bebés, 1 esquina para "partos tradicionales" con un colchón, una cuerda y un perchero para ayudar a pujar y 1 sala de posparto.

Se construyó también infraestructura adicional para albergar servicios auxiliares, lavandería, esterilización y dormitorios para médicos y enfermeras, área de cocina y suministros, esterilización, oficina del personal y salas de reuniones.

Para responder a las necesidades culturales de las mujeres, las dos salas de maternidad tienen conexiones de gas para sistemas de calefacción que mantienen las habitaciones calientes. Los resultados cualitativos y la encuesta de población han mostrado la satisfacción de las madres con estos aspectos.

La nueva infraestructura fue construida después de largas negociaciones con el MS y el gobierno municipal.

Equipo y mobiliario

Dentro de los equipos y mobiliario implementados, los siguientes son elementos clave donados por MSF: camas de parto, lámparas quirúrgicas, Doppler, estetoscopios, tensiómetros y refrigerador.

Sillas, TV, impresoras y computadoras, proyector, sillas para las salas de espera, maquina lavadora.

Otros: Para el laboratorio (contador de células, centrífuga, destilador de agua y glucómetros) y una silla de odontología.

MSF también donó camillas de examen médico y escritorios para los CV de Mi Salud.

Recursos Humanos

MSF contrató recursos humanos que son los principales responsables de los servicios de salud materna y SSR y el personal de salud del Ministerio de Salud, principalmente responsable de la Unidad de Pacientes Ambulatorios. El Ministerio de Salud también ha intervenido en la maternidad con médicos y enfermeras (5 médicos y 6 auxiliares de enfermería en San Roque, y 6 médicos, 1 enfermera licenciada y 5 auxiliares de enfermería en Franz Tamayo). Es importante mencionar que antes del proyecto, los dos CS atendían 12 horas diarias sin hospitalización de pacientes. La evaluación no consultó sobre la situación previa al proyecto, sin embargo, podemos suponer que el número de médicos y enfermeras en ese momento estaba en línea con el nivel de resolución en ese momento y sólo cuando los CS comenzaron a atender las 24 horas del día, los 7 días de la semana los recursos humanos fueron insuficientes.

Personal de salud contratado por MSF (lista de 2020):

- 9 médicos (uno con rol de gerente local de SSR)
- 14 enfermeras (uno con rol de gerente de enfermería)
- 2 psicólogos
- 1 trabajador social
- 1 responsable de PS y 2 facilitadores de PS.
- 5 conductores de ambulancia
- 1 auxiliar administrativo



CONCLUSIONES

En el corto tiempo de implementación del proyecto, MSF mejoró significativamente el acceso de MEF a CONE, CPN, CPP y PF, siendo principalmente el parto institucional el componente más exitoso al poner en funcionamiento dos salas de maternidad. Estos CS apoyados por MSF proporcionan atención continua (24/7) multidisciplinaria (medicina, psicología, trabajo social) y servicios culturalmente adaptados a la población indígena aymara, en dos CS públicos de primer nivel del MS ubicados en áreas periurbanas de bajos ingresos en la ciudad de El Alto.

La comparación con un CS sin intervención con características similares y con mayor antigüedad sugiere que las intervenciones de MSF contribuyeron a mejorar el acceso a los servicios de salud.

La evaluación reveló diferencias entre los hallazgos de los indicadores de monitoreo y evaluación (M&E) del proyecto y la encuesta realizada en los siguientes componentes:

En primer lugar, con respecto al CPN los datos del sistema de M&E parecen más altos que los resultados de la encuesta. Esto parece indicar que el proyecto atendió a MEF de fuera del área geográfica del proyecto. Los datos cualitativos apoyan esta hipótesis.

En segundo lugar, con respecto a PF los datos de M&E parecen ser más bajos que los resultados de la encuesta. Esto indica que la prevalencia de uso de anticonceptivos es incluso mayor que la encontrada en otros estudios nacionales. Los hallazgos sugieren que las MEF del área de MSF buscan y obtienen servicios de PF en otros establecimientos de salud, principalmente de otros CS públicos en El Alto, ya que el programa nacional de PF ofrece servicios y métodos de PF gratuitos.

