

Caja de herramientas

Implementación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en zonas rurales del departamento de La Paz



Medición de impacto

Caja de herramientas

Implementación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en zonas rurales del departamento de La Paz

Medición de impacto



**HelpAge
International**

*personas mayores
protagonistas*

Publicación de HelpAge International

Registro de caridad número 288180

Cualquier parte de este documento puede ser reproducido para propósitos sin fines de lucro a no ser que se indique lo contrario. Por favor mencione claramente el título de la publicación y envíenos una copia del artículo impreso o un vínculo en internet.

Jaime Ayra, Coordinador del proyecto, Fundación Horizontes
Elizabeth Mayta, Técnico Fundación Horizontes

Redacción:
Jaime Ayra, Fundación Horizontes
Catherine Dusseau de Ibarra, Asesora Regional de Salud, HelpAge International

Revisión y edición:
Beatriz Lucero

Fotos
Archivo Fundación Horizontes

Agradecemos al personal del SEDES La Paz, Gerencias de Red (5, 8 y 12), funcionarios de los 19 municipios y personal de los centros de salud quienes colaboraron al proyecto. Un agradecimiento particular a la Dra. Fabiola Almaraz del centro de salud de Chacala por compartir los datos de su encuesta.

Diseño y diagramación: Walter Saavedra - 3K
Impresión: Sigraf

Impreso en La Paz - Bolivia

Antecedentes

La ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) está considerada como una de las leyes más progresistas a favor de las personas adultas mayores que ha sido implementada desde el año 2006 y es una política pública que, sin duda, ha favorecido el acceso a la salud para los adultos mayores de Bolivia.

El SSPAM garantiza la atención médica y este seguro está orientado a dar, dentro de las políticas sectoriales de salud, servicios de salud, basados en la universalidad, solidaridad, equidad e integralidad. Las prestaciones del SSPAM incluyen consulta médica y de especialidad, cirugía, hospitalización, exámenes de laboratorio, medicamentos y rehabilitación, con excepción de las prótesis y órtesis.

El SSPAM está integrado en el modelo de atención y política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), que es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación del paciente adulto mayor de manera eficaz, eficiente y oportuna, entendiendo que el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida de que las personas envejecen.

El SSPAM ha enfrentado desde su promulgación en 2006, varios problemas en su aplicación e implementación. La socialización ha sido poca tanto como la capacitación a los gestores y prestadores de servicios sobre la norma y los instrumentos desarrollados por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). Además de la falta de difusión de la información, el SSPAM se ha enfrentado a las carencias del sistema de salud en general, como la poca oferta en las áreas rurales.

El proyecto piloto ejecutado por la Fundación Horizontes se enfocó en cómo mejorar la aplicación de la política SAFCI al SSPAM en tres redes de salud del SEDES, con énfasis en el primer nivel y en el mejoramiento de la calidad de atención hacia “servicios amigables”.

Fundación Horizontes apoya de forma permanente en la asistencia técnica al Ministerio de Salud y Deportes específicamente a la Unidad del Seguro de Salud para el Adulto Mayor para la implementación a nivel nacional de este seguro. En los años 2010 y 2011 se concentró en forma específica al acompañamiento técnico al Servicio Departamental de Salud (SEDES) y a las Gerencias de Red municipal que tiene bajo su responsabilidad.

***El mundo está
envejeciendo***

***no discriminemos
por la edad***

Metodología de la investigación, evaluación final

La propuesta metodológica del proyecto se realizó en los 19 municipios de tres redes rurales de salud (ver documento del proyecto) y dentro de éstos, la gerencia de red ayudó a seleccionar ciertos centros de salud de atención primaria (nivel 1) para recibir un fortalecimiento específico sobre la atención en salud (servicios amigables).

Entre septiembre 2009 y marzo 2012, se realizó una línea de base (ver documento publicado*) la cual incluía:

- Datos de la gestión del SSPAM en los 19 municipios: número de población de personas mayores, datos de afiliación, firma de convenios entre gobiernos municipales y servicios de salud, presupuestos y flujo de los pagos de primas.
- Datos de la gestión del SSPAM y conocimiento de las normas por parte de los establecimientos de salud.
- Oferta y aplicación de la SAFCI por parte de los establecimientos de atención primaria en los municipios; incluyendo la evaluación de la calidad de atención.
- Percepción por parte del personal de salud sobre el SSPAM y la calidad ofertada.
- Percepción de las personas mayores sobre la oferta y calidad de la atención primaria.

Aunque se pudo implementar instrumentos y metodología de evaluación mejorados (gracias al análisis de las dificultades encontradas en la realización de la línea de base), la información recolectada en la evaluación inicial permite comparar los resultados con la situación actual de tal manera que se pueda analizar:

- Si la metodología de fortalecimiento de capacidades hacia servicios amigables ha sido exitosa, ¿vale o no, ser replicada?
- Demostrar que se puede implementar la SAFCI y el SSPAM con impactos positivos en situación real (incluyen áreas rurales)
- Definir mejores instrumentos de evaluación en servicios amigables y para medidas de impacto en proyectos ulteriores.

Se realizó visitas a todos los municipios del proyecto, se hizo entrevistas individuales y grupales al personal de salud, así como entrevistas a personas mayores en la jurisdicción de los establecimientos de salud.

Se entrevistaron a personas mayores en los 19 municipios; a 3 o 4 personas mayores por establecimientos pilotos (19 centros de salud piloto, ver perfil en anexo) y a uno o dos funcionarios en los establecimientos de salud. Las entrevistas fueron realizadas a finales del año 2011 y principios del año 2012, dos años después de la línea de base.

* www.helpagela.org

Progreso en la gestión municipal del SSPAM

En estas 19 comunidades, los afiliadores y personal dependiente de los Gobiernos Municipales, fueron capacitados por el proyecto en el Sistema Informático de Afiliación de Salud (SIAS¹), de forma conjunta con el SEDES. También se informó a los ejecutivos municipales sobre la ley, su reglamento así como las ventajas de implementar correctamente el SSPAM.

La mayoría de las personas mayores entrevistadas (78 personas mayores) para la medición de los impactos, están afiliadas al SSPAM.

Número de personas mayores afiliadas

A fines del 2011, tenemos el siguiente cuadro de afiliación de personas mayores en cada uno de los municipios donde se alcanzó al 57 por ciento de afiliados de la población total. Como se observa, de un total de 25.277 personas mayores que viven en los 19 municipios, 14.636 personas mayores fueron afiliadas en los municipios. Las cifras iniciales en 2009 eran de 9.988 (39,5 por ciento) y a diciembre de 2010 se tuvo 12.512 personas mayores afiliadas (49,5 por ciento) (Tabla 1).

Tabla 1
Personas mayores afiliadas

Municipio	Total afiliados	Población total de personas mayores	%
PUCARANI	1.620	2953	54,9
BATALLAS	1.948	2177	89,5
PUERTO PEREZ	791	1249	63,3
COPACABANA	877	1973	44,5
TITO YUPANQUI	170	369	46,1
TIQUINA	939	1234	76,1
ASUNTA	986	746	132,2
CHULUMANI	774	1175	65,9
CORIPATA	940	1032	91,1
IRUPANA	520	1203	43,2
COROICO	980	1189	82,4
YANACACHI	250	395	63,3
PAPEL PAMPA	576	975	59,1
SANTIAGO DE CALLAPA	463	1295	35,8
UMALA	690	1449	47,6
SICA SICA	773	2753	28,1
SAN PEDRO DE CURAHUARA	575	1117	51,5
CHACARILLA	119	209	56,9
PATACAMAYA	645	1784	36,2
Total	14.636	25277	57,9

1 SIAS: sistema informático desarrollado por el Ministerio de Salud y Deportes y utilizado por los operadores municipales de los seguros de salud para la afiliación a estos seguros.

Es decir que se ha logrado una progresión de 17,5 por ciento en un contexto general del SSPAM desfavorable. Durante el periodo del proyecto, han existido pocos incentivos para que los municipios afilien al SSPAM. Al contrario, hubo la amenaza de cerrar el SSPAM a causa de la aprobación posible del Seguro Universal, generando a nivel nacional una disminución del número de afiliados

Por otra parte, al querer crear mecanismos de actualización de las listas de afiliados por año (“bajas”), la reglamentación ha impuesto una re afiliación cada año, a veces mal interpretada por los municipios. Se ha interpretado como imprescindible la implementación de un sistema de re-afiliación y que la permanencia en el SSPAM no era automática. Es decir que se impuso a las personas mayores el volver a afiliarse. En ciertos municipios, la re-afiliación ha sido un buen “pretexto” para bajar “el gasto” (alcaldes mal informados y mal aconsejados).

Así el tener una progresión en un contexto tan difícil donde la mayoría de los municipios de La Paz y del país han bajado su número de afiliados, es un logro.

Es importante recalcar que las cifras actuales son más acertadas y verificables que las cifras del 2009. Estas cifras anteriores no tenían a veces sentido (ver línea de base). Además el estar afiliado, sin que haya los convenios ni desembolsos, no tenía mucha significación. Las 14636 personas mayores afiliadas al finalizar 2011, lo son efectivamente y además tienen un acceso real al SSPAM.

Convenios

A continuación se presenta la progresión en la firma, por los municipios, de los convenios con los establecimientos de salud y por nivel:

Red de salud	2009 % de convenios en 1er. nivel	2011	2009 % de convenios en 2do. nivel	2011	2009 % de convenios en 3er. nivel	2011
Red 5	66,6%	100%	50%	100%	50%	100%
Red 8	100%	83,3%	83,3%	83,3%	66,6%	83,3%
Red 12	28,6%	100%	14,3%	57%	0%	43%**
Total	63%	94,7%	47%	79%	37%	68,4%

** Muchos de los convenios están preparados pero no firmados, debido a problemas de ingobernabilidad municipal.

El cuadro demuestra claramente el impacto positivo y significativo. Solo un municipio no tiene vigente su convenio de primer nivel. Entre el inicio del proyecto y la evaluación final, se ha doblado el porcentaje de convenios de 2do y 3er nivel. Las tres redes han progresado, la Red 5 ahora con un 100 por ciento de convenios firmados hace real la oferta en salud para las personas mayores. Sin embargo, los resultados de las otras redes son igualmente importantes: la Red 8 con 1 municipio que no cumple y la Red 5 la más atrasada y alterada por problemas de gestión municipal (ingobernabilidad política que impide la gestión) que logró la mayor progresión de las 3 Redes.

Otro mejoramiento es la calidad de los convenios comparando con el 2009. Lo interesante es que, en la evaluación final, no se ha incluido los convenios no conformes a la ley, mientras en 2009 varios de los convenios existentes (en particular de 3er nivel) era no conforme (pago por servicios y no por prima). En 2011 sólo un municipio tiene un convenio de 3er nivel no conforme. Esto significa que el acceso a servicios se hace más real para las personas mayores.

Pago de primas de cotización

El pago de primas en 2009 era ocasional y totalmente incompleto. Según los informes de diciembre 2011, las primas están al día al 2do cuatrimestre en la mayoría de los municipios y aún hasta la 3ra en algunos.

Si el pago y el intercambio de formularios entre los gobiernos municipales y los establecimientos quedan irregulares, el flujo de información y de dinero se ha mejorado considerablemente.

Dificultades en la afiliación por parte de las personas mayores

En las entrevistas con las personas mayores, se ha podido explorar la percepción de las personas mayores y las dificultades que experimentan en la afiliación.

Por ejemplo: en la Red 5 el 33,3 por ciento de los entrevistados mencionaron no estar afiliados al SSPAM y la razón fue no tener su documentación, como su cédula de identidad, o que no residen en el lugar permanentemente o porque no conocían el SSPAM.

