

DOCUMENTO TÉCNICO Y FINANCIERO

FORTALECIMIENTO DE REDES DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS DE CHUQUISACA, COCHABAMBA, LA PAZ Y POTOSÍ

BOLIVIA

DGCD CODE : NN 3008295
NAVISION CODE : BOL 09 030 11



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

Tabla de contenido

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	4
RESUMEN.....	7
FICHA ANALÍTICA DE LA INTERVENCIÓN.....	9
1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	10
1.1. SITUACIÓN SANITARIA	10
1.2. EL SISTEMA DE SALUD.....	10
1.3. DEBILIDADES Y AMENAZAS.	14
2 ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	18
2.1. ÁREAS TEMÁTICAS DE LA ESTRATEGIA DE LA INTERVENCIÓN.	18
2.2. ÁREAS INSTITUCIONALES DE LA INTERVENCIÓN.	25
2.3. ÁREAS GEOGRÁFICAS DE LA INTERVENCIÓN	28
3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA	30
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	30
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	30
3.3. RESULTADOS ESPERADOS.....	30
3.4. ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA CADA RESULTADO.	30
3.5. INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN.	43
4 RECURSOS.....	45
4.1. RECURSOS FINANCIEROS	45
4.2. RECURSOS HUMANOS.	45
4.3. PRESUPUESTO.....	47
5 MODALIDADES DE EJECUCIÓN	50
5.1. MARCO LEGAL Y RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES	50
5.2. ANCLAJE INSTITUCIONAL Y ESTRUCTURAS DE GESTIÓN.....	50

5.3. GESTIÓN FINANCIERA.....	60
5.4. MECANISMOS DE CONTROL Y AUDITORIAS	72
5.5. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMA	73
5.6. MECANISMOS DE APROBACIÓN DE LAS ADAPTACIONES DEL DTF.....	74
5.7. FIN DEL PROGRAMA.....	75
6 TEMAS TRANSVERSALES.....	77
6.1. MEDIO AMBIENTE.....	77
6.2. GENERO	77
6.3. DERECHOS DE LOS NIÑOS.....	78
6.4. VIH-SIDA	78
6.5. ECONOMÍA SOCIAL	79
7 ANEXOS 80	
7.1. MARCO LÓGICO.....	81
7.2. PRESUPUESTO.....	90
7.3. CALENDARIO DE EJECUCIÓN.....	93
7.4. CRONOGRAMA.....	94
7.5. TÉRMINOS DE REFERENCIA DEL PERSONAL DE LARGO PLAZO	97
7.6. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN	105

Lista de abreviaturas y acrónimos

SIGLA	SIGNIFICADO.
AIEPI	Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
ALS	Autoridad local de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
ATI	Asistente Técnico Internacional
BCB	Banco Central de Bolivia
BJA	Bono Juana Azurduy
Bs.	Bolivianos (dinero)
CAI	Comités de Análisis de Información.
CDC	Centro de Desarrollo de Competencias.
CNIDAI	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación.
CODESAS	Consejo Departamental de Salud
COMUSAS	Consejo Municipal de Salud
CONAPO	Consejo nacional de Políticas.
CONEm	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia.
CPE	Constitución Política del Estado
CUM	Cuenta Única Municipal
CUP	Cuenta Única Prefectura
CUT	Cuenta Única del Tesoro
CV	Comité de Vigilancia
D.S.	Decreto Supremo
DGP	Dirección General de la Planificación del Ministerio de Salud y Deportes
DGCD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DILOS	Dirección Local de Salud
DIMUSA	Dirección Municipal de Salud
EMCL	Estructura Mixta de Concertación Local
ENDSA	Estudio Nacional de Demografía y Salud
ES	Establecimientos de Salud
EBRP	Estrategia Boliviana de reducción de la pobreza.
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EPS	Escuelas promotoras de salud.
FAM	Federación de Asociaciones de Municipios.
FEJUVE	Federación de Juntas Vecinales
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FIT	Financial Information Tool
FONE	Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales
FPS	Fondo de Inversión productiva y social
GM	Gobierno Municipal

GMA	Gobierno Municipal de El Alto
GP	Gestión Pública
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IOV	Indicadores objetivamente verificables.
IRA	Infeción Respiratoria Aguda
LOPE	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
NV	Nacidos Vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización Sociedad Civil
OTB	Organización Territorial de Base
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDC	Programa Desnutrición Cero
PDM	Planes de Desarrollo Municipal
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial de Salud
PND	Programa Nacional de Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PROCOSI	Programa de Coordinación en salud Integral
PS	Protección social
PSEA	Proyecto de Salud de El Alto
RCS	Responsable Comunitario de Salud
RR. HH.:	Recursos Humanos
RS	Resolución Suprema
SABS	Sistema de Adquisición de Bienes y Servicios
SAFCI	"Salud Familiar Comunitaria Intercultural"
SAFCO	Sistema de Administración Financiera y Control Gubernamental
SWAP	Sector Wide Approach
SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SEDUCA	Servicio Departamental de Educación
SIGMA	Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativo
SLIM	Servicio Legal Integral Municipal
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSPAM	Seguro de Salud Para el Adulto Mayor - Ley 3323
SU SALUD	Seguro Universal de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil - Ley 2426
TGN	Tesoro General de la Nación
UCP	Unidad de Coordinación de Proyecto
UDAPE	Unidad de Análisis de políticas del MSD

UNI Unidad de Nutrición Integral
VSP Viceministerio de Salud y Promoción

Resumen

El Programa Fortalecimiento de Redes de Salud en municipios de los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Potosí (FOREDES en adelante), tiene como objetivo fortalecer integralmente las redes de salud, como medio para contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población de los municipios beneficiados por el programa.

Constituye parte del apoyo técnico y financiero del Reino de Bélgica, dirigido a lograr que las instituciones de salud de Bolivia, implementen efectivamente la política, estrategias y programas contenidos en el PSD (Plan Sectorial de Desarrollo) 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”, los Objetivos del Milenio y Reducción de la Pobreza¹. Nace de los acuerdos de financiamiento entre la cooperación belga y el gobierno de Bolivia, representada por el Ministerio de Relaciones Exteriores en base a la V Comisión Mixta 2008-2011.

En términos generales el FOREDES apoyará al sector salud a enfrentar sus mayores desafíos con respecto de la implementación del PDS, que son: 1) el de asegurar el acceso universal a servicios de salud con calidad y equidad y 2) el de fortalecer la capacidad de las instituciones de salud a nivel nacional, departamental y municipal, especialmente de aquellos establecimientos directamente involucrados en la provisión de servicios integrales de salud.

La vinculación y alineamiento del FOREDES a la política de salud del MSD, se da a partir del PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” y se visualiza en la concordancia con los objetivos y metas de este plan que se propone la construcción del sistema Único de Salud, el acceso universal a través del modelo sanitario de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Por tanto contribuye al logro de la finalidad de la eliminación de la exclusión social e incorporar la nueva identidad intercultural boliviana basada en la institucionalidad de la multinacionalidad con enfoque comunitario. Así el programa aporta su contribución a la solución de los problemas sectoriales referidos a la segmentación y fragmentación, a la aplicación de leyes y normas al fortalecimiento de la capacidad de gestión sectorial, a la racionalidad de la gestión de los RRHH, al incremento de la calidad en las redes de servicios, a la intervención sobre los determinantes de la salud, la participación social y la incorporación de los grupos vulnerables a los programas de protección social, con un reconocimiento y valorización de la cosmovisión y medicina tradicional.

¹ “Reducir la pobreza y el hambre”, ODM 4, “Reducir la mortalidad infantil”, el ODM 5, “Mejorar la salud materna”, y el ODM 6, “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades prevalentes”.

El programa FOREDES plantea el alcance de cinco resultados, acordes a las cinco políticas del MSD. Estos resultados están relacionados con el fortalecimiento de: 1/ El rol rector del sector salud por parte del MSD, 2/ la mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de primer y segundo nivel, 3/ los mecanismos de participación social y gestión compartida, 4/ la promoción de la salud, y 5/ la atención a los grupos más vulnerables.

El programa establece un resultado relacionado con la “gobernanza en salud”, orientado a fortalecer la capacidad de gestión en salud en los diferentes niveles de gobierno sectorial y municipal. Este resultado asume que el fortalecimiento de la capacidad de gestión del MSD, SEDES y DILOS, es indispensable para el logro de las metas ODM y de los objetivos del programa.

El FOREDES está alineado con la política de salud establecida en el PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” y aplica los principios del fortalecimiento de la eficacia de la asistencia para el desarrollo de la CTB, tales como la apropiación local y el desarrollo de capacidades, la concentración geográfica, la coordinación de donantes, el fortalecimiento de asociaciones, la participación comunitaria y la gestión por resultados.

FOREDES está basado en un enfoque flexible y progresivo (iterativo) encaminado a minimizar riesgos, como tal, combina actividades de apoyo de corta duración con una visión a largo plazo, opera en diferentes niveles de gestión de la salud (nacional, departamental y local), e incluye una amplia gama de modalidades y socios de ejecución, como los municipios, las organizaciones sociales de base, y otros sectores sociales además del sector salud, como es de educación, y los de saneamiento y habitabilidad.

Ficha analítica de la intervención

Código Navision	BOL 09 030 11
NN	3008295
Objetivo general	Contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población de las municipalidades beneficiarias del programa
Objetivos específicos	Reforzar de manera integral las redes de salud de las municipalidades beneficiarias
Contraparte nacional	Ministerio de Salud y Deportes
Localización	Departamentos de Potosí, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz
Beneficiarios	-población de las municipalidades escogidas. -personal del Ministerio de Salud y Deportes, Servicios Departamentales de Salud, Redes de Salud, y los miembros de los Directorios Locales de salud de los Municipios.
Principales ejes de intervención	Componentes de la cobertura y mejorar la calidad.
Modalidades de ejecución	Cogestión y regie
Duración	6 años (5 años de ejecución mas un año)
Contribución belga	11.000.000 EUR
Contribución nacional	550. 000 EUR

1 ANALISIS DE LA SITUACIÓN

1.1. Situación sanitaria

La población total proyectada de Bolivia al 2009, según el INE, es de 10.227.299 habitantes, con una tasa anual de crecimiento intercensal a nivel nacional de 2.74% (censos 1992-2001 INE). El 62.4% de la población reside en área urbana, 47.3% en área rural; 50.16% de la población es de sexo femenino. La esperanza de vida al nacer es de 63.84 años. La tasa global de fecundidad por mujer es de 3.37 y la tasa bruta de natalidad de 26.84 por mil nacidos vivos. Según la ENDSA 2008, la población boliviana es bastante joven (39 por ciento menor de 15 años) mientras sólo el 6 por ciento tiene 65 años o más. La estructura por edad de la población según área de residencia muestra diferencias importantes: el 36 por ciento de la población es menor a 15 años en el área urbana y 44 por ciento en el área rural. Para edades activas, 15-64 años, en el área urbana alcanza el 60 por ciento, cifra alta en comparación al 48 por ciento en el área rural, no existiendo grandes variaciones al comparar con las ENDSAS anteriores. En cuanto a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), las cuales constituyen el 46 por ciento del total de la población femenina y el 23 por ciento respecto a la población total, el comportamiento es similar a lo encontrado en encuestas anteriores. Por otro lado, el 66 por ciento de las mujeres en edad fértil reside en áreas urbanas. Si se considera a las mujeres de todas las edades, el 60 por ciento vive en estas áreas, resultado del fenómeno de la migración rural-urbana el cual es selectivo de mujeres en edad fértil y está relacionado con el empleo doméstico en las grandes ciudades.

En Bolivia persiste una situación de alta privación socio-biológica en mayorías poblacionales. Hay una baja calidad de vida y el perfil epidemiológico esta caracterizado por altas prevalencias de morbi-mortalidad evitables y por enfermedades de la pobreza. Bolivia mantiene altos índices de mortalidad materna, neonatal e infantil, aunque hay una tendencia a la baja. La mortalidad materna es de 230 por cien mil, la muerte neonatal por cada mil nacidos vivos alcanza a 24 recién nacidos en su primer día de vida; otros 54 hasta el primer año; Y 75 más lo harían antes de cumplir los cinco años. En los niños menores de 28 días, las causas de mortalidad son la diarrea, neumonía, septicemia y meningitis.

1.2. El sistema de salud

El sistema sanitario está segmentado, fragmentado, con débil rectoría y poca autoridad

en sus distintos niveles de gestión, ineficaz e ineficiente, está centrado en el asistencialismo y con un enfoque biologicista, iniquitativo y excluyente, que no toma en cuenta la diversidad étnico cultural del país, y con insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud en todos los niveles.

Hay una débil capacidad de gestión estratégica en el sector y en particular en las redes de salud. Esto genera duplicación e inoportunidad en sus intervenciones, mantenimiento inadecuado de sus equipamientos, cambios frecuentes en personal de salud, lo cual no permite ni la continuidad ni la sostenibilidad de las acciones en salud.

Falta también, una política salarial única en el sector. La oferta tecnológica en salud no está regulada y se generan monopolios que llevan a la discriminación de la población sin recursos. Estos problemas son graves y se arrastran desde mucho tiempo atrás, y si bien han sido detectados, todavía no están superados.

Hay una gran insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la poca valoración de la salud y su escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.

Frente a esta situación, podemos contar con una serie de fortalezas y oportunidades: Están definidas en una política de desarrollo y una política sectorial, ambas en proceso de implementación; hay una movilización hacia un cambio institucional y social; entre los donantes se están desarrollando iniciativas de coordinación interagencial para los programas de apoyo al sector salud. El programa planteado toma en cuenta estos elementos y su planteamiento se sustenta en el marco legal para el sector salud del Estado boliviano. Por otra parte, hay una evidente sintonía entre las nuevas políticas sectoriales y la política belga de salud y cooperación.

Dentro del marco de las políticas establecidas en el plan de desarrollo sectorial, queremos hacer mención especial al modelo SAFCI, como estrategia fundamental del quehacer en salud y orientadora de las acciones del programa.

1.2.1 Modelo de salud familiar comunitario intercultural (SAFCI)

El Ministerio de Salud, definió el modelo sanitario de la Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural SAFCI, que, junto al sistema único y el acceso universal, constituye la propuesta medular de cambio estructural sectorial. SAFCI está fundamentada teórica y programáticamente en la estrategia de la Atención Primaria de Salud de Alma Ata,

manteniendo el enfoque horizontal e integral. SAFCI, está definido como el conjunto de acciones dirigidas a facilitar el desarrollo de procesos de atención, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud, de manera eficaz, eficiente y oportuna, en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad.

Se trata pues, de la política pública oficial de Ministerio de Salud y Deportes que, a través de la promoción de la salud, involucra al equipo de salud, la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.,

Conceptos básicos para el desarrollo del SAFCI:

Derecho a la salud.

Promoción de la salud. Salud familiar comunitaria.- busca incidir sobre los factores determinantes y condicionantes de la salud, prioriza las familias y comunidades y desarrolla su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Interculturalidad.- acciones para promover el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes sistemas médicos y actores sociales existentes, y su articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud.

Participación social en la gestión.- involucramiento de la comunidad en el proceso de planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud.

Intersectorialidad.- el trabajo coordinado con diferentes sectores como: educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia para dinamizar las acciones de salud y optimizar los recursos

Integralidad.- concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad y la naturaleza y el mundo espiritual

1.2.2 Niveles de atención y gestión del sistema de salud ligados al SAFCI

En el área de salud existen 4 niveles de gestión:

1.- **Nivel Nacional.**- El nivel nacional de gestión de la salud está conformado por el Ministerio de Salud y Deportes. Es el órgano rector, normativo de la gestión de salud a nivel nacional y responsable de formular las políticas, planes, estrategias y programas nacionales así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud.

2.- **Nivel Departamental.**- Esta conformado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura. Es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales, además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial.

3.- **Nivel Municipal.**- Conformado por los Directorios Locales de Salud -DILOS. Es la máxima autoridad de Salud en el ámbito municipal, encargado de la implementación de las políticas y programas nacionales, departamentales y municipales (SAFCI, SUMI, seguros públicos, programa Desnutrición Cero y otros). Es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud y de las infraestructuras y equipamientos sanitarios.

4.- **Nivel Local.**- Es la unidad básica administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestaciones de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de salud.

De acuerdo al modelo SAFCI, la gestión pública en salud es esencialmente compartida en los cuatro niveles de gestión donde la toma de decisiones es conjunta con participación del Estado, el sector salud y la comunidad representada por las organizaciones sociales. El proceso de planificación y de seguimiento-evaluación tiene un enfoque intersectorial, se efectúa en la Asamblea, Mesa de Salud, cabildos, ampliados y Comités de Análisis de la Información (CAI)

La Gestión Compartida Local en Salud.- es un proceso que se desarrolla en el área o sector de salud, donde participa la comunidad, sus autoridades en salud y el equipo de salud, para tomar decisiones sobre planificación, ejecución, administración, seguimiento y control.

La Autoridad Local de Salud (ALS).- es un representante de la comunidad o barrio, ante el sector salud en el nivel local, Centro de Salud o Puesto de Salud. Es el o la encargado/a de la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento y control de las acciones de salud que se hacen en la comunidad o barrio

Comité Local de Salud (CLS).- Es la representación de las comunidades o barrios pertenecientes a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro) organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Compartida en Salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.

Es elegido del conjunto de ALS de las comunidades o barrios que pertenecen a un centro o puesto de salud, la elección y tiempo de duración es de acuerdo a usos y costumbres de la comunidad o barrio

Consejo Social Municipal en Salud.- Es el nexo entre las autoridades locales de salud y comités de salud y el DILOS, funciona en coordinación con el comité de vigilancia. Participa en las sesiones del DILOS con derecho a voz, promueve la participación de los CLS, organizaciones sociales, instituciones, médicos tradicionales y otros sectores en la Mesa Municipal de Salud, vigila el buen estado de la infraestructura de los establecimientos de salud, vigila la disponibilidad del equipamiento e insumos , en cada establecimiento de la Red Municipal SAFCI

Conformación del DILOS y atribuciones

Está conformado por:

- El Alcalde Municipal quien lo preside o su representante legal
- Un representante técnico del sector salud, que en municipios de ciudades capitales es el Director técnico del SEDES.
- Un representante del Comité de Vigilancia

1.3. Debilidades y amenazas.

Atendiendo a la estructura descrita del sistema de salud, la misión de formulación pudo durante su visita de terreno, analizar dicha organización y su situación en cada uno de los 4 departamentos elegidos, extrayendo los principales elementos transversales sobre los que podría actuar el programa y que resumimos a continuación bajo forma de debilidades y amenazas.

1.3.1 Debilidad en la oferta de servicios del primer y segundo nivel de atención en el marco SAFCI

- Los centros y puestos de salud son insuficientes y hay comunidades que no tiene oferta de servicios (débil cobertura sanitaria)
- La oferta de atención médica está ausente en algunos servicios de salud y/o funciona de 4 a 5 horas de atención al día.
- Falta de cumplimiento de las normas de atención integral y materna infantil en el primer nivel.

- El personal no tiene desarrolladas las capacidades para el cumplimiento de programas de promoción y prevención en salud ni de IEC (Información, educación y comunicación en salud).
- El personal tiene bajo nivel de compromiso, motivación
- El personal está funcionando sin una competencia adecuada para la atención primaria.
- No existe condiciones y capacidad resolutive, tanto en la gestión como en los sistemas de información, para que funcione la referencia y retorno.
- Los hospitales (segundo nivel de atención) no se involucran en la APS y no se coordinan con el primer nivel.
- Se comprueba una resistencia actitudinal y técnica para aplicar el enfoque intercultural (SAFCl) en la atención integral de la salud, desde las instituciones de salud.
- Hay una dotación inadecuada de medicamentos e insumos y ruptura de la cadena de biológicos por deficiencias en la logística y la continuidad del financiamiento para la atención materna infantil.
- Faltan medios de transporte para la atención de comunidades alejadas y la referencia de pacientes en emergencias desde el primer nivel a los niveles de mayor complejidad.
- Actualmente, el sector salud no cuenta con un sistema de información sobre la situación de los recursos humanos que permita tomar decisiones basadas en información fiable.
- Hay importantes debilidades en relación con la contratación, formación y distribución equitativa del personal de salud en función de las necesidades poblacionales y las de los servicios de salud.
- Los hospitales (segundo nivel de atención) no tienen acceso al oxígeno terapéutico.
- Carencia de hospitales de segundo nivel.

1.3.2 Debilidad en el ejercicio de la autoridad sanitaria y la organización y gestión de las redes de salud.

- Las autoridades locales (SEDES, DILOS y Gerencias de Red) en salud no tienen las competencias suficientes para gestionar la SAFCl y la intersectorialidad en salud.

