



Ministerio de los Asuntos Exteriores
DIRECCIÓN GENERAL
PARA LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO
Unidad Técnica Central

**BOLIVIA PROGRAMA “APOYO AL DESARROLLO
DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL
DEPARTAMENTO DE POTOSÍ – IV. FASE”**

Evaluación técnica

Octubre 2009

Síntesis del documento y responsables

País:	Bolivia
Título iniciativa:	Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio Sanitario del Departamento de Potosí – IV. Fase
Sector:	Sanitario
Canal:	Bilateral
Contraparte:	Ministerio de Salud y Deporte
Monto total:	Euros 3.659.642,48
Duración:	Triannual
Modalidad de ejecución:	1) Gestión directa DGCS: - Fondo para Expertos - Fondo local 2) Contribución al Presupuesto Público (Art.15 DPR 177/88)
N° AID:	7240
Sector OCSE-DAC:	12110 <i>Health policy and administrative management</i>

Summary:

Support to the development of the social and healthcare system of the department of Potosí, Bolivia Phase IV

The Programme's main goal is to develop an integrated and intercultural social and healthcare system within the Department of Potosí, Bolivia. The programme aims at improving the efficiency, the effectiveness as well as the equity of the social and healthcare system of the Department of Potosí.

The Programme, pursues these objectives through specific coordinated actions on five different but interdependent components:

- *Supporting the main hospital of the Department by developing adequate management systems and skills*
- *Enhancing and integrating the supply of social and healthcare services of the Department*

- *Articulating medical systems (traditional and modern medicine), with the aim of improving efficiency and efficacy of the healthcare system through a better access to health*
- *Developing strategically the Medical School of the local university by addressing both infrastructural issues and the revision of the curricula and of the research agenda*
- *Enhancing child protection policies by supporting social and labour inclusion and creating tools for evidence based policies.*

Grado de desligamiento: 83,2 %, se considera ligada solamente la previsión de gasto para los expertos en breve y larga misión, correspondiente al 16,8% del costo total previsto

Objetivo del Milenio relacionado:

MDG4 “Reducir la mortalidad infantil”, Target 1

MDG 5 “Mejorar la salud materna”, Target 1 e 2

MDG 6 “Combatir el SIDA, malaria y otras enfermedades infecciosas”, Target 1, 2 e 3

MDG 8 “Desarrollar una asociación global para el desarrollo”, Target 1 e 5

Sector OCSE DAC:

Componente 1

CRS CODE 12110 Health policy and administrative management

CRS CODE 12281 Health personnel development

CRS CODE 12230 Basic health infrastructures

CRS CODE 16061 Culture and recreation

Componente 2

CRS CODE 12230 Basic health infrastructure

CRS CODE 12261 Health education

CRS CODE 32220 Mineral prospection and exploration

Componente 3

CRS CODE 11420 *Higher education*

CRS CODE 11430 Advanced Technical and managerial training

CRS CODE 13081 Personnel development for population and reproductive health

CRS CODE 16061 Culture and recreation

Componente 4

CRS CODE 11120 Education facilities and training

CRS CODE 11110 Education policy and administrative management

Componente 5.

CRS CODE 16010 Social/welfare services

CRS CODE 11430 Advanced technical managerial training

CRS CODE 15162 *Human rights*

Tema OCSE DAC asociable: Desarrollo participativo / Buen Gobierno

Indicador OCSE DAC relativo a *Aid for Trade*: No pertinente

***Rio Markers*:** No pertinente

Responsable técnico de la iniciativa: Dr. Domenico Bruzzone. La Propuesta de Financiamiento ha sido formulada en base a un documento preliminar predispuesto por los Expertos Dr. Antonio Lapenta y Dr. Valentino Luzi, según precisos términos de referencia predispuestos por la UTL de La Paz, y con la colaboración del Dr. Vincenzo Castelli, de la Dra. Zangari y del Dr. Lorenzo Leonelli.

ÍNDICE

<i>Síntesis del documento y responsables</i>	ii
<i>Summary:</i>	ii
<i>ÍNDICE</i>	v
<i>Siglas y acrónimos</i>	viii
1. Presentación de la intervención	1
1.1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN	1
1.2. MARCO LÓGICO	3
1.3. ESQUEMA FINANCIERO	19
2. CONTEXTO	20
2.1. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN	20
<i>La Cooperación Italiana en Potosí</i>	20
<i>La evaluación del Programa Aid. 7240</i>	21
<i>La Comisión Mixta Italia – Bolivia</i>	22
2.2. CONTEXTO NACIONAL	23
2.3. MARCO SECTORIAL Y TERRITORIAL	28
<i>Políticas públicas y Planes nacionales de Salud – Contexto del 2002</i>	28
<i>El Sistema de Salud actual – Gobierno de Evo Morales Ayma</i>	29
<i>Plan nacional de desarrollo</i>	31
<i>Plan de desarrollo sectorial – Salud</i>	31
POLÍTICA 1: Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	33
POLÍTICA 2: Dirección	33
POLÍTICA 3: Movilización Social	34
POLÍTICA 4: Determinantes de la Salud	34
<i>El modelo SAFCI</i>	35
<i>La Salud en la Nueva Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia</i>	36
<i>El Bono Juana Azurduy</i>	36
<i>El Vice Ministerio de medicina tradicional e Interculturalidad</i>	37
<i>El sistema nacional de Salud</i>	37
<i>Situación social de los menores en el Departamento de Potosí</i>	41
<i>La Red de Salud departamental y el Hospital Daniel Bracamonte</i>	42
2.4. PROBLEMAS IDENTIFICADOS	43
2.5. DESTINATARIOS, ENTE OPERATIVO LOCAL, OTRAS INSTITUCIONES	43
2.6. DOCUMENTACIÓN: ANÁLISIS Y BASE COGNOSCITIVA	44
3. Estrategia de intervención	47
3.1. OBJETIVO GENERAL	47
3.2. OBJETIVOS SPECIFICOS	47
3.3. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	47
3.4. ACTIVIDADES	52
4. FACTORES EXTERNOS	63
4.1. CONDICIONES	63
4.2. RIESGOS	63
4.3. ADAPTABILIDAD DEL PROYECTO A FACTORES EXTERNOS	63
5. Realización de la Intervención	64
5.1. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	64
5.2. RESPONSABILIDAD Y MODALIDAD DE EJECUCIÓN	64

5.3. RECURSOS Y ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS – ANÁLISIS DE CONGRUENCIA - CRONOGRAMA - PLAN FINANCIERO.....	66
5.4. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS POR CANAL DE FINANCIAMIENTO	78
5.5. COMPROMISOS DEL GOBIERNO BENEFICIARIO	78
6. Factores de sostenibilidad	79
6.1. MEDIDAS POLÍTICAS DE APOYO	79
6.2. ASPECTOS SOCIO CULTURALES Y BENEFICIOS	79
6.3. MARCO INSTITUCIONAL Y CAPACIDAD DE GESTIÓN	80
6.4. TECNOLOGÍAS ADECUADAS	81
6.5. ASPECTOS MEDIO-AMBIENTALES	81
6.6. SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA Y FINANCIERA	81
7. Monitoreo y evaluación	83
7.1. INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN, ORGANIZACIONES Y RETRO-ACCIONES DE LAS ACTIVIDADES DE MONITOREO.....	83
7.2. RETRO-ACCIÓN	83
8. CONCLUSIONES.....	84
8.1. CONCLUSIONES DE QUIEN ESCRIBE	84
Allegato 3: Base para la predisposición Plan Operativo Global.....	85

CUADROS, FIGURAS, TABLAS

Marco Lógico	3
Cuadro de resumen de las inversiones por tipología de financiamiento (valores en Euros)	19
Figura 1. Mapa de Bolivia.....	23
Tabla 1: Demografía y mortalidad en Bolivia.....	25
Tabla 2: Tasa de fecundidad censos 1976, 1992, 2001.....	27
Tabla 3: Mortalidad infantil censos 1976, 1992, 2001	27
Tabla 4: Las principales políticas de Salud y sus resultados en el periodo 1938-2008.....	29
Figura 2. El esquema de actuación de las políticas sanitarias	32
Tabla 5: Centros de acogida en el área de Potosí	412
Tabla 6: Personal Expatriado.....	68
Tabla 7: Perfiles Profesionales	70
Cronograma	73
Esquema financiero	79
TABLA 1: Personal expatriado y fondo gestión local (gestión directa)	86
TABLA 2: Costos de logística y gestión del programa.....	87
TABLA 3: Resultado 1	88
TABLA 4: Resultado 2	92
TABLA 5: Resultado 3	94
TABLA 6: Resultado 4	96
TABLA 7: Resultado 5.....	98

TABLA 8: Resumen por código	102
TABLA 9: Resumen general.....	103
TABLA 10: Resumen por resultados.....	104
TABLA 11: Esquema Financiero	105

ANEXOS

Nº 1: Convenio Específico de Financiamiento

Nº 2: Nota Técnica de Transferencia Fondos

Nº 3: Base para la predisposición del Plan Operativo Global

Siglas y acrónimos

BCB	Banco Central de Bolivia
CD	Comité Directivo
CICS	<i>Centro Internazionale Cooperazione allo Sviluppo</i> Centro Internacional de Cooperación al Desarrollo
CODEMETROP	Consejo de Médicos Tradicionales de Potosí
DGCS	<i>Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo</i> Dirección General para la Cooperación al Desarrollo
DILOS	Directorio Local de Salud
DPR	Decreto del Presidente de la República
DS	Decreto Supremo
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FCS	Facultad de Ciencia de la Salud
GEO	<i>Generalized Entropy Index</i> (Índice de Entropía Generalizada)
HDB	Hospital Daniel Bracamonte
IBBA	Instituto Boliviano de Biología de Altura
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INE	Instituto Nacional de Estadística
LOPE	Ley de Organización del Poder Ejecutivo
LPP	Ley de Participación Popular
MAE	<i>Ministero degli Affari Esteri d'Italia</i> Ministerio de los Asuntos Exteriores de Italia
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial – Salud
PEDS	Plan Estratégico Departamental en Salud – Potosí
PEI	Plan Estratégico Institucional – Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POG	Plan Operativo General
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDEGES	Servicio Departamental de gestión social
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SID	Servicio de Información de las Defensorías
SSPAM	Seguro Social Para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUSALUD	Seguro Universal de Salud
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
TTB8P	Tasa de Término Bruta de 8° de Primaria
UCPP	Unidad de Coordinación de Programas y Proyecto
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

UNDP	<i>United Nations Developement Programme</i> (Programa de las Naciones Unidas para la promoción del desarrollo)
UTC	<i>Unità Tecnica Centrale</i> Unidad Técnica Central
UTL	<i>Unità Tecnica Locale</i> <i>Unidad Técnica Local</i>
VIO	Vice Ministerio de Igualdad de Oportunidades
WB	<i>World Bank</i> (Banco Mundial)

1. Presentación de la intervención

1.1. Síntesis de la intervención

La presente propuesta técnica y financiera es relativa a la intervención que la Cooperación italiana madura desarrollar en la región de Potosí, Departamento que, como más detalladamente descrito más adelante, (ver capítulo 2.3), continúa mostrando los indicadores socio sanitarios, demográficos y económicos más bajos de Bolivia, no obstante que en los últimos años se está viendo una cierta inversión de tendencia.

La iniciativa se propone de aumentar la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema socio sanitario del Departamento de Potosí, a través la implementación de actividades estructurales a lo largo de cinco componentes de intervención:

- Mejoramiento del sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Daniel Bracamonte, buscando mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio cultural del Departamento de Potosí.
- Estructuración de una red de servicios sanitarios, tanto en el área urbana, como en la rural, capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades en Salud considerados de interés general por la comunidad de referencia en un momento histórico determinado.
- Mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través de la formación, la investigación y la creación de espacios de articulación entre la bio-medicina y la medicina tradicional.
- Modernización de la Facultad de Ciencias de la Salud – Curso de Enfermería y de la Facultad de Medicina – curso de Medicina, de la Universidad Autónoma Tomás Frías de la ciudad de Potosí, con particular atención al curso de Medicina, con la reforma curricular, la actualización de los docentes y la adecuación de la infraestructura a las nuevas exigencias de estudio.
- Estructuración y activación de servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo, y desarrollo de políticas de menores coherentes y en el marco de la Carta de los Derechos del Niño.

Los beneficiarios directos de la iniciativa coinciden en principio con la totalidad de la población departamental, usuaria de los servicios sanitarios, con énfasis en la población de menores, objeto de las políticas sectoriales en contra del abandono y para la reinserción social. Los beneficiarios intermedios son identificables en los operadores del Sistema de Salud Departamental, con potenciales efectos a nivel nacional, en particular manera en lo que concierne el personal y la estructura del Vice Ministerio de Medicina Tradicional.

Los recursos financieros serán puestos a disposición a través:

- el Presupuesto Público, aplicando l'Art.15 del DPR n. 177/88, reglamento de ejecución de la Ley 49/87;
- un Fondo Local;

- un Fondo para Expertos administrado por la DGCS para misiones de larga y breve duración y con tareas de asistencia técnica.

Para la correcta ejecución del PROGRAMA se creará una instancia de dirección y monitoreo, el Comité Directivo (CD): el CD estará formado por los representantes del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas boliviano, el Ministerio de la Salud boliviano, los entes ejecutores y el MAE-DGCS. El CD tendrá asistencia en sus actividades por parte del Responsable de la Asistencia Técnica al Programa del MAE-DGCS. El CD se reunirá por lo menos con frecuencia semestral, se encargará de la aprobación de los Planos Operativos Semestrales y tendrá funciones de dirección, supervisión y monitoreo.