Por su parte en la Red 8, de Nor y Sud Yungas, donde la mayoría de la población mayor está afiliada, las personas no afiliadas mencionaron que no habían asistido a la renovación anual del SSPAM (en particular en Coroico). Cada año tienen que renovar el carnet de afiliación y este año muchos no realizaron la re-afiliación en el gobierno municipal.

La mayoría de los municipios no cumple con la norma de actualización del registro al SSPAM y lo que si realizan, es una nueva afiliación todos los años, en consecuencia cada año existe un registro diferente de número de personas, dejando sin este beneficio a muchas personas mayores. Esta re-afiliación que no está normada ni es legal debilita la gestión del SSPAM en los establecimientos de salud.

En la Red 12 el progreso de las afiliaciones ha sido lento. En municipios como Papel Pampa y Umala, la mayoría no fueron afiliados por el Gobierno Municipal como se hizo en dos años anteriores. Una razón fue que no hubo los convenios a principios de año y la actitud tanto de los afiliadores como de los establecimientos de salud ha provocado que las personas mayores no se interesen en afiliarse.



Prestadores de servicios

A partir de las entrevistas a prestadores de los servicios de establecimientos de salud de primer nivel y de la observación de los técnicos del proyecto, se pudo recolectar información sobre la organización del servicio y el funcionamiento en relación con la comunidad. Si bien los recursos existentes no permiten una franca modificación del funcionamiento de lo servicios, se evidencia un mayor conocimiento de la comunidad por parte de los prestadores así como un mayor relacionamiento, lo que hace más efectivo no sólo el SSPAM sino la política SAFCI.

Existe un mayor conocimiento de la comunidad y de las personas mayores de la jurisdicción.

En los diferentes sectores de los municipios, los prestadores de servicios de salud sostienen que la mayoría de las personas mayores del rango de 71 a 80 años son los que más habitan en esos sectores y los que más requieren de los servicios del SSPAM. (Gráfico 1).

Los 19 sectores atienden entre 5 a 11 comunidades la mayoría de estas sólo cuentan con agua y electricidad, el agua proviene de pozos y no tienen alcantarillado. (Gráfico 2).

Gráfico 1
Total de personas según el rango de edad (en porcentaje)

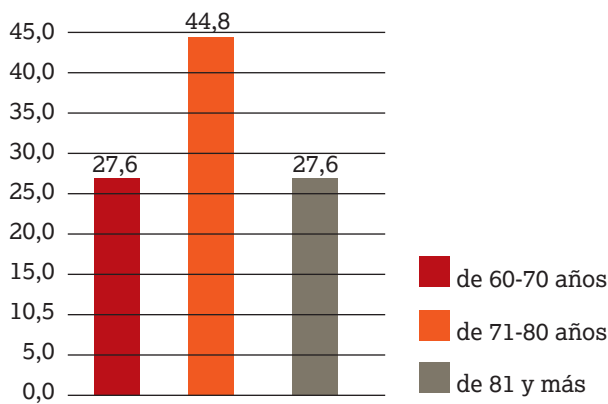
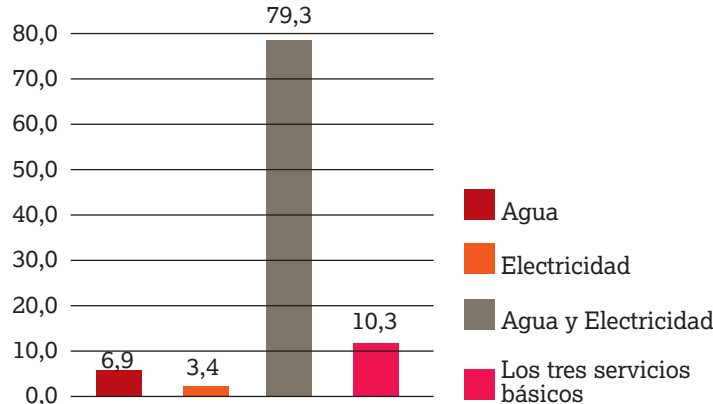


Gráfico 2
Total de las comunidades que cuentan con los servicios básicos (en porcentaje)



Los prestadores de servicio señalan que en todos los sectores existe una organización de personas mayores, en algunas todavía no está fortalecida, pero al menos existe un dirigente que motiva y lidera las acciones en temas de salud y para aplicar el SSPAM.

Los prestadores de servicios reconocen que las organizaciones de personas mayores han impulsado el SSPAM en las comunidades. Esta movilización permitió que las autoridades locales tomen en cuenta al SSPAM con seriedad. También se ha logrado un cambio en la percepción de la sociedad civil hacia la persona mayor. Esta metodología de trabajo de la Fundación Horizontes permite un acercamiento de los prestadores hacia las personas mayores de una manera propositiva logrando una mejor coordinación.

Personal

El personal en los establecimientos de salud en su mayoría dependen del SEDES, (médicos, enfermeras y auxiliares) y el personal de apoyo como chofer, cocinera y portero, son pagados por el gobierno municipal. Hubo cambios de personal solo a pedido de las organizaciones de la sociedad civil, de médicos y auxiliares de enfermería, porque tuvieron problemas de relacionamiento con las autoridades municipales.

Las enfermeras auxiliares tiene un fuerte apoyo de sus sindicatos y es muy difícil cambiarlas sin una justificación válida, pero en el caso de los médicos a sólo denuncia de las autoridades son removidos de sus cargos.

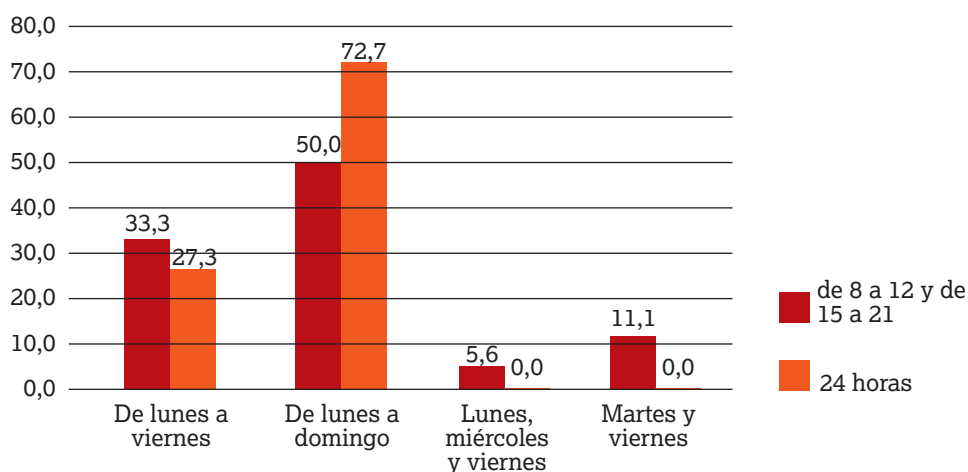
Los centros de salud reciben el apoyo de estudiantes de medicina 51,9 por ciento; un 25,9 por ciento enfermeras; el 11,1 son internos que están en los establecimientos durante tres meses; un 7,4 por ciento son enfermeras o personal de los bonos que envía el MSD una vez al año y de algunas ONGs que trabajan con ellos en ciertos períodos de tiempo (sobre todo con niños).

Horario

Sobre el horario de atención a los pacientes, los prestadores afirman que se atiende todos los días a los pacientes en general. La muestra señala que se atiende las 24 horas del día en un 72,7 por ciento y en un horario establecido un 50 por ciento. En el área rural la mayoría de las veces la atención a los pacientes se realiza de forma continua (Gráfico 3).

Gráfico 3

Total de días y promedio en horas de atención del establecimiento de salud (en porcentaje)

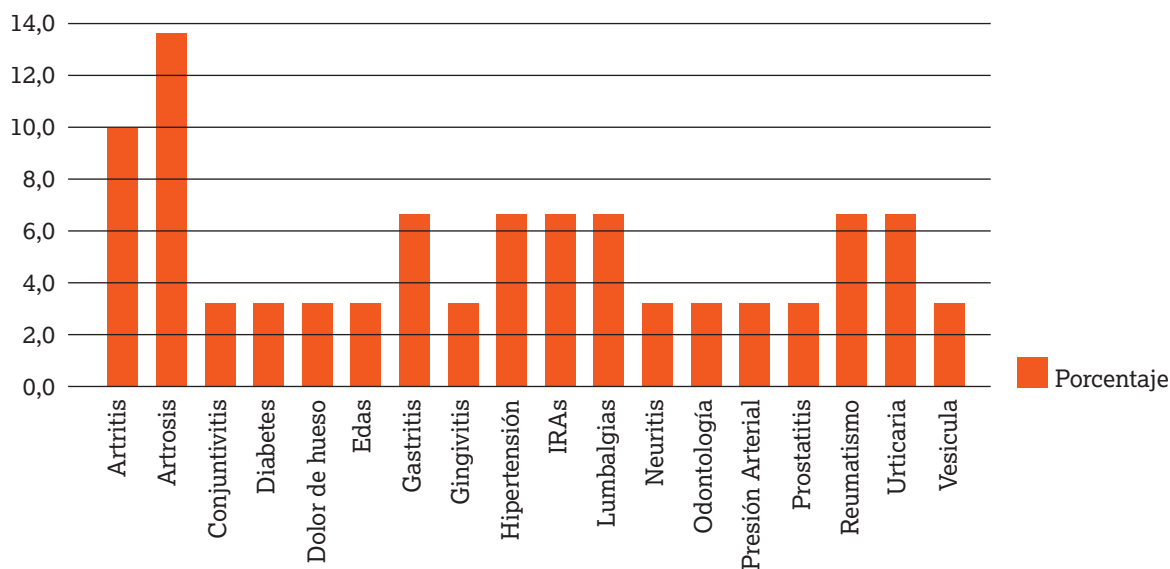


Enfermedades prevalentes

Sobre las enfermedades de las personas mayores con más prevalencia en los diferentes sectores se confirman con las que se mostraron en la línea base.

Gráfico 4

Enfermedades prevalentes en personas adultas mayores (en porcentaje)



La artrosis es la que tiene un mayor porcentaje 13,8 por ciento en los 19 sectores, mientras que la artritis tiene un 10,3 por ciento, las lumbalgias 10,3 por ciento, IRAS, gastritis, hipertensión, reumatismo y urticaria en un 6,9 por ciento son las que se repiten en los diferentes sectores municipales de salud (Gráfico 4).

Defunciones

Los prestadores de servicios reconocen que los familiares del adulto mayor que fallecen en las comunidades rurales muy pocas veces solicitan los certificados de defunción. En los últimos años esta situación cambió porque los familiares se informaron y conocen sobre el derecho a los Gastos Funerarios cuando un beneficiario de la Renta Dignidad fallece, entonces los familiares pueden cobrar Bs. 1.800.- después de realizar un trámite ante las AFPs., por lo cual requieren de un Certificado de Defunción. Muchos de los familiares del área rural desconocen este derecho y si lo conocen piensan que los trámites son morosos y de difícil acceso por ello no cobran este beneficio, por lo que mantienen la costumbre de enterrar al adulto mayor sin ningún tipo de documentación que certifique su fallecimiento.

La mayoría de los 19 sectores municipales han informado que al menos 1 o 2 personas fallecen al año y las solicitudes de defunción son escasas.

Visitas domiciliarias

De acuerdo al Modelo SAFCI, la mayoría de los prestadores realiza las visitas domiciliarias en las diferentes comunidades, algunas veces lo hacen de acuerdo a un cronograma establecido conjuntamente elaborado con las Autoridades Locales de Salud (ALS), otras establecidas con los sindicatos agrarios u otras por emergencia.