- Existe en la práctica un “bicefalismo” gerencial, entre los municipios (encargados de las infraestructuras, equipamientos y financiamiento) y los SEDES (encargados de los recursos humanos), que a menudo es fuente de serias dificultades en la organización del sistema de salud. En el municipio, la autoridad sanitaria no ejerce a cabalidad las funciones de conducción, supervisión y control de las normas sanitarias.
- No se implementan programas de promoción y prevención de la salud intersectoriales bajo conducción del gobierno Municipal.
- Débil gestión y coordinación en los espacios intermunicipales.
- Falta de investigaciones operativas, en el ámbito de APS/SAFCI.
- Falta análisis estratégico de la información del SNIS en el ámbito municipal y local
- Inadecuado sistema de seguimiento, evaluación y reporte.
- Dificultad en el análisis de las coberturas de vacunación en el nivel municipal, debido a la inconsistencia de datos de denominador poblacional.
- Débil gestión y desarrollo del recurso humano en el primer nivel de atención.
- Cambios frecuentes en personal de salud no permiten continuidad ni sostenibilidad de las acciones en salud.

1.3.3 Insuficiente participación social

La importancia de la participación social esta documentada bajo el punto 2.1.5.

- La población no conoce los derechos que le otorga el Estado en relación con la protección social y la salud, ni la disponibilidad de la oferta de atención de salud materna e infantil.
- La Comunidad relega a un segundo plano de prioridad el tema de la salud en relación con otras necesidades, al momento de la planificación operativa local.
- No se formulan ni implementan programas de promoción y prevención de la salud intersectoriales bajo conducción del gobierno Municipal.
- La comunidad no ha desarrollado competencias para la gestión social de la salud, auditorias comunitarias, vigilancia comunitaria y el auto cuidado.
- Hay representaciones sociales desde la visión cultural propia, que limitan el uso y el acceso a los servicios de salud.

El conjunto de estos obstáculos, refrendados durante la misión de formulación con los

distintos actores bolivianos, constituye la problemática esencial sobre la que se pretende actuar y el fundamento del programa que se propone aquí. Es por ello que se plantea con intervenciones al nivel nacional, departamental y municipal y se sustenta en el desarrollo del modelo SAFCI.

Aún con esta coherencia interna, el abordaje propuesto, debe mantenerse flexible para incorporar las nuevas definiciones respecto de normas, protocolos y estándares que se pueden producir como consecuencia de los cambios institucionales ligados a las recientes elecciones generales en el país, y las próximas elecciones locales y departamentales.

2 ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS

El Programa en su implementación, contribuirá al logro de los objetivos del PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” fundamentados en los paradigmas sanitarios de la determinancia social, la intersectorialidad y la participación social, Así como en los principios del derecho a la salud y la responsabilidad del Estado para el ejercicio de estos derechos.

Por ello FOREDES se ha estructurado en base a los criterios de la Nueva Salud Pública que ve la salud desde un enfoque más amplio, trascendiendo a la mera falta de salud física, y abarcando el “vivir bien”. Plantea la intervención sobre los determinantes de la salud y la atención al contexto; lo que permite asegurar intervenciones eficaces y acordes a la realidad de cada grupo poblacional, en estrecha relación entre el sector salud y otras instituciones como los municipios, puesto que estos, además de su función integradora de las intervenciones sociales, tiene la competencia sobre las acciones de salud.

2.1. Áreas Temáticas de la Estrategia de la Intervención.

2.1.1 Gestión y desarrollo de los recursos humanos en salud.

El recurso humano es el recurso fundamental para el funcionamiento de cualquier sistema, y su adecuada gestión y desarrollo, uno de elementos claves para el éxito de su funcionamiento. Se han señalado las debilidades en relación a los RRHH. Todavía no hay un plan nacional de desarrollo de los RRHH. Es un elemento fundamental para mejorar la situación en RRHH. El programa apoyara el MSD en la organización de una auditoria RRHH, y la finalización del Plan RRHH.

El programa fortalecerá esta área y potenciará la coordinación entre entidades formadoras y prestadoras de servicios de salud, para asegurar la adecuación entre la oferta de profesionales que salen de las entidades formadoras, y las necesidades del sistema, así como las posibles adecuaciones curriculares.

El Programa apoyará el desarrollo de políticas nacionales y departamentales de gestión descentralizada de los recursos humanos, que contribuirán al logro de los objetivos estratégicos como contar con personal motivado, competente y equitativamente

distribuido en función del modelo de atención de salud y las nuevas políticas del Estado para el sector salud.

Para ello, FOREDES apoyará el fortalecimiento de las unidades/oficinas de Desarrollo de Recursos Humanos (unidades de capacitación) del MSD, SEDES y Redes. (O las instancias correspondientes tras la aplicación de las nuevas políticas).

Los programas de capacitación existentes no están basados en perfiles de competencias, ni están estructurados en función de las necesidades desde los servicios de salud. Además los SEDES no poseen los mecanismos necesarios para realizar la modulación de la oferta educativa que existe a nivel del país.

Con el apoyo del Programa se pretende que los Departamentos cuenten con programas de educación permanente, en articulación con las instituciones formadoras nacionales y departamentales, que respondan a los perfiles de competencias, con el diseño e implementación de programas de capacitación y educación permanente, puesto que los programas de capacitación existentes no están basados en perfiles de competencias, ni son estructurados en función de las necesidades de los servicios de salud. Además los SEDES no poseen los mecanismos necesarios para realizar la modulación de la oferta educativa que existe a nivel del país.

A través de la firma de convenios entre universidades, SEDES y gobiernos municipales y la articulación de universidades con redes de universidades nacionales e internacionales, el Programa fortalecerá la articulación y la docencia en servicio así como la generación de conocimientos y competencias a través de la investigación acción en los Departamentos ámbito del Programa.

Finalmente, en el tema de planificación y gestión, el Programa apoyará la modernización de los sistemas administrativos de RRHH. Se automatizarán los procesos mediante el diseño e implementación de software y equipos automatizados de datos, incluyendo presupuesto, personal, contabilidad, logística y trámites documentarios.

2.1.2 Modelo de prestación y gestión de servicios de salud.

El modelo de atención actual, todavía responde a un enfoque biomédico, con prácticas fragmentadas e iniquitativas que ocasionan la desatención de grupos prioritarios de la población y la escasa disminución de las tasas de morbimortalidad en las Departamentos de salud de intervención del programa.

El Programa apoyará en los 4 SEDES la caracterización, sistematización y adecuación del modelo de atención integral. Se capacitarán a equipos técnicos en los diferentes

niveles y se brindará asesoría técnica a las SEDES y Redes. Se apoyará en cada una de los ámbitos a fin de que los actores sociales relevantes de servicios de salud, instituciones y comunidades conozcan el modelo SAFCI.

También se elaborarán y/o actualizarán instrumentos y guías metodológicas para la aplicación del modelo en todos los niveles.

Desde el nivel central y de manera participativa, también se elaborarán y/o actualizarán instrumentos y guías metodológicas para la aplicación del modelo en todos los niveles.

Apoyará a nivel del SEDES en el fortalecimiento de la gestión del sistema de vigilancia de la salud pública, y de la gestión del sistema de acreditación - desarrollada adentro de la política nacional - de establecimientos de salud, responsable directo en la conformación de redes y construcción de infraestructura.

Se apoyará la elaboración de planes estratégicos y operativos, con participación de los actores de cada nivel, y su monitoreo y evaluación. También se capacitará a los equipos técnicos municipales en elaboración de programas de inversión con enfoque de salud pública.

A nivel de los municipios se apoyará en el fortalecimiento de:

- Planificación operativa de la red municipal de salud y control del proceso de ejecución.
- Planificación de la asignación de recursos y financiamiento de la atención de la salud de la población.
- Mantenimiento de los recursos municipales asignados a salud.
- Aumento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

Actualmente funcionan redes de establecimientos de salud, aunque no funcionan como redes de servicios.

Los establecimientos cuentan con una infraestructura y equipamiento a veces inadecuado e insuficiente que no permiten responder en forma oportuna y eficiente, de acuerdo a su nivel resolutorio, a los problemas de salud de la población, creando insatisfacción, desconfianza y menor acceso a los servicios de salud.

El Programa se propone fortalecer la organización de la red de servicios de salud en función a un análisis de oferta-demanda e incluyendo la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia por niveles que permitan la oportunidad y continuidad en el manejo de los casos.

También contribuirá al mejoramiento de la infraestructura y equipamiento según capacidad resolutive, para lo cual se realizarán diagnósticos, programas de construcción y adecuación de acuerdo a su nivel de complejidad y al SAFCI y compra de equipos en función de planes de adquisición. Además se apoyará la elaboración de planes de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos e infraestructura, capacitación en manejo de equipos e implementación de centros de mantenimiento.

Otras estrategias para el incremento de la capacidad resolutive consisten en la adecuación a la estandarización de la atención integral. A nivel nacional existen diversos protocolos para los daños más frecuentes en los diferentes grupos etáreos². Es necesario validar y aplicar estos, de acuerdo al perfil epidemiológico y las características de la zona que permitan brindar una atención integral estandarizada. El Programa también fomentará el desarrollo de procesos de mejora de la calidad. Se fomentará que los establecimientos de salud realicen autoevaluaciones de estándares de calidad y diseñen e implementen procesos para mejorar la calidad de sus servicios, asegurando la acreditación de acuerdo a la norma en los diferentes niveles.

Un aspecto esencial para mejorar la cobertura y calidad del sistema de salud consiste en incluir el enfoque de interculturalidad en los servicios. El Programa fortalecerá el Viceministerio de salud intercultural y apoyará los procesos de capacitación en esta área. También contribuirá con adecuaciones de infraestructura para atención adecuada culturalmente y fomentará la generación de espacios de encuentro con agentes tradicionales de salud. Por otra parte, para la población excluida de la prestación de servicios de salud por condiciones geográficas, culturales o económicas, se diseñarán estrategias y metodologías de trabajo a través de brigadas SAFCI.

2.1.3 Desarrollo de sistemas y uso estratégico de la información. Mejora de los CAI.

El SNIS deberá desarrollar capacidades que le permitan la generación de información para la formulación de políticas públicas en el sector salud y otros sectores; pero también proveerán información útil para la gerencia, la vigilancia epidemiológica y la acreditación de establecimientos de salud; tres funciones propias del MSD, lo que contribuirá a fortalecer la rectoría del sistema boliviano de salud y la toma de decisiones informadas. El programa apoyara todos los niveles par fortalecer esa capacidad. El enfoque no es en compra de sistemas de información o hardware, pero en el desarrollo de la capacidad humana para la generación, análisis, utilización de la información por nivel.

² Grupos etáreos : son los grupos de edad ... de 1 a 5 años, de 50 a 60 años

A nivel del MSD:

Fortalecimiento del SNIS como estructura nacional, responsable de la generación de información para el sector y otros sectores.

Fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud pública, como estructura desconcentrada a nivel de los SEDES.

Desarrollar el sistema de acreditación de establecimientos de salud, como estructura desconcentrada a nivel de los SEDES.

A nivel intermedio (SEDES, Redes)

Diseño e implementación del sistema de información y de realización de CAI's más estratégicos, de forma que el personal de salud, las comunidades e instituciones utilicen la información para tomar decisiones orientadas a mejorar la gestión y la atención de la salud. El Programa fortalecerá las Unidades de Información y comunicación a través de capacitación y en su caso la dotación de equipos y software.

Para mejorar el uso de la información en todos los niveles se desarrollarán instrumentos para el análisis de información. Los resultados se socializarán a través de boletines y talleres con actores sociales institucionales y comunales. Además el Programa apoyará la investigación operativa en servicios, comunidades e instituciones.

A nivel Municipal.

El SNIS deberá generar información de producción de servicios que permita a las Direcciones Municipales de Salud DILOS optimizar sus recursos, planificar la atención a la población y asegurar la extensión de la cobertura.

2.1.4 Promoción de la salud.

La promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles de gobierno. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 define que promoción de la salud consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma".

La promoción de la salud atraviesa todas las actividades del Programa FOREDES y cuenta además con actividades específicas. El papel de los gobiernos municipales es fundamental, ya que constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos, además de tener descentralizada la responsabilidad de la salud.

Además la promoción de la salud es una parte fundamental del SAFCI. El Programa dará

asistencia técnica para el desarrollo del marco normativo y metodológico de promoción de la salud, fortaleciendo a la Dirección General de Promoción de la Salud, para que lidere el desarrollo de los programas de promoción de la salud a nivel nacional.

El Programa apoyará la formulación e implementación de estrategias nacionales y políticas de estado en salud.

Como representantes de la comunidad, los gobiernos municipales están en la mejor posición para involucrar a políticos, administradores de otros sectores y a la comunidad misma para coordinar programas conjuntos, como parte de un proceso global de democratización y descentralización que apoya las iniciativas locales, bajo el marco de la gestión local y la participación comunitaria.

Dentro de la estrategia de municipios saludables se enfatizará el desarrollo de comunidades, barrios y familias saludables, lo que incluye mejoras concretas a través de la formulación y ejecución de micro-proyectos para los cuales el programa prevé un fondo concursable como co-financiamiento a los municipios concursantes.

Los fondos concursables del FOREDES serán utilizados para mejoras concretas de comunidades, barrios, familias. Por ejemplo se podría apoyar iniciativas de “familia saludables” y se dará atención particular a contribuir a la prevención de la violencia familiar y el enfoque de género. También el Programa apoyará las iniciativas de Escuelas Promotoras de la Salud (ES) en los componentes de educación para la salud con un enfoque integral, la creación de entornos saludables y la provisión de servicios de salud. El escenario de las escuelas, es uno de los más atractivos para la implementación de las estrategias de promoción de la salud por su gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de los estilos de vida y ambientes y por la posibilidad de ampliar el efecto, masificando la estrategia. Su éxito depende en gran parte de su eficacia para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre los sectores salud y educación.³ En este sentido el esfuerzo principal del Programa consistirá en fortalecer el trabajo intersectorial a través de la creación y fortalecimiento de una Comisión Interinstitucional de Escuelas Promotoras de la salud - ES y un equipo departamental e interinstitucional de capacitación para el desarrollo e implementación de la iniciativa y su seguimiento. Es necesario que el sector educación implemente en el currículo educativo todos los temas referentes a las escuelas saludables. Se promoverá la organización en red de las escuelas acreditadas como escuelas promotoras de la salud.

³ Restrepo HE. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En: Restrepo HE, Málaga H (ed.). **Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001.

Esos fondos concursables no pueden ser confundidos o combinados con los proyectos financiados por el fondo Solidario del programa PDC, para los *municipios elegidos* para la primera fase del PDC.⁴ El Fondo Solidario del PDC tiene como objetivo global la promoción y orientación de actividades de los municipios para erradicar la desnutrición. Los criterios de atribución están definidos en el documento “Reglamento para uso del incentivo municipal a la meta desnutrición cero”. Los municipios presentan un Perfil de Proyecto por un monto total de 350.000 Bs. que contribuya a fortalecer una de las siguientes áreas: Salud y nutrición materno infantil, educación, agua y saneamiento, participación y movilización social, derechos del niño (a) y seguridad alimentaria familiar.

En cuanto al desarrollo de habilidades personales y respondiendo a problemas como el uso de métodos de educación para la salud poco efectivos y la falta de materiales educativos, se considera necesario fortalecer el personal de salud en su capacidad de educar para la salud. Se pondrá énfasis en la planificación de las intervenciones, con mensajes adecuados para las costumbres y cultura de las diferentes audiencias. Como grupos prioritarios se consideran los jóvenes, las mujeres, los discapacitados y los ancianos. Se trabajará a partir de las potencialidades de estos grupos.

Por último, dentro de esta estrategia, se fortalecerá el Sistema Comunal de Salud, a través de la capacitación de agentes comunitarios de salud en temas de promoción de la salud.

2.1.5 Concertación y participación

Esta área está estrechamente relacionada con la promoción de la salud.

Dentro del marco de la Ley de Descentralización del Estado n°1654 de 1995 y de la Ley de Participación Popular n°1551 de 1994, muchas competencias, entre ellas el manejo de los sectores salud y educación, son transferidas a los Gobiernos municipales. Actualmente no están suficientemente preparados para esta tarea ni técnica ni administrativamente. El nuevo PSD 2010-2020 desarrolla el programa 2 – Participación Social y Determinantes de Salud - baja el Eje2 (Promoción de la Salud en el Marco de la SAFCI)⁵ con el objetivo de desarrollar la participación social para mejorar y disminuir las desigualdades en el estilo de vida de la población.

El Programa apoyará a las unidades de Desarrollo Humano de los Gobiernos Departamentales para fortalecer sus competencias de planificación participativa en salud

⁴ El PDC prevé un apoyo con ese fondo solidario a los 52 municipios con alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria (categoría 4 y 5). Esos fondos son únicamente para municipios, y no para familias, barrios, escuelas etc. En una segunda fase, 114 nuevos municipios serán incluidos.

⁵ Pagina 74 PSD 2010-2020.

y desarrollo social.

También se fortalecerán los espacios de concertación entre los gobiernos locales y la sociedad civil. Los DILOS adolecen de muchas deficiencias, en especial la falta de conocimientos y criterios para tomar decisiones en el ámbito de la salud pública.

La función de los DILOS es sobre todo para la toma de decisiones en base a propuestas emanadas de los establecimientos u otras instancias, se pretende aumentar su capacidad estratégica a través un programa intensivo de capacitación. Se fortalecerán las capacidades de discusión y negociación sobre temas de salud pública a través ferias de salud para la población, encuentros y intercambios locales.

Fomentar la participación de la sociedad civil en estos espacios de concertación, como escenario de demanda social y oferta pública y privada para generar y concretar políticas, programas y programas de promoción económica y social. Específicamente se apoyará a los espacios de concertación en temas como el desarrollo de capacidades de negociación, resolución de conflictos y destrezas gerenciales, enfatizando la creación y fortalecimientos de espacios a nivel municipal.

2.2. Áreas Institucionales de la Intervención.

Las intervenciones del programa se enmarcan en los lineamientos de política sectorial de Salud, plan nacional de desarrollo “Bolivia digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir bien, y plan de desarrollo sectorial de Salud.

No se consideran todavía los estatutos autonómicos departamentales y municipales, como normadores de políticas regionales y locales de salud, ya que no están todavía aprobados, pero este es uno de los aspectos que deberá revisarse en el momento de la puesta en marcha del programa.

El MSD se encuentra en una fase de rediseño de su modelo de gestión y prestación, acorde con las nuevas orientaciones de política en el sector y en el país. En tal sentido se requiere instrumentar un conjunto de normas y pautas metodológicas que posibiliten su efectiva implementación progresiva.

En todas sus intervenciones y aportes, FOREDES capitalizará las experiencias existentes, contribuirá a consolidar las positivas y mejorar aquellas en que sea oportuno, utilizando, en la medida de lo posible, todo el bagaje ya existente en cuanto a instrumentos, metodologías, capacidades, etc. En ese contexto, también es importante notar que la EMCL puede adaptar el programa a los cambios estructurales que podrían surgir en el MSD si necesario.

El Programa apoyará al MSD en la ejecución de los modelos descentralizados de gestión y prestación de los servicios de salud con enfoque de integralidad, equidad y calidad, enfatizando en la promoción de la salud. También se brindará asistencia técnica para el desarrollo del marco normativo y metodológico del modelo de atención integral y la formalización de los lineamientos por parte del MSD.

2.2.1 Fortalecimiento a Nivel Nacional.

Apoyo al MSD

- Apoyo en la gestión, planificación e inversión – Rol rector (horizontal y participativo)
- Implementación de normas, procedimientos, guías.
- Apoyo para el desarrollo de políticas e instrumentos para asegurar la ampliación de coberturas en zonas rurales y dispersas.
- Fortalecimiento de los procedimientos administrativos.
- Apoyo a la implementación de la Política de RRHH, involucrando a Universidades y centros de formación
- Apoyo Sistema de información sanitaria y gerencial con fortalecimiento de la estructura y capacidad de operación del sistema del SNIS, que responda a las necesidades de información del sector.

2.2.2 Fortalecimiento a Nivel Intermedio.

Apoyo en el nivel departamental

- Fortalecimiento de las estructuras intermedias – SEDES y Redes de salud.
- Desarrollo de capacidades de RRHH, de los equipos de los SEDES y redes de salud.
- Desarrollo de capacidades y herramientas de gestión (planeamiento, supervisión, seguimiento y evaluación)
- Desarrollo del rol de apoyo y asistencia técnica y administrativa a las unidades municipales, las Redes SAFCI y servicios.
- Desarrollo y/o implementación de sistemas de información (monitoreo y evaluación)
- Desarrollo y implementación de un sistema de mantenimiento y reparación de equipos (de todo tipo).
- Fortalecer las capacidades de representación y gestión en los DILOS.

2.2.3 Fortalecimiento a Nivel Operativo.

Apoyo en el nivel local - Redes SAFCI y Municipios.

Nivel Municipal

- Fortalecer la capacidad de planificación y gestión participativa orientada al desarrollo humano – Determinantes de la salud.
- Fortalecer la capacidad de ejecución y control presupuestaria de forma coherente a las necesidades de salud, desde el enfoque de salud pública.
- Fortalecer las unidades de desarrollo Humano (apoyadas por los niveles intermedios).
- Implementar y/o fortalecer actividades de promoción de la salud en los entornos de Municipio, familia y escuela. Fomentando el ejercicio de los derechos, la no discriminación con apoyo específico a las unidades que trabajan en este ámbito SLIM – Defensorías.
- Fortalecer actividades de monitoreo y evaluación participativo en el nivel local y municipal.
- Fortalecer las capacidades de representación y gestión de los DILOS.