El marco normativo de referencia de la iniciativa estará representado por el Convenio (Anexo 1) que será firmado con las Autoridades Nacionales Bolivianas una vez aprobada la presente propuesta de financiamiento.

1.2. Marco lógico

MARCO LÓGICO

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
OBJETIVO GENERAL	AUMENTAR EFICIENCIA, EFICACIA Y EQUIDAD DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ	- Indicadores epidemiológicos del estado de Salud de la población en referencia - Indicadores sobre la oferta de servicios socio-sanitarios y relativos al acceso a los mismos - Indicadores sobre el gasto social y sanitario y sistema de financiamiento - Indicadores de funcionamiento de los instrumentos de management de programación y control adoptados a los varios niveles	- Estadísticas sociales y sanitarias elaboradas por la autoridades locales y departamentales - Encuestas epidemiológicas - Documentos organizativos, de procedimiento y normativos predispuestos por las autoridades locales y departamentales - Relaciones periódicas institucionales - Informes de instituciones internacionales (ej. OPS) - Informes de misión expertos MAE encargados	
OBJETIVOS ESPECIFICOS	- Mejoramiento del sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Daniel Bracamonte, buscando mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio cultural del Departamento de Potosí. - Estructuración de una red de servicios sanitarios, tanto en el área urbana, como en la rural, capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades en Salud considerados de interés general por la comunidad de referencia en un momento histórico determinado. - Mejoramiento de la calidad de la atención sanitarios y adecuación cultural de los servicios sanitarios o mejorados, a través de la formación, la investigación y la creación de espacios de articulación entre la vio-medicina y la medicina tradicional. - Modernización de la facultad de Ciencias de la Salud – Curso de Enfermería y Facultad de Medicina – curso de Medicina, de la Universidad Autónoma Tomás Frías de la ciudad de Potosí, con particular atención al curso de Medicina, con la reforma curricular, la actualización de los docentes y la adecuación de la infraestructura a las nuevas exigencias de estudio. - Estructuración y activación de servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo, y	<i>Indicadores de proceso</i> sobre la evolución de los modelos organizativos <i>Indicadores de resultado</i> sobre la aplicación de los instrumentos de gestión	- Documentos organizativos, de procedimiento y normativos relativos a los servicios socio-sanitarios - Relaciones periódicas institucionales - Informes de misión expertos MAE encargados	- Tempestividad y la regularidad de la erogación de los fondos por parte italiana y por parte del Tesoro Boliviano a los sub-ejecutores - Continuidad de la orientación política y de la acción política de apoyo (a los tres niveles municipal, departamental y nacional); - Buena gobernabilidad del Departamento di Potosí, posibilidad de planificar procesos de desarrollo en medio-largo plazo - Convencida asunción de responsabilidad de la Universidad y en particular de la Facultad de Medicina, en el proceso de reforma de la

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	desarrollo de políticas de menores coherentes y en el marco de la Carta de los Derechos del Niño.			curricula y de las metodologías didácticas; • Buena coordinación interinstitucional. • Interés de los socios institucionales locales • Involucramiento instituciones nacionales • Apoyo de otros interlocutores de relevancia como la diócesis de Potosí
RESULTADOS ESPERADOS	1. SISTEMA DE GESTIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS EN EL HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE MEJORADOS, CON MAYOR SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y SERVICIOS ADECUADOS AL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL DEL DEPARTAMENTO 1.1. Modelo de gobierno y dirección (<i>Hospital Governance</i>) adecuado y mejorado; 1.2. Sistema de gestión e informativo mejorados; 1.3. Esquemas y sistemas en apoyo al acceso a los tratamientos activos y adecuados; 1.4. Dotación técnica adecuada, capacidad de gestión mejoradas, calidad del servicios incrementada; 1.5. Oficina intercultural integrada en el sistema de Salud departamental, con funciones de capacitación y promoción sobre temas de la Interculturalidad aplicada al Hospital Bracamonte; 1.6. Lazos del Hospital con la local facultad de Ciencia de la Salud estratégicamente definidos y desarrollados	Resultado 1 • Existencia y grado de adopción de un Reglamento de Organización del Hospital Bracamonte • Existencia y grado de adopción de un esquema de programación y control • Existencia y grado de desarrollo de experiencias de contabilidad de los costos • Existencia y grado de implementación de esquemas de gestión de la calidad • Grado de mejoramiento de la calidad y de incremento de la cantidad de los servicios ofrecidos por la casa alojamiento • Tasa de incremento del número de pacientes asistidos por el Fondo de solidaridad y Tasa de crecimiento del Fondo de solidaridad • Tasa de incremento de la	Resultado 1 • Documentos, de procedimientos y organizativos • Informes periódicos institucionales (SILOS, Hospital); • Registros de los servicios individuales; • Verificas spot; • Encuestas y análisis participativas • Registros de la oficina intercultural • Reportes periódicos de la oficina • Reportes periódicos • Documentación del proyecto	

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
		actividad del servicios de manutención • Grado de integración a nivel departamental del servicio de manutención • Grado de adecuación de los locales del servicio de hemodiálisis • Mejoramiento de la Tasa de cobertura de los pacientes con problemas de Salud mental y dependencias • Existencia y grado de implementación de la propuesta de inserción de la oficina intercultural en una lógica de sistema implementada • Grado de integración y adopción de los protocolos de promoción de la Salud intercultural • Grado de desarrollo de las actividades de marketing y del material promocional de la experiencia de la oficina intercultural • Existencia, coherencia y grado de implementación del documento estratégico conjunto sobre las perspectivas de integración entre Facultad de Ciencias de la Salud y Hospital Bracamonte		
	2. UNA RED DE SERVICIOS SANITARIOS CAPAZ DE IDENTIFICAR, MODULAR Y SATISFACER LAS NECESIDADES	Resultado 2 • Existencia y calidad de la investigación sobre las	Resultado2 • Resultados encuesta necesidades de la red	

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	DE SALUD DE ACUERDO AL INTERÉS GENERAL DE LA COMUNIDAD DE REFERENCIA EN UN MOMENTO HISTÓRICO DETERMINADO 2.1. Conocimiento adecuado de las necesidades sanitarias, infraestructurales y de administración de la red; 2.2. Modelo de gobierno y dirección (<i>Network Governance</i>) adecuado y mejorado; 2.3. Red de Salud adecuadamente dotada y activada; 2.4. Intervenciones para el mejoramiento de la calidad técnico profesional de la red sanitaria	necesidades de la red - Existencia y calidad de la propuesta de fortalecimiento de los componentes infraestructural y de gestión de la red - Grado de implementación de la propuesta de fortalecimiento de los componentes de gestión de la red # de cursos para los network managers realizados/ # de cursos previstos - Grado de mejoramiento de la capacidad de planificación del municipio de Potosí - Grado de implementación de las iniciativas en apoyo a as iniciativas de Salud en los sectores del hándicap y de los tratamientos paliativos # de cursos realizados/ # de cursos programados.	- Propuesta de fortalecimiento de gestión e infraestructural de la red - Documentación institucional sobre la implementación de las indicaciones resultantes de la propuesta de fortalecimiento de gestión y infraestructural de la red - Materiales y diarios de los cursos de capacitación - Investigaciones con los usuarios - Documentos institucionales de ocurrido Equipamiento - Material y documentos de los cursos de capacitación	
	3. CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS MEJORADOS, A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CREACIÓN DE ESPACIOS DE ARTICULACIÓN ENTRE LAS DOS MEDICINAS	Resultado 3 # de cursos comunitarios realizados/ # de cursos comunitarios programados; - Número y calidad de las actividades de monitoreo; - Número y calidad de los documentos de sistematización - Número y nivel científico de los productos de las actividades de investigación; - Presencia y grado de utilización de un registro de productos fitoterapicos;	Resultado3 - Materiales y documentación relativa a los cursos comunitarios - Documentación relativa a la implementación de los micro-proyectos comunitarios - Documentación relativa a las actividades de monitoreo y evaluación - investigaciones-intervenciones en apoyo del Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad - Registro sanitario de productos fitoterapicos - fichas de referencia y contra referencia adoptadas	

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
		• Grado de implementación e integración de los integradores y de los estándares de calidad intercultural; • Grado de implementación y calidad de los mecanismos de referencia y contra referencia interculturales; • Contribución al mejoramiento de la calidad institucional del CODEMETROP; • Contribución al mejoramiento de la calidad institucional de la oficina intercultural del SEDES	• Documentación de la actividad desarrollada en apoyo a las instancias involucradas (Oficina Intercultural del SEDES, CODEMETROP, Vice Ministerio de Salud Intercultural)	
	4. FACULTAD LOCAL DE “CIENCIAS DE LA SALUD” (Y EN PARTICULAR FACULTAD DE MEDICINA) MODERNIZADA CON CURRÍCULOS REFORMADOS, CAPACITADORES ACTUALIZADOS E INFRAESTRUCTURA ADECUADA A LAS NUEVAS EXIGENCIAS 4.1. Nueva estructura de la facultad de Ciencias de la Salud construida, con infraestructuras modernas adecuadas a las nuevas exigencias; 4.2. Roles, funciones y relaciones de las estructuras que componen la nueva FCS (medicina, enfermería, Hospital, ibba, imt) estratégicamente definidos e implementados; 4.3. Currículas formativas de la FCS, intercultural, contextualizado a las necesidades locales y capaz de integrar los contenidos de los varios centros en los cuales se articulará la nueva FCS.	Resultado 4 • Respetto de los Tiempos de construcción y Equipamiento de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud • Existencia y grado de implementación del plan estratégico de desarrollo de la Facultad de Ciencias de la Salud • Existencia y calidad científica del Análisis de las necesidades formativas • # de actividades de capacitación en didáctica implementadas/ # de actividades de capacitación en didáctica programadas • # de actividades en apoyo a los nuevos modelos didácticos realizadas/# de actividades en apoyo a los nuevos modelos didácticos	Resultado 4 • Documentación y cartografía intervenciones de construcción de la nueva facultad de Ciencias de la Salud • Plan estratégico de desarrollo de la facultad y actas de las reuniones del grupo de trabajo que lo ha elaborado • Análisis de las necesidades formativas • Documentación y materiales de los cursos de formación realizados • Documentación actividades desarrolladas en apoyo a los nuevos modelos didácticos • <i>Currículas</i> adoptadas por la facultad	

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
		programadas Existencia de <i>curriculas</i> formativas reformadas y grado de adopción		
	5. SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL ABANDONO INFANTIL Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS MENORES EN RIESGO ACTIVADOS Y POLÍTICAS DE MENORES COHERENTES CON LA CARTA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DESARROLLADAS 5.1. Modelo de gestión integrado de los centros de acogida implementado y con altos índices de eficacia y eficiencia; 5.2. Políticas de los menores adecuadas e integradas a nivel departamental y nacional 5.3. Implementación de un sistema integrado de informaciones sobre menores y adolescentes (Observatorio-SID)	Resultado 5 - Grado de actividad y funcionalidad de la Fundación, o de otro mecanismo institucional, instituido en salvaguardia de los menores # de menores integrados en el programa de desinstitucionalización # de familias de proveniencia de menores institucionalizados involucrados en el programa de desinstitucionalización # de familias sustitutas integradas en el programa # de leader de comunidades y actores estratégicos involucrados en el programa - Grado de racionalidad técnica, económica y social del sistema de acogida para los menores - Grado de satisfacción de los usuarios - Grado de co-proyectos de servicios # de adolescentes que han obtenido una calificación profesional a continuación de las actividades organizadas por el programa; # de adolescentes provenientes de los laboratorios instituidos por el	Resultado 5 - Documentos institutivos y de actividades de la Fundación, o de otro mecanismo institucional, constituido en salvaguardia de los menores - Documentación relativa a los menores y a las familias interesados por el programa - Documentación de calificación profesional de los menores - Documentación de las actividades de la incubadora de micro-empresas - Documentación de la actividad de capacitación realizada - Convenciones estipuladas con las autoridades locales - Documentación de eventos y seminarios realizados en el ámbito de las actividades del programa - Software integrado de gestión y datos sobre su utilización - Publicaciones realizadas - Documentación de las actividades de proyección a nivel nacional	

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
		programa sucesivamente insertados en prácticas empresariales; • # de adolescentes que han realizado iniciativas de auto-empleo • # de microempresas constituidas por adolescentes adherentes a las actividades del programa • # de préstamos de microcrédito social con buen éxito; • # consultorías realizadas por la incubadora de empresas sociales; • # de empresas involucradas en el programa. • Grado de actividad y funcionalidad de la Fundación instituida en salvaguardia de los menores; • # de convenciones activadas con autoridades locales y departamentales • # de los sujetos integrados en la red en salvaguardia de la infancia • # de seminarios y eventos de comunicación realizados • # de cursos de capacitación activados para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización • # de operadores sociales certificados a conclusión de los cursos • Contribución ofrecida por las iniciativas de programa al fortalecimiento interinstitucional sobre las		