De los 19 municipios un 93 por ciento realizan las visitas domiciliarias. Algunos mencionan que no realizan visitas domiciliarias, porque, toda su labor lo realizan en el establecimiento de salud y no tienen tiempo. Las visitas domiciliarias que realizan son para el programa materno infantil por lo que las personas mayores quedan excluidas. Esta situación está cambiando a medida que el equipo de salud utilice estas visitas para atender a la persona mayor y conocer sus necesidades y conocer de cerca los problemas de salud de la población y mejorar los servicios ambulatorios.

Entre las acciones que realiza el personal de salud en las visitas domiciliarias mencionaron a la atención integral, la entrega de medicamentos, los controles y seguimiento a las enfermedades que tienen las personas mayores. Se observa que existe un control en el consumo de alimentos, muchos de ellos no consumen alimentos nutritivos o no tienen una buena alimentación (porque están solos, son familias de bajos recursos económicos o no reciben atención de sus familiares, entre los casos más frecuentes), también se realizan acciones preventivas y diagnósticos a las personas mayores (Gráfico 5).

Un porcentaje alto de los establecimientos afirma que las visitas domiciliarias son efectuadas en las ambulancias.

De los 19 establecimientos de salud, 11 centros cumplen sus visitas en ambulancias, el personal de tres establecimientos los realiza en motocicleta, el personal de otros tres establecimientos los realiza caminando, uno en lancha (Isla Suriqui) y otro establecimiento en transporte público (minibús).

En algunos establecimientos, el personal usa diferentes medios de transporte pero cuando existen movilidades propias del centro, tampoco pueden ser utilizados por no saber conducir, en especial enfermeras y auxiliares (Gráfico 6).

Gráfico 5

Total del tipo de atención que reciben las personas mayores en las visitas domiciliarias (en porcentaje)

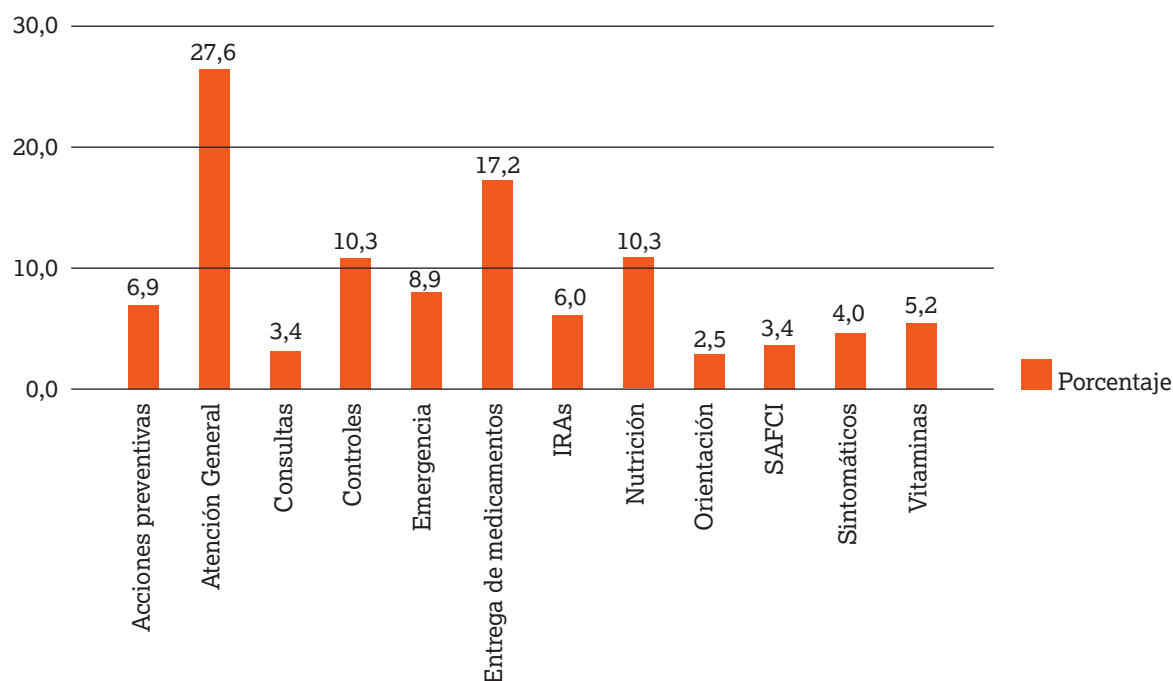
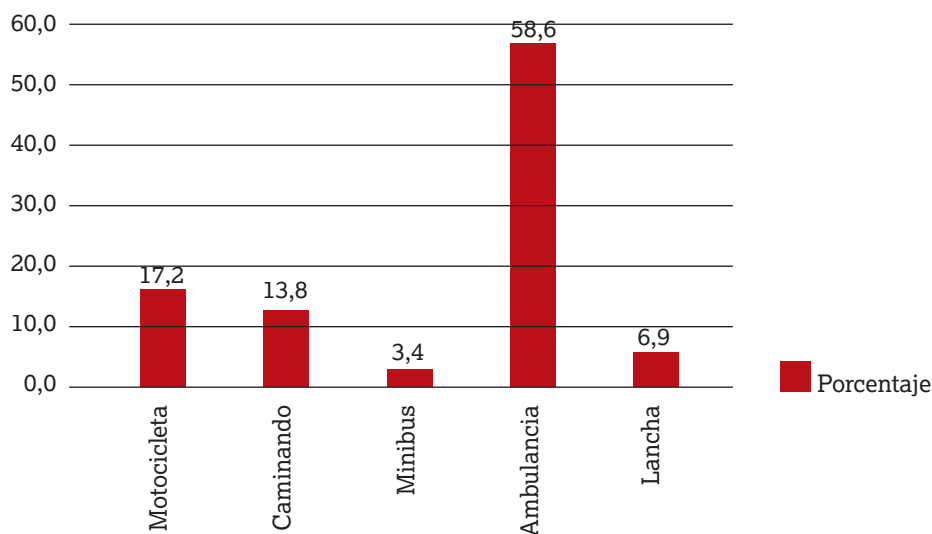


Gráfico 6

Tipo de transporte que se utiliza para realizar las visitas domiciliarias (en porcentaje)



Infraestructura del establecimiento de salud

Los prestadores de servicios de salud consideran que la infraestructura de su establecimiento de salud ha mejorado. De los 19 establecimientos, un 41,4 por ciento (8 municipios) señalan que es regular, un 37,9 por ciento (7) afirma que son buenas y un 20,7 (4) por ciento dice que son malas.

En la línea base, 14 establecimientos dijeron que eran regulares, 3 buenas y 2 malas. La percepción de los prestadores ha mejorado y la calificación de bueno aumentó en 4 municipios y el malo subió de 2 a 4.

Servicios básicos

La mayoría de los establecimientos de salud tiene los servicios básicos de agua y electricidad, casi todos no tienen alcantarillado en sus establecimientos de salud.

Pese a los problemas como: constantes cortes de luz, bajas en la tensión eléctrica, agua por tubería local y en su mayoría de pozos, todos cuentan con los servicios que tienen sus comunidades.

Equipamiento

Con referencia al equipamiento la mayoría ha señalado que tiene un equipamiento básico y alguno menciona que no tiene lo suficiente para atender a las personas mayores.

Insumos y medicamentos

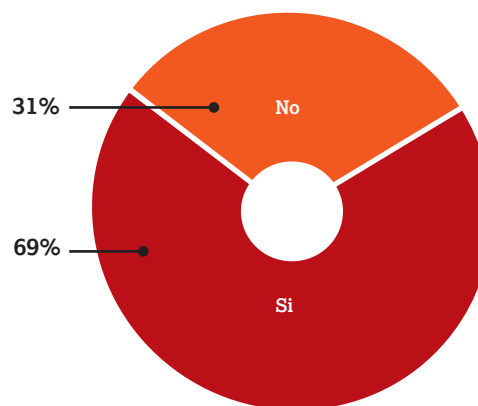
Un 69 por ciento señala que cuenta con todos los insumos y medicamentos para la atención del SSPAM, mientras que un porcentaje del 31 por ciento afirma que no tiene todos los insumos y algunos medicamentos por la falta de gestión municipal en la compra de medicamentos.

Vivienda del personal

En la línea base un 58 por ciento afirmaba estar satisfecho con su vivienda, ahora ha disminuido a un 55,2 por ciento y un 44 por ciento dice que no le gusta su vivienda.

Muchos centros han mejorado las viviendas del personal, pero en otros han empeorado porque los municipios no han atendido sus demandas y por lo tanto no están satisfechos con sus viviendas. Los municipios que han mejorado la infraestructura han proporcionado mejores comodidades; esta comparación de las condiciones de vivienda ha repercutido en la opinión de algunos prestadores donde la infraestructura no ha mejorado (Gráfico 7).

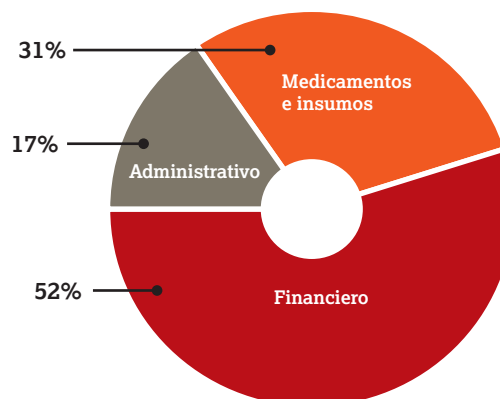
Gráfico 7
Total de centros de salud que cuentan con insumos médicos del SSPAM (en porcentaje)



Problemas en la implementación del SSPAM

Un 52 por ciento del personal de los establecimientos de salud considera que los problemas en la implementación del SSPAM se encuentra en el área financiera porque la gestión municipal es la más débil en el SSPAM, un 31 por ciento sostiene que es el tema administrativo del mismo gobierno municipal y sólo el 17 por ciento dice que son por el desabastecimiento de los medicamentos (Gráfico 8).

Gráfico 8
Tipo de problemas que el establecimiento de salud tiene para implementar el SSPAM (en porcentaje)



Prestadores y la gestión del SSPAM

El personal de salud de los establecimientos ya conoce sobre el endeudamiento del municipio. Un 62,1 por ciento sabe que el municipio adeuda al establecimiento de salud y un 37,9 por ciento señala que el municipio no adeuda y está pagando las primas correspondientes. Es una buena señal, porque ya todos los establecimientos conocen y exigen el cumplimiento del SSPAM (Gráfico 9).

Aplicación SIAS y SICOF

Entre las capacitaciones que realizó Fundación Horizontes con el SEDES está la implementación del SIAS y SICOF, la mayoría de ellos sostiene que en sus establecimientos de salud se está aplicando el sistema de afiliación y también el control financiero en los municipios.

Un 75,9 por ciento afirma que se aplica estos sistemas en sus respectivos establecimientos, el resto no lo implementa, posiblemente porque no cuentan con computadoras y la tecnología para el SICOF o porque no llegó el afiliador del SSPAM a su zona (Gráfico 10).