Nivel de Establecimientos de salud

- Fortalecimiento de capacidades humanas para la gestión, administración y atención en los servicios de salud (En base a capacitación en servicios, pasantías, para el mejoramiento continuo de la calidad y aplicación de las políticas y programas nacionales y municipales). (Esto fluye desde el nivel Nacional y departamental).
- Refacción y/o ampliación de infraestructuras, dotación de equipamiento necesario.
- Desarrollo de capacidades e instrumentos para la aplicación efectiva del enfoque intercultural.
- Establecer mecanismos de trabajo coordinado con agentes comunitarios tradicionales (Curanderos, parteras y otros).
- Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia (retorno) en los 3 niveles de atención

Nivel comunitario.

- Fortalecer las capacidades de representación y gestión de comités de vigilancia en los DILOS.
- Fortalecimiento de las redes de agentes comunitarios, su formación, capacidad de comunicación y participación con las redes sociales.

2.3. Áreas Geográficas de la Intervención

El programa se desarrollará en 9 redes de salud en los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Potosí, seleccionadas con base a indicadores de pobreza e índice de vulnerabilidad.

El convenio bilateral entre Bélgica y Bolivia, previó el apoyo a los 4 departamentos de intervención considerando, entre otras razones, que son las zonas de mayor necesidad del país y donde no hay mucho apoyo de cooperación externa. El programa funcionara en complementariedad y continuidad con los otros intervenciones de la cooperación belga en el área de salud: Salud El Alto, Chayanta Salud, y el apoyo presupuestario al PDC.

El programa, para potenciar la lógica de red, considera como su área de intervención todos los municipios de cada una de las 9 redes. Siendo beneficiarios potenciales los 38 municipios que integran éstas. Se ha considerado a todos los municipios de la jurisdicción de una Red de Salud en aras de favorecer la concertación de voluntades y compromisos de los Municipios, para que conjuntamente con el sector salud, mejoren la salud y calidad de vida de la población. Los municipios se integrarán progresivamente al programa de acuerdo a como se vayan creando las condiciones para ello, en particular la voluntad, los compromisos y los acuerdos de gestión de y con los municipios.

Table 1 : Redes y municipios de intervención

Departamento	No.	Municipio	No.	Red
Potosí	1	Llallagua	1	Uncía
	2	Uncía		
	3	Chayanta		
	4	Sacaca	2	Sacaca
	5	Arapampa		
	6	Acacio		

	7	Caripuyo		
	8	Toro toro		
SUBTOTAL	8			
Cochabamba	9	Arque	3	Capinota
	10	Tacopaya		
	11	Capinota		
	12	Santibañez		
	13	Sicaya		
	14	Bolivar		
	15	Ayopaya	4	Independencia
	16	Morochata		
	17	Tapacari	5	Tapacari
SUBTOTAL	9			
Chuquisaca	18	Azurduy	6	Azurduy
	19	Tarvita		
	20	Sopachuy		
SUBTOTAL	3			
La Paz	21	Guaqui	7	Rural 9
	22	Laja		
	23	Tihuanaco		
	24	Taraco		
	25	Desaguadero		
	26	Jesus de Machaca		
	27	Santiago de Machaca		
	28	Puerto Carabuco	8	Red rural 3
	29	Moco Moco		
	30	Escoma		
	31	Umanata		
	32	Puerto Acosta		
	33	Puerto Perez	9	Red rural 5
	34	Batallas		
	35	Pucarani		
	36	Copacabana		
	37	Tiquina		
	38	Yupanqui		
SUBTOTAL	18			
TOTAL	38		9	

3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA

3.1. Objetivo general.

Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población de los municipios beneficiados por el programa.

3.2. Objetivo específico.

Fortalecer integralmente las redes de salud de los municipios beneficiados por el programa.

3.3. Resultados esperados.

Para alcanzar estos objetivos FOREDES plantea 5 resultados, en correlación a y alineamiento total con las políticas del Ministerio de Salud y Deportes.

Los Resultados esperados son:

La oferta de servicios de salud es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad en todos los niveles de atención de los municipios priorizados.

La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.

La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud.

Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.

Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.

3.4. Actividades a desarrollar para cada resultado.

En base a la planificación por objetivos, se presentan las actividades necesarias para alcanzar cada uno de los resultados previstos en el programa.

Es importante precisar que éste capítulo está concebido como el esquema de la planificación operativa, punto a punto, que ya está ampliamente descrita en el capítulo

anterior, en las áreas temáticas descritas en el apartado 2.1., en donde se desarrollan ampliamente los mecanismos de intervención de FOREDES, concretados en las presentes actividades.

3.4.1 Resultado 1: La oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en todos los niveles de atención de los municipios priorizados

En este resultado se plantea el fortalecimiento de los servicios de salud, a través del desarrollo de las capacidades, la mejora de la gestión, la mejora del mantenimiento y de las infraestructuras y equipos, con un enfoque de salud pública e interculturalidad, tal y como está previsto en el modelo SAFCI.

Se plantea el **mejoramiento de la capacidad resolutive** de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención con las siguientes actividades:

- R1A1 Capacitación a personal de salud para conocer y aplicar las normas y políticas sanitaria,
- R1A2 Apoyo para la implementación de la Política de gestión y desarrollo de recursos humanos
- R1A3 Fortalecimiento del sistema de Referencia y Retorno
- R1A4 Mejora de la infraestructura y equipamiento de los ES según capacidad resolutive.⁶

⁶ Según plan nacional y con garantías de los recursos necesarios para el funcionamiento (items)

3.4.2 Resultado 2: La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.

Este resultado se orienta al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud, y a mejorar las capacidades de conducción y gestión a nivel departamental y local. Se promoverán y llevaran a cabo acuerdos de gestión entre los diferentes niveles.

A nivel del MSD el fortalecimiento se focaliza en el vice ministerio de salud intercultural, DG de planificación, y jefaturas de Redes y Promoción de salud, al ser las áreas más estrechamente vinculadas a los objetivos del programa.

Actividades Resultado 2.

- R2A1 Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y de administración del MSD las redes de salud, establecimientos y municipios.
- R2A2 Apoyo al Sistema de seguimiento y supervisión de compromisos de gestión entre niveles del sector
- R2A3 Apoyo a la producción de conocimiento en materia de salud pública.

3.4.3 Resultado 3: La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud

Este resultado, se vincula al desarrollo de la participación social efectiva, a través de la dinamización y fortalecimiento de los órganos de participación, así como el desarrollo de sistemas de información y comunicación en los distintos niveles, institucionales y sociales, en relación a la salud.

Actividades Resultado 3.

- R3A1 Capacitación a las organizaciones comunitarias para la gestión y planificación social compartida en el marco SAFCI

- R3A2 Divulgación entre la Población sobre el ejercicio de sus derechos, la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.
- R3A3 Capacitación a las Organizaciones comunitarias para la demanda de transparencia y Rendición de cuentas en salud A DILOS y SEDES
- R3A4 Capacitación y generación de espacios y mecanismos de negociación, información y análisis de la situación de salud establecidos según norma.
- R3A5 Promoción del enfoque intercultural de la salud y recuperación de la confianza entre las medicina tradicional y occidental.

3.4.4 Resultado 4: Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.

Este resultado, se focaliza a la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud, de acuerdo a la política expresada en el plan de desarrollo sectorial, y a los planteamientos de la nueva salud pública.

Se desarrollarán acciones dirigidas a la creación de ambientes físicos y sociales saludables, el desarrollo de las capacidades, el cambio en las actitudes personales y la acción intersectorial.

El alcance de este resultado supone una multiplicidad de actores, interlocutores y de intervenciones. FOREDES actuará como dinamizador, facilitador, orientador y prestará apoyo técnico y financiero para la ejecución de las acciones conjuntamente planteadas con las diferentes contrapartes. En especial municipios y organizaciones comunitarias.

Actividades Resultado 4

- R4A1 Desarrollo de programas intersectoriales con enfoque de promoción de la salud en el ámbito departamental y local.
- R4A2 Implementación de Municipios comunidades saludables y escuelas promotoras de salud
- R4A3 Sensibilización y capacitación al personal de salud en el enfoque de salud pública y determinantes de salud.

Los fondos concursables en el marco del R4A2

1. Objetivos

El objetivo de los fondos concursables es la Implementación de la Promoción de la salud para mejorar entornos saludables en los diferentes escenarios: Municipalidad, Comunidades, Centros educativos y centros laborales; asimismo se pueden incluir pequeños proyectos productivos familiares (en el marco del apoyo a una comunidad / organización social o educativa), con los que se pretende mejorar mínimamente los ingresos económicos de las familias, y la producción para autoconsumo que mejore su alimentación elementos ambos fundamentales en la promoción de la salud.

Los proyectos aceptables en el concurso serán :

- Promoción del uso adecuado de las letrinas
- Mantenimiento de micro-sistemas de agua potable o promoción del uso adecuado del Agua
- Construcción, mantenimiento de cocinas mejoradas.
- Refacción de ambientes o servicios higiénicos en los Centros educativos y promoción de hábitos de higiene como práctica cotidiana.
- Construcción de juegos infantiles (de preferencia con materiales de la zona) en Instituciones educativas o espacios públicos comunitarios.
- Promoción de centros de Estimulación temprana
- Elaboración de juguetes con materiales de la zona.

- Promoción de áreas verdes en los centros educativos o lugares públicos
- Promoción de crianza de animales menores
- Promoción y recuperación de alimentos y alimentación local en base a la producción propia.
- Promoción de actividades productivas con organizaciones de mujeres.
- Recuperación de medicinas tradicionales en función de las costumbres y plantas nativas de la zona
- Promoción de barrios y comunidades saludables que englobaría los anteriores concursos
- Recuperación e incorporación del personal local de salud comunitario reconocido, en la red de salud municipal

Tienen potestad de presentarse al concurso:

- Municipalidades. A nombre propio o en nombre de :
- Instituciones educativas.
- Comunidades campesinas.
- Organizaciones sociales.

2. Mecanismos de gestión

El Proyecto FOREDES dispone de fondos para el desarrollo de proyectos de promoción de salud por un monto total de 2.230.000 €, gran parte de los cuales serán fondos concursables para proyectos que sean promovidos desde las Municipalidades, con coparticipación y cofinanciamiento de las contrapartes, estas contrapartes pueden ser: Centros educativos, Organizaciones de base comunitaria, Organizaciones de mujeres, etc. que tengan constitución legal. El proyecto FOREDES será el 3er cofinanciador, que asumirá hasta un 75% del presupuesto del proyecto siendo el 1ro la organización respectiva y el 2do la Municipalidad. Que en conjunto se harán cargo de al menos el 25% del presupuesto.

El proyecto FOREDES convocará a concurso de proyectos anualmente por un monto presupuestal anual. Solo los Municipios tienen potestad de presentarse al concurso. No se destinará presupuesto a cada Municipalidad sino que se asignará el presupuesto

según los proyectos ganadores en cada municipio.

Los Municipios para acceder a los fondos concursables deberán desarrollar ordenanzas o disposiciones municipales y mostrar voluntad política para implementar la Promoción de la salud en sus municipios, comunidades, familias e instituciones educativas de tal manera estos concursos sirvan de base y constituyan como estímulo para incidir en ordenanzas municipales que consoliden estos concursos como practicas municipales. .

El Municipio deberá desarrollar en sus documentos de gestión y señalar específicamente objetivos y actividades para el desarrollo de la promoción de la salud. Ej. Plan Estratégico, Presupuesto, Planes Operativos.

Los Municipios que se presenten en el concurso deberán contar con la estructura de salud participativa en el marco de las nuevas políticas de salud (COLOSA´s, COMUSA) como instancia que implemente la promoción de la salud y ejecute las actividades previstas, y oficinas de salud (Hospital, REDES) o áreas de Desarrollo Social, u otras oficinas municipales con una instancia que implemente la promoción de la salud y que esté encargada de monitorear y supervisar los proyectos ganadores de los concursos El municipio señalará específicamente la contrapartida asignada a cada uno de los proyectos que presente, señalando claramente de qué partida presupuestaria Municipal van a asumir esa contrapartida.

3. Condiciones de cofinanciamiento

El Proyecto FOREDES, cofinanciará hasta el 75% del costo total de cada Proyecto de Promoción de la Salud presentado.

La Municipalidad y la Comunidad y/u organización social de base aportarán el 25% del costo total del Proyecto: Este aporte puede ser monetario y/o no monetario (se valorizan la mano de obra, animales, terrenos, semillas, y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades).

El periodo de ejecución de cada proyecto estará en función de las características del mismo, siendo el período máximo de ejecución de dos años.

Para el desarrollo del proyecto, también podrán recibir cofinanciamiento de las ONGs y otras instituciones vinculadas a la temática específica del proyecto; para tal efecto deberán sustentarse mediante convenios reflejando los alcances, compromisos, responsabilidades y documentos los aportes de cada institución.

De preferencia, los proyectos, asumirán un “compromiso ambiental”, “Compromiso de Genero” y un “compromiso cultural” (revaloración de las tecnologías, costumbres, entre

otros); a través de actividades referidas a estos temas.

4. Etapas del concurso

Tabla 2: Etapas del Concurso de Proyectos Comunales de Promoción de la salud.

ETAPA	RESPONSABLE
1. Convocatoria, promoción y difusión	Municipalidades, Gerencias de Red y SEDES con el apoyo del FOREDES
2. Elaboración de la idea del proyecto	Comunidad, escuela, u otros junto con el Municipio definen conjuntamente la idea de su proyecto.
3. Presentación de ideas de Proyectos	El Municipio presenta la Idea en el formato establecido por FOREDES.
4. Evaluación de Ideas de Proyectos	SEDES y FOREDES evalúa las ideas, las califica y selecciona.
5. Formulación de Proyectos	FOREDES contratará un consultor local para la formulación de los perfiles de proyecto de la idea de Promoción de la Salud seleccionados. El consultor trabajará directamente con los interesados, fortaleciendo además sus capacidades para la elaboración de perfiles de proyectos.
6. Evaluación Perfiles de Proyectos	Una vez presentados todos los proyectos, FOREDES evalúa los perfiles de proyectos de promoción de salud presentados, de acuerdo a su pertinencia eficacia y sostenibilidad y se aprueba el perfil.
7. Suscripción de Convenios y Contratos	FOREDES y el Alcalde, suscriben el Convenio y Contrato para la ejecución del Proyecto de Promoción de la Salud aprobado
8. Desembolsos y ejecución del proyecto.	FOREDES, desembolsa los recursos a la cuenta de la comunidad, para la ejecución del proyecto
9. Seguimiento y evaluación del proyecto.	A cargo del Municipio, autoridades locales de salud, comunidad y del Proyecto FOREDES
10. Difusión de los resultados de los Proyectos	A cargo del Proyecto FOREDES, de los SEDES y de las instancias correspondientes del Ministerio de Salud y Deportes.

1. Convocatoria y Difusión del Concurso

El Proyecto FOREDES realizará talleres y reuniones de difusión y asistencia técnica en las municipalidades y comunidades campesinas, para promover una mayor participación en los concursos de proyecto, difundiendo además de este modo los conceptos de promoción de salud y determinantes de salud.

Asimismo, se coordinará con otros actores e instituciones públicas y privadas de la zona, para la mayor difusión del referido concurso. La Municipalidad, difundirá la convocatoria a las comunidades campesinas y las apoyará en la preparación de las Ideas de Proyectos.

El Rol de FOREDES será de dinamizador de las potencialidades locales, de tal manera se constituya en un agente coadyuvador y promotor al municipio del concurso, pero de apoyo y acompañamiento en la difusión y promoción hacia las comunidades

2. Elaboración de las Ideas de Proyectos de Promoción de la Salud

Las comunidades acuerdan elaborar su "Idea de Proyecto" para presentarse al concurso. Para ello utilizarán el "Formato de Idea de Proyectos", elaborado por FOREDES, el cual, preferentemente deberá ser elaborado utilizando herramientas de diagnóstico participativo u otras en las que serán capacitados por FOREDES.

Para participar en los concursos, la Municipalidad presentará una carta del Alcalde, dirigida a la Oficina Departamental de FOREDES, presentando la Idea de Proyecto.

3. Presentación de las Ideas de Proyectos de Promoción de la Salud

La Idea de Proyecto presentada (según el formato establecido por FOREDES), deberá estar acompañada por la siguiente documentación:

- Documento firmado de compromiso de trabajo y de cofinanciamiento entre la Municipalidad y la organización respectiva (Organización campesina, centro educativo, grupos de familias, etc. para la implementación del Proyecto). Ej. Convenio, acuerdo de cooperación mutua, Acta de compromiso notarial, o legalizado, etc.
- N° de beneficiarios Relación de comunidades y/o familias que se

beneficiarán con el proyecto.

- Copia del DNI del Alcalde.

La Idea del Proyecto de Promoción de la Salud y la documentación anteriormente indicada serán presentadas en las oficinas Departamentales de FOREDES o en las oficinas de Redes o SEDES.

4. Evaluación de las Ideas de Proyectos de Promoción de la Salud

La evaluación de las Ideas de Proyectos estará a cargo de las correspondientes oficinas Departamentales de FOREDES, y de los técnicos especializados en promoción de salud de los SEDES correspondientes, los cuales verificarán la consistencia de la iniciativa presentada y el cumplimiento de la documentación solicitada de acuerdo a los parámetros establecidos.

El Proyecto FOREDES comunicará a los municipios concernidos los resultados de la evaluación, de acuerdo al cronograma establecido.

5. Formulación del Proyecto de Promoción de la Salud

El Proyecto FOREDES prestará la asistencia técnica para apoyar en la formulación de los perfiles de Proyectos de Promoción de la Salud. a la instancia municipal, brindando los instrumentos y herramientas para realizar el Diagnostico Rural Participativo y la aplicación de las metodologías Campesino –Campesino y Aprender Haciendo Los perfiles de proyectos de Promoción de la Salud se formularán en base a los contenidos mínimos establecidos por el Proyecto FOREDES. Para su diseño se realizará en primer lugar un diagnostico participativo utilizando metodologías participativas acordes a las posibilidades de lecto-escritura de la comunidad. (por ej. mapas parlantes). Este proceso debe identificar en primera instancia el problema concebido por la comunidad y en segunda instancia la idea de solución concebida por la comunidad (pensamiento de grupo. Asimismo, tomará en consideración las metodologías para las acciones a ser implementadas.

Durante la formulación del perfil, el técnico municipal también procederá al levantamiento de la Línea de Base Comunal. El lider comunal presentará el perfil de proyecto en una Asamblea, la misma que dará su conformidad. Posteriormente se le transmitirá al Alcalde quien presentará el perfil a la Oficina Departamental del SEDES y del Proyecto

FOREDES.

6. Evaluación de los Proyectos de Promoción de la Salud. Criterios de adjudicación

El SEDES y el Proyecto FOREDES realizará la evaluación de los perfiles de Proyectos de Promoción de la Salud. de acuerdo a su pertinencia, viabilidad, eficacia y sostenibilidad. Otros criterios serán el N° de beneficiarios, y/o la importancia que la mejora de los condicionantes de salud supongan para la comunidad.

7. Suscripción de Convenios y Contratos

- *Suscripción del Convenio entre el Proyecto FOREDES y la Municipalidad*

La finalidad de este Convenio es establecer mecanismos de cooperación entre el Proyecto FOREDES, el municipio y la Comunidad Campesina, que permita el desarrollo de actividades identificadas dentro del marco de los objetivos del Proyecto FOREDES.

El Alcalde o un delegado mediante Asamblea Extraordinaria (autoridad comunal o institucional) será quien suscriba el referido Convenio.

- *Suscripción del Contrato de donación con carga*

Mediante este Contrato, el Proyecto FOREDES transferirá, en calidad de donación con carga, el fondo aprobado para el Proyecto de Promoción de la Salud. Dichos recursos serán utilizados única y exclusivamente para las actividades previstas en el proyecto.

El Alcalde, o el delegado designado, será quien suscriba el referido Contrato. Asumiendo las responsabilidades que de él se derive y garantizando el manejo transparente de los recursos, así como la correcta ejecución del Proyecto y la rendición de cuentas de acuerdo a lo establecido por FOREDES.

Para la firma del Contrato, necesariamente se deberá cumplir con la ACREDITACIÓN de documentos solicitados por el Proyecto FOREDES, los cuales se indican a continuación.

1. Carta dirigida al Coordinador de la Oficina de Coordinación Departamental del Proyecto FOREDES con firma del Presidente Comunal presentando el proyecto.

2. Copia legalizada del DNI del Alcalde
3. Carta de Compromiso de la Comunidad y/o Municipalidad para ejecutar el Proyecto según modelo elaborado por FOREDES.
4. Cuenta Bancaria para el manejo de los recursos del Proyecto.

8. Ejecución de Proyectos de Apoyo al Promoción de la Salud

El Alcalde o delegado, según los términos del contrato suscrito con el Proyecto FOREDES, será el responsable de todo lo relacionado con la ejecución técnica, administrativa y financiera del Proyecto.

El Proyecto FOREDES no tendrá ningún tipo de vínculo laboral o contractual con los servicios o proveedores que se contraten en el proceso de ejecución del Proyecto; por lo tanto, no generará obligación de ningún tipo a FOREDES.

Durante la ejecución del Proyecto, el Proyecto FOREDES verificará que se realicen un adecuado uso de los recursos asignados, así como la participación en los eventos de capacitación programados.