Un hallazgo positivo es el alto porcentaje de uso del implante, método introducido por MSF, como método anticonceptivo moderno entre MEF.

El corto tiempo del proyecto, además de la cuarentena por el COVID-19 que llevó al cierre de las unidades educativas, parece haber tenido una influencia directa en el programa de adolescentes de MSF, como lo confirman los datos de evaluación recopilados para este componente que muestran baja efectividad. Sin embargo, los adolescentes que participaron en la evaluación han mostrado alta satisfacción/aprecio con las actividades del componente de adolescentes (principalmente las actividades de prevención del embarazo no deseado) al inicio del proyecto.

Los otros dos componentes de SSR (AAS y VS) han mostrado ser menos exitosos. En el caso de la AAS, las leyes nacionales vigentes resultaron ser obstáculo con una ley de *aborto seguro* muy restrictiva que han dificultado las intervenciones del componente. MSF abordó la necesidad refiriendo a otra ONG para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el primer trimestre. La ILE en Bolivia se restringe sólo a casos de violación y, en la práctica, rara vez se hace debido principalmente a la falta de medicamentos, la falta de información y la capacitación limitada del personal. VS fue otro desafío de MSF frente a las leyes vigentes bolivianas que enfatizan la atención legal de la violencia sobre la atención médica integral.

El personal de salud de MSF ha sido el principal responsable de la operación de las maternidades, asegurando la calidad de la atención con sensibilidad cultural. Estos servicios han sido considerados como una contribución importante a la actual política nacional de salud SAFCI del MS y han fortalecido y generado sinergias con los programas nacionales de incentivos públicos para las MEF, como el Bono Juana Azurduy, el subsidio alimentario para mujeres embarazadas o el SUS. Analizando estos programas nacionales por sí solos, ellos son considerados beneficiosos para las MEF, pero muy

problemáticos en sus procedimientos administrativos, convirtiéndose por sí mismos en una causa para que muchas mujeres embarazadas no alcancen a más controles prenatales.

El acceso se mejoró a través de promover cambios a nivel individual en las MEF empoderándolas para que busquen atención médica. En este sentido, MSF promovió una sólida participación de la comunidad y empoderamiento, principalmente en las MEF a partir de su estrategia de PS, generando confianza entre el personal del proyecto y las MEF. Muchas mujeres reconocen la importancia de ejercer su derecho a cuidar de su salud materna y salud reproductiva y demandan atención de calidad, lo que se refleja en el alto porcentaje de madres que han decidido, por su propia cuenta, buscar atención médica durante su embarazo, parto y después del parto y para acceder a los métodos de PF. Esta es una contribución importante del proyecto ya que un gran porcentaje de las mujeres que viven en el área del proyecto tienen un nivel educativo insuficiente y son reconocidas como población indígena aymara tradicionalmente considerada como una cultura patriarcal en todos los sentidos.

Otro aspecto fundamental del proyecto de MSF para mejorar el acceso parece ser el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres embarazadas para planificar su parto con anticipación, especialmente en lo que respecta a su transporte, principalmente para las mujeres que viven en lugares alejados del CS. Muchas madres han utilizado la ambulancia adquirida por MSF o han identificado a un familiar/amigo con un medio de transporte que les ha facilitado llegar en el momento del parto, superando así una importante barrera geográfica.

En el sistema de gestión del proyecto se destaca una estructura clara de recursos humanos de MSF con un liderazgo sólido, que facilitó la ejecución del proyecto, y la asistencia técnica continua del personal expatriado de MSF en temas de salud materna y salud sexual y reproductiva. Cuando MSF se hizo cargo directamente de los dos servicios de maternidad en los dos centros de salud, el personal capacitado y motivado de MSF aseguró la calidad permanente de los servicios de salud materna y salud sexual y reproductiva con sensibilidad cultural, generando una alta satisfacción en las MEF y adolescentes atendidos.