Gráfico 9

Adeudamiento del establecimiento de salud por el SSPAM, (en porcentaje)

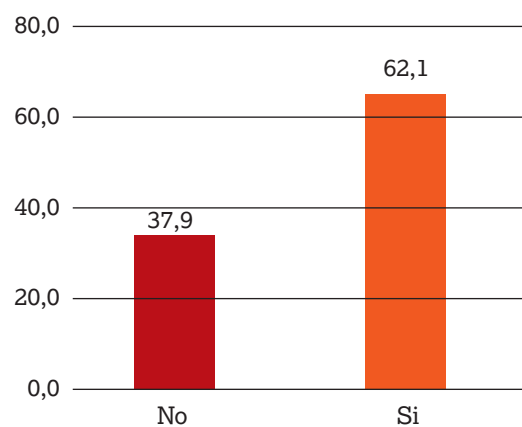
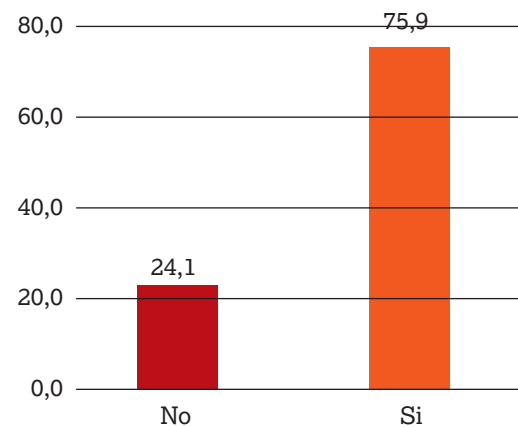


Gráfico 10

Implementación de SIAS y SICOFs actualizados para el SSPAM en el total de los municipios (en porcentaje)

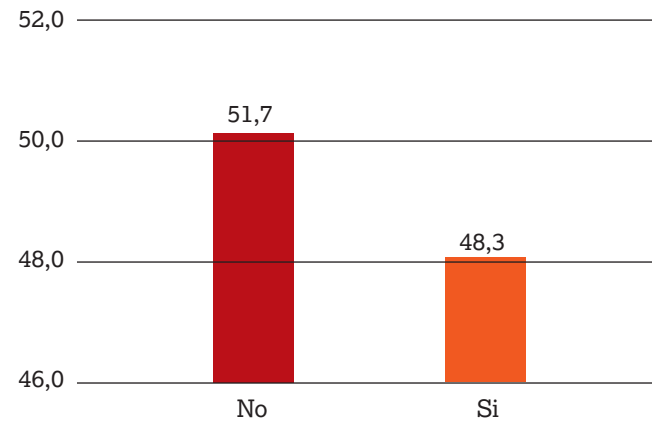


Desembolsos del SSPAM

El 51,7 por ciento de los prestadores de salud están involucrados en los desembolsos económicos a sus establecimientos de salud, ellos afirman que el municipio está desembolsando con regularidad las primas del SSPAM, mientras que un 48,3 por ciento menciona que el desembolso no es regular. Existe un mayor involucramiento de los prestadores en temas que hace poco lo desconocían o no comprendían (Gráfico 11).

Del total de los encuestados un 96,6 por ciento afirman que el pago del SSPAM es por primas y no por prestación de servicios. Esta respuesta es importante porque las capacitaciones han sido útiles para que los prestadores de servicios se informen de cómo es el funcionamiento económico del SSPAM. Este es el resultado de las capacitaciones de la Fundación Horizontes para que haya una buena implementación del SSPAM, porque beneficiarios y prestadores de servicios permitan ejercer el derecho y acceso a la salud de las persona mayores.

Gráfico 11
El municipio efectúa los desembolsos para el SSPAM con regularidad (en porcentaje)



Afiliación

Otro de los avances en la gestión municipal es la existencia de personal específico para la afiliación del SSPAM. El 83 por ciento señala que los municipios tienen sus afiliadores, mientras que un 17 por ciento dice que por los cambios de personal en el municipio, los nuevos afiliados no son conocidos (Gráfico 12).

Un 28 por ciento señala que no hubo cambios de responsables de salud en el municipio, mientras que un 41 por ciento señala no tener conocimiento si hubo cambios de este personal (Gráfico 13).

Gráfico 12
Tiene personal específico para la afiliación del SSPAM (en porcentaje)

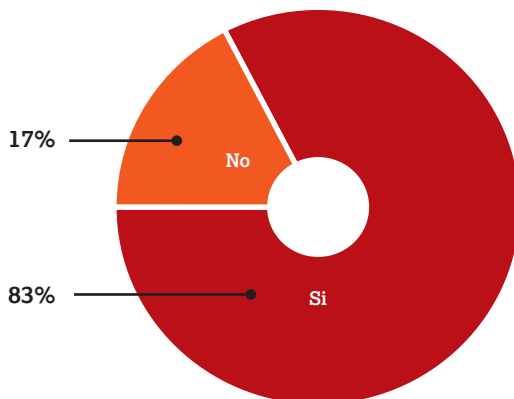
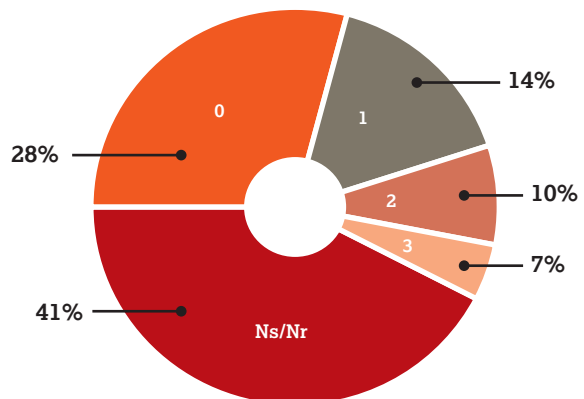


Gráfico 13
Número de personas que cambiaron de establecimiento de salud (en porcentaje)



Calidad de la atención en salud

Personal de salud e idioma nativo

Un 40 por ciento de los médicos sí habla el idioma nativo para la atención a sus pacientes, un 28 por ciento entiende, otro 28 por ciento no habla y un 4 por ciento no habla y entiende.

Un 60 por ciento de los enfermeros habla el idioma de la región, un 24 no habla, y un 16 por ciento lo entiende. Los auxiliares señalan que un 81 por ciento lo habla, un 4,8 por ciento lo entiende, no habla un 9,5 por ciento (Gráfico 14).

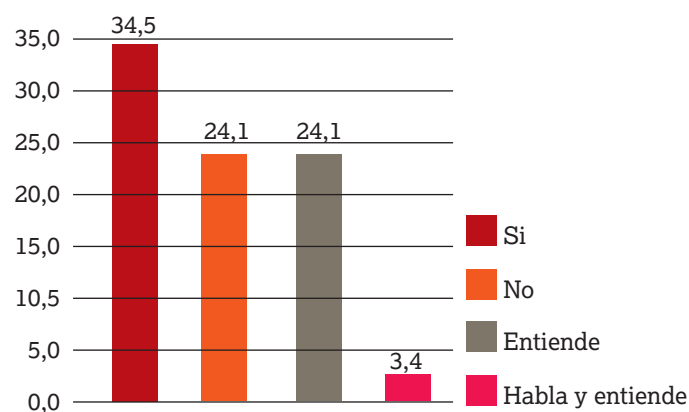
La población en su conjunto se encarga de hacer conocer a los prestadores de servicios sus usos y costumbres.

El trabajo en la comunidad y con las personas mayores les ha permitido conocer las comunidades y observar el trabajo que desarrollan, sus necesidades y su forma de relacionarse con las autoridades locales. Los prestadores de servicios ya están identificados con la forma de vida de sus sectores, conjuntamente con la sociedad civil organizan sus prestaciones, priorizan las acciones a seguir y están adaptados a las condiciones locales en cada sector.

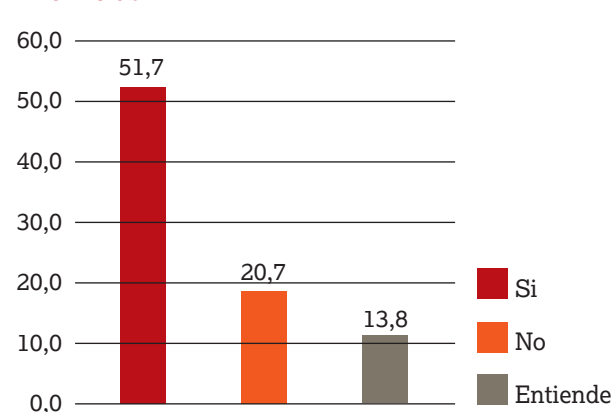
Gráfico 14

Total del personal que habla el idioma nativo, (en porcentaje)

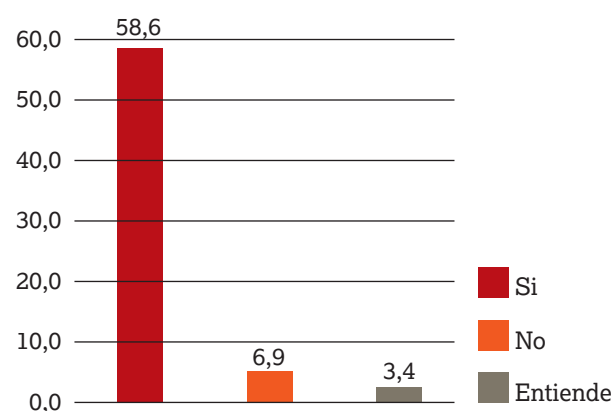
Médicos



Enfermeras



Auxiliares



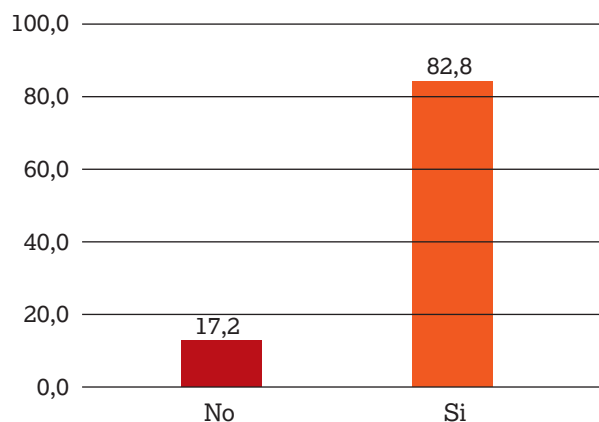
Los 19 municipios afirman conocer las costumbres de sus sectores, sólo tres funcionarios que trabajan en los municipios han mencionado no conocer.

Este porcentaje es diferente a la línea de base donde el 89 por ciento si conocía, ahora son los 19 sectores que conocen las costumbres de sus sectores.

Los prestadores de servicios conocen que la mayoría de las personas mayores visitan a los médicos tradicionales de sus comunidades antes que al médico; afirman que es una forma de respetar sus usos y costumbres. Los adultos mayores acuden a los médicos tradicionales porque les proporcionan plantas medicinales caseras que las tienen a la mano o en su entorno natural y que alivia sus dolencias; pero después acuden al médico, porque sienten que los medicamentos les alivia los dolores más rápido que la medicina tradicional (Gráfico 15).

“Vienen a nosotros después de unos días, ellos saben que las medicinas les mejoran o cuando los dolores o la enfermedad no pasan con las hierbas”,
dice un médico del centro de salud de Tito Yupanqui.

Gráfico 15
Total de las personas mayores que acuden primero al médico tradicional (en porcentaje)



Conocimiento del SSPAM y de la SAFCI

Los establecimientos de salud comenzaron a implementar el SSPAM cuando la Fundación Horizontes inició el proyecto. Un 4 por ciento dice que comenzó el año 2008, el 18 por ciento dice que comenzó el 2009, un 56 por ciento el 2010 y 22 por ciento el 2011 (Gráfico 16).

El 27,6 por ciento del personal de salud recibió capacitaciones en tres ocasiones y el 13,8 por ciento no recibió ninguna capacitación, estos en su generalidad son personal que llegó de otras redes sin capacitación (Gráfico 17).

Otros datos interesantes, son las respuestas sobre los formularios que conocen. Todos respondieron que si conocen los formularios del SSPAM de acuerdo al siguiente cuadro. Esto nos permite establecer que en la mayoría de los centros de salud sí se conoce los instrumentos de trabajo del SSPAM, sobre todo los protocolos y formularios. Las fichas de valoración no están incluidas, consideran como un instrumento de las carpetas familiares y no como instrumento del SSPAM (Gráfico 18).