9. Supervisión y Seguimiento del Proyecto

El seguimiento a nivel de los proyectos de Promoción de la Salud estará a cargo de las Oficinas Departamentales del Proyecto FOREDES con apoyo de las Municipalidades, quienes reportarán el avance físico financiero y los resultados del Proyecto.

10. Difusión de los resultados de los Proyectos

De manera periódica, será importante realizar actividades de difusión y socialización de los principales resultados de los Proyectos ejecutados, así como los que está en curso de ejecución. Estas actividades, realizadas ya sea a nivel municipal, departamental como nacional, estarán a cargo del Proyecto FOREDES, de los diferentes SEDES y de las instancias correspondientes del Ministerio de Salud y Deportes. Tendrán como objetivo el dar a conocer los resultados, así como ayudar a la replicabilidad de ciertas experiencias en otros municipios y departamentos del país, y a la búsqueda de **sinergias / complementaridades** con otros organismos de cooperación, tanto nacionales como

extranjeros..

Resultado 5: Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.

Este resultado se orienta a la creación de condiciones institucionales y sociales para dar respuesta a la problemática de personas con situación especial de vulnerabilidad, Fortalecerá las instancias ya existentes y se mejorará el conocimiento de la población sobre las instituciones de apoyo a las que se puede dirigir, y acompañando acciones específicas a grupos vulnerables.

Actividades Resultado 5

- R5A1 Apoyo a la gestión e implementación de los programas de protección social y solidaridad desde municipios
- R5P2 Sensibilización e información a la población sobre programas de protección social y solidaridad

3.5. Indicadores y fuentes de verificación.

Se señalan Indicadores para medir tanto la realización de las intervenciones como sobre todo el alcance de los logros previstos. Los indicadores aquí señalados, se plantean como una guía para el equipo de gestión del programa, ya que será sobre las líneas de base que se realice, que se podrán precisar los cambios a alcanzar en cada caso. Estos indicadores están alineados con los indicadores del plan sectorial de desarrollo para el sector salud. Eso facilitara el M&E durante el programa. Las fuentes de verificación son las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud y Deporte, de los SEDES y de los municipios.

Durante la formulación, un nuevo plan estratégico salud estaba en preparación. El programa durante la fase de arranque controlara si los indicadores del presente DTF siguen siendo alineados con los indicadores nacionales del PSD 2010-2020 "Hacia la Salud Universal". Durante la fase de arranque se organizara por eso un estudio línea de base del programa par validar los indicadores y para objetivar las valores de base para cada uno de los indicadores. Si necesario, la modificación de los indicadores se hará durante la fase de arranque con validación de la EMCL. El estudio linea de base se hara durante la fase de arranque, para obtener los datos antes del 6to mes.

IOV para el objetivo general

La proporción de modificación porcentual se establecerá tras el estudio de la línea de base, en función de la disponibilidad de información confiable, y teniendo en cuenta las otras intervenciones que condicionan estos indicadores. Los indicadores se referirán a la zona de influencia del programa.

- % de población excluida en el acceso a servicios de salud.⁷
 - Situación inicial: a establecer para cada departamento : Potosí y Chuquisaca tienen mayor exclusión con 89 % y 76 %, Cochabamba 62 %, La Paz 56 %.
 - meta : a establecer para cada departamento, meta del PSD es menor a 10 % en 2020.
- % de disminución de mortalidad materna (ODM 5)
 - Situación inicial: a establecer
 - meta : < 104 x 100 000 NV

⁷ Indicador llave del «Eje de desarrollo 1 » del PSD 2010-2020

- % de disminución de mortalidad infantil (ODM 4)
 - Situación inicial : 63 por mil NV
 - meta : < 40 x 1000 NV
- % de disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 2 años⁸.
 - Situación inicial : 32 %
 - Meta : 2011 (PDC) : 16 %
- % de disminución de enfermedades prevalentes en las zonas de intervención.
- % de comunidades que han mejorado los determinantes sociales de salud: Agua y saneamiento, eliminación de residuos, etc.

IOV para el objetivo específico

Se plantean los IOV en función de los estándares para la calificación de los establecimientos de salud, por lo que no se señalan cada uno de los parámetros para dicha calificación, sino el hecho global de que las redes y/o cada establecimiento de salud alcance el nivel para su calificación. Los indicadores se alinean en el PSD 2010-2020 :

- Número de ES calificados en implementación de la SAFCI.
 - Situación inicial : a establecer
 - Meta PSD 2010-2020 : 90 %
- Número de redes calificadas en implementación de la SAFCI.
 - Situación inicial : a establecer
 - Meta PSD 2010-2020 : 90 %
- Número de ES calificados en gestión de los seguros públicos
- Número de redes calificadas en gestión de los seguros públicos

⁸ indicador llave del PDC

4 RECURSOS.

4.1. Recursos financieros

Donación Gobierno Bélgica:	11.000.000€
Contraparte Nacional:	550.000€. ⁹

Costos de arranque.¹⁰

Para facilitar el arranque del programa, se podrán llevar a cabo compromisos y gastos antes de la firma del Convenio Especifico (y CMO). Estos gastos de arranque de personal y logística son estimados a:

- Gastos de Personal: 75 000 euros
 - Salario del ATI para 6 meses
- Gastos de logística: 40 000 euros
 - Vehículo 30 000 euros
 - Material IT y oficina 10 000 euros
- Estudio línea de base: 20 000 euros

4.2. Recursos humanos.

El Programa contará con un equipo multidisciplinario de profesionales para garantizar el desarrollo de las actividades, acorde con los planes operativos que se elaboren para el cumplimiento de objetivos, metas e indicadores.

El personal nacional debe ser contratado mediante concursos públicos respetando la legislación laboral boliviana vigente. Se utilizarán aquellas modalidades de contratación que permitan mayor agilidad, competitividad salarial y calidad del producto técnico requerido en el momento en que la ejecución necesite del servicio.

Recursos Humanos Internacionales.

⁹ Contraparte nacional = salario durante 5 años del director de intervención, salarios expertos departamentales 4to y 5to año, disponibilizar locales para el programa en el ministerio y los departamentos.

¹⁰ Según AR del 21 de agosto de 2008, artículo 6, contrat de gestion

- Un Asistente técnico Internacional. ATI (ver 7.5.1)
- Consultorías de corto plazo para apoyo técnico por un total de 24/meses/consultor, que se determinarán por el equipo de gestión de acuerdo a las necesidades del programa. Entre otros se podría prever apoyo de:
 - Antropólogo
 - Salubrista
 - Economista de la salud.
 - Economista o Estadístico con amplia experiencia de M&E en salud

Recursos Humanos Nacionales

- Un Director Nacional, encargado, junto con el ATI, de la gestión integral del programa. (ver 7.5.2)
- El personal técnico :
 - Un Responsable de monitoreo y seguimiento de las actividades del programa. (ver 7.5.3)
 - Un experto del área de infraestructuras, el cual también podría ser el responsable del área de equipamientos, en particular del equipamiento relacionado al oxígeno médico. (ver 7.5.4)
- El personal Administrativo y Financiero de la UCP :
 - Un Coordinador administrativo nacional quien asegurará la correcta administración del programa de acuerdo a la normativa vigente y a la modalidad establecida. (ver 7.5.5)
 - Un responsable de contabilidad.
 - Un responsable de licitaciones, adquisiciones y contrataciones.
 - Un tesorero, a tiempo parcial.
- Una asistencia técnica local con un total de 60 hombres/meses, para las distintas áreas de intervención; que se determinarán por el equipo de gestión. Entre otros se puede prever apoyo de:
 - Antropólogo.
 - Salubrista
 - Especialista en desarrollo de RRHH.
 - Especialista en gestión de servicios de salud.

- Especialista en promoción de salud.
- Especialista en M&E
- A nivel departamental se contará en cada departamento con:
 - Un asistente técnico para cada uno de los SEDES.
 - Un Asistente administrativo, y apoyo logístico y secretarial para cada uno de los SEDES.

Estos equipos Locales al nivel departamental, serán los facilitadores de los procesos que permitirán garantizar la apropiación temprana de las propuestas del programa, Se prevé que los tres primeros años del programa este personal será financiado por la cooperación belga, y los dos últimos años por los SEDES respectivos.

Estas personas tendrán un perfil adecuado para realizar una labor de asesoramiento, facilitando que los equipos responsables de la conducción de los procesos de gestión de servicios de salud, se empoderen y asuman el liderazgo de los procesos de cambio.

Los asesores tendrán una doble dependencia: el SEDES y de la Unidad de Gerencia del Programa, asegurando el vínculo entre las acciones promovidas por el programa y las acciones gerenciadas por los SEDES.

El programa contará con personal auxiliar, secretaria y chóferes para los vehículos.

4.3. Presupuesto.

El presupuesto detallado está en anexo 7.2. Los recursos necesarios para la ejecución del programa se distribuyen en gastos programáticos orientados al logro de los resultados y objetivos del programa, que alcanzan al 69 % del total de recursos, 7.586.000 €, y los gastos generales del mismo con un 28 % del total del presupuesto suman 3.055.100 €.. Existe una reserva presupuestaria de 358.900 € o 3 %.

El Marco Lógico establece cinco resultados, la distribución de la carga presupuestaria, tanto en los resultados como en los diferentes rubros, está en relación al coste diferente de las intervenciones, y no del énfasis que el programa pone en cada una de ellas.

El 32% de los recursos (3.5 millones de euros) se concentran en el primer resultado, ya que en este se encuentran las actividades con el mayor peso presupuestario el fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento de las redes de servicio.

Table 3 : Resumen de los Costos Totales del Programa (En EUR).

PRESUPUESTO TOTAL	Presupuesto	%	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
1. La oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en todos los niveles de atención de los municipios priorizados.	3.499.000	32%	188.000	725.000	1.730.000	816.000	40.000
2. La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.	897.000	8 %	140.400	250.400	215.400	145.400	145.400
3. La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud.	300.000	3 %	46.000	92.000	70.000	55.000	37.000
4. Se desarrolla intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.	2.610.000	24%	47.000	644.500	654.500	649.500	614.500
5. Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.	280.000	2.5%	46.000	71.000	71.000	56.000	36.000
Total	7.589.000	69 %	467.400	1.782.900	2.740.900	1.721.900	872.900

El siguiente resultado, en cuanto a carga presupuestaria es el resultado número cuatro con una carga presupuestaria del 24 % del total, con 2.610.000 €. En este se contemplan las actividades de promoción de salud dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud.

Los otros resultados oscilan entre un 1 y un 5% del presupuesto total del programa. No por ello son menos importantes estos resultados, sino que por la naturaleza de sus actividades los requerimientos financieros son muchos menores, y están en base de las asesorías y asistencias técnicas llevadas a cabo por el equipo técnico del programa.

Los resultados 2 y 3 tienen relación con el fortalecimiento de la gobernanza del sistema

de salud. El resultado 2 asignará fondos para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes y el resultado 3 promoverá una activa participación de las organizaciones sociales para que puedan ejercer sus derechos y corresponsabilidades en salud.

Finalmente, el resultado 5 brindará apoyo efectivo a los programas de protección social en vigencia y que tienen relación directa con el mejoramiento del estado de salud de la población como el Bono Juana Azurduy.

Los medios generales cuentan para 30 % actualmente. Es importante realizarse que la estructura UCP se encargará ulteriormente de la parte técnica y administrativa de la producción del oxígeno terapéutico, y en ese caso los medios generales se reduzcan al 20 % del presupuesto total de 15 550 000 €.

Table 4: La distribución por rubros presupuestarios o áreas de intervención

RUBRO	MONTO (€)
Asistencia técnica	1.106.000
Capacitación.	1.125.000
Promoción de salud	2.430.000
Equipamiento	1.135.000
Infraestructura	1.700.000
IEC	90.000
TOTAL ACTIVIDADES	7.586.000
TOTAL RESERVA	358.900
TOTAL MEDIOS GENERALES	3.055.100
TOTAL BELGA	11.000.000
TOTAL BOLIVIA	550.000
GRAN TOTAL	11.550.000

5 MODALIDADES DE EJECUCIÓN

5.1. Marco legal y responsabilidades de los actores

El marco legal está fijado por el convenio específico relativa al programa, firmado entre el gobierno de Bolivia y el Reino de Bélgica, a la cual se adjunta el presente documento técnico y financiero.

Por la parte Boliviana, la entidad responsable para la ejecución del convenio específico, y por consiguiente al FOREDES, a nivel mas alto es el Ministerio de Salud y deportes (MSD).

Por la parte belga, es la Dirección General para la Cooperación al desarrollo (DGCD) como instancia administrativa y financiera del Reino de Bélgica que tiene la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de las disposiciones del Convenio Especifico y de garantizar la contribución belga al programa de acuerdo al CE y al DTF. Ejerce su función a través del Consejero para la Cooperación Internacional de la Embajada de Bélgica en La Paz. La DGCD delega la realización de sus obligaciones por la implementación y seguimiento del programa a la Cooperación Técnica belga (CTB).

5.2. Anclaje institucional y estructuras de gestión

El Sistema de Salud está organizado por funciones y niveles, el programa debe vincularse con las instancias del Ministerio tomando en cuenta sus funciones. A nivel central el programa se vincula en el MSD en la DGP, a nivel descentralizado en los SEDES y municipios.

La propuesta para la ejecución del Programa toma en consideración la descentralización de operaciones, y tiene en cuenta no sólo la actual estructura de ejecución existente en Bolivia, sino facilitar cualquier adaptación al nuevo marco de autonomías departamentales y regionales, proceso en el cual ya se está trabajando desde el Poder Ejecutivo.

El Programa facilitará la conformación de un equipo multidisciplinario que de manera integral podrá apoyar en los servicios de salud en los niveles nacional, departamental y municipal.

El Ministerio de Salud y Deportes está en proceso de realizar reformas de carácter institucional y desarrollar algunos sistemas de control gerencial, que permitirán en un futuro una gestión directa por parte del MSD.

Mientras dichos sistemas no tengan un funcionamiento efectivo y la reorganización institucional no haya sido implementada, se puede prever que persistirán los problemas y limitaciones operativas. En consecuencia, se plantea fortalecer a las instituciones que resulten directamente involucradas en la ejecución del programa para lograr garantizar el éxito en la ejecución del Programa.

Se fortalecerá a los 3 niveles de gestión; nacional (órgano rector), departamental (SEDES - REDES) y municipal (establecimientos de salud), respetando la estructura orgánica y líneas de mando existentes en los diferentes niveles. El personal del programa se integrará en las estructuras institucionales. El riesgo que existe de que el personal contratado en el marco del Programa, pudiera ser sobre utilizado para realizar funciones diferentes a las previstas en el Programa, debe ser mitigado con una definición muy precisa de las metas y resultados esperados en cada nivel, así como de los Términos de Referencia correspondientes.

Table 5 : niveles de intervención. Roles y relaciones.

DEPENDENCIA	FUNCIÓN	RELACIONAMIENTO DESDE FOREDES	RESPONSABILIDADES DE LOS FACILITADORES DE CAMPO
MSD	Rectoría: define las políticas, norma y regula	Director. ATI	
Planeamiento	la provisión de servicios de salud.	Especialistas A.T.	
SEDES	Adecua las normas a los niveles descentralizados.	Asesor Técnico de SEDES/ MUNICIPIOS garantizar un nivel de articulación de la propuesta con los planes estratégicos y operativos departamentales.	Elaborar y ejecutar un plan de actividades de manera concertada con el equipo técnico de la SEDES/ Red.
MUNICIPIOS	Redes		
Establecimientos de Salud	Responsable por la provisión de servicios en un ámbito	Planificar las actividades operativas de los resultados y acompañan la implementación de las actividades contenidas en los planes operativos del programa incorporadas a los planes de las redes.	Aprobar el plan de actividades al DILOS y evaluar la ejecución Realizar informes de su trabajo al Director de SEDES y Dirección. Asesorar al personal para la ejecución de las actividades. Participar en los eventos de monitoreo y evaluación de los avances de la red. Cumplir con las actividades del plan operativo del programa en los seis resultados esperados. Realizar reportes mensuales Participar en los eventos de evaluación integral del programa

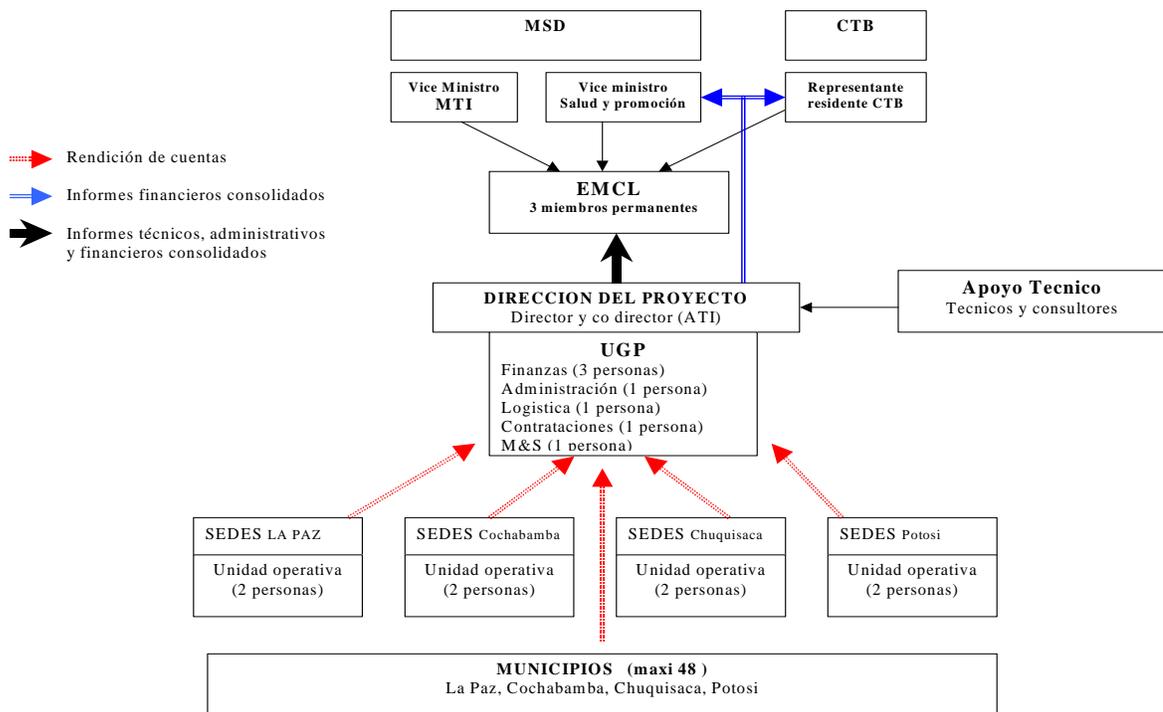


Figure 1 : Estructura operacional del programa

5.2.1 La Estructura Mixta de Concertación Local - EMCL.

5.2.1.1 Mandato de la EMCL

El Programa funcionará bajo la responsabilidad de la EMCL. Esta instancia mixta de dirección Boliviana - Belga supervisará el cumplimiento de los compromisos asumidos por las Partes y adoptará las decisiones de mayor trascendencia. Este Comité se concentra en alcanzar el objetivo específico del programa gracias a la realización de sus resultados. Su papel también es dar solución a los problemas que no pueden resolverse a niveles operativos.

5.2.1.2 Composición de la EMCL

El Comité estará integrado por los miembros permanentes siguientes:

- El Viceministro de Salud y Promoción como representante del Ministerio de Salud y Deportes, ordenador del programa.

- El Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad.
- El Representante Residente de la Cooperación Técnica Belga en La Paz, coordinador.
- El/ la director(a) Nacional, sin derecho a voto. (ver 7.5.2)
- El/la AT Internacional, sin derecho a voto. (ver 7.5.1)

El comité puede invitar igualmente:

- El Director General de Servicios de Salud
- El Director General de Promoción de Salud
- El Director General de Asuntos Administrativos.
- Los Directores de SEDES
- El Director de la Dirección de Planificación del MSD
- Otros representantes de organizaciones afines al programa o a los temas discutidos.
- los otros expertos internacionales de los proyectos de la cooperación belga : PDC, Chayanta Salud, PSEA.

Esos invitados no tienen derecho al voto.

5.2.1.3 Tareas principales de la EMCL

El Comité tendrá como principales tareas:

- Aprobar modificaciones del Documento Técnico y Financiero del Programa.
- Aprobar modificaciones del Marco lógico.
- Aprobar los candidatos presentados para la dirección del programa (director y ATI)
- Aprobar los acuerdos a ser firmados por las diferentes entidades involucradas.
- Supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes.
- Velar por el cumplimiento de las inscripciones presupuestarias de los recursos del Programa.
- Aprobar el POA del programa FOREDES
- Recibir informes semestrales de ejecución del Programa.
- Aprobar los informes semestrales de ejecución y el informe anual del Programa
- Aprobar el informe final de cierre del Programa.
- Proponer y aprobar medidas correctivas en la ejecución del Programa cuando

fuera necesario.

- Aprobar modificaciones en las actividades y calendario de ejecución previstos, siempre y cuando dichos cambios no modifiquen ni interfieran en el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos para el Programa.
- Recibir los informes de evaluación externa del Programa y de auditoría externa del Programa y proponer enmiendas en función de los resultados y conclusiones de las mismas.
- Proponer al comité de socios el destino final de los bienes y equipos adquiridos en el marco de la ejecución del Programa.
- Aprobar y/o rechazar el cese de funciones del personal del programa, acorde con la evaluación de desempeño, completada por los co-directores.
- Enviar los informes al agregado de cooperación.