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
		políticas de los menores del País • Grado de ejemplaridad y de transferibilidad de las acciones de desinstitutionalización de los menores • # servicios de consultorías de apoyo realizados para la creación de un observatorio integrado • Grado de implementación de un software integrado Observatorio-SID • # de municipios involucrados en la experimentación • # de publicaciones realizadas • Grado de difusión a nivel nacional de la intervención		
ACTIVIDADES	Relativas al resultado esperado 1 1.0 CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE RESULTADO 1 DENTRO DEL HOSPITAL BRACAMONTE Y QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES 1.1. MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (HOSPITAL GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO 1.1.1. Encuentros con el board/órganos directivos con el fin de discutir el actual modelo de governance del hospital y de evaluar la eficacia 1.1.2. Redacción de una propuesta de mejoramiento del modelo de governance del hospital 1.1.3. Entrevistas y focus group con el fin de identificar los principales stakeholder del hospital 1.1.4. Talleres con los stakeholder llave con el fin de definir la atribución de los roles y de organizar el			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	involucramiento (2 talleres); 1.1.5. Análisis de la estructura organizativa del Hospital (<i>check-up</i> organizativo y re-planificación organizativa con enfoque en cuatro ámbitos: micro estructura, macro estructura, mecanismos operativos, clima organizativo; 1.1.6. Análisis de las reglas en materia de gestión del personal (selección y contratación, formación, evaluación, retribución, etc.); 1.1.7. Evaluación de los aspectos de transparencia y comunicación; 1.2. SISTEMA DE GESTIÓN E INFORMATIVO MEJORADOS 1.2.1. Individualización de los centros de responsabilidad; 1.2.2. Definición de los sistemas de relevamiento contable y extra-contable adecuados; 1.2.3. Definición de un sistema de análisis de las prestaciones y de los indicadores; 1.2.4. Identificación de un grupo de trabajo de profesionales/médicos que, junto con un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficacia clínica en dos ámbitos piloto del hospital; 1.2.5. Identificación de un grupo de personal técnico-administrativo que, con el auxilio de un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficiencia y eficacia de gestión con referencia a dos procesos piloto con alto valor agregado; 1.2.6. Identificación de un grupo de trabajo interno que, junto a un experto, definirá un conjunto de indicadores de <i>user satisfaction</i> con referencia a dos categorías principales de pacientes/familias de pacientes (posiblemente interesadas en los ámbitos piloto seleccionados en el punto 1.2.4). 1.3. ESQUEMAS Y SISTEMAS EN APOYO AL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS ACTIVOS Y ADECUADOS			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	1.3.1. Apoyo a las actividades de la casa alojamiento para los familiares de los pacientes (Samaj Wasi) y asistencia técnica en los procesos de <i>fund raising</i>; 1.3.2. Apoyo a las actividades del Fondo de Solidaridad; 1.3.3. Institución de un programa experimental para pacientes psiquiátricos y con problemas de dependencia de sustancias psicótropas en colaboración con otros actores sociales y de la sociedad civil. 1.4. DOTACIÓN TÉCNICA ADECUADA, CAPACIDAD DE GESTIÓN MEJORADAS, CALIDAD DEL SERVICIO INCREMENTADA 1.4.1. Ampliación del equipamiento del servicio de manutención; 1.4.2. Transformación del servicio de manutención en un sistema de manutención integrado con valencia departamental capaz de prestar servicios a la red a nivel departamental; 1.4.3. Realización de investigaciones aplicadas para el mejoramiento del sistema y formulación de estrategias de sostenibilidad. 1.5. OFICINA INTERCULTURAL INTEGRADA EN EL SISTEMA DE SALUD DEPARTAMENTAL, CON FUNCIONES DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE TEMAS DE LA INTERCULTURALIDAD APLICADA AL HOSPITAL BRACAMONTE 1.5.1. Realización e implementación de una propuesta de inserción de la oficina intercultural en una lógica de sistema; 1.5.2. Asistencia técnica para la producción de materiales y servicios de información y promoción de la salud con enfoque intercultural; 1.5.3. Apoyo al diseño y a la implementación de protocolos de promoción de la salud dentro del Departamento (p.e. replicas de la experiencia de las rondas rurales); 1.5.4. Contribuciones a la realización de actividades de			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	<i>marketing</i> y promoción de la Oficina Intercultural . 1.6. LAZOS DEL HOSPITAL CON LA LOCAL FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD ESTRATEGICAMENTE DEFINIDOS Y DESARROLLADOS 1.6.1. Encuentros entre el <i>board</i> del hospital y la facultad de ciencias medicas para discutir la prospectivas de integración funcional entre hospital y facultad; 1.6.2. Elaboración participativa de un documento estratégico común; 1.6.3. Asistencia técnica a la implementación de las líneas estratégicas (sucesivo a la actividad 1.6.2). Relativas al resultado esperado 2 2.0 CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 2 DENTRO DE LA SEDES, QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES 2.1. CONOCIMIENTO ADECUADO DE LAS NECESIDADES SANITARIAS, INFRAESTRUCTURALES Y DE ADMINISTRACIÓN DE LA RED 2.1.1. Predisposición de una investigación sobre las necesidades de la red por parte de la mesa técnica que incluya encuentros comunitarios coordinados con las juntas de vecinos, la población y los responsables de salud de cada centro involucrado; 2.1.2. Realización de una investigación y redacción de una propuesta de fortalecimiento del componente infraestructural y de <i>management</i> de la red – especies capacidad de actuación de las políticas públicas (Ej. Modelo SAFCI). 2.2. MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (NETWORK			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO 2.2.1. Implementación de un modelo de <i>governance</i> de la red socio sanitaria de manera coherente con las indicaciones resultantes de la propuesta de fortalecimiento del componente de <i>management</i> de la red (ref. Actividad 2.1.2); 2.2.2. Elaboración e implementación de iniciativas de capacitación de los <i>network manager</i> (15 unidades) 2.2.3. Fortalecimiento de la unidad de planificación del municipio de Potosí 2.2.4. Aplicación del plan de reorganización de los servicios de la red sanitaria. 2.3. RED DE SALUD ADECUATAMENTE DOTADA Y ACTIVADA 2.3.1. Apoyo a iniciativas de salud complementarias al actual patrón de ofertas y ya presentes en el territorio incluido el apoyo a la creación de un sistema de asistencia a los temas de la salud mental y asistencia a enfermos terminales y pacientes con hándicaps psicofísicos. 2.4. INTERVENCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA RED Y ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD 2.4.1. Realización de cursos de formación del personal sanitario sobre la calidad técnico-profesional. Relativas al resultado esperado 3 3.0 CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE RELATIVO AL RESULTADO 3 <u>Actividades de capacitación</u> 3.1.1. Realización de cursos comunitarios integrales (4) 3.1.2. Monitoreo			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	3.1.3. Sistematización <u>Actividades de investigación</u> 3.1.4. Institución de un fondo de investigación en apoyo a las actividades institucionales, ligado a la promoción de la interculturalidad en Bolivia. El fondo, en apoyo al vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, tendrá el fin de desarrollar investigaciones-intervenciones sobre temas como: - Epidemiología sociocultural, - Farmacopea indígena, - Historia de la medicina - Validación científica de las propiedades de las plantas medicinales. <u>Actividades en apoyo a la articulación entre las medicinas</u> 3.1.5. Implementación de un sistema de Indicadores y estándares de calidad interculturales 3.1.6. Monitoreo y apoyo a las actividades de las oficinas interculturales 3.1.7. Apoyo al sistema informativo (referencia y contra referencia) 3.1.8. Apoyo a las actividades del CODEMETROP 3.1.9. Asistencia técnica a las actividades de la oficina intercultural del SEDES 3.1.10. Apoyo a las actividades del Vice Ministerio de Salud intercultural Relativas al resultado esperado 4 4.0 CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 4 DENTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES 4.1. NUEVA ESTRUCTURA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSTRUIDA, CON			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	INFRAESTRUCTURAS MODERNAS ADECUADAS A LAS NUEVAS EXIGENCIAS 4.1.1. Construcción de la facultad; 4.1.2. Equipamiento de la facultad; 4.1.3. Prueba; 4.1.4. Inauguración. 4.2. ROLES, FUNCIONES Y RELACIONES DE LAS ESTRUCTURAS QUE COMPONEN LA NUEVA FCS (MEDICINA, ENFERMERIA, HOSPITAL, IBBA, IMT) ESTRATEGICAMENTE DEFINIDOS E IMPLEMENTADOS 4.2.1. Predisposición de una "cartografía prospectiva" de las estructuras que componen la nueva FCS y re-definición estratégica de las relaciones; 4.2.2. Redacción de un plan estratégico de desarrollo de la facultad de Ciencia de la Salud. 4.3. CURRICULA FORMATIVA DE LA FCS, INTERCULTURAL, CONTEXTUALIZADO A LAS NECESIDADES LOCALES Y CAPAZ DE INTEGRAR LOS CONTENIDOS DE LOS VARIOS CENTROS EN LOS CUALES SE ARTICULARÁ LA NUEVA FCS. 4.3.1. Análisis del proceso de enseñanza actual y de las necesidades formativas por parte del grupo permanente coadyuvado con un experto expatriado. <u>Adopción de nuevas metodologías didácticas</u> 4.3.2. Capacitación de los docentes sobre los nuevos métodos didácticos (5 cursos de 20 unidades) 4.3.3. Apoyo a la implementación de los nuevos modelos didácticos (4 encuentros por año, 2 con docentes y 2 con alumnos) 4.3.4. Revisión de las curriculas formativas, redacción y actuación de un plan de implementación (con la inserción de temas como sea Ética, Antropología			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	médica, Inter cultura, epidemiología socio cultural, relación medico/paciente). Relativas al resultado esperado 5 5.0.1 CONSTITUCIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO INSTITUCIONAL SOBRE EL COMPONENTE 5 5.0.2 CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 5 DENTRO DE LA SECRETARÍA SOCIAL QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES 5.1. MODELO DE GESTIÓN DE LOS CENTROS DE ACOGIDA IMPLEMENTADO Y CON ALTOS ÍNDICES DE EFICACIA Y EFICIENCIA 5.1.1. Evaluación y actualización del plan de reorganización de los centro predispuesto por la mesa de trabajo (III fase del programa); 5.1.2. Implementación del modelo de desinstitucionalización de menores y adolescentes; 5.1.3. Desarrollo de nuevos proyectos: reinserción familiar; familia substitutiva transitoria; comunidad local; 5.1.4. Cursos de capacitación profesional; 5.1.5. Diseño e implementación de una incubadora de empresas sociales; 5.1.6. Apoyo al auto-empleo (actividad vinculada con la actividad 5.1.5); 5.1.7. <i>Start-up</i> de 5 impresas sociales (actividad vinculada con la actividad 5.1.5); 5.1.8. Apoyo a la estructuración de la Fundación; 5.1.9. Equipamiento Hogar 10 de Noviembre 5.1.10. Prueba e inauguración 5.1.11. Publicación del restauro del Hogar 10 de Noviembre 5.2. POLÍTICAS DE LOS MENORES ADECUADAS E INTEGRADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL			

	LÓGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES*	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y ASUMPCIONES (CONDICIONES)
	5.2.1. Actividades para consolidar la relación interinstitucional (alianzas y trabajo de red); 5.2.2. Construcción de un polo formativo para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización. Cursos de capacitación para educadores profesionales dirigido a 30 unidades; 5.2.3. Actividades de comunicación institucional 5.3. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIONES SOBRE MENORES Y ADOLESCENTES (OBSERVATORIO-SID) 5.3.1. Desarrollo y manutención <i>software, hardware</i> y contenidos ; 5.3.2. Capacitación Departamental para los Operadores sociales sobre el Sistema; 5.3.3. Experimentación a nivel departamental 5.3.4. Recolección y elaboración datos; producción informe y publicaciones; 5.3.5. Realización propuesta operativa de extensión del sistema informativo a nivel nacional.			

* En esta fase de programación han sido predispuestos una serie de indicadores relativos a las específicas actividades, siguiendo cuanto programado en la “Base para la predisposición del Plan Operativo Global” en Anexo 3. En el momento de programación final, que culminará con la predisposición del Plan Operativo Global (POG), tales indicadores serán ulteriormente mejorados, con el fin de acompañar, en el ejercicio de medición y orientación de los resultados, a los indicadores de resultados con adecuados indicadores de proceso.

1.3. Esquema financiero

DIAGRAMA DE RESUMEN DE LAS INVERSIONES POR TIPOLOGÍA DE FINANCIAMIENTO (VALORES EN EUROS)

	Descripción	1ª anualidad Euros	2ª anualidad Euros	3ª anualidad Euros	TOTAL EUROS	Incidencia %
1	FONDO para EXPERTOS	285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00	16,80%
2	GESTIÓN DIRECTA (correspondiente al fondo de gestión local del programa)	70.800,00	35.800,00	35.800,00	142.400,00	3,89%
3	ART. 15	1.493.679,41	667.917,31	740.645,76	2.902.242,48	79,30%
	TOTALES	1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48	

2. CONTEXTO

2.1. Origen de la intervención

La Cooperación Italiana en Potosí

La presencia de la Cooperación Italiana en Potosí comienza a finales de los años 80, cuando el Gobierno Boliviano presenta una solicitud para el financiamiento de las obras de restructuración del Hospital “Daniel Bracamonte”, en la ciudad de Potosí.

La DGCS consideró oportuno, en la espera de la aprobación de la solicitud, insertar la realización de las obras civiles dentro una intervención más amplia, o sea un Programa que contribuya a la mejoría de los servicios sanitarios en todo el Departamento de Potosí. El Programa así articulado fue incluido en el protocolo de la Comisión Mixta Italia – Bolivia de Febrero del 1989, y la prioridad de la iniciativa, en ese entonces todavía no activada, fue reconfirmada en la Comisión Mixta del 1990..

Por razones de varios ordenes¹ la DGCS estableció que la intervención, cuya ejecución en origen había sido entregada a la ONG italiana CICS (“*Centro Internazionale Cooperazione allo Sviluppo*”), fuese realizada en gestión directa, y con la Deliberación n° 97 del 25.09.1996 se aprobó una primera fase de la iniciativa, iniciada en julio del 1997, referida a la sola realización de la obras de infraestructura (Fase I: construcción del Hospital Daniel Bracamonte). En los dos años de trabajo, se edificaron *ex novo* circa 3500 m2, reestructurando completamente los ulteriores 6500 m2.