Gráfico 16
Año que se implementó el SSPAM en el establecimiento de salud (en porcentaje)

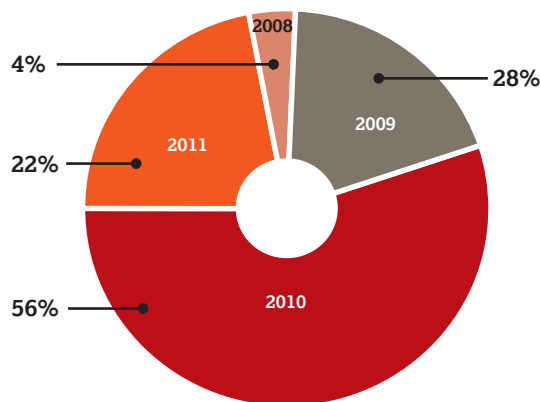


Gráfico 17

Número de capacitaciones recibidas para la implementación del SSPAM (en porcentaje)

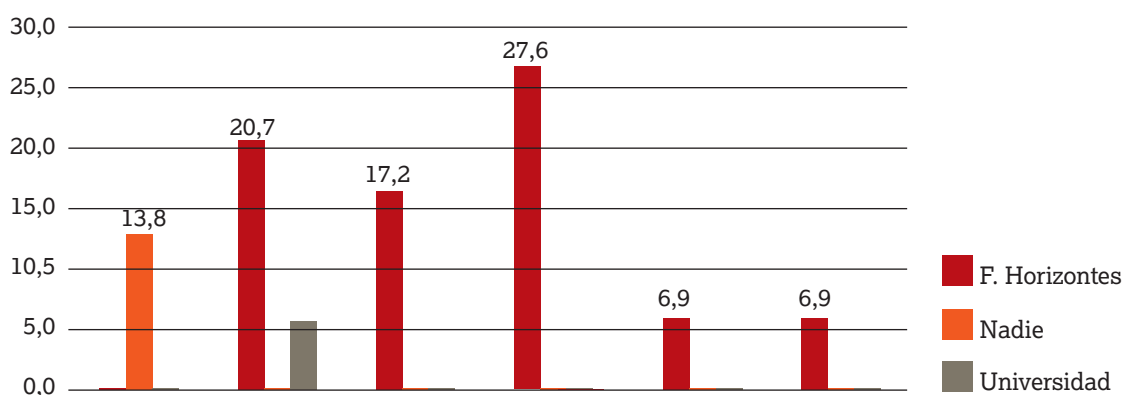
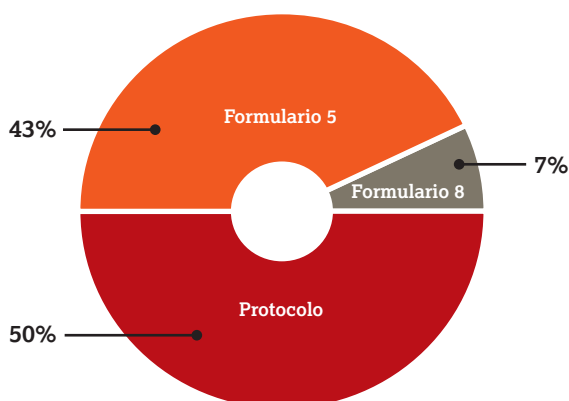


Gráfico 18

Documentos que conocen los responsable en el establecimiento (en porcentaje)



En lo que se refiere a la aplicación de las fichas de valoración geriátrica un 44,8 por ciento no lo aplicó, un 55,2 por ciento si lo utilizó del cual un 13,8 por ciento, lo aplicó sólo una vez. (Gráfico 19,20).

Los prestadores señalan que las personas mayores no acceden para la aplicación de la ficha porque no tienen tiempo y cuando visitan el establecimiento de salud lo hacen en su generalidad los días de feria y lo hacen con mucha rapidez porque tienen que volver a su comunidad en el transporte público que los trae y los lleva. A las personas mayores no les gusta responder a tantas preguntas que a veces no entienden, señalan los prestadores. Es una forma de evitar llenar las fichas.

Con la aplicación de la ficha, algunos han mencionado que han logrado reconocer problemas de salud mental y de Parkinson en los adultos mayores, pero que sólo llegaron al diagnóstico y no realizaron ningún seguimiento a los enfermos en este tiempo.

Los prestadores de servicios también afirman que las fichas sólo lo tuvieron los años 2010 y 2011 y sólo de manera impresa en el municipio de Coroico, los otros no les hicieron llegar estas fichas y solo utilizaban los que fueron entregados por la Fundación Horizontes. Estos instrumentos les llegó a su poder cuando la Fundación Horizontes ejecutó el proyecto (Gráfico 21).

Gráfico 19
Aplica o no las fichas de valoración geriátrica (en porcentaje)

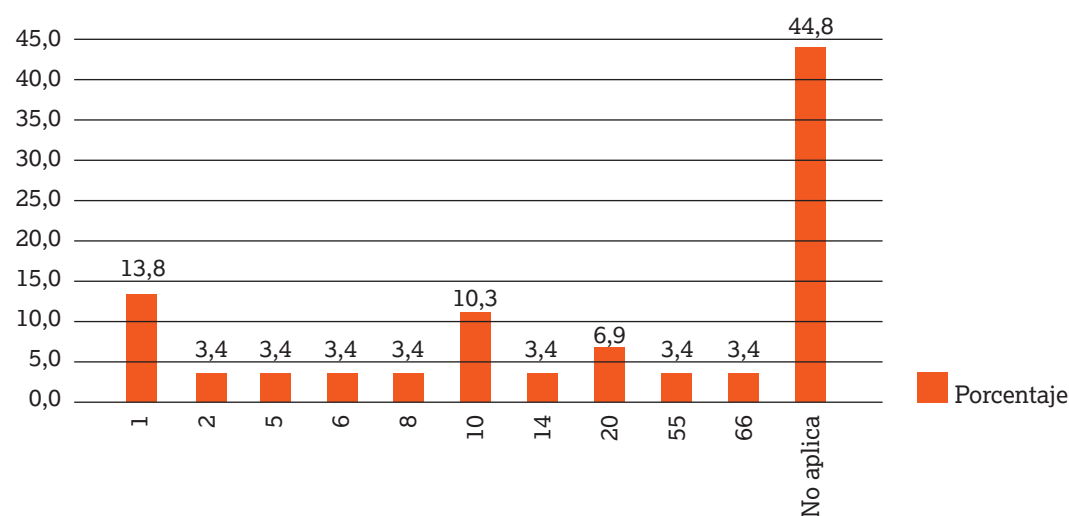


Gráfico 20
Número total de fichas de valoración geriátrica aplicada (en porcentaje)

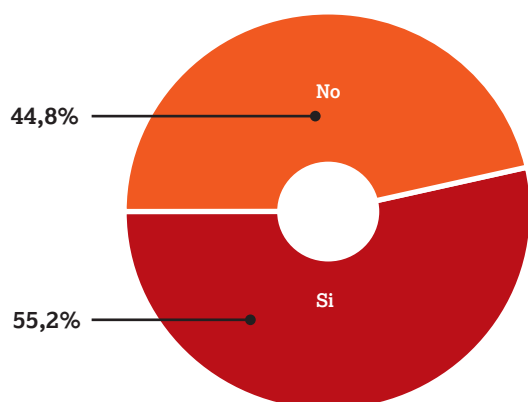
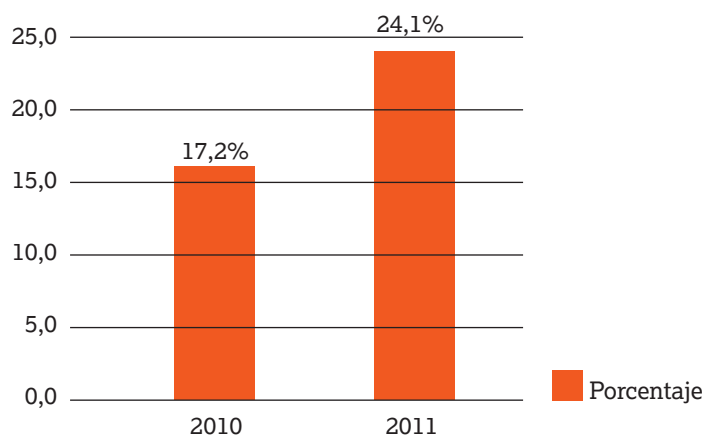


Gráfico 21
Tiempo en años que el establecimiento de salud cuenta con las fichas de valoración geriátrica (en porcentaje).



Muchos de los prestadores de servicios han afirmado que es interesante el uso de las fichas de valoración, (75 por ciento) además es útil para lograr un diagnóstico integral del adulto mayor, pero lamentablemente su uso no es muy difundido (Gráfico 22).

Otro aspecto que destacaron los prestadores de servicios es que se los capacitó en la utilización del protocolo de atención del SSPAM. Un 62,1 por ciento afirma que recibió capacitación y un 37,9 por ciento señala que no fue capacitado (Gráfico 23).

Asimismo un 89,7 por ciento fue capacitado y conoce la política SAFCI y otro 10,3 por ciento dice que no la conoce (Gráfico 24).

Gráfico 22

Apoyo de las fichas de valoración en el diagnóstico de las personas mayores (en porcentaje)

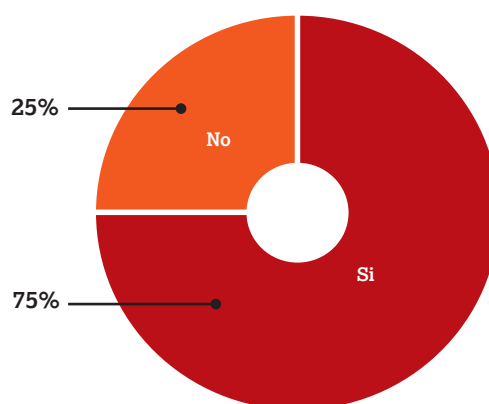


Gráfico 23

Capacitación en el manejo del Protocolo (en porcentaje)

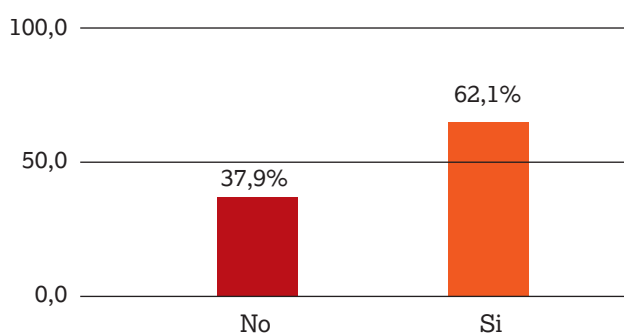
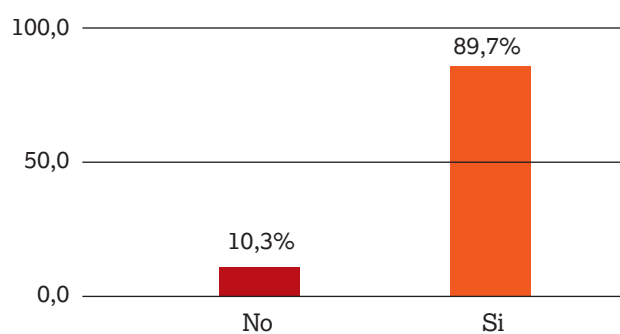


Gráfico 24

Conocimiento de la política SAFCI (en porcentaje)



Estudio de caso:

Encuesta realizada por la Dra. Fabiola Almaráz en el centro de salud de Chacala, Municipio de Yanacachi.