5.2.1.4 Funcionamiento de la EMCL

El/la Vice ministro/a de Salud y Promoción actuará como presidente de la EMCL.

Los miembros deberán nombrar por escrito sus representantes alternos en caso de ausencia de los titulares. Estos alternos deben tener la capacidad de la toma de decisiones. Para la aprobación del POA y del presupuesto anual, y cambios en Marco Lógico, Plan de Vida, y Presupuesto Global, no es posible nombrar alternos. La EMCL se encuentra por primera vez en los tres primeros meses después de la firma del Convenio Específico y luego se reunirá en forma ordinaria cada semestre (antes de 15 de enero y antes de 15 de julio) por invitación del presidente y extraordinariamente bajo solicitud de uno de los miembros.

LA EMCL se reúne también no más tarde que tres meses antes de la terminación del Convenio Específico (o tres meses antes de la terminación de las actividades, si esto es planeado antes del final del acuerdo específico).

Las decisiones se adoptarán por consenso de los miembros plenos y deberán constar en las actas de la EMCL.

Cada reunión será objeto de la redacción de un acta, elaborada por el coordinador nacional del programa quien actuará como secretario, y firmada por cada miembro permanente (3) al final de la reunión. Se mandará al agregado de la oficina de cooperación copia de las actas con anexos.

Dentro de tres meses del inicio del programa, la EMCL redactará y aprobará un

reglamento interno de su funcionamiento, que será adoptada inmediatamente después de su firma.

5.2.2 La unidad de coordinación del programa (UCP)

5.2.2.1 Dirección del programa:

El programa está dirigido por un director nacional, contratado y pagado para el MSD, y el ATI contratado para la CTB. La dirección del programa con su unidad de gestión funcionará dentro de la Dirección General de Planificación (DGP). La Unidad de Coordinación del programa se integrará físicamente (oficinas ubicadas en el MSD) y funcionalmente en las estructuras del MSD.

Será la encargada de la conducción del programa y de garantizar la coherencia interna y externa¹¹, así como el logro de los objetivos y resultados propuestos.

Tendrá las siguientes funciones:

- Coordinar y asesorar en la elaboración de los Planes Operativos Anuales del Programa.
- Coordinar la puesta en marcha del Programa.
- Buscar sinergias con los otros programas de la cooperación belga en Bolivia, como PDC, PSEA, Chayanta Salud y organizar reuniones con ellos.
- Elaboración de los Términos de Referencia para la contratación de personal y servicios de consultoría previstos en el Programa.
- Proponer los formatos y contenidos mínimos para la elaboración de informes periódicos por parte de las unidades involucradas en la ejecución del Programa.
- Hacer el seguimiento de la ejecución del Programa velando por el cumplimiento de los objetivos y resultados del mismo.
- Firmar las órdenes de pago y autorizar los pagos y transferencias de recursos del Programa en función del cumplimiento de metas o actividades realizadas (según mandatos respectivos).
- Participar a la preparación de los informes anuales sobre la ejecución y resultados del Programa, a ser presentados a la EMCL.
- Asegurar la coordinación entre los diferentes programas de financiamiento que trabajan con el Ministerio de Salud y Deportes.

¹¹ El asunto de la coordinación externa es muy importante, sobre todo con los otros programas de la cooperación belga.

- Implementar las medidas correctivas y recomendaciones que emanarán de la EMCL.
- Elaborar las modificaciones presupuestarias que fuera necesario según el cumplimiento de objetivos, metas y calendario de ejecución observado.
- Proponer a la EMCL la aplicación de medidas correctivas en la ejecución del Programa cuando fuera necesario.
- Proponer a la EMCL modificaciones en las actividades y calendario de ejecución según las necesidades que pudieran presentarse, siempre y cuando dichos cambios no modificaran ni interfirieran en el cumplimiento de los objetivos, metas y indicadores previstos para el Programa.

La dirección del programa será apoyada por un responsable del seguimiento y monitoreo del programa. Además recibirá el apoyo de consultores nacionales e internacionales expertos en materias específicas (gestión sanitaria, servicios de salud, promoción, Interculturalidad etc.). Estas consultorías de corto plazo serán a propuesta de la unidad gerencial de acuerdo a las necesidades.

5.2.2.2 Unidad Administrativa y de Gestión:

Contará con un equipo técnico para administración, contabilidad, procesos de licitación, adquisiciones, y logística.

Tendrá las siguientes funciones en el marco de ejecución del Programa:

- Administrar los recursos del Programa según las directivas financieras de la CTB.
- Apoyar en la realización de un manual de procedimientos específico al programa
- Facilitar la inscripción de los recursos del Programa en las partidas presupuestarias correspondientes al modelo SIGMA.
- Mandar la información financiera a la Dirección Administrativa del MSD para su registro en el SIGMA.
- Llevar a cabo los procesos de licitación y contratación del personal y asistencia técnica.
- Llevar a cabo para las distintas unidades involucradas en la ejecución del Programa, los procesos de licitación y adquisición de bienes y servicios previstos en el marco del Programa.
- Efectuar las transferencias y pagos periódicos con las autorizaciones adecuadas en base a la previa autorización de la unidad de gerencia.

- Realizar el seguimiento físico y financiero a la ejecución presupuestaria del programa
- Recibir y registrar los desembolsos que la CTB realizara para la ejecución del Programa (REGIE)
- Facilitar la realización anual de auditorias externas.
- Recibir y poner en práctica las recomendaciones emanadas de los informes de auditoria externa.
- Preparar informes de ejecución presupuestaria y rendición de cuentas consolidadas.
- Preparar la programación trimestral de ejecución y programación de necesidades y recursos a ser requeridos.

5.2.2.3 Unidades operativas descentralizadas

Las unidades operativas se componen de un responsable técnico y uno administrativo, este equipo es facilitador de los procesos a ser ejecutados por los SEDES, Gerencias de Redes de Salud y Gobiernos Municipales.

Servicios Departamentales de Salud (SEDES)

Los SEDES de los Departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, La Paz y Potosí, serán fortalecidos con personal técnico contratado con recursos del Programa.

Tendrán las siguientes funciones:

- A través de los convenios de ejecución, firmados en el marco del programa, comprometer los aportes de contraparte que le corresponda según lo definido.
- En coordinación con la DGP, elaborar los Términos de Referencia para la contratación del personal y asistencia técnica previstos en el marco del Programa, tanto a nivel departamental, como en cada una de las redes beneficiarias del Programa en su jurisdicción.
- Coordinar con la Dirección General de Servicios de Salud la aplicación de políticas, estrategias y programas a través de las redes de salud beneficiarias en su jurisdicción.
- Coordinar con la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad la aplicación de políticas, estrategias y programas a través de las redes de salud beneficiarias en su jurisdicción.
- Ejecutar las actividades previstas que le correspondan en el marco del Programa.

- Cumplir regularmente y a tiempo con los aportes de contraparte comprometidos.
- Realizar el seguimiento del cumplimiento de objetivos y resultados previstos por el Programa en su jurisdicción.
- Elaborar informes mensuales sobre la ejecución de los componentes del Programa que estuvieran a su cargo según los formatos definidos por la UCP Foredes.
- A través la UCP, solicitar el anticipo de recursos para iniciar la ejecución del Programa, en las actividades a su cargo.
- Presentar a la UCP el descargo de todos los gastos efectuados con cargo a los recursos anticipados, solicitando la reposición de fondos, a fin de darle continuidad a las actividades a su cargo.
- Solicitar a la UCP la adquisición de bienes y servicios necesarios según fueran las actividades que se hubiera definido como de su responsabilidad en el marco del Programa.
- Facilitar las labores de seguimiento y supervisión externa, realizadas por la Dirección General de Servicios de Salud, la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la DGP.

Gobiernos Municipales y Redes de Salud

Los Gobiernos Municipales beneficiarios del Programa en los 4 Departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, La Paz y Potosí, tendrán, en el marco del Programa, las siguientes funciones:

- Elaboración participativa del POA con inclusión de los compromisos y presupuestos acordados con el Programa.
- Ejecutar las inversiones necesarias de acuerdo a lo previsto en el marco del Programa.
- Ejecutar las actividades previstas que le correspondan en el marco del Programa.
- Cumplir regularmente y a tiempo con los aportes de contraparte boliviana comprometidos.
- Realizar el seguimiento del cumplimiento de objetivos y resultados previstos por el Programa en su jurisdicción.
- Informar a los SEDES correspondiente sobre las actividades realizadas.
- Presentar a la UCP, el descargo de todos los gastos efectuados con cargo a los

recursos anticipados, solicitando la reposición de fondos, a fin de darle continuidad a las actividades a su cargo.

5.2.2.4 Operadores externos

La ejecución de una parte de las actividades será de manera terciarizada, es decir contratando a terceros con probada experiencia en los temas a ser desarrollados. El programa puede subcontratar a universidades, empresas consultoras, ONGs, fundaciones y otras entidades, a condición que estas organizaciones tengan la capacidad comprobada y la especialidad en el rubro de esa contratación. Estos operadores serán seleccionados y contratados según la ley de adquisiciones de servicios vigente en Bolivia (Ley 1178 SAFCO). En el caso de la utilización de fondos en administración directa (Regie), la ley correspondiente será la ley del Reino de Bélgica.

5.3. Gestión financiera

5.3.1 Generalidades

La Cooperación Técnica Belga realiza sus intervenciones empleando dos modalidades de gestión que se llaman “Cogestión” y “Regie” o administración directa.

En el programa será aplicada principalmente la modalidad de cogestión que implica la co-responsabilidad de la parte boliviana y la parte belga en el diseño y los resultados del Programa. Se reserva la modalidad de administración directa al pago del asesor internacional, el personal de la UCP, los consultores a corto plazo, el material logístico necesario al ATI durante la fase de arranque, estudio línea de base realizado al inicio del programa, las auditorias, la evaluación externa a medio término y acciones de seguimiento al programa de parte de la CTB.

Los fondos en Administración Directa Belga (Regie) serán manejados por la representación de la CTB en La Paz, o por la sede de la CTB en Bruselas según sus propios procedimientos.

EL presupuesto bajo la modalidad cogestión es administrado mancomunadamente entre el MSD y la CTB a través de una cuenta especial.

Las instituciones nacionales que manejan fondos belgas bajo acuerdos de ejecución, deben respetar los siguientes principios:

Eficiencia de los costos

Eficacia

Economía

Transparencia

Respeto de los requerimientos legales

5.3.2 Procesos financieros

5.3.2.1 POA y PPI del Programa

Cada institución involucrada deberá presentar su Marco presupuestario de Mediano Plazo, su Plan Operativo Anual (POA) y Proyecto Plurianual de Inversiones (PPI) sobre la base de un Marco Lógico. Estos son la base sobre la cual se ejecutarán los gastos correspondientes al proyecto.

En términos operativos, a nivel nacional se cumplen esta tarea por la instancia de planificación de cada institución, y en lo local, la unidad que cumpla, de manera certificada, dicho rol.

Según el modelo de ejecución propuesto, el presupuesto del Programa es registrado por cada institución ejecutora según lo que le corresponda. Los presupuestos correspondientes al MSD, los SEDES y MUNICIPIOS se registrarán directamente por las entidades según los montos establecidos correspondientes

5.3.2.2 Presupuesto : Seguimiento y modificación

Según el modelo de ejecución propuesto, el presupuesto del Programa se registraría en el presupuesto institucional del Ministerio de Salud y Deportes, a través de una categoría programática exclusiva de Programa: "Fortalecimiento de Redes de Salud (FOREDES) con financiamiento de la Cooperación Belga". El presupuesto propuesto por el programa no puede ser recortado por el Ministerio de Finanzas, según las reglas del estado boliviano sobre las donaciones de la Cooperación Internacional.

Para la ejecución del Programa el Ministerio de Salud y Deportes deberá definir en el nivel central, asignaciones presupuestarias registradas bajo distintas partidas de gasto. A este nivel se tendrá que llevar a cabo un ejercicio de correspondencia entre las partidas presupuestarias y el modo de registro de gastos Belga.

En un segundo nivel, el MSD transferirá si cabe el presupuesto correspondiente a las 4 SEDES involucradas en el Programa. La cuales deberán registrar en sus presupuestos una categoría programática exclusiva con financiamiento “FOREDES - Ministerio de Salud y Deportes”. Para la ejecución del Programa, cada un de los 4 SEDES deberá definir asignaciones presupuestarias según partidas de gasto.

En un tercer nivel, los Gobiernos Municipales beneficiarios del Programa deberán registrar en sus presupuestos una categoría programática exclusiva con financiamiento “FOREDES - Prefectura del Departamento correspondiente”.

Las modificaciones del marco lógico del programa ó modificaciones del presupuesto entre modo de financiamiento, Regie o Cogestión, y también las modificaciones entre líneas presupuestarias en Cogestión ó Regie pueden y tendrán que ser aprobadas por la EMCL, y se informara el agregado de la cooperación de esas modificaciones.

El presupuesto se maneja únicamente en Euros y esa divisa será utilizada para su seguimiento.

5.3.2.3 Rendición de cuentas

Contabilidad y sistemas

La UCP utiliza el sistema belga en el cual registrara los gastos del programa (FIT).

La UCP comunicará la información a la dirección administrativa del MSD para la regularización de registros en el sistema boliviano según las partidas programáticas pre-definidas en el SIGMA.

La UCP registrará las transferencias a las instituciones como gasto en el FIT. Estos fondos transferidos serán manejados directamente por cada institución en el SIGMA.

Los gastos de inversiones en material y vehículos para el programa serán directamente manejados por la UCP según los procedimientos bolivianos y las directivas administrativas y financieras de la CTB. los activos serán entregados a cada institución para el uso durante el programa.

Los SEDES y Municipios utilizarán los sistemas nacionales (SIGMA ó SINCOM). El presupuesto de los ejecutores deberá considerar dentro de su estructura programática la compatibilidad con los resultados y actividades del marco lógico que le corresponda, cuyo formato formara parte del acuerdo de ejecución y sobre el cual deberán reportar a la UCP para su seguimiento. Las instituciones enviarán los descargos a la UCP de forma mensual.

La UCP consolida la información para enviar los descargos consolidados del programa a la CTB de forma mensual. Las cuentas deberán ser firmadas para su aprobación por el director y el ATI y se remitirá el informe al ordenador y coordinador de pagos. Los registros que se enviará a la representación local de BTC cuenta con un registro electrónico, documentos de respaldo y estados de cuenta bancarias y cajas

La UCP se compromete a reportar al VIPFE de forma trimestral toda la ejecución del programa (incluyendo gastos en REGIE).

Programación financiera

Cada trimestre, la dirección del programa tendrá que proporcionar a la representación de la CTB en La Paz, una planificación operacional de las actividades más una planificación financiera para los trimestres del año en curso y los años siguientes.

La dirección del programa de forma trimestral tendrá que hacer un seguimiento de la ejecución del programa en base a esta planificación y tomar las medidas correctivas adecuadas.

5.3.2.4 Flujo de tesorería

Cuentas bancarias

Cuenta especial del programa

Para el manejo de los recursos del Programa, El ordenador y co-ordenador de pagos solicitan al Ministerio de Hacienda la apertura de una cuenta especial en Euros dentro de la BCB al nombre del programa y para uso exclusivo de los recursos de la contribución Belga.

La cuenta especial recibe los recursos transferidos por Bélgica y es accionada bajo la doble firma, del ordenador de pagos (el Vice-Ministro del MSD ó su delegado) y co-ordenador de pagos (Representante Residente de la CTB en Bolivia). Ambos son considerados como la Máxima Autoridad Ejecutiva (MAE).

Esta cuenta se destina a transferencias hacia la cuenta fiscal del programa y hacia las de las instituciones públicas según los acuerdos de ejecución vigentes

Cuenta fiscal del programa

Se abrirá por otra parte una cuenta fiscal (cuenta operativa) en bolivianos en un banco corresponsal privado. Esta cuenta es manejada bajo la doble firma del Director nacional (delegado del Ordenador de pagos y del ATI (delegado del representante residente de la

CTB, Co-ordenador de pagos).

Esta cuenta se destina exclusivamente a los pagos de la Contribución belga en el marco de las operaciones y resultados del programa.

Cuentas fiscales para las instituciones

En el marco de los acuerdos de ejecución que se podrán firmar con los SEDES y los municipios, estas instituciones abrirán una cuenta fiscal específica a nombre del programa (y para uso exclusivo de los recursos del programa). En estas cuentas se reciben las transferencias de las cuentas especial y/o fiscal del programa.

Al final de la ejecución del acuerdo, los saldos remanentes en esas cuentas específicas serán transferidos a la cuenta fiscal del programa.

Firmas autorizadas y montos

- Los co-directores podrán comprometer gastos conjuntamente y firmar pagos en la cuenta fiscal conjuntamente según directivas de la CTB. Actualmente el máximo autorizado para el ATI es de 25 000 €.

- Para montos superiores a 25 000 euros, por parte de la CTB, el co-ordenador firmará conjuntamente con los directores del programa hasta 200 000 euros los compromisos y contratos.

- El Co-ordenador podrá hacer transferencias de fondos y firmar conjuntamente con el Ordenador en la cuenta especial y cuando le corresponda en la cuenta fiscal del programa conjuntamente con el Director del programa hasta un monto de 200 000 Euros.

Para compromisos y gastos superiores a 200 000 euros, el Co-ordenador pedirá un mandato especial al Consejo de Administración de la CTB en Bruselas.

Transferencia de fondos a la cuenta especial BCB.

Las transferencias de fondos a la cuenta especial siguen los procedimientos de la CTB. La CTB, bajo solicitud de la UCP del programa transferirá los fondos a esa cuenta de manera trimestral según las programaciones financieras trimestrales y el saldo remanente de la ejecución del trimestre previo.

Primera transferencia:

Al inicio del programa, a partir de la firma del convenio específico entre Bélgica y Bolivia, un pedido de fondos firmado por el ordenador y co-ordenador será presentado a la CTB

Bruselas por la representación de la CTB en La Paz. La cantidad corresponde a las necesidades de funcionamiento de los primeros tres meses más una reserva.

Transferencias siguientes:

La transferencia de fondos según la modalidad arriba se hará solamente si las condiciones siguientes están cumplidas:

- El informe contable del trimestre que precede al pedido, ha sido enviado a la representación de la CTB en La Paz se encuentra aprobado a este nivel;
- La programación financiera actualizada ha sido enviada a la representación de CTB en La Paz
- El volumen de fondos no es superior al saldo presupuestario.

Transferencia de fondos dentro del programa

- **Los desembolsos de recursos desde la cuenta especial BCB se harán hacia:**
 - Las cuentas fiscales específicas de los SEDES (según acuerdo de ejecución para gastos de fortalecimiento y capacitación, actividades de asistencia técnica, talleres de fortalecimiento de los municipios)
 - La cuenta fiscal operativa de la UCP-Foredes (para sus gastos de funcionamiento y todos los gastos de inversiones del programa)

La cuenta especial BCB alimentara las cuentas abiertas al nombre del programa por las entidades ejecutoras del programa según modalidades financieras y condiciones de pago definidos en los acuerdos. El contenido de los acuerdos será previamente discutido y acordado en la EMCL con todas las partes.

- **Los desembolsos de recursos desde la cuenta fiscal del FOREDES:**
 - Para sus propios gastos de funcionamiento
 - Para la totalidad de los gastos de inversiones del programa

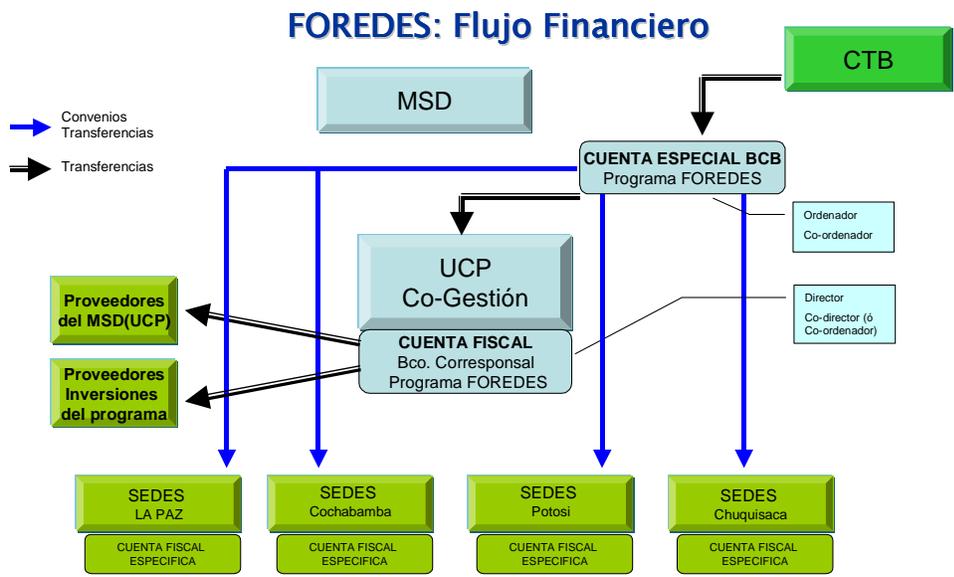


Figure 2 : flujos financieros de FOREDES

5.3.3 Los Acuerdos de ejecución

En el marco de la co-gestión, se prevé una delegación a instituciones publicas para la ejecución de una parte de las actividades. Según los procedimientos de la CTB se podrá requerir previamente a la firma del acuerdo, un estudio organizacional de la institución socia, para analizar sus capacidades a ejecutar las actividades previstas en el acuerdo. . Se firmarán entonces acuerdos de ejecución entre las partes belga y boliviana y una (o varias) tercera organización a quien los dos primeros delegan la responsabilidad de la ejecución, conforme a sus niveles de competencias y capacidades operativas.