El personal médico, de enfermería y administrativo del MS estaba a cargo de los otros servicios ambulatorios en ambos CS y aunque recibieron la misma capacitación en salud materna y salud sexual y reproductiva y calidad de atención, la mayoría de ellos no ofrecían el mismo nivel de calidad, según las MEF y los adolescentes entrevistados, comprometiendo su sostenibilidad. La planificación de MSF fue alimentada por la capacidad técnica del personal contratado para el proyecto, pero también por un grupo consultivo de MSF que ayudó al proyecto especialmente en sus fases iniciales. Sin embargo, la falta de planificación, monitoreo y seguimiento conjunto con las contra partes puede haber contribuido a la débil participación del proyecto por parte del personal del MS. Por otro lado, la falta de algunos procesos estándar recomendados, como la línea de base o las evaluaciones (a mediano plazo) han contribuido al débil monitoreo y evaluación del proyecto.

Finalmente, de acuerdo con las conclusiones de varios actores clave entrevistados, el proyecto de MSF es replicable en entornos similares como un modelo que incluye la mejora de los servicios de salud principalmente en base al "*buen trato*", sumado a la implementación coordinada de un componente de PS cuyo resultado es la aceptación y la mejora en el acceso.

LECCIONES APRENDIDAS

A continuación se resumen las principales lecciones aprendidas obtenidas del proceso de evaluación, que incluyen hallazgos que se recomiendan implementar, así como los hallazgos que demuestran buenas prácticas en el proyecto. La mayoría de las lecciones aprendidas están relacionadas con la gestión y ejecución del proyecto.

LECCIONES APRENDIDAS

1. Al principio, el proyecto llevó a cabo estudios exploratorios y tomó en cuenta los resultados de estos estudios en el diseño e implementación del proyecto.

Lección aprendida 1: Los estudios exploratorios al inicio de un proyecto son fundamentales para conocer las expectativas y necesidades de la población objetivo. La adaptación del proyecto a estas necesidades permite poner en práctica el enfoque de la atención en salud centrado en el paciente. Una organización con una mirada centrada en la cultura del paciente obtiene altos estándares de calidad de servicio, mayor seguridad para los pacientes, maximización de la eficiencia y resultados, óptima satisfacción del paciente y su familia y mayor compromiso de todos los que forman parte de la organización.

2. El Proyecto no tiene Línea de Base.

Lección aprendida 2: La información de línea de base es muy útil para conocer el estado del proyecto en su inicio. Medir el estado inicial de los indicadores clave del proyecto puede ayudar a los gerentes a identificar áreas que deben reforzarse desde el principio. Por otro lado, los estudios de línea de base pueden ser la mejor prueba de la validez de los indicadores que se medirán durante la vida del proyecto y son clave para poder medir el impacto de la intervención.

3. El modelo de atención de MSF implementado en El Alto incorporó elementos clave de la APS de la OMS y de la política nacional SAFCI, como la PS y la prestación de servicios de salud de calidad.

Lección aprendida 3: Trabajar con la comunidad en base a acciones de PS genera un compromiso comunitario que luego se convierte en empoderamiento, facilitando futuras acciones de sostenibilidad ya que la comunidad demandará acceso y calidad de servicios más allá del proyecto.

4. La sensibilidad cultural es la mejor práctica de este proyecto y se ha implementado con éxito. MSF ha contribuido a establecer puentes de comunicación adecuados entre el personal de salud y las MEF y los adolescentes mediante la generación de condiciones laborales favorables para el personal de salud de MSF y un sistema permanente de capacitación y seguimiento.