El objetivo fue conocer a la población mayor de su jurisdicción y analizar la aplicación de la ficha de valoración geriátrica. Aplicó la ficha a una muestra de 40 personas mayores de su área. Analizó en particular la situación de dependencia, estado cognitivo y depresión para plantearse soluciones como equipo de salud.

Encontró 15 por ciento de personas mayores necesitando algo de asistencia en las actividades básicas diarias y 37 por ciento en las actividades instrumentales (más en los hombres), sin dependencia. Encontró 20 por ciento de alteraciones de la función cognitiva, (más en las mujeres) y 25 por ciento de alteraciones de la función locomotora y riesgo de caídas.

Lo que más llamó la atención a la doctora fue el alto porcentaje de síntomas de depresión (30 por ciento de las entrevistas) además de 17 por ciento de puntaje indicando depresión severa (más en mujeres).

La Dra. Almaraz plantea la creación de un centro de recreación grupal donde se pueda trabajar con las personas mayores temas como la autoestima.

Señala que la aplicación de las escalas no tomó más que 20 minutos, en su mayoría 50 por ciento de las entrevistas tomaron menos de 15 minutos.

Control Social

Conformación de Autoridades Locales de Salud (ALS)

El 89,7 por ciento de los establecimientos de salud ha conformado sus ALS y un 10,2 por ciento no las tiene (Gráfico 25).

También han afirmado que un 48,3 por ciento tienen conformado sus Comités Locales de Salud (COLOSAS) (Gráfico 26).

Gráfico 25

Existe conformado un control social en su sector ALS (en porcentaje)

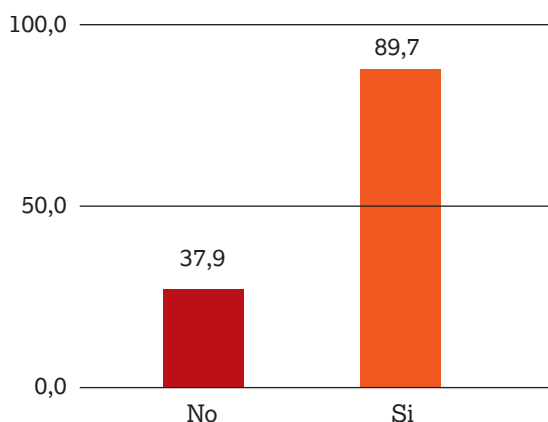
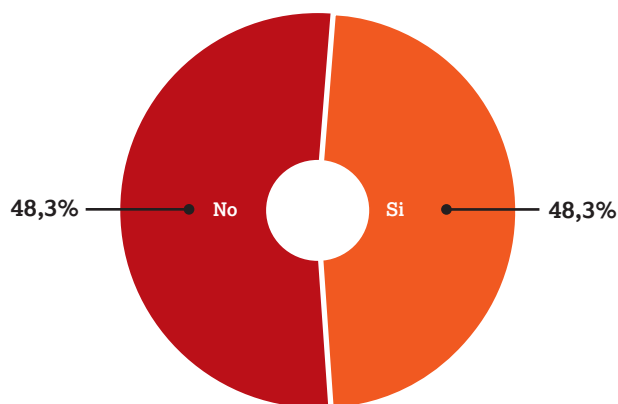


Gráfico 26

Conformación de COLOSA (en porcentaje)



Promoción y Prevención

Como seguimiento a la aplicación del modelo de atención SAFCI relacionadas con personas mayores, aseguran realizar actividades de prevención de enfermedades, ferias de salud en las diferentes comunidades, seguimiento al tipo de alimentación que están consumiendo, prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas y afiliación al SSPAM. Un 13,8 por ciento señala que no realiza ninguna acción (Gráfico 27).

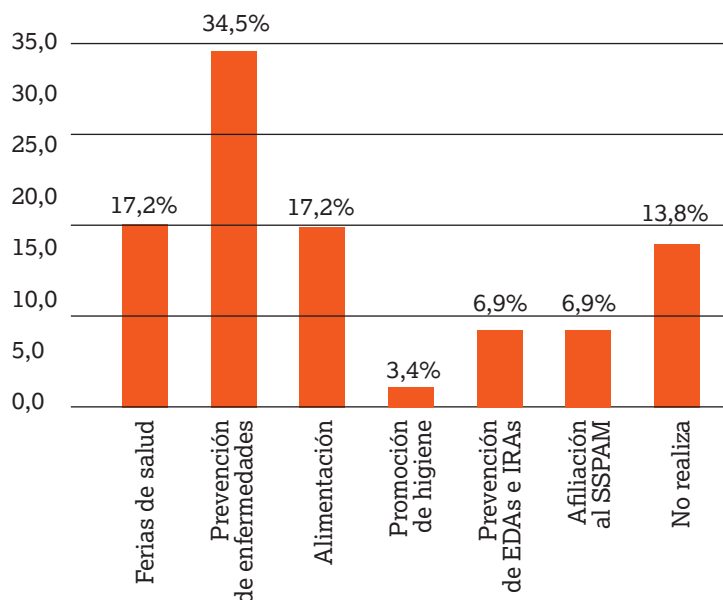
Todos los encuestados afirman que como todos los municipios han firmado sus convenios con los establecimientos de salud, todos están realizando la referencia al siguiente nivel de atención, mientras que otros señalan que no han realizado referencias porque los casos que atendieron no lo necesitaban. Han mencionado también que no hay una contra-referencia en la mayoría de los casos ya que los centros a los que se han referido no les devuelven una historia clínica de los pacientes adultos mayores.

También señalaron que muchos adultos mayores acuden directamente a los hospitales de segundo o tercer nivel y son recibidos sin la referencia del primer nivel, sobre todo cuando es de emergencia. Los hospitales no han tenido problemas en asistir a afiliados en la sala de emergencias que son la mayoría de los casos.

El Hospital Arco Iris de la ciudad de La Paz es el que más problemas ha presentado por la alta demanda de pacientes adultos mayores.

Gráfico 27

Actividades que se realizan en el tema de prevención y promoción para adultos mayores (en porcentaje)



¿Somos servicios amigables?

Los prestadores de servicios han incluido en la atención de pacientes el concepto de servicios amigables, pero fue importante conocer qué entienden por calidad y calidez de atención (Tabla 2).

Tabla 2

Algunos conceptos brindados por los encargados de salud

Tipo de atención	Total	%
Amabilidad	3	10,3
Atención integral	2	6,9
Atender a las personas mayores	1	3,4
Dando buen trato	2	6,9
Material e insumos	1	3,4
Mejor atención	3	10,3
Mejor trato	7	24,1
Ponerse en su lugar	1	3,4
Resolución del problemas	1	3,4
Respeto a las personas mayores	3	10,3
Trato amable	5	17,2
Total	29	100,0

La mayoría coincide en que las personas adultas mayores ahora reciben un mejor trato de los prestadores de servicios de salud y que ahora son más visibilizadas por el SSPAM y la aplicación de la SAFCI. Esto ha permitido llegar a las comunidades y a la población en su conjunto de manera amable y cortés.

¿Cómo aplica la calidad y calidez a las personas mayores en sus establecimientos de salud?, respondieron de la siguiente manera (Tabla 3):.

Tabla 3
Aplicación de calidad y calidez en las personas mayores

Aplicación de la atención	Total	%
Escuchar al paciente	1	3,4
Escuchar a las personas mayores	3	10,3
Hablando en su idioma	8	27,6
La confianza	2	6,9
La ética	1	3,4
La preferencia	2	6,9
Mejor trato	5	17,2
Preferencia	2	6,9
Realizando seguimiento	2	6,9
Respeto	1	3,4
Siendo amigable	2	6,9
Total	29	100,0

Un porcentaje alto señala que una de las formas de brindar servicio amigable es hablar el idioma del adulto mayor, ofrecer un buen trato y escucharlos.

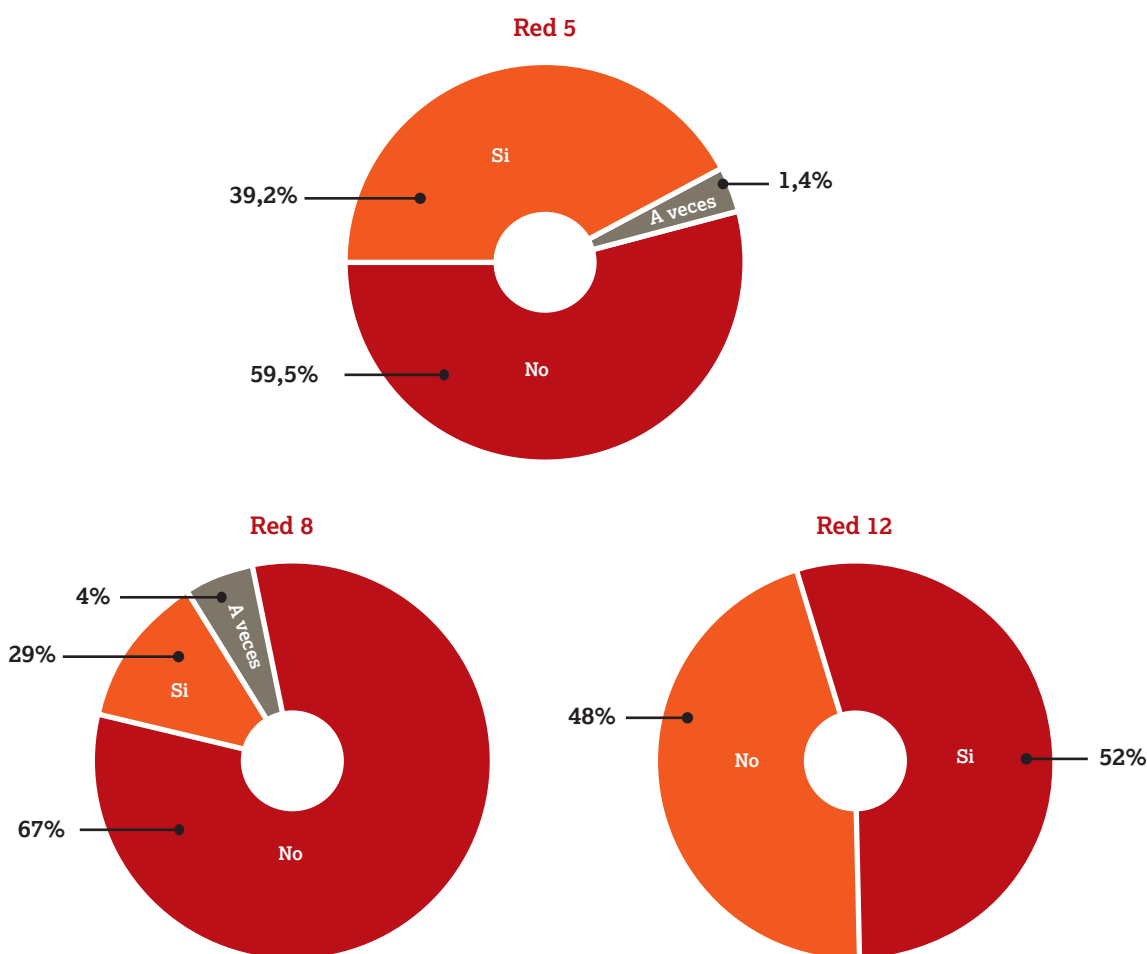


Percepción de la atención por las personas mayores

De las personas mayores entrevistadas, un 59,5 por ciento señala que no acude al médico tradicional de la comunidad, mientras que un 39,2 por ciento señala que visita primero a un médico tradicional, sobre todo para beber hierbas medicinales y/o comprar ungüentos para el cuidado de su salud y un 1,4 por ciento visita al médico tradicional a veces. Esto nos permite afirmar que en los últimos años la asistencia a los centros de salud se ha incrementado sobre todo cuando se conoce y se implementa el SSPAM en los municipios rurales (gráfico 28).