En estos acuerdos se deberá definir clara y detalladamente los roles que deberá asumir cada entidad participante, y las alternativas de solución, en caso de que alguna de las entidades involucradas no cumpliera con los compromisos adquiridos.

Por parte del programa, estos acuerdos serán firmados por los representantes legales de la Representación de la CTB y MSD

- Se firmará un **acuerdo marco** para determinar roles y responsabilidades de cada institución y para poder determinar las intervenciones de las contrapartes entre CTB, MSD, SEDES en cada departamento de intervención;
- Anualmente, se firmarán **acuerdos Interinstitucionales de ejecución** cuyos montos serán definidos en el POA de cada institución. Estos acuerdos servirán de base para registrar las contrapartes en cada institución:
 - Entre la CTB, MSD con cada SEDES

Estos acuerdos definirán de que modo se manejarán los fondos para las actividades previstas en las SEDES (asistencia técnica, consultaría, capacitación...).

Los principios para los acuerdos de ejecución son los siguientes:

- Claridad del rol y responsabilidad de cada uno de los firmantes
- Plan operacional descrito con actividad, presupuesto, resultado, indicador y cronograma (se anexará a cada acuerdo el formato para la rendición de cuentas)
- Modalidades administrativas y financieras (rendición de cuentas, transferencias y controles) con las condiciones mínimas siguientes: Actualización trimestral de la programación financiera, abertura de una cuenta específica con doble firma, rendición de cuentas de manera mensual con informe financiero, copia de las

facturas justificativas selladas, y copia de los estados de cuentas bancario y caja, mención al visto bueno de la CTB cuando corresponda, auditoria anual en el marco de la auditoria prevista para el proyecto.

- Modalidad de seguimiento y evaluación del acuerdo.
- Modalidades de finalización del acuerdo.
- Aportes claramente establecidos de los socios en términos de recursos humanos y financieros en el marco del acuerdo.
- Otras condiciones previas a la implementación del convenio.

Los Contratos que podrán ser firmados con Universidades y ONG (parte de la seguirán los procedimientos de las leyes de contrataciones vigentes

5.3.4 Los fondos concursables

En el marco del cuarto Resultado la utilización de fondos concursables ha sido propuesto para financiar micro-proyectos de promoción de salud : comunidades, barrios, familias saludables, escuelas promotoras de salud. Esos fondos se utilizaran como los MIP's de la Cooperación Belga. El maximum por proyecto será de 10 000 €, y los criterios de elegibilidad serán iguales a los criterios utilizados para los MIP's. El ministerio de Salud y Deporte establecerá con la representación de la CTB el reglamento de la utilización de esos fondos. Con 38 municipios incluidos en el programa durante 5 años, eso significaría un promedio de un MIP/ municipio/año.

5.3.5 Contratación de personal

El director nacional será seleccionado, contratado y pagado por el MSD mediante concurso de meritos previa aprobación de la EMCL.¹²

El ATI será seleccionado y contratado por la CTB en Bruselas, según los procedimientos y leyes belgas. Una selección de los 3 mejores candidatos será presentada a la EMCL para su aprobación. El candidato final será presentado por la embajada de Bélgica y su oficina de cooperación a las autoridades bolivianas para su acreditación.

El responsable administrativo y financiero será seleccionado y contratado en gestión

¹² El salario del Director Nacional es parte de la contribución nacional.

directa por la CTB respetando las reglas laborales bolivianas con visto bueno de la dirección del FOREDES.

El personal técnico y administrativo-financiero de la unidad de coordinación (UCP) será contratado por la CTB respetando las normas laborales bolivianas con el visto bueno de la dirección del FOREDES.

El personal técnico y administrativo-financiero de los SEDES (2 personas por SEDES) será contratado por el MSD en coordinación con cada SEDES y con el equipo de dirección del programa.

Este personal será contratado como consultor en línea para las duraciones previstas.

El personal será financiado por el programa durante los 3 primeros años. Luego, el MSD se compromete a financiar este personal hasta el final del programa.

En todo caso, las contrataciones del personal nacional se harán de acuerdo a la reglamentación boliviana aplicable en la materia, contenida en la ley SAFCO 1178 excepto para el ATI cuyo proceso de contratación seguirá las leyes Belgas.

Todas estas contrataciones de personal serán realizadas mediante un concurso de méritos a partir de convocatorias públicas. Asimismo, la contratación de consultorías deberá ser realizada por convocatoria pública.

Table 6 : recursos humanos para FOREDES

Puesto	Contratado por	Ubicación	Relación jerárquica	Responsabilidad de selección
Director Nacional	MSD	MSD	VM MSD	MSD
ATI	CTB	MSD	RR CTB	CTB
RAF	CTB	MSD	Dirección programa	CTB
Contador	CTB	MSD	RAF	Dirección programa
Tesorero	CTB	MSD	RAF	Dirección programa
Secretaria	CTB	MSD	Dirección programa	Dirección programa
Responsable	CTB	MSD	RAF	Dirección programa

contrataciones				
Responsable M & E	CTB	MSD	Dirección programa	Dirección programa
Responsable I & E ¹³	CTB	MSD	Dirección programa	Dirección programa
Personal SEDES	MSD	SEDES	Director SEDES	Comité de selección

¹³ I & E = Infraestructura y equipamientos

5.3.6 Evaluación del desempeño

Todo el personal contratado con fondos del proyecto FOREDES tendrá que ser sometido al sistema de evaluación de desempeño de su institución y en caso que no se contará con un sistema para el efecto, la UCP Foredes propondrá uno. La evaluación del personal servirá también de base de despido y/o cambio de personal. La EMCL aprobará todos los cambios de personal, propuestos por la codirección.

El sistema de evaluación propuesto por la UCP será aprobado por la EMCL dentro de tres meses de la implementación del proyecto.

Ningún ítem trabajando en el programa podrá ser despedido sin previa autorización de la EMCL.

5.3.7 Adquisición de bienes y servicios

Para los servicios adquiridos bajo la modalidad de administración directa belga (Regie) se aplicarán los reglamentos y normas belgas (Ley del 24 de diciembre de 1993 (contexto general), Decreto Real del 8 de enero de 1996 (publicación y atribución), Decreto Real del 26 de septiembre de 1996 (pliego general de especificaciones).

En el marco de la cogestión, las adquisiciones de bienes y servicios se realizarán respetando las regulaciones de Bolivia de la Ley 1178 SAFCO y sus sistemas, particularmente en lo referente a las normas de ejecución del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) y Las Directivas para el manejo administrativo y financiero de la CTB en Co-gestión.

Todas las inversiones en material y vehículos en el marco del programa serán manejadas por la UCP-Foredes

Para las adquisiciones de servicios superiores a 5 000 euros en el marco de los acuerdos de ejecución, la CTB dará su visto bueno para validar la adjudicación.

5.3.8 Inventarios

Los inventarios serán establecidos por cada institución, para todos los bienes de inversión financiados por el programa. Estos inventarios serán enviados trimestralmente a la UCP-Foredes junto a los informes financieros. Al final del programa los bienes

adquiridos dentro de la ejecución del programa serán entregados a las contrapartes nacionales. Los activos adquiridos bajo la modalidad de Cogestión son propiedad del programa, hasta que se haga la transferencia legal a la parte boliviana, una vez concluido el programa y previa definición de su destino por las partes (boliviana y belga).

5.4. Mecanismos de control y auditorias

5.4.1 Auditorias externas

La normativa nacional establece que cada entidad pública debe contar con mecanismos de control a fin de asegurar el uso óptimo de los recursos que se le asigna. Al respecto, el Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) cuenta con sus propios mecanismos de control en cada una de las etapas de recepción de recursos y de utilización de los mismos. Dichos controles están referidos a los procesos que deben ser realizados por los usuarios autorizados para operar cada transacción, y las firmas correspondientes que autorizan dichas transacciones.

En relación a las auditorias, la normativa nacional señala que cada entidad pública debe presentar en forma anual, hasta el 31 de marzo concluida la gestión, sus estados financieros debidamente auditados por firmas externas o por la Contraloría General de la República según su programación.

Adicionalmente, cada entidad pública posee una Unidad de Auditoria Interna, que realiza auditorias especiales según programación preacordada para cada gestión anual.

Además de la auditoria de la Contraloría General del Estado, se realizará una auditoria externa por parte de una empresa independiente contratada por la CTB. Esta auditoria se realizará anualmente para verificar la buena gestión y utilización de los fondos con certificación de los informes financieros anuales de cada institución en relación a los gastos del programa.

Según las recomendaciones de las auditorias, la UCP-Foredes pero también las instituciones involucradas en el programa implementaran un plan de acción para remediar a los problemas mencionados por los auditores y informarán trimestralmente la dirección del programa de su cumplimiento.

En caso de que surgieran dudas sobre la buena utilización de los fondos, la CTB podrá realizar o instruir la contratación de auditorias externas especiales

La CTB enviará oficialmente, todos los informes de auditoría a los miembros de la EMCL y al agregado de cooperación.

5.5. Monitoreo y evaluación de programa

En el marco del programa se implementaran varios mecanismos para el monitoreo y evaluación del programa: realización de línea de base, evaluación a medio plazo, evaluación final, misiones de seguimiento científico. Se prevé la realización de algunas visitas de seguimiento por parte de la CTB-Bruselas y/o CTB-La Paz.

Sistema de Monitoreo y Evaluación

Se contará con un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita monitorear y evaluar los impactos y efectos a nivel de los objetivos y la implementación de la estrategia por resultados. Para ello se realizará el relevamiento de la información periódica de avance físico como financiero, para se constituya en un instrumento base para la toma de decisiones gerenciales que permita tanto a la dirección del programa como a la Estructura Mixta de Concertación Local, la toma de medidas, acciones, así como reaccionar oportunamente con ajustes pertinentes dentro del cambio en el entorno o aspectos internos al programa.

El Programa contará con su propio sistema de Monitoreo y Evaluación compatibilizado con las instancias socias (Ministerio, SEDES, Municipios) en los aspectos de complementariedad directa, así como un sistema de reportaje y seguimiento adecuado a los actores locales (beneficiarios), permitiendo visualizar los compromisos y desarrollo de los mismos dentro del avance del programa de manera sistemática y periódica.

5.5.1 Estudio línea de base

Durante la fase de arranque del programa, se organizará un estudio de que establecerá la línea de base del programa siguiendo los indicadores incluidos en el Marco Lógico. Ese estudio se hará para establecer los datos de inicio del programa, para poder hacer un seguimiento correcto durante los 6 años de implementación. Este estudio se compartirá con todos los socios en el programa. Ese estudio no debe confundirse con el estudio de base “infraestructuras y equipamientos”

5.5.2 Evaluación a medio plazo

A 40% del tiempo de la ejecución del programa se finalizara una evaluación a medio termino del programa. Esa evaluación analizará también en el desempeño del ATI, que tiene un contrato de 3 años, con posible extensión de 2 años.

5.5.3 Evaluación final

El quinto año se organizará la evaluación final según los indicaciones del donante, la cooperación belga. La evaluación final se organizara adentro del marco del contrato de gestión DGCD – BTC.

5.5.4 Backstopping

Los encargados del seguimiento del programa tanto de la sede de la CTB en Bruselas como de la oficina de la CTB en La Paz, llevarán a cabo visitas de seguimiento según las necesidades y posibilidades. Los informes de las visitas serán remitidos a la EMCL.

5.5.5 Seguimiento científico

Un seguimiento por un instituto académico internacional será elegido para hacer un acompañamiento científico. En particular ese seguimiento se interesará a los aspectos de realización de las instrucciones y estrategias de la Declaración de Paris, y la implementación del programa basado en evidencias. La contratación de un instituto para hacer ese seguimiento tiene que seguir las leyes de licitaciones publicas.

5.6. Mecanismos de Aprobación de las Adaptaciones del DTF

Toda modificación del objetivo específico, de la duración del Convenio Específico y del presupuesto total, requieren hacerse a través de un Intercambio de Notas Reversales entre la parte belga y la boliviana. Para todos los demás cambios se requiere la aprobación de la EMCL, y se tendrá informada la DGCD.

5.7. Fin del Programa

Las actividades de fin del programa incluyen elaborar un informe final, discutir y lograr un acuerdo sobre el destino de los activos y saldos y preparar la clausura de las cuentas del programa. Las actividades de cierre, incluido cronograma y presupuesto (si necesario) se aprobarán antes de seis meses del fin de la ejecución del programa por la EMCL. La parte boliviana se compromete a tomar las disposiciones institucionales, administrativas y presupuestarias necesarias para asegurar la continuidad de las actividades previstas en las intervenciones del programa al término del apoyo belga” mediante la presentación de un plan de acción que será aprobado durante la última reunión de la EMCL.

Informe Final

Los co-responsables redactarán, con al menos dos meses de anticipación, el informe final usando como insumo, entre otros, los informes de monitoreo del programa. El informe será remitido a la EMCL para su revisión y aprobación, incorporándose luego las observaciones hechas al documento de parte de los miembros de la EMCL.

En el informe final se dará información completa sobre los gastos efectuados de la contribución belga y boliviana. Contendrá un listado de todos los activos del programa que serán transferidos, incluyendo su valor neto y una apreciación de los costos de operación y mantenimiento. También se incluirá una memoria de las intervenciones que han sufrido a lo largo del programa, sacando de ellas unas lecciones aprendidas.

Destino de los activos y saldos del presupuesto

Al cierre financiero del programa se realizará un inventario de los activos del programa, y se definirá el destino y transferencia legal de los bienes adquiridos por el programa, aprobados por la EMCL.

El destino de los saldos remanentes en las cuentas del programa será decidido en común acuerdo entre las partes por medio de Notas Reversales. El destino de los saldos de ambas cuentas tiene que recibir la aprobación del Comité Especial de Socios antes de poder proceder a la ejecución de las transferencias al destinatario final.

Una vez finalizado el Convenio Específico, no se autorizará nuevos gastos y sólo se ejecutará aquellos que estuvieran ligados a compromisos contraídos con anterioridad a la fecha de cierre del Convenio Específico y siempre y cuando hubieran sido incluidos en el acta de cierre de la EMCL.

Clausura de cuentas

Luego de haber transferido los saldos existentes al destino acordado, el ordenador y co-

ordenador del programa se encargarán de liquidar las cuentas tomando en cuenta los pasos establecidos por las leyes y procedimientos bancarios. Lo mismo harán los corresponsables con la cuenta del programa en el banco privado. Copias de los documentos que confirman la clausura de las cuentas, serán remitidas a la CTB de Bruselas y al MSD.

6 TEMAS TRANSVERSALES

6.1. Medio Ambiente

El PSD 2010 – 2020, plantea la incorporación de un enfoque transversal medio ambiente y riesgos como prioritaria, que es la relativa al cambio climático.¹⁴

La política de medio ambiente constituye hoy en día uno de los desafíos sociales más importantes para los poderes públicos y los agentes económicos y sociales. Este aspecto es especialmente relevante en el presente programa, al ser la situación medioambiental un importante factor condicionante de la salud. Está previsto actuar conjuntamente con los gobiernos departamentales, gobiernos municipales y comunidades fomentando una mejora y cambio de los hábitos y una participación en la gestión del medio ambiente, en particular en lo referido a residuos, y construcción de entornos saludables.

6.2. Genero

El programa FOREDES busca contribuir a equiparar las oportunidades de varones y mujeres, fomentando la corresponsabilidad en el rol de direccionar su participación activa en la toma de decisiones en la solución integral de sus problemas de desarrollo individual, familiar y comunal.

El enfoque de género estará presente en todas las actividades que se emprendan desde el sector salud, las instituciones y los municipios, para ello se desarrollarán actividades de sensibilización de los mencionados actores a fin de que en las actividades planificadas siempre se visibilice la equidad de género. Dentro de los primeros cinco meses del inicio del programa, el programa definirá en concreto su estrategia de género que será monitoreada en el Sistema de Monitoreo y Evaluación y aprobada en la EMCL

En el objetivo de promoción de la salud se prevé mejorar los determinantes sociales, a través de programas concursables; En la ejecución de los programas que atienden las necesidades familiares como el acceso al agua (intradomiciliaria o al menos piletas públicas), construcción de cocinas mejoradas, construcción y uso adecuado de letrinas, promoción de biohuertos y crianza de animales menores entre otros, se aplicara específicamente el enfoque de género y la participación activa de toda la familia

Asimismo, desde el sector salud, FOREDES, impulsará la tensión de algunas

¹⁴ punto 2.7.4. Enfoque transversal de medio ambiente y riesgos, p 56, PSD 2010 - 2020

necesidades estratégicas de género priorizando la atención de la mujer en toda su etapa reproductiva, (realizando la promoción del Bono Juana Azurduy) con el cuidado adecuado de la gestante, la promoción del parto institucional con enfoque intercultural, la planificación familiar, el derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción, aspectos que se trabajarán acompañados de otros temas de capacitación sobre autoestima, comunicación asertiva, resolución de conflictos, negociación, derechos y deberes de las personas. Temas que se trabajarán con mujeres y hombres.

Por otra parte FOREDES promueve la participación activa de hombres y mujeres en el desarrollo y la mejora de su calidad de vida. Así, impulsará la participación política y ciudadana de las mujeres en los niveles y espacios de decisión como los POAs, los cabildos, las elecciones, y otras acciones previstas en el resultado 3. FOREDES promoverá los derechos e importancia de la participación de las mujeres en las acciones previstas en el resultado 5 “Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social”.

6.3. Derechos de los niños

El programa además de desarrollar sus intervenciones desde una perspectiva de la salud como derecho, profundizando en el ejercicio de los mismos por parte de adultos y niños, tiene como una de sus intervenciones específicas el apoyo a las defensorías de la niñez y adolescencia.

Asimismo, desde el sector salud y educación se trabajará sobre los derechos fundamentales del niño respecto al cuidado de la salud, con la aplicación de las vacunas, el control del crecimiento y desarrollo, la estimulación temprana, la disminución de la desnutrición infantil, el cuidado en su entorno familiar, el afecto, el cuidado del entorno externo, etc.

6.4. VIH-SIDA

El programa se integra en los planes nacionales de lucha contra el SIDA asegurando el impacto de estos programas en su zona de intervención, a través de la mejora de las prestaciones sanitarias, y de la capacitación y sensibilización del personal sanitario.

La mejora del acceso general a los servicios de salud y la implementación efectiva de los programas de salud nacionales permitirá asegurar el despistaje de casos y cuidado de las patologías asociadas al síndrome VIH-SIDA. Las medidas de promoción de salud y prevención se focalizaran en particular, la capacitación y sensibilización sociales acerca

del VIH y la promoción de las medidas preventivas.

6.5. Economía social

El impacto del programa en la economía social es indirecto, basado en la mejora que en las economías familiares, supone una mejora en la salud de la población, el aumento de la capacidad de producción y los menores costos; así como la disminución en el gasto sanitario familiar, la disponibilidad de servicios sanitarios accesibles y de calidad.