Lección aprendida 4: La sensibilidad cultural en el personal de salud se logra no solo con sensibilización, recomendaciones para mejorar la comunicación interpersonal o supervisando el desempeño del personal. Se logra fundamentalmente a partir de cultivar una relación de confianza entre el personal de salud y los pacientes, en este caso las madres o adolescentes del proyecto. Los esfuerzos realizados para los servicios de maternidad, especialmente en relación con la sensibilidad cultural, deben extenderse a otros servicios del CS.

5. El proyecto invirtió en desarrollar habilidades clínicas y trabajo en equipo entre el personal para manejar adecuadamente la atención obstétrica en los CS. El personal de salud fue adecuadamente seleccionado y bien capacitado. Los líderes del proyecto motivaron una dinámica de equipo positiva y la coordinación con todo el equipo del CS. Ilustrando esto último, durante la referencia de de pacientes críticos a un servicio de salud de mayor complejidad, los conductores de ambulancia y el personal de apoyo se integraron bien dentro del resto del equipo y contribuyeron positivamente a la gestión del paciente.

Lección aprendida 5: La mejora de los servicios de salud materna y SSR a nivel ambulatorio parece aumentar la cobertura y el acceso de CONE en áreas periurbanas con acceso limitado a estos servicios. El servicio permanente, los protocolos médicos para el manejo de casos, la referencia adecuada de emergencias obstétricas, la adecuada selección y capacitación del personal, la formación de equipos, la coordinación y la supervisión cercana son elementos importantes para ofrecer con éxito la atención obstétrica básica a nivel ambulatorio.

6. Los evaluadores tuvieron acceso al marco lógico del proyecto y planes particulares para algunos programas como el Plan de Abogacía, la estrategia de VS o la estrategia de PS. Sin embargo, no se vio un plan que considerara a otros socios (Mi Salud, Comunidad, personal del Ministerio de Salud). Los socios, principalmente el personal de salud del MS, no conocían los detalles del proyecto, como los objetivos o las principales actividades planificadas.

Lección aprendida 6: La planificación participativa entre MSF y sus socios fortalecería la relación entre ellos, mejoraría la implementación del proyecto y permitiría identificar responsabilidades/roles de cada socio en un proyecto que beneficia a la población a la que todos sirven.

7. La mayoría de los indicadores del marco lógico, especialmente CONE y SSR, no tenían metas definidas ni métodos establecidos sobre cómo calcularlos. La mayoría de los indicadores eran complejos/combinados e incluían muchas variables, lo que hace difícil su medición. Los socios, principalmente el personal de salud del MS, no conocían los detalles de los objetivos e indicadores del proyecto.

Lección aprendida 7: Los indicadores de un proyecto son iguales o más importantes que los mismos objetivos ya que de ellos depende medir lo que se debe medir. Por lo tanto, los indicadores deben ser claros y evitar combinaciones de variables en un solo indicador, lo que dificulta su medición. La estructura de los indicadores también debe construirse cuidadosamente sobre la base de estándares nacionales o internacionales, si es posible. Los objetivos y los indicadores deben cumplir con los criterios "SMART" (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y de duración determinada). Los objetivos deben socializarse para generar interés tanto en MSF como en el MS u otros socios clave.

8. El proyecto de MSF ha monitoreado periódicamente los indicadores del proyecto. Sin embargo, el personal de salud del MS y las autoridades locales vecinales mencionaron no haber participado en sesiones específicas de seguimiento del proyecto.

Lección aprendida 8: El monitoreo y la evaluación deben incluir un seguimiento regular de los indicadores del proyecto. El seguimiento participativo de los procesos durante el proyecto contribuye a su sostenibilidad y es una verificación de la eficacia de las intervenciones. El monitoreo participativo debe incluir socios clave (en este caso, el MS y la comunidad) en la revisión conjunta de los indicadores del proyecto, lo que contribuiría a la apropiación del proyecto por parte de otras partes interesadas. La evaluación del proceso (cualitativa y/o cuantitativa) tendría como objetivo medir la estrategia, las actividades clave y/o los componentes del proyecto verificando su suficiencia y relevancia.