Gráfico 28

Total de los entrevistados que visita primero al médico tradicional, en porcentaje



Las personas mayores acuden al médico porque les da confianza, resuelve sus problemas de salud y porque habla su idioma y les entiende. También porque está cerca a su comunidad y tiene implementado el SSPAM (Gráfico 29).

Un 80 por ciento de los adultos mayores, demora 30 minutos para llegar al centro de salud; un 12 por ciento, más de una hora y el 8 por ciento llega en más de 2 horas, especialmente en zonas del altiplano donde las distancias entre el centro de salud y las comunidades son muy extensas. (Gráfico 30).

Gráfico 29

Motivo por la cual visita primero al médico tradicional (en porcentaje)

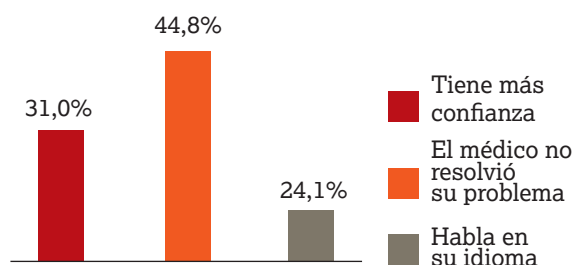
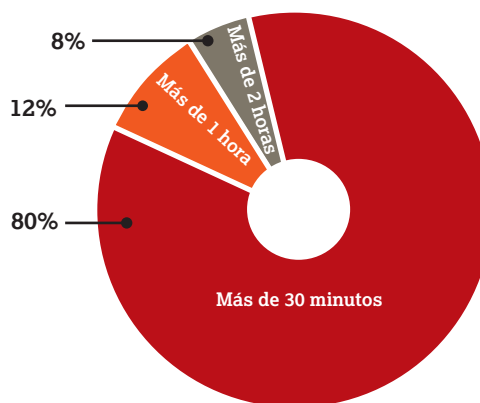


Gráfico 30

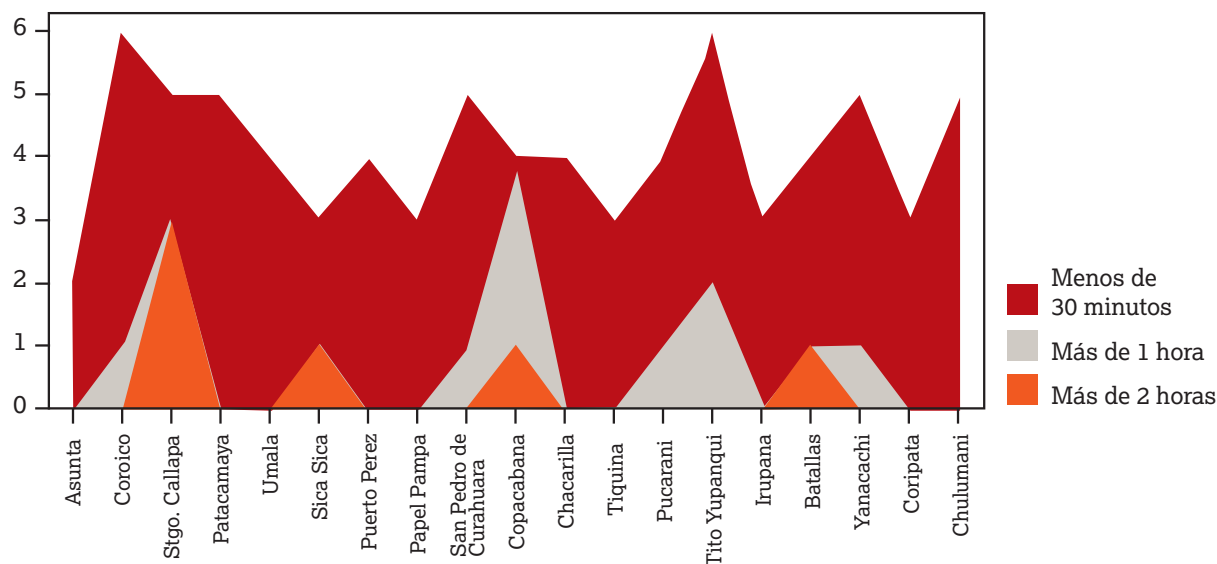
Tiempo que demora desde su casa al establecimiento de salud (en porcentaje)



El tiempo de espera en la atención también es resaltada por las personas mayores en todos los municipios como se aprecia en el gráfico 31.

Gráfico 31

Tiempo de espera para recibir atención médica



Las capacitaciones realizadas a las personas mayores sobre el acceso a la salud en las diferentes redes municipales permitieron que estos soliciten mejor atención en los municipios y en la dotación de medicamentos. Es importante resaltar que las personas mayores afirman que los médicos los atienden mejor con la política SAFCI, aunque no precisan con seguridad de lo que significa SAFCI. El 80 por ciento de las personas mayores de los municipios cerca del Lago Titicaca, señalan que el médico los examina; en los municipios del altiplano central (Red 12) es el 66,7 por ciento y en los Yungas (Red 8) el 67,9 por ciento.

La mayoría también respondió afirmativamente que los prestadores de servicios de salud le explican las dolencias o enfermedades que tienen y un porcentaje muy bajo señala que no le explicaron cual era su problema. Lo que nos permite afirmar que existe una mayor sensibilización de los prestadores hacia el adulto mayor y un cambio de actitud positiva.

Los adultos mayores respondieron positivamente sobre la forma de atención, un 70,3 por ciento señaló que es Buena, un 18,9 por ciento señaló que lo atendieron Regular, un 9,5 por ciento destacó como Excelente y sólo un 1,4 por ciento dijo que lo atendieron Mal (Gráfico 32).

Esa buena atención repercute también en la amabilidad con que fueron recibidas las personas mayores en los establecimientos de salud, los entrevistados dijeron que en un 90,5 por ciento los recibieron con amabilidad, un 5,4 por ciento dijo que No fueron atendidos con amabilidad y un 4,1 por ciento dijo que a veces los reciben con amabilidad (Gráfico 33).

Gráfico 32

Atención al paciente cuando llegó al establecimiento de salud (en porcentaje)

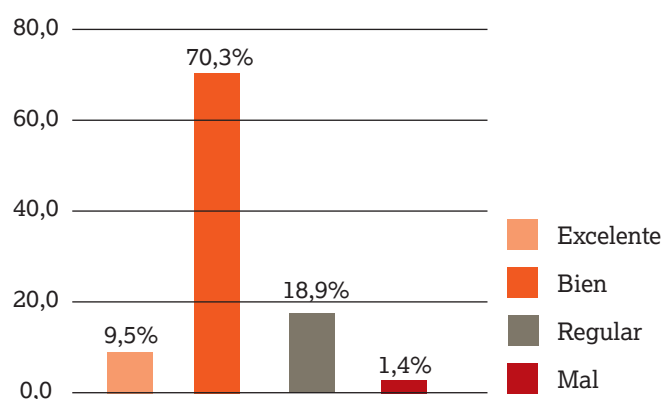
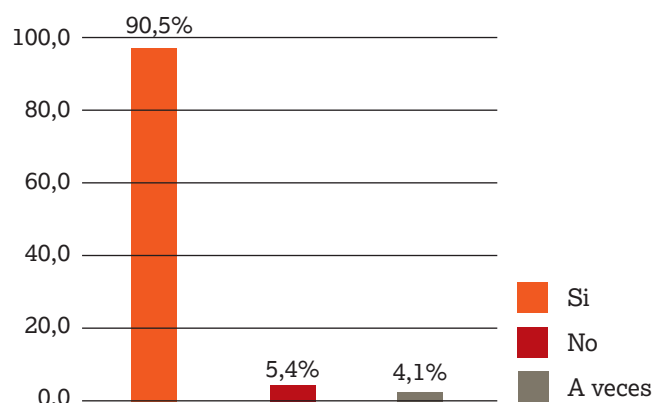


Gráfico 33

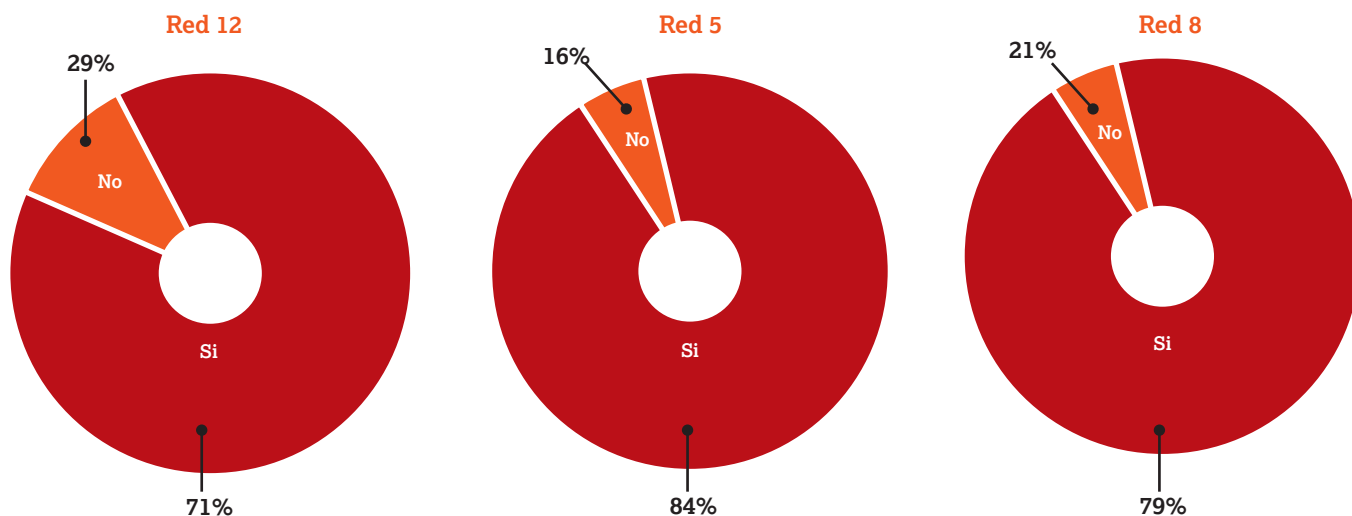
La atención es con amabilidad (en porcentaje)



Las personas adultas mayores afirman recibir la mayoría de los medicamentos recetados aunque se quejan de no sentir un alivio completo. Sin embargo se observa que los establecimientos de salud han mejorado en la dotación de medicamentos (Gráfico 34).

Gráfico 34

Entrega de medicamentos en el establecimiento de salud por Red (en porcentaje)



Las personas mayores sostienen que necesitan de mejores medicamentos y ante la pregunta de que pueden hacer para mejorar la atención, ellos sostienen que los medicamentos todavía son insuficientes para mejorar su salud (Gráfico 35).

Los adultos mayores también han sido críticos en sus comunidades sobre el mejoramiento de los establecimientos de salud. En los dos últimos años han logrado que sus comunidades puedan mejorar la atención en salud y ante las respuestas negativas en la evaluación inicial o línea de base ahora ellos afirman que las comunidades están realizando acciones para mejorar los establecimientos de salud con el apoyo de las ALS y COLOSA. (Gráfico 36).