7 ANEXOS

Los anexos incluyen:

- Anexo 1 : Marco Lógico
- Anexo 2 : Presupuesto
- Anexo 3 : Calendario de ejecución
- Anexo 4 : Cronograma
- Anexo 5: Perfil del personal del programa. Director nacional y Asistentes Técnicos Internacionales
- Anexo 6 : Bibliografía

7.1. Marco Lógico

Título del programa: "Fortalecimiento de Redes de Salud de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz"

Objetivos y Resultados		Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Hipótesis y riesgos
Objetivo General	Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población de los municipios beneficiados por el programa	<ul style="list-style-type: none"> • % de población excluida en el acceso a servicios de salud. • % de disminución de mortalidad materna. • % de disminución de mortalidad infantil. • % de disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 2 años. • % de disminución de enfermedades prevalentes en las zonas de intervención. • % de comunidades que han mejorado los determinantes sociales de salud: Agua y saneamiento, eliminación de residuos, etc. 	Estadísticas oficiales del MSD, Prefecturas, Sedes, Municipios	<p>H. Los lineamientos de política de salud no cambian sustancialmente (seguros públicos, de protección social, la estrategia SAFCI).</p> <p>H. El Gobierno mantiene sus compromisos de alcanzar los ODM.</p> <p>R. Se cambian sustancialmente políticas de salud</p> <p>R. El gobierno no alcanza los ODM</p>
Objetivo Específico	Fortalecer integralmente las redes de salud de los municipios	<ul style="list-style-type: none"> • Número de ES calificados en implementación de la SAFCI. • Número de redes calificadas en implementación de la SAFCI. 	Línea de base del programa, Sistema de información del MSD, SEDES, REDES y Municipios.	<p>H. Se mantiene la Estructura de Sedes y Redes.</p> <p>H. La gobernabilidad política en los departamentos y municipios de intervención</p>

<p>beneficiados por el programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de ES calificados en gestión de los seguros públicos • Número de redes calificadas en gestión de los seguros públicos 	<p>Informes de seguimiento, evaluación y sistematización del Programa.</p>	<p>es estable.</p> <p>H. Descentralización con autonomías respeta el rol rector del MSD.</p> <p>H. Voluntad política de los Gobiernos Regionales y Municipales para asumir compromisos de gestión (mejorar sus competencias en conducción, regulación y gestión sanitaria, implementar el modelo SAFCI y desarrollar programas intersectoriales para mejorar los determinantes de la salud.)</p> <p>R. La organización del sistema de salud cambia</p> <p>R. Los GM no asumen los compromisos de gestión</p>
--------------------------------------	---	--	--

Resultados		Indicadores objetivamente verificables	Medios de Verificación	Hipótesis y riesgos
Resultados 1	La oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en todos los niveles de atención de los municipios priorizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de redes calificadas en aplicación de los paquetes de atención priorizados por el sector (materna, infantil, nutrición, PAI, inmuno prevenibles, VIH-SIDA, crónicas, etc.), sobre el total de las 9 apoyadas por el programa. • % de la población rural cubierta por equipos móviles de salud de atención del primer nivel según departamento. • % de la población cubierta por la red de atención fija, según departamento. • N° de Redes funcionando con ES categorizados y con sistema de referencia y contrarreferencia implementado. • N° de Redes de Salud que logran mediante unidades SAFCI una cobertura de atención a la población rural del 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de establecimientos de salud en los CAI • Informes de monitoreo y evaluación. • Expedientes de acreditación, categorización, de los ES. • Sistema de información del MSD, SEDES, REDES y Municipios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad y compromiso del personal de salud de los ES, SEDES, GR, GM, para brindar servicios de salud con calidad, oportunidad y efectividad. • Niveles intermedios de gestión sanitaria cuentan con medios y presupuestos adecuados y suficientes para el cumplimiento de sus funciones. • Desastres naturales y emergencias sanitarias no interfieren gravemente en el normal desenvolvimiento del quehacer en salud.
Resultados 2	La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de SEDES y redes de salud que aplican normas y regulaciones encaminadas a mejorar la gestión sanitaria. • Número de SEDES y redes de salud que aplican normas y regulaciones encaminadas a mejorar la aplicación de las FESP establecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos normativos del MSD. • Informes de monitoreo y evaluación. • Informes de establecimientos de salud en los CAI • Informes de supervisión y 	<ul style="list-style-type: none"> • Rol rector del MSD está fortalecida. • Se ha superado el bicefalismo en la gestión de salud y se trabaja armónica y concertadamente. • Se cumplen los mecanismos para asegurar la rendición de cuentas y cumplimiento de compromisos de

		<ul style="list-style-type: none"> •Número de SEDES y redes que han establecido objetivos de salud para mejorar los resultados de salud alineados al PDS 2010-2020 •Número de SEDES y Redes que han ejecutado el seguimiento y la evaluación del desempeño de los sistemas de información sanitaria según las normas. •Número de SEDES y Redes que cumplen (90%) compromisos de gestión. •Número de SEDES donde los sistemas de adquisiciones del sector público comprenden la planificación, adquisición y distribución de productos médicos y tecnologías de calidad según norma vigente; •Número de SEDES y Redes donde la continuidad funcionaria (desglosada por rural, urbana, medico, enfermera, técnico) llega a 5 años. 	evaluación de SEDES, redes, municipios	municipios y SEDES.
Resultados 3	La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> •Número de Redes donde la calidad de la atención y gestión es controlada por OSC según norma. •Número de Redes donde las OSC tienen la capacidad de desempeñar las siguientes funciones de control social: a) Comité de Vigilancia; b) elección de ALS; c) sistema de GP; d) participación en CAI; e) análisis y 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de evaluación de desempeño • Informes de monitoreo y evaluación. • POAS elaborados. • Actas e informes sobre la gestión de los DILOS, CV, OTB, COMUSAS, CODESAS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política y compromiso de las organizaciones sociales para participar democráticamente en la gestión adecuada de los servicios de salud y la promoción del autocuidado de la salud en cada una de sus comunidades.

		evaluación de POAs.		
Resultados 4	Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de poblaciones urbanas y rurales con acceso a mejores fuentes de agua en comunidades, sobre los valores identificados en la línea base; • Proporción de poblaciones urbanas y rurales con acceso a saneamiento mejorado, sobre los valores identificados en la línea base. • Numero de GM con programas de promoción y intersectoriales ejecutados. • Número de micro-proyectos ejecutados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información del MSD, SEDES, REDES y Municipios. • Informes de monitoreo y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política y compromiso de los Municipios, las instituciones y organizaciones sociales para mejorar los determinantes de salud en cada una de sus zonas de responsabilidad.
Resultados 5	Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del porcentaje de población cubierta según tipo de plan de protección social. • Disminución del % de la población vulnerable sin acceso a al BJA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de evaluación de la organización y funcionamientos de las UNIS • Informes técnicos de los programas PS. • Actas y documentos de programas de protección social locales y departamentales. • Informes de monitoreo y evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • El Estado a través de los Municipios y las instituciones implementan las políticas de protección social en el país.

ACTIVIDADES POR RESULTADO		Costos - Euros
		7.586.000
R1. La oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en los municipios		3.499.000
R1 A1	Capacitación a personal de salud para conocer y aplicar las normas y políticas sanitaria,	64.000
MEDIOS	Asesoría Técnica a los SEDES y DILOS para establecer los mecanismos y las normas el cumplimiento efectivo de las disposiciones ministeriales	4.000
	Capacitación a personal de salud y del municipio sobre: 1) las normas y políticas sanitaria, 2) la aplicación del modelo de gestión y atención SAFCI. 3) Aplicación de normas, Protocolos y estándares de los seguros públicos SUMI y SPAM y 4) programas de protección social (Bono Juana Azurduy) Desnutrición Cero	40.000
	Capacitación al personal de SEDES, REDES y Municipios para la difusión, acompañamiento y monitoreo al personal de salud en la aplicación de las normativas vigentes	20.000
R1A2	Apoyo para la implementación de la Política de gestión y desarrollo de recursos humanos	475.000
MEDIOS	Estudio de situación de los recursos humanos e identificación de las necesidades a nivel local	20.000
	Apoyo técnico al MSD para desarrollar su política de gestión de recursos humanos y la instrumentalización para su aplicación.	40.000
	Conformación y fortalecimiento de las unidades de capacitación en las SEDES - y Municipios	20.000
	Implementación del programa de capacitación y educación continua SAFCI en servicio	50.000
	Diseño de una metodología de Evaluación del desempeño del personal con criterios técnicos. Y evaluación semestral del desempeño.	55.000
	Apoyo a la elaboración y aplicación de políticas de incentivos en el desarrollo del personal: normas y procedimientos	20.000
	Convenio con Universidades y entidades de formación para el desarrollo de post - grados.	10.000
	Adecuación curricular de las Universidades para formación en SAFCI con participación del CEDINAI, MSD.	80.000
	Apoyo técnico a los SEDES y REDES para la conformación de los equipos SAFCI	40.000
	Pasantías nacionales a experiencias de implementación de la estrategia SAFCI.	20.000
	Diplomados de salud intercultural conducido por viceministerio salud intercultural, con Universidades bolivianas	80.000
	Diplomado en gestión municipal enfocada a la promoción de salud	20.000
Construcción de paquetes metodológicos para municipios y familias saludables	20.000	

R1A3	Fortalecimiento del sistema de Referencia y Retorno	180.000
MEDIOS	Asesoría Técnica a los SEDES y REDES para establecer los mecanismos y las normas el cumplimiento efectivo de las disposiciones ministeriales sobre sistemas de referencia y contra referencias	20.000
	Implementación del sistema de referencia y contrarreferencia	80.000
	Desarrollo de espacios de encuentro y talleres entre hospitales - SEDES - Redes para análisis y evaluación de las referencias y contrarreferencias	80.000
R1A4	Mejora de la infraestructura y equipamiento de los ES según capacidad resolutive.	2.780.000
MEDIOS	Línea de base infraestructura y equipamiento	15.000
	Ejecución de obras de mejoramiento de infraestructura de establecimientos de salud con adecuación intercultural.	1.700.000
	Dotación de equipos en SEDES, redes y E.S	100.000
	Complementación del equipamiento clínico en ES	605.000
	Elaboración y aplicación de un Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos e infraestructura.	100.000
	Dotación de medios de transporte (motocicletas, otros) para cubrir zonas dispersas (acorde al personal que lo usa y al territorio)	260.000
R2. La autoridad sanitaria ejerce adecuadamente su función de conducción, regulación y gestión sanitaria		897.000
R2A1	Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y de administración del MSD las redes de salud, establecimientos y municipios.	230.000
MEDIOS	Diseño de perfiles de cargos y competencias para puestos de gestión.	20.000
	Fortalecimiento de las capacidades de planificación y administración de los SEDES, Redes, ES y Municipios.	50.000
	Diplomados en Gerencia Y ADMINISTRACIÓN de Servicios de Salud.	50.000
	Pasantías regionales, nacionales.	50.000
	Fortalecimiento al SNIS en sus funciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud y de los servicios de salud.	30.000
	Reedición de políticas, normas y guías en normas, gestión y atención SAFCI	30.000

R2A2	Apoyo al Sistema de seguimiento y supervisión de compromisos de gestión entre niveles del sector	552.000
MEDIOS	Concertación y firma de compromisos de gestión entre niveles. seguimiento de cumplimiento de compromisos	2.000
	Fortalecimiento en el área de estrategia y gestión de la Dirección de Planificación del Ministerio.	200.000
	Fortalecimiento a la Dirección General de Salud, Jefatura de Redes y Promoción de la Salud.	150.000
	Fortalecimiento del viceministerio de salud intercultural	200.000
R2A3	Apoyo a la producción de conocimiento en materia de salud pública.	115.000
	Apoyo a la consolidación del sistema nacional de investigación en salud.	115.000
R3. La población y sus organizaciones ejercen su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa		300.000
R3A1	capacitación a las organizaciones comunitarias con para la gestión y planificación social compartida en el marco SAFCI	90.000
MEDIOS	Conformación de consejos locales de salud.	40.000
	Capacitación a los consejos locales de salud en elaboración participativa de diagnósticos y planes comunales de desarrollo	50.000
R3A2	Divulgación entre la Población sobre el ejercicio de sus derechos, la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.	60.000
MEDIOS	Fortalecimiento de líderes comunales, en competencias de liderazgo, autoestima, proyectos de desarrollo, gestión	60.000
R3A3	Capacitación a las Organizaciones comunitarias para la demanda de transparencia y Rendición de cuentas en salud A DILOS y SEDES	20.000
MEDIOS	Capacitación en abogacía y rendición de cuentas	20.000
R3A4	capacitación y generación de espacios y mecanismos de negociación, información y análisis de la situación de salud establecidos según norma.	40.000
MEDIOS	Asesoría técnica para adecuado funcionamiento de CAIs, mesas y reuniones de DILOS, COMUSAS y CODESAS	40.000
R3A5	Promoción del enfoque intercultural de la salud y recuperación de la confianza entre las medicina tradicional y occidental.	90.000
MEDIOS	Difusión de los programas y servicios de salud con enfoque intercultural	60.000
	Asistencia técnica para la adecuación intercultural en servicios de salud	30.000

R4. Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud tanto a nivel del sector salud con		2.610.000
R4A1	Desarrollo de proyectos intersectoriales con enfoque de promoción de la salud en el ámbito departamental y local.	105.000
MEDIOS	Asistencia técnica a municipios para desarrollar programas intersectoriales y formulación de planes municipales de promoción de salud	40.000
	Asistencia técnica y acompañamiento conformación de redes intersectoriales municipales y funcionamiento.	20.000
	Capacitación de responsables municipales en relación a la promoción de la salud y gestión municipal.	45.000
R4A2	Implementación de Municipios comunidades saludables y escuelas promotoras de salud	2.230.000
MEDIOS	Fondo concursable para proyectos de salud en escuelas y municipios saludables : agua, saneamiento, tratamiento de residuos, etc.)	2.230.000
R4A3	Sensibilización y capacitación al personal de salud en el enfoque de salud pública y determinantes de salud.	275.000
MEDIOS	Capacitación a Personal de Salud enfoque intersectorial de la salud y su aplicación local	50.000
	Ferias de salud	100.000
	Encuentro de municipios, comunidades y barrios saludables	25.000
	Pasantías en municipios, comunidades y barrios saludables	50.000
	Capacitación en la metodología de comunidades saludables para el personal de salud y actores sociales	30.000
	Acreditación de municipios, comunidades y barrios saludables	20.000
R5. Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a progr		280000
R5A1	Apoyo a la gestión e implementación de los programas de protección social y solidaridad desde municipios	80.000
MEDIOS	Asistencia técnica al personal técnico de los gobiernos municipales y de las redes en la gestión de los programas de protección social	30000
	Fortalecimiento técnico y en equipo a los SLIMS y defensorías.	50.000
R5P2	Sensibilización e información a la población sobre programas de protección social y solidaridad	200.000
MEDIOS	Sistema de seguimiento y supervisión de compromisos de gestión entre niveles del sector funcionando	100000
	Apoyo y acompañamiento para la atención a familias priorizadas, según los riesgos identificados.	100000
		7.586.000

7.2. Presupuesto

Code Budget	PRESUPUESTO TOTAL	Modo de ejecución.	Presupuesto	%	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
OE :	Fortalecer las redes de Salud de los municipios del proyecto		7.586.000	69,0%	467.400	1.782.900	2.740.900	1.721.900	872.900
R 01	1.L a oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en todos los niveles de atención de los municipios priorizados.		3.499.000	31,8%	188.000	725.000	1.730.000	816.000	40.000
A 01 01	Capacitación a personal de salud para conocer y aplicar las normas y políticas sanitaria,	Cogestion	64.000	0,6%	28.000	24.000	8.000	4.000	-
A 01 02	Apoyo para la implementación de la Política de gestión y desarrollo de recursos humanos	Cogestion	475.000	4,3%	135.000	131.000	157.000	52.000	-
A 01 03	Fortalecimiento del sistema de Referencia y Retorno	Cogestion	180.000	1,6%	10.000	60.000	40.000	40.000	30.000
A 01 04	Mejora de la infraestructura y equipamiento de los ES según capacidad resolutive.	Cogestion	2.780.000	25,3%	15.000	510.000	1.525.000	720.000	10.000
R 02	2. La autoridad sanitaria ejerce adecuadamente su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.		897.000	8,2%	140.400	250.400	215.400	145.400	145.400
A 02 01	Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y de administración del MSD las redes de salud, establecimientos y municipios.	Cogestion	230.000	2,1%	30.000	100.000	80.000	10.000	10.000
A 02 02	Apoyo al Sistema de seguimiento y supervisión de compromisos de gestión entre niveles del sector	Cogestion	552.000	5,0%	110.400	110.400	110.400	110.400	110.400
A 02 03	Apoyo a la producción de conocimiento en materia de salud pública.	Cogestion	115.000	1,0%	-	40.000	25.000	25.000	25.000
R 03	3. La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud.		300.000	2,7%	46.000	92.000	70.000	55.000	37.000
A 03 01	capacitacion a las organizaciones comunitarias con para la gestión y planificación social compartida en el marco SAFCI	Cogestion	90.000	0,8%	20.000	35.000	15.000	10.000	10.000
A 03 02	Divulgacion entre la Población sobre el ejercicio de sus derechos, la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.	Cogestion	60.000	0,5%	-	20.000	20.000	10.000	10.000
A 03 03	Capacitacion a las Organizaciones comunitarias para la demanda de transparencia y Rendición de cuentas en salud A DILOS y SEDES	Cogestion	20.000	0,2%	-	8.000	6.000	6.000	-
A 03 04	capacitacion y generacion de espacios y mecanismos de negociación, información y análisis de la situación de salud establecidos según norma.	Cogestion	40.000	0,4%	10.000	10.000	10.000	10.000	-
A 03 05	Promociónn del enfoque intercultural de la salud y recuperacion de la confianza entre las medicina tradicional y occidental.	Cogestion	90.000	0,8%	16.000	19.000	19.000	19.000	17.000

R	04		4. Se desarrolla adecuadamente intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.		2.610.000	23,7%	47.000	644.500	654.500	649.500	614.500
A	04	01	Desarrollo de proyectos intersectoriales con enfoque de promoción de la salud en el ámbito departamental y local.	Cogestion	105.000	1,0%	12.000	27.000	27.000	27.000	12.000
A	04	02	Implementación de Municipios comunidades saludables y escuelas promotoras de salud	Cogestion	2.230.000	20,3%	-	557.500	557.500	557.500	557.500
A	04	03	Sensibilización y capacitación al personal de salud en el enfoque de salud pública y determinantes de salud.	Cogestion	275.000	2,5%	35.000	60.000	70.000	65.000	45.000
R	05		5. Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.		280.000	2,5%	46.000	71.000	71.000	56.000	36.000
A	05	01	Apoyo a la gestión e implementación de los programas de protección social y solidaridad desde municipios	Cogestion	80.000	0,7%	16.000	21.000	21.000	16.000	6.000
A	05	02	Sensibilización e información a la población sobre programas de protección social y solidaridad	Cogestion	200.000	1,8%	30.000	50.000	50.000	40.000	30.000
Y			Reserva Presupuestaria (max 5%) y total actividades		358.900	3,3%	-	-	-	143.560	215.340
Y	01		Reserva Presupuestaria		358.900	3,3%	-	-	-	143.560	215.340
Z			Medios Generales		3.055.100	27,8%	809.480	738.820	674.900	413.400	418.500
Z	01		gastos de personal		2.202.500	20,0%	485.600	610.600	523.100	291.600	291.600
Z	01	01	Expertos internacionales UCP	Régie	1.062.500		200.000	325.000	237.500	150.000	150.000
Z	01	02	Expertos nacionales UCP	Régie	168.000		33.600	33.600	33.600	33.600	33.600
Z	01	03	Expertos locales (consultor/mes)	Cogestion	150.000		30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
Z	01	04	Personal administrativo y financiero UCP	Régie	390.000		78.000	78.000	78.000	78.000	78.000
Z	01	05	Personal departamental	Cogestion	432.000		144.000	144.000	144.000	-	-

Z	02		<i>Inversiones</i>		263.400	2,4%	225.780	12.820	6.400	6.400	12.000
Z	02	01	Vehículos	Régie	180.000		180.000	-	-	-	-
Z	02	02	Equipamiento de Oficina	Cogestion	32.000		12.800	6.400	6.400	6.400	
Z	02	03	Equipamiento de IT	Cogestion	21.400		14.980	6.420	-	-	-
Z	02	04	Refacciones de Oficina	Cogestion	30.000		18.000	-	-	-	12.000
Z	03		<i>Gastos de Funcionamiento</i>	<i>Cogestion</i>	<i>289.200</i>	<i>2,6%</i>	<i>58.100</i>	<i>57.900</i>	<i>57.900</i>	<i>57.900</i>	<i>57.400</i>
Z	03	01	Servicios y Gastos de Mantenimiento	Cogestion	9.600		2.000	1.900	1.900	1.900	1.900
Z	03	02	Gastos de Funcionamiento de Vehículos	Cogestion	90.000		18.000	18.000	18.000	18.000	18.000
Z	03	03	Telecomunicaciones	Cogestion	10.000		2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Z	03	04	Materiales de Oficina	Cogestion	12.000		2.500	2.500	2.500	2.500	2.000
Z	03	05	Misiones	Cogestion	50.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Z	03	06	Gastos de Representación y Comunicación Externa	Cogestion	9.600		2.000	1.900	1.900	1.900	1.900
Z	03	07	Gastos de Capacitación del Personal de Proyecto	Cogestion	35.000		7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
Z	03	08	Gastos en Consultoría	Cogestion	50.000		10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Z	03	09	Otros gastos de funcionamiento	Cogestion	23.000		4.600	4.600	4.600	4.600	4.600
Z	03	10	IVA (+/-)	Cogestion	-		-	-	-	-	-
Z	04		<i>Auditoría, Seguimiento y Evaluación</i>	<i>Régie</i>	<i>300.000</i>	<i>2,7%</i>	<i>40.000</i>	<i>57.500</i>	<i>87.500</i>	<i>57.500</i>	<i>57.500</i>
Z	04	01	estudio linea de base	Régie	20.000		20.000				
Z	04	02	evaluacion medio plazo	Régie	30.000				30.000		
Z	04	03	evaluacion final	Régie	30.000						30.000
Z	04	04	backstopping	Régie	30.000			7.500	7.500	7.500	7.500
Z	04	05	seguimiento científico	Régie	90.000			30.000	30.000	30.000	
Z	04	06	Auditoría	Régie	100.000		20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
TOTAL	TOTAL				11.000.000	100,0%	1.276.880	2.521.720	3.415.800	2.278.860	1.506.740

7.3. Calendario De Ejecución.

El programa tendrá una duración de ejecución de 5 años y se desarrollará en tres fases: La fase de arranque, la fase de ejecución y la fase de transferencia y cierre del programa.