Con la Deliberación n° 85 del 16.07.1998 fue aprobada, siempre en gestión directa la segunda fase de la iniciativa, referente los servicios sanitarios ofrecidos por el hospital Bracamonte (Fase II: equipamiento del nosocomio, asistencia técnica y formación). En ese marco las actividades apuntaban a la conformación de un modelo de *management* del Hospital eficiente y moderno, con la introducción de un sistema de gestión informatizado, y de un incremento de las calidades técnico-profesional de los servicios sanitarios ofrecidos, también a través la colaboración de estructuras sanitarias italianas de relevancia, que pusieron a disposición competencias técnicas de excelencia para la actualización y formación del personal local, con la introducción además de protocolos apropiados de asistencia clínica, en particular en ámbito pediátrico y materno infantil.

Elemento de grandísima importancia fue la adopción del enfoque intercultural en el interior del nosocomio, y su promoción en el sistema de salud, un enfoque finalizado a la adecuación oportuna de los servicios sanitarios en el contexto socio – cultural de la población local, en relevante porcentaje de etnia y cultura quechua.

Dos fueron las principales actividades implementadas en este ámbito:

- La activación dentro del Bracamonte de la Oficina Intercultural “Willaqkuna”, con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios sanitarios de los pacientes, mediante la operación de figuras de mediación cultural (facilitadores interculturales).

¹ Ver “Relación Final de Evaluación del Programa de Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio Sanitario del Departamento de Potosí – Fase III, Aid 7240” pág. 11

- La activación, en colaboración con instituciones bolivianas y latinoamericanas, de un curso de especialización de nivel universitario, el “*Postgrado de Salud Intercultural*”, con el objetivo de mejorar las competencias del personal sanitario y en consecuencia el nivel de los servicios ofrecidos, en particular en las áreas rurales y marginales del Departamento de Potosí.

Vistos los resultados alcanzados en la ejecución de las Fases I y II de la iniciativa, que hicieron de esta y de la Cooperación Italiana un referente para la producción de políticas públicas gubernativas en el sector sanitario, y en la óptica de una integración con las intervenciones de otros actores de Cooperación, activos o en programas en ese entonces, se formuló una propuesta de financiamiento para una Fase III de la iniciativa, con el objetivo del desarrollo integral del sistema socio – sanitario de Potosí, a nivel municipal y departamental.

Por tanto, con Deliberación n° 116 del 18.07.2002 se estableció un financiamiento de € 4.731.522,46 (€ 3.492.025,91 como Fondo Local e € 1.239.496,55 como Fondo para expertos), para una intervención articulada en 5 componentes enfocados a:

- contribuir a mejorar la gestión y la calidad de los servicios erogados por el Hospital, en la perspectiva de adecuación de la oferta sanitaria a la realidad cultural de la población beneficiaria;
- garantizar apoyo al desarrollo de un sistema socio-sanitario integral municipal/departamental;
- promover el desarrollo del enfoque intercultural a través experiencias innovadoras en la gestión de los servicios y actividades de formación-acción administrada por una red de universidades y centros sanitarios/hospitales interculturales;
- favorecer la promoción integral de la salud infantil, a través la prevención del abandono y facilitando la reinserción social de los menores en riesgo.

Las actividades de esta tercera Fase del Programa hubieran tenido que llevarse a cabo en tres años; sucesivamente, como está descrito en la citada *Relación Final de Evaluación del Programa de Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio Sanitario del Departamento de Potosí – Fase III, Aid 7240*, la iniciativa fue varias veces refinanciada, a tal fin de llevar a cabo las actividades todavía no implementadas en el período inicialmente establecido. En septiembre 2008, con Deliberación n° 144 del 02.09.2008, el Programa fue refinanciado para el periodo 2009 – 2011, con un importe total de € 2.620.562,48 (€ 2.100.562,48 como *Fondo Local* y € 520.000,00 como Fondo en lugar *Fondo para expertos*). Esta última extensión se refería en manera específica a la realización de los componentes n° 4 (Edificación de la Facultad de Ciencias de la Salud) y n° 5 (Rehabilitación del *Hogar 10 de Noviembre* y apoyo a las políticas de menores), y introducía *ex novo* algunas actividades definidas *transversales*, aptas a mejorar la visibilidad de cuanto se ha realizado y la *sostenibilidad* de la iniciativa.

La evaluación del Programa Aid. 7240

En octubre del 2008 la DGCS, a través la UTL de la Paz, ha activado la misión de un equipo de Expertos externos con el encargo de proceder a una profunda evaluación del Programa “*Apoyo al desarrollo del Sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí*” Fase III, Aid – 7240, con los siguientes objetivos:

- efectuar un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos del Programa y de su grado de congruencia con los objetivos, relacionando los mismos a los requerimientos de los beneficiarios identificados y a los dictados de los convenios relativos;
- verificar la congruencia de los objetivos y la pertinencia de los resultados en términos de gestión y técnico-económicos;

- delinear, conjuntamente con el equipo local del Programa Potosí y el personal UTL, posibles estrategias, en línea con las políticas nacionales de desarrollo sectorial, para la capitalización y la valorización de los resultados del programa y sus desarrollos, identificando en particular los mecanismos apropiados de sostenibilidad y una *exit strategy* para la dimensión bilateral de gestión en lugar.

Sintetizando cuanto detalladamente se ha descrito en la “Relación Final de Evaluación” presentado por el equipo de Expertos, con la coordinación del *Dr. Eduardo Missoni*, se pueden recordar a continuación las principales críticas surgidas del ejercicio de evaluación conducido, en referencia al marco general de la iniciativa. Se señalan entonces los siguientes elementos evidenciados:

- discontinuidad en la gestión del Programa;
- abandono de líneas de actividades y elecciones estratégicas de caracterización de la iniciativa;
- ausencia de utilización de los instrumentos de programación y de gestión existentes;
- lentitud e imprevisibilidad de los tiempos de respuesta de la Administración central;
- ausencia de integración de los actores interesados en la coordinación de las acciones;
- insuficiente involucramiento de las instituciones, organizaciones y comunidades locales;
- insuficiente apoyo en el enfoque intercultural;
- ausencia de una consolidación de conexiones e intercambios técnicos y científicos empezados en la segunda fase.

En conclusión del ejercicio de evaluación, los Expertos subrayaban además la necesidad de evaluar la oportunidad de presentar una nueva intervención en el sector sanitario en la área de Potosí, con el fin de construir la base de un enfoque integrado a nivel nacional, recuperando las colaboraciones con entes e instituciones científicas y técnicas de excelencia, armonizando las intervenciones sectoriales con los otros donantes activos, en el marco de una Cooperación de programa que sea más madura.

La Comisión Mixta Italia – Bolivia

En febrero de 2009 se han llevado a cabo en Roma los encuentros de la IV Comisión Mixta Italia – Bolivia, finalizada a la identificación de las áreas de intervención de la Cooperación Italiana en Bolivia para el período trienal 2009/2011, las modalidades y los canales de financiamiento, junto con la definición, indicativa, del monto financiero estimado para la ayuda al desarrollo para el País y para el período indicado, en consideración también del hecho que Bolivia, en base al documento “*Linee Guida 2009 – 2011 della Cooperazione allo Sviluppo italiana*” (*Líneas guía 2009 – 2011 de la Cooperación al Desarrollo Italiana*), sigue siendo País de intervención con carácter prioritario en la área andina, así como Ecuador y Perú.

En el marco de la Comisión Mixta las Delegaciones de los dos Países – aquella boliviana, presidida por el Vice Ministro de los Asuntos Exteriores, y aquella italiana por el Vice Director General de la DGCS – han establecido la oportunidad de una prosecución de la intervención italiana en el sector sanitario de Potosí, finalizado al cumplimiento de los objetivos prefijados, valorizando las Buenas Prácticas consolidadas, en el marco de un apoyo al sistema de salud departamental y a las políticas públicas nacionales.

2.2. Contexto nacional

Geografía

La Bolivia tiene una extensión territorial de 1.098.581 km², distribuidos en tres áreas geográficas distintas:

- la *zona Andina*, altiplánica, igual al 28% del territorio, situada a más de 3.000 metros de altitud y encerrada entre las dos ramas de lo Andes, la Cordillera Occidental e la Cordillera Oriental;
- la *zona sub-andina*, que ocupa cerca del 13% de la superficie total, con una altura promedio de 2.500 metros;
- la zona de las llanuras (*los llanos*), el área geográfica más amplia (59%) entre las tres sub-regiones, que se extiende hacia oriente, saliendo de las faldas de la Cordillera de los Andes.

País con una elevadísima biodiversidad (entre los diez estados en el mundo con la mayor reserva forestal), Bolivia presenta profundas diferencias étnicas y culturales, con 36 etnias y 10 familias lingüísticas, portadoras de idiomas, valores y tradiciones culturales que, no obstante la situación de pobreza y marginalidad económica, han constituido un elemento de resistencia a la integración y homogenización cultural.

FIGURA 1. MAPA DE BOLIVIA



Según los datos fornidos por el *Instituto Nacional de Estadística* (INE 2001), en el 2001 cerca del 50% de la población se reconocía como de origen indígena (*quechua*, *aymara* y *guaraní* son las etnias mayoritarias); tal porcentaje se encuentra en constante disminución (es suficiente pensar que en el 1976 la relación de la población indígena sobre el total era igual al 64,5%), pero, no obstante eso, considerando este indicador, Bolivia sigue siendo en los vértices de los países latinoamericanos.

En los últimos 50 años la población se ha triplicado. La población boliviana en el año 2007 es – según estimación de la *World Bank* – de 9.427.219 habitantes (WB 2007), en relación a los 8.274.325 del censo 2001 (INE 2001). La tasa de crecimiento anual de la población en el periodo 2001-2007 era del 1.9% (WB 2008), mientras que la tasa de fertilidad anual es del 3.6% (WB 2007), ampliamente la más elevada de la región andina, aunque en ligera pero constante disminución. Los Departamentos que registran la tasa de fecundidad más alta del País son Potosí, Chuquisaca, Beni y Pando. El aumento de la población ha sido acompañado por un intenso proceso de urbanización. Entre el 1950 y el 2000 el porcentaje de población rural ha disminuido del 65% al 35%. Las ciudades más populosas son La Paz, El Alto, Santa Cruz, Cochabamba.

El índice de desarrollo humano para el 2007 es igual a 0,7 (WB 2007). Según una estimación actual, la esperanza de vida promedio al momento del nacimiento es de 66,53 años, respectivamente 63,86 años para los hombres y 69,33 años para las mujeres, lo que demuestra un cierto incremento en relación a los datos del 2006, que la fijaban a 65 años (WB 2007).

Haciendo una comparación con los datos del 2000, se revela el incremento de la esperanza de vida que era en ese entonces de 62,4 años (60,8 para los hombres y 64,3 para las mujeres).

En el 2000, el 15% de la población tenía menos de 5 años, el 40% menos de 15 y el 59% menos de 25 años (OMS, 2005). La tasa de alfabetización de los jóvenes entre 15 y 24 años de ambos sexos, en el periodo 2001-2007 es igual a 87% (cfr. WB 2008).

La mayor parte de la población vive en condiciones de indigencia, según los datos del 2005. El 23,2% tiene un ingreso diario inferior a un 1\$ y el 62,7% vive por debajo del límite de la pobreza, porcentaje que tiende a aumentar sobre todo entre la población rural e indígena (WB 2005).

El estado de salud

No obstante un significativo mejoramiento, registrado en los últimos años, Bolivia sigue siendo entre los países latinoamericanos con las más altas *tasas de morbilidad y de mortalidad infantil y materna*. Los grupos de población entre los cuales se registran las tasas más altas son aquellos con desventajas socio – económicas y que viven en las áreas rurales y urbanas marginales.

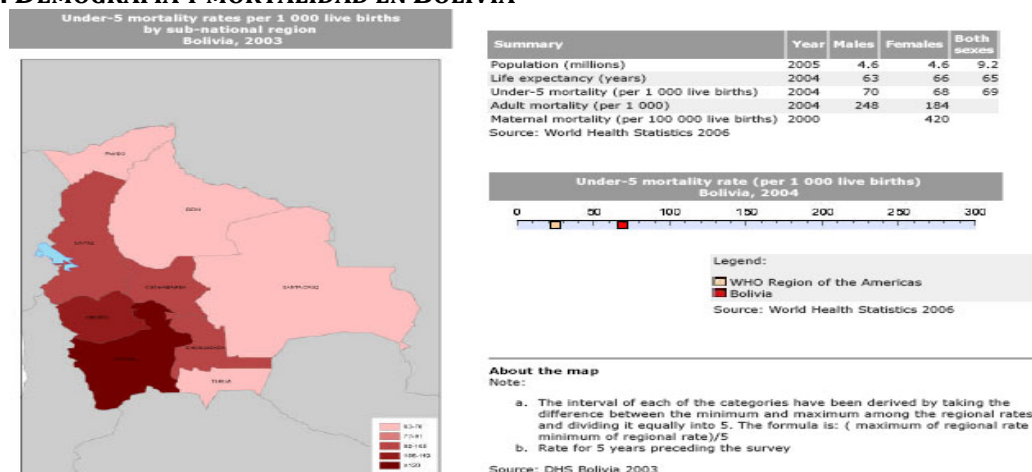
En 1993 las principales causas de mortalidad hospitalarias eran las enfermedades del aparato circulatorio (27%), las enfermedades del aparato digestivo (14%), las enfermedades del aparato respiratorio (7%), las enfermedades cerebro-vasculares (4%) las enfermedades del aparato urinario (3.5%), patología perinatal (3%), traumas (2.5%), tumores malignos (1.5%), la tuberculosis (0.6%). Desde una investigación realizada a 15.000 trabajadores expuestos, las enfermedades profesionales prevalentes eran la silicosis (7,6%) y la silicosis-tuberculosis (1,4%). En el mismo año las primeras 10 causas de morbilidad general resultaban ser las enfermedades del aparato respiratorio (22%), las enfermedades infectivas intestinales (16%), las enfermedades infectivas y las parasitosis (3%), las enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (1,6%), las enfermedades cutáneas (1,4%), las enfermedades de los órganos genitales femeninos (1,4%), las enfermedades de la boca (1,2%), la tuberculosis (0,7%), las causas obstétricas directas (0,4%) y las fracturas (0,2%).