Gráfico 35
Sugerencias para mejorar la atención en el establecimiento de salud (en porcentaje)

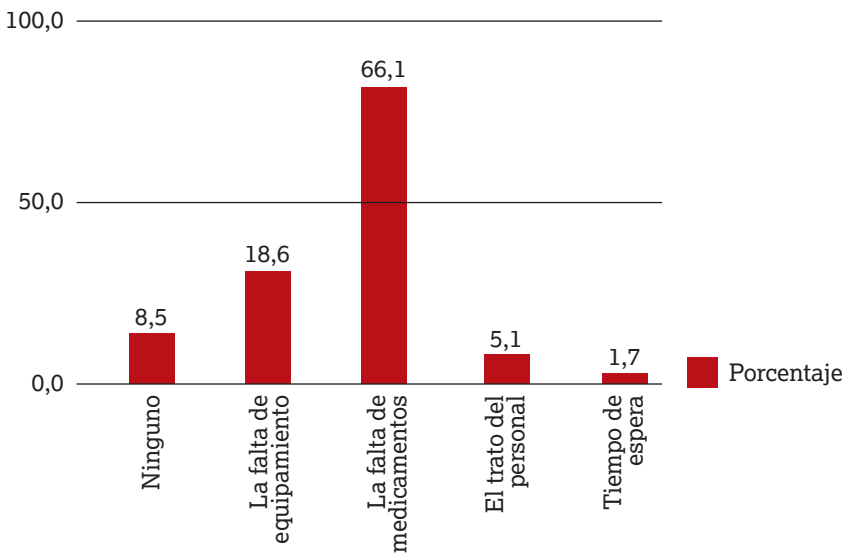
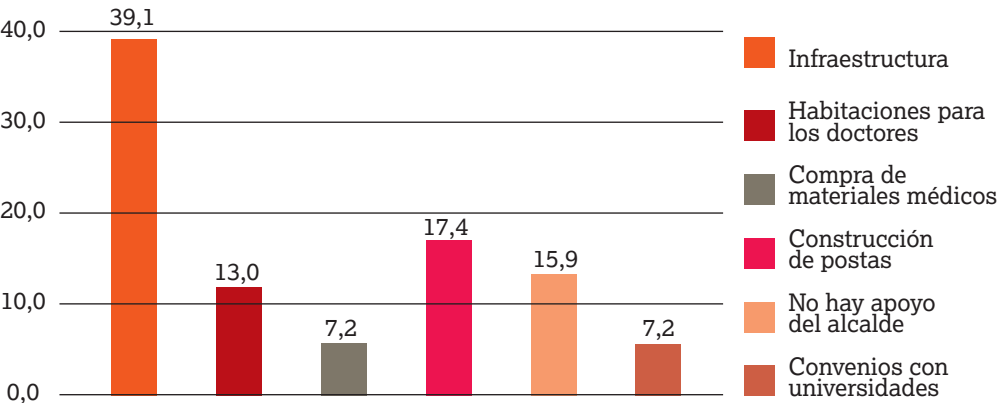


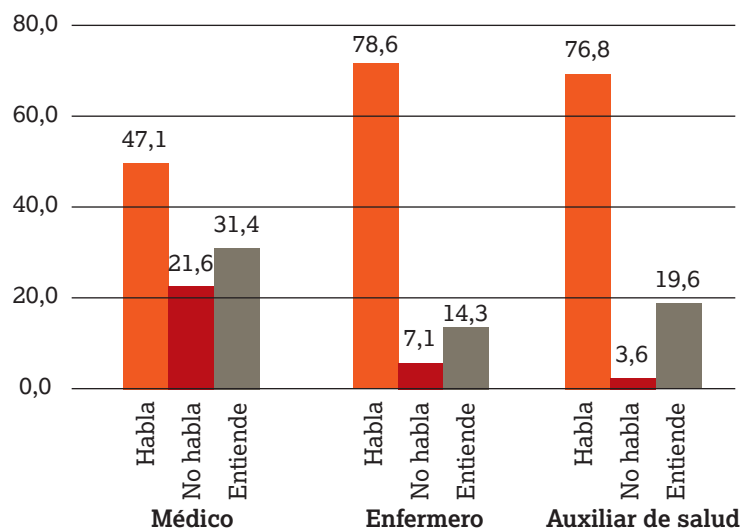
Gráfico 36
Cómo ayuda la comunidad al establecimiento de salud (en porcentaje)



Otro de los aspectos que ha mejorado la atención en salud es que la mayoría de los prestadores de servicios habla el idioma originario de la comunidad lo que ha permitido un mayor relacionamiento entre el personal y los pacientes en las comunidades. Una forma de aplicar la SAFCI (Gráfico 37).

Gráfico 37

El personal de salud habla el idioma nativo en el centro de salud



Un dato que nos parece interesante resaltar, es que las personas mayores afirman visitar al médico entre 2 a 3 veces al año pero también existen situaciones atípicas de personas que acuden al médico entre 15 o 60 veces al año.

La salud es

un derecho humano

Conclusiones

- Ordenamiento y progreso de los datos de afiliación, a pesar de que el contexto general del SSPAM ha sido difícil por las amenazas de cierre por el nuevo Sistema Único de Salud y por la re afiliación; 58 por ciento de la población es afiliada; todos los municipios afilian y reportan con cifras válidas.

“Es la primera vez que tenemos información verídica y comprobada”, afirma con orgullo la Dra. Marilyn Monroy, coordinadora de la Unidad de Seguros Públicos del SEDES (trabajó con la Fundación a comienzos del proyecto como Gerente en la Red 5).

- Establecimiento, legalidad y calidad de los convenios entre gobiernos municipales y centros de salud; aunque la fluidez de los pagos no es óptima, se ha progresado; los convenios con el primer nivel ha pasado de 63 por ciento a 95 por ciento (1 municipio retrocedió en 2011), de 47 por ciento a 79 por ciento con el 2do nivel y de 37 por ciento a 69 por ciento con el 3er nivel.

“Los dirigentes no han hecho nada durante mucho tiempo, siempre nos han hablado que gratis nos deberían atender, aquí igual nomás pagamos porque nos decía la doctora que no hay convenio. Ahora los dirigentes habían hablado con el Alcalde y han conseguido que ese famoso SSPAM funcione. Nos entienden, nos dan pildoritas, pero igual nomás estamos, al menos ya tenemos gratis la atención; pero lo mejor es que la doctorita ya está en todas las reuniones y nos informa de todo, bien nos trata ahora, hasta asientitos hay en el centro” (Filomena Cruz, 69 años. Mercedes, La Asunta)

- El SEDES ha acompañado y luego organizado la capacitación sobre los sistemas informáticos de información; todos los municipios afilian, todos los afiliadores han sido capacitados y tienen un sistema de registro adecuado.
- El conocimiento del personal de salud sobre el SSPAM, SAFCI y sus instrumentos ha mejorado; todo el personal conoce la norma del SSPAM y las atribuciones del nivel primario dentro del SSPAM, aunque los instrumentos como los formularios de gestión son conocidos principalmente por el jefe del centro; el conocimiento sobre los protocolos pasó del 36 por ciento al 62 por ciento.
- El conocimiento de la ficha de valoración geriátrica ha pasado de menos de 20 por ciento al 100 por ciento aunque la utilización regular todavía no es sistemática (45 por ciento); aunque no aplican la ficha, el personal reconoce (75 por ciento) que es un instrumento útil para ayudar al diagnóstico de la salud de las personas mayores, el personal lo identifica como parte de la carpeta familiar, lo que es bueno porque significa que lo han apropiado como instrumento de su rutina y no como un instrumento aislado. La queja de ser demasiada carga, está decreciendo con el uso (la experiencia permite ir más rápidamente).
- La imagen de los centros de salud en la comunidad y la población mayor ha mejorado así como la relación de coordinación ha ido mejorando.
- La conciencia y el conocimiento de los equipos de salud en relación a la situación y necesidades de los adultos mayores de su zona, ha mejorado (ver estudio de caso Chacala).
- Tanto el SSPAM como la SAFCI se ha implementado de mejor manera. El personal de salud menciona en su mayoría (95 por ciento) haber iniciado la implementación de ambos junto al proyecto en 2009 y 2010.
- El personal de salud (52 por ciento) encuentra todavía que el mayor problema en la implementación del SSPAM es la falta de capacidad municipal lo que impide desembolsos y planificación oportunos, impactando en particular en el abastecimiento de medicamentos.

- La aplicación del control social según la política SAFCI se ha incrementado: todos los municipios tienen su organización de personas mayores y ALS; además en los CAIs se maneja indicadores del SSPAM.
- Aunque no se pudo estudiar de manera sistemática, en algunos centros se ha podido observar un incremento en la consulta de las personas mayores; ejemplo, en Pucarani hay 192 por ciento de incremento en consultas; en Tiquina un 150 por ciento de incremento.
- Tanto los funcionarios municipales, el personal de salud como la comunidad y las personas mayores perciben que el acceso a los servicios de salud ha incrementado: acceso económico (SSPAM), calidad, calidez y otros logrando ser servicios amigables.

“Antes venia al centro y no me atendían, tengo problema de los ojos, de la columna y vivo lejos de aquí, tardo hasta dos horas para llegar a pie y cuando tengo suerte me trae el minibús, tengo Renta Dignidad, pero no me alcanza, todo se va en préstamos y no me devuelven. Aquí en el centro de salud ahora bien me atienden, tengo mi seguro de salud y cada vez que vengo no me cobran; me hacen esperar un ratito y después me atienden nomás. Algunas veces espero afuera, frío hace, pero igual me atienden los doctorcitos, antes no era así” (Juan Mamani Mamani, 81 años. Chachacomani).

Trabajar en el área de difusión, socialización y apropiación del SSPAM ha mostrado que este seguro es factible y que los centros de salud con la propia atención pueden implementar servicios amigables con iniciativa. Más allá de la simple capacitación grupal, el proyecto ha implementado una metodología que alterna capacitación y seguimiento. Durante el seguimiento no sólo se vuelve a transmitir la información sino que se acompaña en la resolución de dilemas y dificultades así como se puede evaluar el contenido y la forma de capacitar. No teniendo forma de comparar con otros sitios, con otra metodología de trabajo, no podemos afirmar haber encontrado la fórmula mágica de trabajo; sin embargo, el impacto logrado (además sostenible) tanto en las capacidades de los actores como en el acceso a salud, es innegable.



ANEXO 1:

Perfil personas mayores entrevistadas

Total de personas encuestadas

Municipio	Total	%
PUCARANI	4	16,0
BATALLAS	4	16,0
PUERTO PEREZ	4	16,0
COPACABANA	4	16,0
TITO YUPANQUI	6	24,0
TIQUINA	3	12,0
ASUNTA	2	8,3
CHULUMANI	5	20,8
CORIPATA	3	12,5
IRUPANA	3	12,5
COROICO	6	25,0
YANACACHI	5	20,8
PAPEL PAMPA	3	10,3
STGO CALLAPA	5	17,2
UMALA	4	13,8
SICA SICA	3	10,3
SAN PEDRO DE CURAHUARA	5	17,2
CHACARILLA	4	13,8
PATACAMAYA	5	17,2
Total	78	100

Total de personas afiliadas al SSPAM, por sexo
(en porcentaje)

Personas afiliadas	Sexo		
	Mujer	Hombre	Total
Si	94,4	86,8	90,5
No	5,6	13,2	9,5
Total	100,0	100,0	100,0

Los derechos de las personas mayores

son derechos humanos

HelpAge apoya a las personas mayores a exigir sus derechos, enfrentar la discriminación y superar la pobreza, de modo que puedan llevar vidas dignas, seguras, sanas y activas.

**30 años como
red global**

HelpAge International

Programa Bolivia

Calle Vincenti N° 576, Sopocachi

La Paz, Bolivia

Casilla postal: 2217

Telf.: (591-2) 2416830 - Fax (591-2) 2410957

helpagebolivia@helpagela.org

www.helpagela.org

Fundación Horizontes

Calle Vincenti N° 576, Sopocachi

La Paz, Bolivia

Casilla postal: 2217

Telf/Fax.: (591-2) 2415280

f_horizontes@accelerate.com

Con el apoyo de:



EMBAJADA DE SUECIA