9. El sistema de salud boliviano tiene una estructura de gestión muy compleja: el MS diseña políticas de salud y contrata parte del personal de salud; el SEDES, SERES y la Coordinación de la Red de Salud están a cargo de la implementación de las políticas del MS, y la Dirección Municipal de Salud responsable del mantenimiento de la infraestructura de salud y la provisión de medicamentos/insumos. Hay luchas de poder político entre ellos que dificultan la comunicación y la coordinación.

Lección aprendida 9: Cuando se trabaja con sistemas de salud complejos, los esfuerzos de abogacía e incidencia pueden llevar mucho tiempo. Es clave comprender a los diferentes actores involucrados y la forma en que interactúan entre ellos, así como considerar los esfuerzos adicionales y el tiempo necesario para involucrarlos con el fin de implementar proyectos y estrategias de incidencia de manera satisfactoria.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNPFA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014.
2. Guttmacher Institute. Darroch JE, Woog V, Bankole A and Ashford L. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. May 2016. Available at: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
3. United Nations Children's Fund. Health Equity Report 2015: Analysis of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policy making. Summary report. Panama City, Panama, 2016. Available at: http://www.unicef.org/lac/20160906_UNICEF_APR_HealthEquityReport_SUMMARY.pdf
4. Say L, Chou D, Tuncalp O, Moller A-B, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet; 2016; Vol 2, No. 6, e302-e302. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)
5. Ruiz M, Marieke g, Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: a study of users' and community members' perceptions.2012
6. Murray, S.F., Hunter, B.M., Bisht, R. et al. Effects of demand-side financing on utilization, experiences and outcomes of maternity care in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 14, 30 (2014).
7. Lima N. Identificación de riesgos obstétricos a través de la aplicación de protocolos en la atención de partos biomedicos vs. Partos con adecuación intercultural en el centro de salud materno Abaroa de la Red Corea El Alto – La Paz- Bolivia, 2013
8. Andaleeb, S. "Public and Private Hospitals in Bangladesh: Service Quality and Predictors of Hospital Choice." Health Policy and Planning, 2000.
9. Paul, B. K. and D. Rumsey. "Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh: an empirical study." Social Science and Medicine, 2002
10. Afsana, K., and S. Faiz Rashid. "The Challenges of Meeting Rural Bangladeshi Women's Needs in Delivery Care." Reproductive Health Matters, November 2002
11. Seclen-Palacín JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. Rev Panam Salud Publica. 2004
12. Llanque R. Qualitative exploratory research. Consejo de Salud Rural Andino. October 2008.
13. Guinart J. Aproximación a las barreras, factores culturales y acceso a la atención en salud sexual y reproductiva en El Alto, Bolivia. MSF OCB.2017.
14. Instituto Nacional de Estadística (INE). Bolivia. Population estimation based on National Census 2012.
15. World Health Organization. Global Reference List of 100 Core Health Indicators: 2018. Available at: <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>
16. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation (Washington, D.C., USA, August 29-30, 2016).
17. Dibbits Ineke. Salud Materna en contextos de interculturalidad. Población Aymara. CIDES.UMSA. Bolivia.2013. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52597>
18. Ramírez Hita Susana. Calidad de Atención en Salud. OPS/OMS. Bolivia. 2009.
19. Kifle Meron. Health facility or home delivery? Factors influencing the choice of delivery place among mothers living in rural communities of Eritrea.2018. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6196428/>
20. Konje, E.T., Hatfield, J., Kuhn, S. *et al.* Is it home delivery or health facility? Community perceptions on place of childbirth in rural Northwest Tanzania. (2020). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02967-z>

21. Hernandez-Vasquez. Factors associated with home births in Peru 2015–2017: A cross-sectional population-based study. 2021. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844021004497>
22. World Health Organization. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. 2018. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf?sfvrsn=2ca0881d_2

Stockholm Evaluation Unit

<http://evaluation.msf.org/>

Médecins Sans Frontières

Independently written by
Ramiro Llanque and Stanley Blanco

August 2021