Entre 1995 y 2000, la tasa de mortalidad anual registrada ha sido de 9 sobre 1000 individuos. Una investigación conducida en 2000 revela que entre las causas principales de mortalidad se encuentran: problemas al sistema circulatorio (30,3%), enfermedades infectivas transmisibles (12%), causas externas (10,7%). (cfr. OPS 2002).

La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en manera substancial, atestándose a 69 sobre 1000 en 2004, aunque en algunas áreas rurales sea todavía igual a 80 sobre 1000. La mortalidad infantil ha disminuido entre 1998 y 2003 con un ritmo anual de 4,3%, lo que puede atribuirse a la expansión de políticas de asistencia pública gratuita para madres y niños, implementadas en los años 90. Estas políticas han contribuido a elevar la asistencia institucional de los partos u el control prenatal. Los datos relativos a la mortalidad materna indican un mejoramiento de los indicadores, que han pasado de 416 muertos sobre 100.000 nacimientos de 1989 a las 229 muertes sobre 100.000 nacimientos de 2003, según datos ENDSA (2003).

Casi un tercio de las muertes de menores a cinco años de edad ocurre en el periodo neonatal. Las principales causas de mortalidad infantil son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las afecciones perinatales, según cuanto resulta de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE 2005).

TABLA 1: DEMOGRAFÍA Y MORTALIDAD EN BOLIVIA



Fuente: obtenido de Gutiérrez et al. (2003)

Las enfermedades infecciosas transmisibles constituyen un factor importante de morbilidad y de mortalidad, pero en los últimos diez años las enfermedades inmune-prevenibles han mostrado una disminución en la incidencia. En el País, de hecho, han sido erradicadas la poliomielitis y el la rubeola, mientras que a partir de 1999 y 2000 se ha rescontrado una relevante disminución de los caso de cólera: de hecho entre 1991 y 1995 en Bolivia se ha verificado 40.212 casos de cólera, con 814 muertos. Desde entonces, la incidencia ha disminuido constantemente: de 2.068 casos en 1996 a 467 casos en 1998, y cero casos de 1999 a 2004, año de referencia para los datos apenas citados (Base datos OPS). Los datos relativos a la difusión de las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente en las regiones orientales, muestran que en el área endémica de difusión de la enfermedad del *Chagas* cubre dos tercios del territorio y que el 40% de la población está expuesta al riesgo de contagio. Los casos de malaria notificados has presentado un incremento de cinco veces en los último s ocho años (periodo 1999-2007, según la propuesta de refinanciamiento 208/2008). En el 75% del territorio nacional, donde vive la mitad de la población, la malaria es fácilmente transmisible. Por lo que concierne el HIV/SIDA y las otras enfermedades sexualmente transmisibles, la incidencia promedio anual se ha quedado alrededor de los tres casos sobre un millón en el periodo entre 1990 y 1997.

El 2009 ha reportado una gran epidemia de dengue, tal para inducir al Estado boliviano a emanar en el mes de enero un decreto de emergencia sobre todo para la incidencia de la enfermedad en los Departamentos de Beni, Santa Cruz, Chuquisaca, Cochabamba y La Paz. El incremento de la enfermedad ha sido sorprendente en relación al año anterior, con 2.000 casos de dengue clásico más que en 2008 y un total de 19.590 casos, entre los cuales también dengue hemorrágico, que ha llevado al deceso de 10 personas (datos del Ministerio de Salud, 2009). La emergencia ha conducido a una acción conjunta del Estado, de la OMS/OPS y de los actores de la Cooperación internacional para combatir la epidemia a través el control de los vectores, el fortalecimiento de la capacidad diagnostica de laboratorio y la información/comunicación pública en relación a las medidas preventivas.

El Programa Nacional del HIV-SIDA ha registrado desde 1984 a diciembre 2003, 1226 personas enfermas en el País. En 2003 los grupos más afectados eran aquellos comprendidos entre los 25 y 34 años (45%) y entre 15 y 24 años (26%). La relación hombres/mujeres se atestaba al 2.8 contra 1(Base Datos OPS). Datos recientes del 2004 muestran que el porcentaje de mujeres embarazadas infectadas es inferior al 1%, mientras sube al 5% para grupos con comportamientos sexuales arriesgados; por esto la epidemia ha sido clasificada como incipiente (Base Datos OPS).

En 1998 la prevalencia de enfermedades crónicas debidas a malnutrición en los niños con menos de tres años era del 26%, pero del 36% en las zonas rurales y del 44% entre niños con madres analfabetas. En el mismo grupo de edad la tasa de anemia era del 67%. La Insuficiencia de hierro es la mayor causa de anemia y una mujer sobre tres en edad fértil es anémica.

Entre 1996 y 1999 la incidencia de la fiebre amarilla ha crecido significativamente. En los últimos diez años las muertes por fiebre amarilla han superado el 60% de los casos. Desde 1996 hasta 2003 se han confirmado 245 casos de fiebre amarilla en Bolivia, con una significativa disminución: 30 en 1996, 63 en 1997, 57 en 1998, 68 en 1999, 8 en 2000, 4 en 2001, 15 en 2002 y 6 en 2003. (Base Datos OPS).

Por lo que concierne los *servicios sanitarios*, se estima que más de la mitad de la población, sobretodo indígena, no tenga acceso a los servicios de medicina moderna y se dirija a la medicina tradicional, que se basa sobre los principios de las culturas *quechua*, *aymara* e *guaraní*. Los datos y los indicadores socio-sanitarios demuestran, de hecho, diferencias substanciales si consideramos la pertenencia étnica y geográfica; tomando en examen, por ejemplo, la tasa de fertilidad, se observa como estos dos factores influyan de manera significativa. Por ejemplo, en 2001 (INE 2003), como

indica la tabla en referencia, una mujer de origen indígena habitante del área rural tenía en promedio el doble de los hijos en relación a una mujer no indígena de área rural (6,29 contra 3,28).

TABLA 2: TASA DE FECUNDIDAD CENSOS 1976, 1992, 2001

Cuadro N° 54 BOLIVIA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD POR ÁREA SEGÚN CONDICIÓN DE INDÍGENA, CENSOS DE 1976, 1992 Y 2001 (En porcentaje)			
CENSO Y CONDICIÓN DE INDÍGENA	TASA DE FECUNDIDAD		
	Total	Área urbana	Área rural
1976	6.65	5.18	7.77
No indígenas	6.04	4.54	8.34
Indígenas	6.89	5.57	7.66
1992	4.97	4.14	6.37
No indígenas	4.33	3.75	6.70
Indígenas	5.31	4.43	6.31
2001	4.39	3.62	6.18
No indígenas	3.56	3.18	5.76
Indígenas	4.96	4.03	6.29

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Fuente: Extrapolado del Instituto Nacional de Estadística, INE

Otra dato que confirma la incidencia de la pertenencia étnica y geográfica en ámbito sanitario y demográfico es aquello relativo a la mortalidad infantil (INE 2003) (mortalidad infantil para menores de un año): también en este caso, los valores de referencia de 2011 para la población indígena de área rural son sensiblemente más altos (94 por 1000 contra 47 por 1000) en relación a la población urbana no indígena.

TABLA 3: MORTALIDAD INFANTIL CENSOS 1976, 1992,

Cuadro N° 56 BOLIVIA : MORTALIDAD INFANTIL POR ÁREA SEGÚN CONDICIÓN DE INDÍGENA, CENSOS DE 1976, 1992 Y 2001 (Por mil)			
CENSO Y CONDICIÓN DE INDÍGENA	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL		
	Total	Área urbana	Área rural
1976	151	123	170
No indígenas	112	92	131
Indígenas	171	144	187
1992	75	58	94
No indígenas	56	46	76
Indígenas	87	69	100
2001	66	55	86
No indígenas	52	47	65
Indígenas	75	63	94

2001 Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Fuente: Extrapolado del Instituto Nacional de Estadística, INE 2001

La tendencia se repite analizando (INE 2003) la distribución de mujeres indígenas según el lugar del parto: el acceso a las estructuras sanitarias es para las mujeres indígenas de área rural estadísticamente inferior en relación a la población urbana no indígena.

2.3. Marco sectorial y territorial

Políticas públicas y Planos nacionales de salud – Contexto 2002

La *Ley de Participación Popular* de 1994, ha representado una de las primeras innovaciones en ámbito sanitario. Dicha Ley avió el descentramiento en ámbito de tomas de decisiones y administrativo, transfiriendo a nivel municipal gran parte de las competencias legislativas. Siempre en 1994, la *Ley de Descentralización Administrativa* había transferido y delegado a las Autoridades de nivel Departamental, (La Prefectura) atribuciones de carácter técnico-administrativo, confiriendo al Prefecto, por lo que concierne el sector salud, la responsabilidad de:

- formular y actuar los planos departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a las normas del sistema Nacional de Planificación y en coordinación con los Gobiernos municipales;
- administrar, supervisar y controlar, con delega del Gobierno Nacional, los recursos humanos y económicos asignados al funcionamiento de los servicios de educación, salud y asistencia social.

Dos disposiciones influyeron positivamente en la reorganización del sistema sanitario boliviano: la *Reforma del Seguro Básico de Salud*, que ha dado un fuerte impulso a la ampliación de la cobertura y al acceso de la población (en particular aquella rural) a los servicios sanitarios; y el programa gubernamental “*Salud con Identidad*” que, a partir del reconocimiento de la peculiaridad lingüística y cultural de la población indígena del país, contemplaba la necesidad de una adecuación de los servicios a las características de la población nativa.

Las características del Sistema Sanitario público iban entonces en la dirección del descentramiento y de la participación, como respuesta e instrumento político, técnico, administrativo y popular del sector en frente a la situación de pobreza y a las condiciones de salud.

El Sistema de salud actual – Gobierno de Evo Morales Ayma²

Haciendo referencia a una reciente publicación de la OPS/OMS³ se presenta a continuación un esquema que reconstruye históricamente las principales políticas y relativos resultados obtenidos en el sector salud:

TABLA 4: LAS PRINCIPALES POLÍTICAS DE SALUD Y SUS RESULTADOS EN EL PERIODO 1938-2008

PERIODO	POLITICAS DE SALUD	RESULTADOS
1938 -1951	Constitución de 1938: se reconoce como deber del Estado la Protección de la Salud	El 31 agosto de 1938 se crea el Ministerio de Higiene y Salubridad – Código de Seguridad Social
1952 -1969	Constitución de 1967: se reconoce el derecho a la salud individual y colectiva	Creación del Ministerio de Salud Pública
1970 – 1981	- Plan Nacional de Salud 1971-1975 - Plan Operativo de Acción 1972 - Plan Nacional 1973 – 1978 - Plan nacional de salud 1977 – 1980	Aprobación del Código de Salud en 1978
1982 – 1985	Se establece como prioridad el desarrollo de programas de acción sobre el binomio madre – hijo, los trabajadores y la protección del medio ambiente, profundizando la cobertura institucional de regionalización de los servicios	Estrategia de los responsables de Populares de Salud. Campañas de vacunación con participación masiva de la ciudadanía, Plan integral de actividades de las áreas de Salud. Fortalecimiento de los programas verticales.
1985 – 1989	- Plan Global de salud 1985-1989 - Plan de Acciones Inmediatas 1986 - Piano Triannual de Salud 1987-1989	Modelo de regionalización. El 1º de mayo 1986 se dio inicio al Programa de Atención gratuita perinatal

2 Evo Morales Ayma ha sido elegido Presidente de la República en las elecciones presidenciales de diciembre 2005.

3 OPS/OMS: Perfil del Sistema de Salud – Bolivia (2007)

1989 – 1993	Plan Nacional de Sobrevivencia – Desarrollo infantil y salud materna 1989 – 1993	Modelo Sanitario. Distritos de salud como expresión de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)
1993 – 1997	Plan general de Desarrollo Económico y Social “Cambio para todos”; En el interior del Ministerio de Desarrollo Humano se crea la Secretaría nacional de Salud	- Ley de participación Popular - Ley de Descentralización - Modelo de Gestión compartida con participación popular – seguro materno de salud – Maternidad e Infancia
1997 – 2002	Plan Estratégico de Salud	Implementación del seguro de base de salud
2003	Creación del Ministerio de Salud y Deportes	Aprobación de la ley SUMI, Seguro Universal Materno infantil
2006	Plan Estratégico de Salud 2006-2010.	Cambio en el paradigma de salud, desde un modelo asistencial a un modelo basado en la promoción y prevención

Fuente: Adaptado de OPS 2007

En relación al marco sectorial anteriormente tocado, en primera instancia se debe recordar la creación en 2003 del cargo sectorial *Ministerio de Salud y Deportes*, en cuyo interior se estructuran:

- Viceministerio de Salud;
- Vice ministerio de Promoción de la Salud y Deportes;
- *Vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*. Este último Vice ministerio ha sido creado el 8 de marzo de 2006, por el ejecutivo Morales.