La fase de arranque tendrá una duración de seis meses, que concluirá con la aprobación del plan operativo global del programa para los cinco años y del plan operativo provisional para el primer año.

Durante esta fase.

- Se constituirá la unidad de gestión del programa, con la incorporación del director del mismo y de la asistencia técnica internacional.
- También se recibirá la asesoría jurídica en relación a todos los procedimientos de ejecución del programa.
- Se instalarán las oficinas, y se proveerán de los medios logísticos necesarios para el funcionamiento adecuado del programa.
- Se elaborarán los reglamentos de funcionamiento, y se organizarán los procedimientos administrativos y financieros.
- Se establecerán las coordinaciones con los diferentes actores con los que va trabajar el programa tanto en el nivel nacional como en los niveles descentralizados.
- Se procederá a la contratación del personal local, que participará activamente en la elaboración de los planes operativos, y dinamizarán la participación de los interlocutores a nivel descentralizado.
- Se organizara el estudio de línea de base.

La segunda fase, de ejecución efectiva del programa tendrá una duración de 50 meses. En esta fase se desarrollarán todas sus acciones previstas en este DTF con vistas a alcanzar los resultados esperados.

Finalmente, la tercera fase de transferencia y cierre, tendrá una duración de cuatro meses. En esta fase se procederá a la transferencia de todos los bienes y beneficios del programa, así como al cierre de todas las operaciones y de la contabilidad general.

Es también en esta fase cuando se consolidan las medidas para asegurar la sostenibilidad de los beneficios y avances logrados a lo largo del programa.

7.4. Cronograma

			1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO	clausura
R	01	1. La oferta de servicios de salud, es mejorada en calidad, oportunidad y efectividad, en todos los niveles de atención de los municipios priorizados.	X	XXXX	XXXX	XX	X	X
A	01	Capacitación a personal de salud para conocer y aplicar las normas y políticas sanitaria,	XXXX	XXXX	XXXX	XX		
A	02	Apoyo para la implementación de la Política de gestión y desarrollo de recursos humanos	XXXX	XXXX	XXXX	XX		
A	03	Fortalecimiento del sistema de Referencia y Retorno	X	XXXX	XXXX	XX	X	
A	04	Mejora de la infraestructura y equipamiento de los ES según capacidad resolutive.		XX	XXXX	XXX	X	X
R	02	2. La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria.	X	XXX	XX	XX	X	
A	01	Fortalecimiento de las capacidades gerenciales y de administración del MSD las redes de salud, establecimientos y municipios.	X	XXXX	XXX	X	X	
A	02	Apoyo al Sistema de seguimiento y supervisión de compromisos de gestión entre niveles del sector	XX	XX	XX	XX	XX	
A	03	Apoyo a la producción de conocimiento en materia de salud pública.		XXX	XX	XX	XX	
R	03	3. La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la	X	XXX	XX	XX	X	

			participación activa en relación a la salud.						
A		01	capacitación a las organizaciones comunitarias con para la gestión y planificación social compartida en el marco SAFCI	XX	XXXX	XXX	X	X	
A		02	Divulgación entre la Población sobre el ejercicio de sus derechos, la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud.		XXX	XXX	XX	XX	
A		03	Capacitación a las Organizaciones comunitarias para la demanda de transparencia y Rendición de cuentas en salud A DILOS y SEDES		XXXX	XXX	XXX		
A		04	Capacitación y generación de espacios y mecanismos de negociación, información y análisis de la situación de salud establecidos según norma.	XXX	XXX	XXX	XXX		
A		05	Promoción del enfoque intercultural de la salud y recuperación de la confianza entre las medicina tradicional y occidental.	XX	XX	XX	XX	XX	
R	04		4. Se desarrolla intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal.	X	XX	XX	XX	XX	X
A		01	Desarrollo de programas intersectoriales con enfoque de promoción de la salud en el ámbito departamental y local.	X	XX	XXX	XX	X	
A		02	Implementación de Municipios comunidades saludables y escuelas promotoras de salud	0	XXX	XXX	XXX	XXX	X
A		03	Sensibilización y capacitación al personal de salud en el enfoque de salud pública y determinantes de salud.	X	XX	XXX	XX	X	

R	05		5. Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social.	X	XXX	XXX	XX	X	
A		01	Apoyo a la gestión e implementación de los programas de protección social y solidaridad desde municipios	XX	XXX	XXX	XX	X	
A		02	Sensibilización e información a la población sobre programas de protección social y solidaridad	XX	XXX	XXX	XX	X	

7.5. Términos De Referencia Del Personal De Largo Plazo

7.5.1 El Asistente Técnico Internacional.

7.5.1.1 Funciones del ATI

El asistente técnico internacional (ATI) tiene como función principal asesorar y apoyar al director del programa, asegurando que se cumplan los requerimientos técnicos y administrativos de la cooperación técnica belga para la ejecución del programa.

Asumirá tareas o responsabilidades de dirección del programa como pagos y firmas de contratos conjunto con el director. El asistente técnico internacional dará el visto bueno a todas las facturas y/o órdenes de compra, pagos etcétera con cargo a los fondos de la cooperación belga.

Junto con el director del programa, establecerá las coordinaciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos del programa, con instituciones y entidades gubernamentales, no gubernamentales y privadas involucradas en el mismo.

Asegura la coordinación con otros programas como agencias de cooperación que desarrollan acciones de salud en el país, o con agencias que desarrollan otros programas de cooperación al desarrollo en la zona de influencia del programa.

Asistir el director del programa para asegurar que se respetan los procedimientos de la cooperación belga respecto a los movimientos de fondos, licitaciones. Participarán los comités de selección de las licitaciones aunque podrá delegar esta función a otros miembros del equipo.

Mantendrá informada a la CTB en sobre los eventuales obstáculos que puedan entorpecer la buena ejecución del programa.

Tratará de solucionar de manera negociada y diplomática las eventuales diferencias o problemas existan sobre la ejecución del programa.

Con el director nacional, el ATI esta en carga de la organización de las reuniones de la EMCL, la preparación de los planes operacionales, presupuestos, los informes.

7.5.1.2 Requisitos de la Función.

Los requisitos y condiciones para postular al cargo son los siguientes:

Formación

- Titulación universitaria superior en ciencias de salud, sociales, o carrera afín adecuada a las actividades del programa.
- Se valoraran estudios complementarios de postgrado en Gestión sanitaria, promoción de salud, interculturalidad.

Experiencia

- De al menos 10 años en dirección y gestión de programas de cooperación internacional al desarrollo en programas sociales y/o de salud pública.
- 5 años experiencia en programas de salud en América Latina o América Central.
- Uso de instrumentos y procedimientos de programas de cooperación.
- Se valorará la experiencia de trabajo en comunidades indígenas.

Capacidades personales.

- Perfecto dominio del idioma español, lengua de trabajo.
- Fluidez en el manejo del francés y/o neerlandés
- Habilidades demostradas para trabajo en equipo y en medios interculturales.
- Capacidad de asesorar y capacitar a otros en los asuntos del programa,
- Gran capacidad de escucha, sensibilidad social, buen negociador, gestión de conflictos,
- Capacidad y experiencia en concertación con diferentes organizaciones tanto nacionales como internacionales.
- Capacidad de análisis de la realidad nacional y salud pública para proponer acciones efectivas en la gestión y modelo de servicios.
- Vasto conocimiento y experiencia en la elaboración de planes, programas, presupuesto, así como también en la elaboración de indicadores de proceso y actividades de monitoreo y supervisión.
- Dominio de las herramientas de Office o similares.

7.5.1.3 Duración del contrato

Se firmara un contrato para 3 años con extensión posible de 2 años después de la

evaluación a Medio Plazo (ver 5.5.2)

7.5.1.4 Ubicación.

La dirección del programa se ubicará en la DGP del Vice Ministerio de Salud y Promoción (VSP) del MSD. El ATI pasara un minimum de 30 % de su tiempo en los municipios, redes y SEDES apoyados.

7.5.2 El director nacional

7.5.2.1 Funciones

El Director del Programa tendrá como cometido principal la realización de todas las funciones inherentes a la dirección ejecutiva del programa.

Será responsable del cumplimiento en forma eficaz y eficiente de los objetivos dentro de los plazos aprobados en los Planes Operativos. Para ello deberá coordinar y supervisar el avance del programa en todos los aspectos: Organización, Planificación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación, Administración y Contralor. En caso de que se produzcan desvíos respecto de la planificación deberá informar al MSD y CTB de la situación y proponer las medidas correctivas necesarias.

Deberá mantener informadas a las autoridades del MSD y la CTB sobre la marcha del programa.

Será responsable de procurar que los recursos de ambas partes se dispongan en tiempo y forma y sean adjudicados conforme a lo presupuestado, y en relación a su avance.

Principales funciones y responsabilidades :

Planificar, dirigir, supervisar, coordinar y evaluar la realización y desarrollo de todas las tareas del Programa: técnicas, administrativas y de organización.

Será el responsable del cumplimiento que las funciones técnicas y administrativas del equipo de personas afecto al programa, en particular:

Preparación de toda la documentación operacional, técnica, administrativa y financiera del programa, entre otros: planes operativos, informes, presupuestos, expedientes de licitación para la adquisición de bienes, servicios y obras, contratos, órdenes de pago, etc.

Organización, seguimiento y supervisión de la ejecución de las actividades.

La administración y la gestión contable del programa en su conjunto.

Participar en evaluaciones de licitaciones.

Asegurar la secretaría del Comité consultivo.

Rendir cuentas con el ATI a la EMCL.

Requisitos del contrato.

El cargo de director del Programa se desempeñará en La Paz, en las oficinas que la VSP disponga para el Programa. Exigirá dedicación exclusiva y será incompatible con el desempeño de cualquier otro empleo de carácter público o privado.

El cargo se proveerá mediante un contrato que tendrá una duración de 12 meses, renovable por plazos iguales hasta un total de 60 meses.

7.5.2.2 Requisitos de la Función.

Los requisitos y condiciones para ese cargo son los siguientes:

Nacionalidad. Boliviana

Formación académica.

- Título profesional universitario en ciencias de la salud o ramas afines.
- Maestría en salud pública o gestión de servicios de salud, administración sanitaria o afines.

Experiencia :

- El director deberá acreditar experiencia en la gestión de programas de cooperación técnica en el campo de la salud pública.
- Deberá tener un buen conocimiento en diseño, formulación, supervisión, seguimiento y evaluación de programas de cooperación.
- Deberá tener un buen conocimiento de la situación boliviana en materia de salud pública.
- Deberá poseer buen manejo de herramientas informáticas.

Capacidades personales.

- Capacidad de planificación estratégica y operativa
- Capacidad en organización y métodos.
- Capacidad de dirección, liderazgo compartido y toma de decisiones.
- Aptitudes para la negociación.

- Aptitudes para el trabajo en equipo y motivación del personal.
- Habilidad en la comunicación y en la resolución de problemas.
- Capacidad de innovación y creatividad.
- Habilidad en el manejo de las relaciones interpersonales.
- Capacidad para trabajar con independencia.
- Capacidad superior de comunicación en forma oral y escrita en español.
- Disciplina, orden y metodología en el trabajo.
- Capacidad analítica, de abstracción y síntesis.
- Actitud de profundo compromiso de servicio a la comunidad y con su propio trabajo.
- Facilidad para realizar contactos a altos niveles políticos, técnicos e institucionales.

7.5.2.3 Ubicación.

La dirección del programa se ubicará en la DGP del Vice Ministerio de Salud y Promoción (VSP) del MSD.

7.5.3 Responsable Seguimiento y evaluación.

7.5.3.1 Funciones

- Revisar con los socios los sistemas de seguimiento evaluación existente en las entidades,
- Organizar talleres y reuniones con los socios, apoyado por la dirección del FOREDES para volver a precisar el marco lógico y los indicadores.
- Organizar el seguimiento de la línea base
- Proponer (si fuese necesario) instrumentos a los diferentes niveles para alimentar el sistema de seguimiento.
- Capacitar y apoyar a los socios en todos lo que es seguimiento y evaluación
- Revisar los sistemas de evaluación del personal de los socios y hacer propuestas a los co-directores del FOREDES
- Organizar las visitas de seguimiento interno de manera regular
- Organizar y ayudar a la preparación y ejecución de las misiones de evaluación

interna previstas por la CTB y los socios.

- Preparar los elementos para los informes de actividades informes a contabilidad mensual y los documentos del Programa a ser enviados a la representación de la CTB para aprobación.
- Organizar la recolección, análisis y consolidación de los informes mensuales de los diferentes socios.

7.5.3.2 Requisitos de la Función.

- Título universitario de Licenciado con un mínimo de 5 años de experiencia práctica como responsable de seguimiento evaluación.
- Experiencia en administración de proyectos de cooperación internacional en Bolivia.
- Experiencia con sistemas de monitoreo y evaluación que integren análisis y sensibilidad de género
- Muy buen conocimiento y manejo de programas computacionales.
- Muy buena capacidad de trabajo en equipo
- Disponibilidad para realizar apoyo y seguimiento a los diferentes socios, incluyendo visitas de campo.
- Conocimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de entidad publicas en Bolivia es una ventaja.

7.5.3.3 Duración del contrato

El cargo se proveerá mediante un contrato que tendrá una duración de 12 meses, renovable por plazos iguales hasta un total de 60 meses.

7.5.4 Experto Infraestructuras y equipamientos.

7.5.4.1 Funciones

- Hacer estudio de base en los necesidades en I&E, o buscar los estudios existentes.
- Proponer estrategias para mejorar I&E
- Elaborar documentos técnicos para compras de equipamientos.
- Elaborar documentos técnicos para nuevas infraestructuras y refacciones

- Hacer el seguimiento de las licitaciones en I&E.
- Hacer el seguimiento de los servicios atribuidos en I&E

7.5.4.2 Requisitos de la Función.

- Título universitario en ingeniería.
- Experiencia en construcción de ES.
- Experiencia en adquisición de equipamientos.
- Experiencia en licitación pública.

7.5.4.3 Duración del contrato

El cargo se proveerá mediante un contrato que tendrá una duración de 12 meses, renovable por plazos iguales hasta un total de 60 meses.

7.5.5 Coordinador Administrativo

7.5.5.1 Funciones

- Preparar la contabilidad mensual y los documentos del Programa a ser enviados a la representación de la CTB para aprobación.
- Organizar la recolección, análisis y consolidación de los informes mensuales de los diferentes socios.
- Consolidar la información financiera a nivel del Programa y preparar los informes según formatos ad hoc.
- Hacer seguimiento del presupuesto global del Programa.
- Realizar y presentar propuestas de cambios presupuestarios según procedimiento CTB si fuera necesario.
- Consolidar las planificaciones trimestrales según procedimiento CTB.
- Participar en la preparación y acompañamiento de las auditorías externas anuales y/o misiones de seguimiento.
- Apoyar a las diferentes entidades con asistencia técnica en el área de contabilidad y elaboración de informes financieros.

7.5.5.2 Requisitos de la Función.

- Título universitario de Licenciado en Administración o similar con un mínimo de 5

años de experiencia práctica como administrador.

- Experiencia en administración de proyectos de cooperación internacional en Bolivia.
- Experiencia en gestión de recursos humanos y adquisición de materiales y equipos a nivel nacional.
- Excelente conocimiento de la Ley SAFCO, procedimientos del VIPFE y del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- Muy buen conocimiento y manejo de programas computacionales, en particular programas de contabilidad y bases de datos.
- Muy buena capacidad de organizar el trabajo y de liderar un equipo de apoyo administrativo y logístico.
- Disponibilidad para realizar apoyo y seguimiento a los diferentes socios, incluyendo visitas de campo.
- Además del español, buen dominio del idioma inglés y/o francés.

7.5.5.3 Duración del contrato

El cargo se proveerá mediante un contrato que tendrá una duración de 12 meses, renovable por plazos iguales hasta un total de 60 meses.

7.6. Bibliografía Y Documentación

Constitución política del estado.
DECLARACIÓN DE PARÍS SOBRE LA EFICACIA DE LA AYUDA AL DESARROLLO
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, 1948.
Desnutrición cero – Bolivia
Documento Marco de financiamiento conjunto (DMFC), entre Bélgica, Canadá, Francia, y el Ministerio de Salud y deportes y ministerio de Planificación para el Desarrollo de Bolivia.
DTF Chayanta - SISTEMA INTEGRADO DE SALUD de la provincia Chayanta departamento de Potosí.
DTF- EL ALTO -EXTENSIÓN DE COBERTURA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO EN EL ALTO.
Esquema para la identificación de una prestación de cooperación en Bolivia – Sub programa Riego autogestionario.
EVALUACIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS- EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS, BASADA EN LA METODOLOGÍA DESARROLLADA POR EL PEFA.
EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO PROYECTO “EXTENSIÓN DE COBERTURA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE EL ALTO” BOLIVIA. AGOSTO 2009
EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO PROYECTO “SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DE LA PROVINCIA CHAYANTA DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ.
Evaluación finanzas públicas Bolivia-pefa. Octubre de 2009.
FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE “FORTALECIMIENTO DE REDES DE SALUD DE LOS DEPARTAMENTOS DE CHUQUISACA, POTOSÍ, COCHABAMBA Y LA PAZ”.
Gestión por los resultados. Un monitoreo del plan de acción.
GESTIÓN POR RESULTADOS EN BOLIVIA: EL SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA POR RESULTADOS (SISER) - José Carlos Campero Núñez del Prado
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN, REDES DE SALUD, DILOS, SUMI Y SNUS – modelo de inducción.
INFORME CONTRIBUCIÓN A LA NOTA DE APRECIACIÓN DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN EN CURSO - SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DE LA PROVINCIA CHAYANTA DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ.
INVESTIGACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y LAS ACTIVIDADES DE LOS DONANTES BILATERALES Y MULTILATERALES EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA. JICA. Oct 2009
LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO.
LEY LOPE N° 3351, Ley de Organización del Poder Ejecutivo, establece las atribuciones de los Ministros de Estados y otras normas relacionadas con la organización del Poder Ejecutivo.
Ley 1257 de 11 de Julio de 1991 reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT, sobre los pueblos
LEY 15629 – CODIGO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA (18 JULIO 1978). Regula jurídicamente las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud, contempla derechos y deberes de médicos y pacientes.
LEY 1615 CONSTITUCION POLÍTICA DEL ESTADO, 1995. En sus Artículos 158 y 164 establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población y que las normas relativas a la salud pública tienen carácter
LEY 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de estos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y organizativas, por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.

Ley N° 1737, Ley del Medicamento, del 17 de diciembre 1996. Establece que la política nacional del medicamentos del estado Boliviano, deberá cumplir con el objetivo de lograr el abastecimiento regular y permanente de los medicamentos esenciales en el Sistema Nacional de Salud.
LEY N° 1178 LEY DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL GUBERNAMENTAL, (20-VII-1990). Establece la normativa que asegure la administración transparente de los recursos del Estado y la responsabilidad por la función pública.
LEY N° 1551 DE PARTICIPACIÓN POPULAR, 1994. Concede a las Organizaciones Territoriales de Base y a la Sociedad Organizada la participación en la administración de los servicios públicos, transfiere la infraestructura física de los establecimientos de salud a las Municipalidades y las responsabiliza de su administración y control, permitiéndoles fiscalizar, supervisar, cambiar o ratificar autoridades del área de salud pública por gestión directa o a solicitud de las Organizaciones Territoriales de Base y del Comité de
LEY N° 1654 DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, 1996. Autoriza al prefecto administrar, supervisar y controlar los RR-HH y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de servicios personales de educación, salud y asistencia social.
LEY N° 2028, DE MUNICIPALIDADES, 1999. Concede la autonomía municipal para contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas, mediante la otorgación de prestaciones de salud, construyendo, equipando y manteniendo la infraestructura de salud, normando, regulando y fiscalizando la prestación de servicios públicos, suministrando, administrando y supervisando el uso de equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de salud bajo su
NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL
NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y RETORNO. Serie: Documentos Técnico – Normativos LA PAZ — BOLIVIA 2008
NORMA NACIONAL RED MUNICIPAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL
Nota política El derecho a la salud y a la atención de salud aprobada por el Ministro Charles Michel Bruselas, el 24 noviembre 2008 Elaborada por la DO.1 en colaboración con el Grupo de Trabajo Salud y la Plataforma Be-cause Health
PLAN DE DESARROLLO SECTORIAL 2006 -2011. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES 2007.
PROGRAMA INDICATIVO DE COOPERACION 2008 – 2011 – PIC
Proyecto de ley sobre el sistema unico de salud.
Quinta Comisión Mixta de Cooperación al Desarrollo entre la república de Bolivia y el reyno de Bélgica.
RED MUNICIPAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL -RED MUNICIPAL -SAFCI -Y- RED DE SERVICIOS Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida
Serie: Documentos Técnico – Normativos LA PAZ — BOLIVIA 2008 (varios documentos)
TDR – CONSULTORÍA SOBRE LA IMPLEMENTACION DE PLANTAS GENERADORAS DE OXIGENO MÉDICO EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
TDR MISION DE FORMULACIÓN
TDR PARA LA DEFINICION DE LAS MODALIDADES DE PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS DE LA COOPERACION BELGA BILATERAL DIRECTA EN LOS SECTORES DE CONCERTACION (SALUD, RIEGO) DEL DU PIC 2008 – 2011 EN BOLIVIA