Plan nacional de desarrollo

En septiembre 2007, con Decreto Supremo n° 29272, se aprobó el *Plan Nacional de Desarrollo* “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien: Lineamientos Estratégicos”, 2006 – 2011.

El Plan de desarrollo del Ejecutivo Morales se basa sobre 4 pilares, cuyos objetivos y ámbitos se reportan a continuación:

- *Bolivia digna*: erradicación de la pobreza y de la desigualdad con la finalidad de obtener un modelo equitativo de distribución y redistribución de recursos, riquezas y oportunidades.
- *Bolivia democrática*: construcción de una sociedad y de un estado plurinacional y socio – comunitarios en el cual la población sea corresponsable en el proceso de asunción de decisiones, en relación sea al propio desarrollo, sea al desarrollo del País en su totalidad.
- *Bolivia productiva*: transformación, cambio integrado y diversificación de la matriz productiva para conseguir el desarrollo de complejos productivos integrales, generar excedencias, entradas y trabajo para mutar el actual modelo primario exportador y excluyente.
- *Bolivia soberana*: asunción por parte del Estado del rol de actor internacional soberano, auto determinado y con identidad propia, a través de una política exterior que oriente el acción política y diplomática tomando en consideración la población y la defensa sostenible de los recursos naturales y de la biodiversidad.

Los cuatro pilares aquí descritos forman las bases de lo que es, en la estrategia del Gobierno Morales, el fin último del Plan de Desarrollo, el alcanzar del “vivir bien” que se diferencia notoria del significado literal que la concepción occidental empujaría a atribuir a estos términos. El “vivir bien” de hecho, según cuanto indicado en el Plan de desarrollo mismo, es un concepto propio de la cosmovisión de los pueblos originarios e indígenas del País, y expresa la importancia del encuentro entre las gentes en el respecto de la diversidad y de la identidad cultural. El “vivir bien” se constituye en la pregunta de humanización del desarrollo, para que el mismo se transforme en un proceso de tomas de decisiones colectivo e de acción de la sociedad en calidad de sujeto activo.

Finalmente, el “*vivir bien*” representa el acceso a los bienes materiales y a la realización afectiva, subjetiva y espiritual de los bolivianos y de las bolivianas, en armonía con la naturaleza, en comunidad con los seres humanos. cfr. PND 2007).

Plan de desarrollo sectorial – Salud

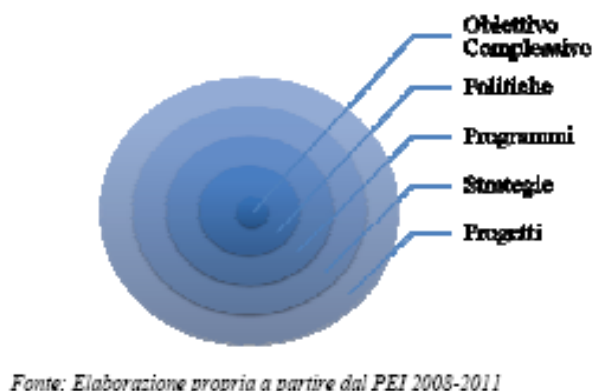
Por lo que concierne el sector de la Salud, el Plan Nacional de Desarrollo prevé como objetivo general la eliminación del fenómeno de la exclusión de los servicios de salud, mediante la implementación de un Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que incluya la medicina tradicional.

A través de la análisis de los documentos estratégicos y de planificación producidos por el Ministerio de Salud⁴ es posible reconstruir a un nivel más profundo cuales sean las líneas guías de la acción del Gobierno, a partir de la nueva concepción del Sistema Único de Salud, que según las intenciones del Gobierno debería, a fin de gestión, basarse en los siguientes elementos:

- acceso universal a los servicios de salud;
- respecto de las culturas originarias;
- introducción de la medicina tradicional;
- inclusión;
- equidad;
- solidaridad;
- descentralización;
- acciones definidas según las determinaciones sociales;
- participación, movilización y organización de la población.

En base a cuanto planificado en el PEI, el ambicioso objetivo del ejecutivo será implementado mediante la realización de cinco distintas líneas políticas a través de un esquema de actuación. Se trata de un esquema piramidal que partiendo de los objetivos complejos, instruye políticas adecuadas, desarrolla los programas necesarios para su alcance, fija estrategias oportunas y crea proyectos adecuados para alcanzar dichas estrategias (cfr. Figura 2).

FIGURA 2. EL ESQUEMA DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS



En específico, a continuación, se examinarán las diferentes políticas predisuestas (PEI 2008).

⁴ Se consulten al respecto los documentos de programación: PDS (Plan de Desarrollo Sectorial – salud) y el PEI (Plan Estratégico Institucional)

POLÍTICA 1: Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

(SAFCI)

El *objetivo estratégico* de la primera política es lo de permitir el acceso a los servicios de salud a la totalidad de la población boliviana: una cuota significativa de la población – especialmente residente en la región del Altiplano – es de hecho excluida del uso de los servicios mismos. Para poder conseguir el objetivo de la universalización del acceso al Sistema de salvaguardia de la Salud ha sido preparado el *programa de Salud familiar, comunitario e integrado* (SAFCI). El objetivo es garantizar el acceso de la población a los servicios de salud integral (SAFCI), adecuados a la demanda y a las necesidades, sobre todo durante la etapas cardinales como el embarazo, el periodo neonatal, la infancia, la adolescencia y la tercera edad. Fundamentalmente el desarrollo de competencias técnicas, humanas y sociales de los recursos humanos empleadas en la red de salud.

Con el fin de obtener tal resultado han sido dispuestos los siguientes *proyectos*:

- Extensión de la cobertura: incrementar la cobertura en el área de la prevención, del relevamiento, del tratamiento y control de las enfermedades contagiosas, inmune – prevenibles y crónicas.
- Fortalecimiento de las Redes de Salud, reducir la morbi-mortalidad materno infantil, a través precisas actividades, con las instalaciones de infraestructuras y equipamientos adecuados y que faciliten, mediante el utilizzo de un enfoque intercultural, el acceso de la población al servicio de calidad.
- Gestión de calidad, con enfoque intercultural, de género y generacional: fortalecer la capacidad de respuesta de las Redes y Centros de Salud para una prestación de servicios ecua y de calidad, para contribuir al mejoramiento de la salud de la población, con particular atención a madres, neonatos, adolescentes y ancianos.
- Gestión de la vigilancia sobre la calidad y en la producción de bienes y servicios: mejorar el acceso de la población al uso racional de medicinales a precios ecuos, y según normativas que garanticen su inocuidad; promover el cumplimiento de las normas acerca de la bio-seguridad para la gestión de los desechos hospitaleros.

POLÍTICA 2: Dirección

El *objetivo estratégico* de la segunda política es la recuperación de la *leadership* y del control del Ministerio de la Salud en administrar el sistema nacional de salvaguardia de la salud – especialmente en relacione a la capacidad de implementación de las políticas.

Para poder conseguir el objetivo de la recuperación y consolidación de la autoridad sanitaria ha sido preparado el *programa “Conducción, Reglamento, fiscalización y modulación del financiamiento”*.

El objetivo es fortalecer la capacidad de *leadership* del Ministerio de Salud en el ejercicio de la autoridad sanitaria a todos los niveles de gestión, a través de la creación de un marco normativo, jurídico, administrativo y financiero independiente; prioritario el rol del Estado en la protección social de la población en general y de los grupos más vulnerables en particular.

Con el fin de conseguir dicho resultado han sido preparados los siguientes *proyectos*:

- Fortalecimiento de la capacidad de gestión: fortalecer la capacidad de gestión de los instrumentos de planificación, programación, organización, seguimiento y evaluación de planos y proyectos, en todos los niveles administrativos y operativos sectoriales.

- Gestión del Seguro Universal de salud: asistir los equipos del Ministerio de Salud, del SEDES, DILOS y Centros en la implementación del seguro universal de salud, según normas administrativas, de control, seguimiento y fiscalización, para asegurar el acceso a los servicios del Sistema Único de Salud.
- Gestión de las informaciones, tecnología e investigación: mejorar la calidad en la gestión de las informaciones y en la producción de datos, por parte del Sistema Nacional de Información, para generar informaciones confiable con fines en la planificación.

POLÍTICA 3: Movilización Social

El *objetivo estratégico* de la tercera política es lo de convertir la población en sujeto activo, protagonista en la búsqueda de la salud y del bienestar de las familias e de las comunidades. Para poder conseguir dicho objetivo ha sido instituido el *Programa de Promoción de la Salud*.

El objetivo es de promover la movilización de las organizaciones sociales y comunitarias para fortalecer la capacidad de negociación y trabajo conjunto, para ejercitar el derecho a la salud, y un rol central dentro del proceso de análisis de las alternativas disponibles para agilizar la implementación de la política.

Dicho enfoque implica que el personal de salud desarrolle competencias de facilitadores de tal proceso en la comunidad.

Con el fin de conseguir dicho resultado ha sido preparado un *proyecto* de gestión, movilización y control social. La idea es fortalecer la capacidad de organización de la población para la gestión de las informaciones en el sector de la salud, para promover el auto-gestión, en coordinación con las Redes de los Servicios de Salud.

POLÍTICA 4: Determinantes de la Salud

El *objetivo estratégico* de la cuarta política es de hacer que el Estado intervenga sobre las determinantes de salud a través de un enfoque intersectorial, en coordinación con los otros actores – tanto en el sector público como en el sector privado – incluyendo además la Cooperación internacional, resolviendo la fragmentación existente en el sistema de salud, extendiendo el nivel de coordinación al sistema educativo, apuntando al desarrollo integral del individuo. Instrumentos identificados: la promoción de la actividad deportiva, el desarrollo de la creatividad, del arte, de la cultura, involucrando activamente niños, adolescentes, jóvenes y adultos

Para poder conseguir dicho objetivo ha sido instituido el *Programa de Intersectorialidad*. El objetivo es de mejorar la capacidad de gestión y atención a los varios niveles de acción gubernamental y de las redes de salud, para grabar sobre las determinantes sociales y económicas, a través de intervenciones intersectoriales orientadas a mejorar la calidad de la viviendas, de la alimentación, del acceso a los servicios básicos.

Con el fin de conseguir dicho resultado se han preparado los siguientes *proyectos*:

- Espacios Saludables: Promover la formación de alianzas entre los sectores privados, públicos y ONG, según un enfoque intersectorial en el sector salud, interviniendo en forma integral a partir de las determinantes sociales.
- Deporte y salud para todos: promover la participación en las actividades deportivas y de recreación, especialmente de niños y ancianos, para el mejoramiento de las condiciones físicas y mentales de la población

La quinta política tiene como *objetivo estratégico* resolver el problema de la desnutrición en los menores de 5 años y en las mujeres en edad fértil, intentando también de combatir la violencia familiar y favorecer la integración de las personas con hándicap. Con el fin de conseguir dicho resultado ha sido instituido un *Programa de Solidaridad*, cuya realización contribuyen los siguientes proyectos:

- Desnutrición cero: fortalecer la capacidad de las Redes de Salud en suministrar atención integral y resolutive de los problemas relacionados a la prevención de la desnutrición.
- Reducción de la violencia familiar: idear sistemas y dinámicas de trabajo para la recepción, atención y denuncia de casos de maltrato a daño de mujeres y niños y reducción de la tolerancia hacia el problema, promoviendo a nivel intersectorial actividades de prevención del hándicap.
- Derecho a la integración de las personas con hándicap: fortalecer la capacidad de respuesta integral de las Redes y de los establecimientos de Salud para la prevención, atención de las necesidades de las personas diversamente hábiles y prevención del hándicap.

La actual estrategia global del Ministerio de Salud boliviano, se diferencia significativamente en relación a las gestión pasadas. Según cuanto afirmado en el Plan Estratégico Institucional, de hecho, el “concepto de salud en la base de la actual propuesta del Estado Boliviano supera la concepción biolágica y asistencialista perseguida por las anteriores administraciones. Dicha concepción fomenta la dependencia y de consecuencia mantiene el ciclo de la pobreza. Al contrario, el nuevo modelo de salud toma la persona como el centro de la atención del Estado. La persona es considerada como sujeto con potencialidades, capaz de proponer cambios y conducir acciones para aumentar la autonomía en tomar cuidado de si misma y en mejorar las propias condiciones de vida. La nueva concepción introduce una visión integral de la salud que obliga a afrontar la temática según una perspectiva intersectorial. Por tanto, la idea del “vivir bien” se basa sobre la calidad del sistema educativo, programas de *water sanitation*, alojamientos, vestuario y programas recreativos y deportivos, entre otros aspectos. Se parte de la premisa que una población sana tiene mayores oportunidades de trabajar y aumentar la productividad y, en consecuencia, sostener las transformaciones políticas y sociales en democracia” (PEI 2008, pg. 7).

El modelo SAFCI

Entre las políticas ideadas por el Ministerio de Salud es necesario presentar, aunque brevemente, la política relativa a la aplicación del Modelo Sanitario de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), sea en virtud del hecho que sobre los principios que la sostienen se basa la totalidad de las acciones previstas de la Autoridad boliviana, transformándola de hecho en la política pública *por excellence* del Ministerio de Salud, sea para la conexiones conceptuales y metodológicas que la lían con la iniciativa llevada adelante por la Cooperación italiana. Los pilares portantes del modelo SAFCI son la participación social, entendida como la capacidad de los actores sociales de influenciar el proceso de tomas de decisiones en relación a la planificación, ejecución/administración, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones de Salud, la intersectorialidad, tomando en consideración la coordinación entre deferentes áreas (Salud, sector productivo, educación) necesaria para incidir sobre las determinantes socio-económicas de salud, con alianzas estratégicas finalizadas a la implementación de iniciativas conjuntas que, maximizando los recursos, puedan generar un impacto positivo en relación a las necesidades identificadas; interculturalidad, o sea el desarrollo de los procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas, a partir del dialogo, la aceptación, el mutuo reconocimiento y la reciproca valorización de saberes, conocimientos y prácticas, todo en búsqueda de la calidad en la atención medica; integralidad, o sea la capacidad del

servicio de Salud de concebir el proceso Salud/enfermedad como un único, considerando entonces la persona en sus relaciones con la familia, la comunidad, la espiritualidad, la naturaleza.

Con este enfoque asume importancia fundamental la promoción de la salud, como proceso de movilización social finalizada a incrementar el poder de toma de decisiones del individuo y de la comunidad en las acciones para el mejoramiento de las condiciones sociales, económicas, medio-ambientales, de forma que los actores sociales se vuelvan corresponsables (con el personal de sector) en el desarrollo de políticas de Salud.

La Salud en la Nueva Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia

La Nueva Constitución del Estado, aprobada en enero 2009, reconfirma el concepto de Salud como derecho fundamental, subrayando el rol central del Estado en garantizar la inclusión y el acceso, sin ninguna discriminación, a los servicios sanitarios, a través del sistema único de salud universal, gratuito, equitativo, intra- e intercultural, participativo y de calidad (cap. II, art.18.I).

La centralidad del Estado en el sector de la Salud está atestada en los capítulos siguientes, donde se reafirma el rol de garante en relación al acceso universal de Salud, a la calidad de los servicios sanitarios, sea públicos que privados, y a la viabilidad de los medicinales, en contra de todos tipos de restricción por protección intelectual o comercialización. (cap. II, art. 39 II y sig.).

La Nueva Constitución expresa el claro objetivo de conservar y revalorizar la medicina tradicional intercultural declarando que será tarea del Estado promover y garantizar el respecto, el uso, la investigación y la práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y las prácticas ancestrales de todas las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. La promoción prevé el registro de los medicinales naturales y de sus principios activos, así como la protección intelectual, histórica, cultural, como patrimonio cultural intangible. La medicina tradicional estará reglamentada directamente por la ley 43, en relación a su ejercicio (cap. II, art.42. I).

El Bono Juana Azurduy

En el marco de la lucha contra la pobreza y la mortalidad materna e infantil, el 27 de mayo del presente año el Ministerio de la Salud y Deporte boliviano ha empezado una nueva estrategia de lucha contra la mortalidad materna e infantil: el Bono *Juana Azurduy*, cuyas destinatarias son las mujeres embarazadas y sus futuros hijos e hijas de todo el País. El Bono es un incentivo para una maternidad e una infancia segura, con el objetivo de reducir los niveles de mortalidad en Bolivia, apuntando a llegar al 74% de las familias que no tienen acceso al seguro social. El objetivo central es de prevenir y solucionar las complicaciones resultantes del embarazo, parto o post-parto, evitar la mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición. Las mujeres embarazadas reciben un bono de 50 bolivianos por cada control prenatal de los 4 previstos, y 120 Bolivianos si reciben asistencia por parte de la unidad sanitaria del Estado para el parto. Las mujeres reciben además 125 Bolivianos por cada control post-natal bimestral del neonato hasta los 2 años de vida. Paralelamente se realizan unas sesiones de información a los 327 dirigentes sanitarios de cada municipio del País para garantizar un buen funcionamiento de la iniciativa. El total del bono alcanza el monto de 1.820 bolivianos en un periodo de 33 meses, desde la concepción hasta el segundo año de vida del niño.

El Vice Ministerio de medicina tradicional e interculturalidad

En marzo 2006 el neo-Presidente Evo Morales ha creado el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, al cual, en el marco aplicativo de la ley LOPE (2006 – *Ley de Organización del Poder Ejecutivo*), están reconocidas las siguientes funciones y competencias:

- Crear una política de promoción de la medicina tradicional y su correlación con la medicina académica / universitaria, en el marco de la Interculturalidad y adecuación étnico/cultural de los servicios de Salud.
- Diseñar un modelo de atención integral de promoción de la Salud familiar y comunitaria, respetando la Interculturalidad en las comunidades, *suyus*, *ayllus*, y en las otras organizaciones territoriales del País.
- Incluir en el sistema nacional de Salud las prácticas de la medicina tradicional, implementando un sistema de registro y codificación de la medicina terapéutica tradicional y alternativa, incorporándola a la farmacopea nacional.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de las normas y procedimientos de la asistencia tradicional y alternativa.
- Estimular la búsqueda en la medicina tradicional y en la Interculturalidad en los servicios de Salud, articulando las redes de servicios y las redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

El sistema nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los órganos, estatales, públicos y privados que prestan servicios de Salud, según los reglamentos del *Ministerio de Salud y Deportes*, en base a cuanto establecido por el Decreto Supremo n° 26875 del 21 diciembre 2002.

El Sistema Nacional de Salud se divide como descrito a continuación:

- *El sector Público*, en cuyo vértice se coloca el *Ministerio de Salud y Deportes*, con competencias normativa, de reglamento e implementación de las políticas y estrategias a nivel nacional. En ámbito regional, el ente de interés es la Prefectura, que a través del SEDES (*Servicio Departamental de salud*) es responsable de la administración de los recursos humanos. En ámbito municipal, las *Alcaldías* están encargadas de la administración de las estructuras de Salud a través de los DILOS (*Directorios Locales de Salud*).
- *El sector de la Seguridad Social*, que suministra atención a los trabajadores empleados. Presta servicios en lo que concierne la atención médica, la maternidad, la infancia y los riesgos del trabajo. En su interior actúan 9 entes administradores (las cajas de salud), y es puesto bajo el control administrativo y contable del INASES (*Instituto Nacional de Seguros*).
- *El sector Privado*, donde se estructuran las empresas Seguradoras, y las ONG's.
- *El sector de la Medicina Tradicional*; 8 marzo 2006, como recordado anteriormente, se creó el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, cuyo objetivo es agilizar el acceso a los servicios de Salud de la población indígena. Otra función del Vice ministerio es la de suministrar una atención en Salud que sea ecua dentro unas estructuras que sean adecuadas culturalmente, en el marco del derecho a una vida digna. Alrededor del 10% de la población utiliza los servicios del sector en cuestión. En 1996, con Decreto del Presidente de la República n° 24448, se creó el Seguro del Vejez (*Seguro de Vejez*), actualmente modificado en SSPAM (*Seguro Social para el Adulto Mayor*), que a partir de febrero 2007

beneficiará a más de 600.000 ancianos; la administración del SSPAM está a cargo de los Municipios.

- El *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI), creado con ley n° 2426 del 21 noviembre 2002, e in vigencia a partir de enero 2003, garantiza el servicio médico gratuito, universal e integral a todos los niveles de atención, para las mujeres embarazadas hasta seis meses después del parto y para niños hasta los 5 años. Finalmente, se señala que la momento actual está en curso de aprobación la Ley sobre el seguro universal de Salud (*Ley del Seguro Universal de Salud – SUSALUD*), que, uniendo e integrando las normativas y las medidas existentes, prevé cobertura principalmente para:
 - Hombres y mujeres hasta los 21 años de edad;
 - Atención al embarazo, parto y post-parto hasta los 6 meses sucesivos al parto;
 - Mujeres a partir de los 22 años hasta los 59 años en edad fértil.

Marco territorial

El Departamento de Potosí, ubicado en el sur – este de Bolivia, tiene una superficie de 118.218 km², iguales al 10,8% del territorio nacional, con una población de 768.203 habitantes, 8,1% del total.

Morfológicamente el Departamento se caracteriza por ser sobretodo montañoso, con un extenso altiplano y un gran número de valles con microclimas muy diferentes entre ellos. El Departamento se divide en 16 provincias, a su vez agrupadas en 4 sub – regiones: Nord (provincias: Bilbao, Ibáñez, Charcas, Bustillo y Chayanta); Centro (provincias: Frías, Saavedra y Linares); Sur (provincias: Omiste, Nord y Sud Chichas) Oeste (provincias: Campos, Nord y Sud Lipez, Baldívieso, Quijarro).

No obstante las altas tasas de natalidad, el incremento anual de población es igual al 0.52% (promedio nacional: 2.2%) para el 2005, eso debido principalmente a la alta tasa de migración neta (-14.8 por mil habitantes), indicativo de la elevada emigración de la población departamental (sobretudo rural) hacia otras regiones del país y hacia el exterior. La población urbana en relación al total es de solamente el 33.7%, siendo Potosí el Departamento con el mayor porcentaje de habitantes en área rural de Bolivia (UNDP 2005). La estructura interna de la población evidencia una alta incidencia de población infantil y de la tercera edad; eso lleva a una *razón de dependencia* (relación entre personas inactivas cada 100 económicamente activas) de 94,0, la más alta del País (UNDP 2005). Desde el punto de visto económico se nota como en las últimas dos décadas la participación del Departamento de Potosí en relación al PIB nacional es disminuida, pasando del 6% de 1988 al 5% de 2005. Este desarrollo se explica considerando principalmente tres factores: a) un acelerado proceso de migración rural que ha marcado fuertemente la actividad agro-zootécnica departamental; b) la reducción de las inversiones en el sector minero y; c) la ausencia de una estrategia de desarrollo económico productivo para el Departamento. Examinando la distribución del PIB per cápita se observa como en el Departamento de Potosí dicho indicador (4.439,00 Bs) sea inferior casi del 40% en relación al promedio nacional, y un tercio del valor encontrado en el Departamento de Tarija (12.726,00 Bs) con referencia a los datos UNDP de 2005.

Un análisis de la composición del PIB departamental (datos preliminares INE 2007) según las actividades económicas muestra la alta incidencia de las actividades ligadas al sector extractivo (petróleo y gas natural, minerales metálicos y no metálicos) sobre el total (cerca 40%); a continuación los servicios de la Administración pública (12,5%), el sector agro-zootécnico (10%), transportes y comunicaciones (9%), comercio (8%), servicios (6,5%) y sector de manufactura (4%). Ulteriores dificultades provienen de una insuficiente diversificación productiva, de un sistema

tributario que no permite aumentos de las regalías departamentales y una elevada disparidad relativa a la distribución de la renta dentro del Departamento.

Esta desigualdad se refleja también en la distribución de los consumos; utilizando el *Índice de entropía generalizada*⁵ (GEO in inglés) se releva como el Departamento de Potosí sea, a nivel nacional, el más desigual.

Además, se subraya como el Departamento de Potosí muestra los indicadores relativos a la pobreza extrema (INE 2001) más altos de Bolivia: mientras que a nivel nacional el indicador en cuestión era del 40,4%, en el Departamento de Potosí dicho porcentaje llegaba al 66,7 %, con 25 de los 38 municipios departamentales que presentaban nivel de pobreza extrema incluso superiores al 75% (UDAPE e INE 2006).

También la tasa de pobreza, medida a través el indicador (PEDS 2006) de las necesidades básicas insatisfechas (carencia de servicios básicos, alojamientos no adecuados, bajo nivel de educación, inadecuación de la atención medica), llega a niveles extremadamente graves, con el 79,7% de la población en estado de pobreza (612. 257 habitantes). Otro aspecto de gran criticidad es aquello representado por los altos índices de desnutrición crónica de los niños de edad inferior a 3 años: en 2003 (ENDSA) el indicador en cuestión era para Bolivia igual a 24,3 %, mientras en el Departamento de Potosí llegaba al 38,8 %. Además, en el caso de Potosí, se ha asistido a un incremento de dicha tasa en relación a 1994 (33,2 %), en contraste con la tendencia a nivel nacional, que ha visto una disminución de la desnutrición crónica en relación a 1989 (38,3 %).

Un ulterior dato (PEDS 2006) que confirma la gravedad de la situación: de los diez municipios con la más alta tasa de desnutrición en menores de 5 años en toda Bolivia, cinco se encuentran en el Departamento de Potosí. Estos son Sacaca (70 %), San Pedro de Buena Vista (56 %), Capiroyo (54 %), Ravelo (52 %), Ocurí (51 %) y Tomave (38,8 %).

Las causas principales de este fenómeno se pueden atribuir a varios factores, entre ellos la dispersión geográfica, los bajos rendimientos de los suelos, la producción concentrada en pocos sectores, la falta de una adecuada infraestructura sanitaria, carretera y productiva, las altas tasas de fecundidad y la pobreza extrema. Como se recordaba precedentemente, cerca del 66 % de la población del Departamento vive en zonas rurales, factor esto que comporta un mayor riesgo de inseguridad alimentaria.

Potosí se encuentra atrasado también en referencia a la educación, sea considerando la tasa de cobertura neta para la primaria (porcentaje de niños entre seis y trece años inscritos a la escuela primaria en relación al total), sea la tasa de conclusión bruta en el octavo grado de primaria (TTB8P, porcentaje de los alumnos que superan el octavo grado de la escuela primaria en relación al total de la población de edad igual a 13 años, edad de referencia para la superación del octavo grado; para el 2005 (SIE 2005) el primer indicador posicionaba al Departamento de Potosí en el penúltimo lugar, con 87,4% respecto al 94% nacional, mientras el segundo indicador llegaba al 64% respecto al 77,8% nacional.

⁵ El índice GEO describe la distribución de los recursos, tanto más concentradas cuanto más el índice GEO se acercará a uno y tanto más equamente distribuidas cuando el índice se acerca a cero.

Es necesario considerar que estos indicadores varían sensiblemente analizando la pertenencia étnica y la ubicación geográfica de la población de interés: en los primeros años de escolaridad la mayor parte de los niños llega a niveles de escolarización similares, creándose una brecha a partir de los 10 años (con punta máxima a los 14) entre estudiantes de origen indígena y no indígena. Paralelamente, la brecha en escolarización entre estudiantes provenientes del área rural y del área urbana aumenta en función de la edad. Esto indica que la “mortalidad escolar” esta relacionada con los niveles socio económicos de las familias, en desventaja de los niños que viven en área rural y son de origen indígena.

Tomando en consideración los indicadores relativos al “Estado de Salud” del Departamento de Potosí, muchas son las variables para analizar, partiendo de los datos sobre la mortalidad infantil. A nivel nacional la mortalidad infantil se instala (ENDSA 2003) a 54 por m.n.v. (mil nacidos vivos), mientras que en Potosí el dato correspondiente sube a 72 por m.n.v.; la mortalidad neonatal además llega a 41 por m.n.v, contra los 27 por m.n.v. del contexto nacional.

Por lo que concierne la mortalidad en niños menores de cinco años, la causa principal (60 % cerca) está representada por infecciones originadas durante el periodo perinatal, seguida por complicaciones al sistema respiratorio (11 %).

La mortalidad materna (INE 2005), expresa con el indicador TMM (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, era durante el 2000 de 234 para Bolivia, y de 375 para el Departamento de Potosí; vale la pena subrayar que estos datos identifican Bolivia como el país con la tasa más alta en América Latina y Caribes, segunda solo a Haití.

Como es noto, las muertes materna están estrechamente sujetadas a la falta de servicios de Salud adecuados, y un indicador importante para analizar el cuadro en interés es representado por la tasa de cobertura de parto institucional, que para el 2005 (UDAPE 2006) era de 61,9 % para Bolivia y solamente de 51,5 en Potosí.

Análogamente a cuanto indicado acerca de la educación, es necesario relevar como también para el sector de la Salud los indicadores empeoren sensiblemente por lo que concierne la población indígena, ubicada especialmente en las zonas rurales del Departamento. Aquí, de hecho, la barreras culturales entre las población indígena y el personal de Salud son todavía más marcadas y hacen escasamente eficaces las acciones del sistema sanitario público, sobre todo por el hecho que el personal sanitario no está adecuadamente capacitado en relación a las problemáticas socio sanitarias de la población indígena.

Según el Censo 2001, la población indígena en el Departamento de Potosí representaba el 80,7 % del total, dividida entre área urbana, 23,5 % y sobretodo área rural, 76,5 %. Globalmente, en el área urbana del Departamento la población indígena era el 56,7 %, mientras en el área rural el porcentaje sube al 93,2 %.

Volviendo a la mortalidad infantil, se puede observar como para el año 2001 (INE 2001), en frente a una tasa global para el Departamento de 99 por m.n.v., el indicador relativo a la población indígena sube a 102 por m.n.v.

Considerando la población femenina indígena mayores a 15 años, por lugar de atención en el último parto, se releva (INE 2001) que alrededor de 150.000 partos solamente 40.000 han sido atendidos en estructuras sanitarias, y casi 97.000 en domicilio privado.

De estos cerca de 150.000 partos, 106.000 han sido en área rural, donde la proporción hacia la atención en domicilios privados aumenta sensiblemente (82.702).

A agravar las condiciones generales de Salud de la población existe el fenómeno, particularmente evidente en la ciudad de Potosí, de un elevado porcentaje de población infantil, en estado de abandono, y por tanto expuesta a cada tipo de riesgo social y sanitario.

Situación social de los menores en el Departamento de Potosí

La institucionalización de menores y adolescentes representa uno de los problemas más críticos existentes en Bolivia en el ámbito de las políticas de los menores. Se estiman entre 18.000 y 25.000 menores, víctimas de maltratos y violencias, en situación de pobreza y de abandono, el 80% de los cuales con una familia. Estos menores son “institucionalizados” en centros de acogida (hogares), administrados directamente por el SEDEGES (Servicio Departamental de Gestión Social) o por el privado social. Muchas veces el *hogar* es la única “alternativa” a la incomodidad de los menores, en cuanto las pocas experiencias de integración social, como la reinserción familiar, la adopción o las familias “sustitutas transitoria”, son todavía muy pocas.

El *Viceministerio de Igualdad de Oportunidades*, suportado por Organismos internacionales y por la Cooperación Internacional, está desarrollando hipótesis de trabajo, proyectos-piloto, estrategias de intervención, para individuar posibles líneas de dirección para una progresiva desinstitucionalización de los menores. En el Departamento de Potosí el problema de la institucionalización de menores es considerable. Están presentes 10 Centros y acogida y específicamente:

TABELLA 5: CENTROS DE ACOGIDA DEL ÁREA DE POTOSÍ

Denominación Centro	Menores de sexo masculino	Menores de sexo femenino	Total
Potosí	18		18
Mariano Benjamin Arrueta	34		34
Niño de Praga	16	27	43
10 de Noviembre		27	27
Villa San José		25	25
Total área regional de Potosí	68	79	147
Santiago Mestruo (Caiza D)	16		16
M.A. Immaculada (Tupiza)	12	32	44
Miraflores (Uncia)		30	30
Margarita Auger (Uncia)		34	34
Aurora J. Oporto	20	27	57
Total área sub-regional Departamento de Potosí	85	86	171

El total de la población presente en los 10 Centros de acogida es de 318 unidad.

La relación entre hombres y mujeres es más o menos equivalente: mayor número de mujeres – 79 contra 68 – en el área urbana de Potosí. En relación a las clases de edad, la concentración mayor está en el intervalo 13-18 (59 unidades en el área urbana, 86 en el área sub-regional y 6-12 (25 en el área urbana y 71 en el área sub-regional).

Muy interesante y diversificado entre área urbana y sub-regional, es el dato de las causas de ingreso en los centros de acogida. En el área urbana la mayor causa de ingreso está representada por la condición de orfandad (17), seguida por la irresponsabilidad materna (15), por el abandono familiar (14), por maltrato (13) y finalmente por la extrema pobreza (11). En el área sub-regional en cambio, el dato de mayor relieve es dado por el “*desplazamiento*” (25), por la extrema pobreza, por la situación de orfandad (14) y finalmente por el alcoholismo paterno.

Último dato significativo, concierne la autoridad de envío de los menores en los centros de acogida: 151 han sido enviados por los jueces de la infancia y adolescencia, 140 por las *Defensorías* y 89 por los SEDEGES.

De los datos expuestos emerge con extrema claridad que los centros de acogida no responden a sintomatologías de extrema criticidad, sino representan un “contenedor” apto a recibir todas las formas de incomodidades de los menores presentes en el territorio. Dichas problemáticas deberían ser enfrentadas con modalidades no institucionalizadas con el fin último de reintegrar socialmente los menores.

La Red de Salud departamental y el Hospital Daniel Bracamonte

En el Departamento de Potosí, a través de informaciones recibidas por la Unidad de planificación del Ministerio de Salud, están activas 444 estructuras de las cuales:

- 434 de primer nivel
- 8 de segundo nivel
- 2 de primer nivel

Los servicios de Salud se organizan en diez redes, que comprenden, agrupándolos, los Municipios que conforman el Departamento de Potosí:

- Potosí, Tacobamba, Porco, Tomave, Yocalla, Tinguipaya, B. de Urmiri
- Puna, Caiza D, Vitichi
- Betanzos, Chaqui
- Tupiza, s.p. Lipez, Mojinete, San A. de Esmoruco, Atocha
- Cotagaita, Vitichi
- Villazón
- Uyuni, Tahua, Llica, Colcha k, S. Agustin, S.P. Quemes
- Ocuri, Ravelo. Pocoata, Colquechaca
- Uncia, Llallagua, Chayanta
- Sacaca, Caripuyo, Arampampa, Acacio, San Pedro, Toro Toro

El Hospital Daniel Bracamonte (HDB) es un elemento pivotar de la entera red de Salud del sistema de promoción de la Salud de Potosí y no solo porque es un centro con alta intensidad de tratamientos.

Los datos epidemiológicos y económicos a disposición (Bancas de datos HDB y SNIS) muestran como el HDB fatigase a ejercitar el propio rol dentro del sistema de promoción de la Salud del

Departamento de Potosí. Esto especialmente como consecuencia de mejorables capacidad de *management* – especialmente a nivel de gestión de la red de Salud de la cual el hospital es parte – y de escasez de instrumentos de *management* en apoyo a las decisiones estratégicas – como sistemas aunque sean rudimentales de contabilidad de los costos. La red al momento resulta débilmente coordinada, con una especialización no completamente ocurrida (lo que impacta negativamente sobre la adecuación) y dominada por los centros de Salud de primer nivel. Faltan entonces tanto la *leadership* de la red, como los mecanismos de coordinación y gestión de la misma.

En segundo lugar, sería necesario potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de la red, sea formales sea informales. El punto de salida está constituido por el análisis de las condiciones de contexto que deberían aportar indicaciones precisas sobre la estructura de la red y sus delimitaciones y organización. A continuación, es necesario definir y desarrollar los instrumentos de *network management*, de los normativos (reglas), financieros y de comunicación y que operan a nivel de organización singular y a nivel agregado / *network*. En un nivel más operativo, se intentará introducir mecanismos de *network management*: modelos de definición de las competencias y de las responsabilidades productivas, instrumentos de planificación estratégica e infraestructural, instrumentos de programación y control, estructuras organizativas de apoyo administrativo y reingeniería de los procesos, mecanismos de difusión de las competencias y del *know-how* (Longo, 2005).

2.4. Problemas identificados

Los principales problemas en ámbito socio – sanitario a cuya solución quiere contribuir la iniciativa son los siguientes:

- Una insuficiente capacidad resolutoria del sistema sanitario en su totalidad, con servicios sanitarios todavía deficientemente de bajo perfil cualitativo y cuantitativo, y de su organización y distribución.
- El sistema sanitario es ineficaz a causa de las barreras culturales que obstaculizan el aprovechamiento de los servicios.
- Los operadores sanitarios de la Red del Sistema de Salud no presentan una formación adecuada a las exigencias y necesidades sanitarias de la población en referencia.
- Un elevado porcentaje de la población infantil y adolescente en estado de abandono y en riesgo, y reducidas oportunidades de reinserción social.

2.5. Destinatarios, Ente operativo local, otras instituciones

La población beneficiaria de la iniciativa se puede al principio hacer coincidir con la totalidad de la población del Departamento de Potosí, usuaria de los servicios sanitarios. El enfoque intercultural de la intervención favorecerá en particular manera la población rural, de origen indígena, que encuentra más dificultades en el acceso al sistema de salud. Dentro la población departamental, se señala además el sector de los menores y adolescentes, objeto de las políticas sectoriales en contra del abandono, en favor de la des-institucionalización y para la reinserción social.

Se pueden luego indicar como beneficiarios intermedios los varios operadores del Sistema de Salud Departamental, que se beneficiarán sobretudo de las actividades de formación, con incrementos significativos del nivel profesional.

Se augura además potenciales efectos a nivel nacional, en particular manera en lo que concierne al personal y la estructura del Vice Ministerio de Medicina Tradicional.

En relación a la implementación del Programa, se han identificado los siguientes sub-ejecutores locales, con los cuales la Embajada de Italia/ UTL proveerá a estipular Acuerdos específicos, una vez aprobado el financiamiento por parte de la DGCS:

- la Prefectura de Potosí
- la Municipalidad de Potosí
- la Universidad Autónoma Tomás Frías

Se recuerda que la modalidad de financiamiento identificada prevé una donación en *Budget Support* al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas en una cuenta expresamente abierta en el Banco Central de Bolivia. Desde esta cuenta, y posteriormente al control y monitoreo ejercitado por la UCPP (*Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos del Ministerio de Economía e Finanzas Públicas*) los fondos serán transferidos a las cuentas bancarias que por este fin serán abiertas en la Cuenta Única del Tesoro en el *Banco Central de Bolivia* por parte de los sub-ejecutores, que implementarán las actividades de Programa.

2.6. Documentación: análisis y base cognoscitiva

- Banerjee, A. e Duflo, E. (2009), *The Experimental Approach to Development Economics*.
- Borgonovi, E. (2001), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea.
- Bovaird, T. (2007), “Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services”, en *Public Administration Review*, September – October.
- Bryk, A. S. (ed.), (1983), *Stakeholder-Based Evaluation*, Jossey-Bass.
- Bryson, J.M. (2004), “What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques” en *Public Management Review*, vol.6(1), 21-53.
- Bryson, J.M. (2005), *Strategic planning for public and nonprofit organizations: a guide to strengthening and sustaining organizational achievement*, Jossey Bass.
- Clarkson, M. (1994), “A risk based model of stakeholder theory” en *Proceedings of the Second Toronto Conference on Stakeholder Theory.*, Toronto: Centre for Corporate Social Performance & Ethics, University of Toronto.
- Clarkson, M. (1995), “A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance” en *Academy of Management Review*, 20: 92-117.
- Collicelli C., (2006), "Dalla Clinic Governance alla valutazione Multistakeholder" en *Gestire e valutare i servizi per la Salute*, N. 4/5
- Directorate-General for International Cooperation - Dutch Ministry of Foreign Affairs (2003), *Mutual Interests, Mutual Responsibilities, Dutch Development Cooperation en Route to 2015*.
- Duflo, E. e Kremer, M. (2003), *Use of Randomization in the Evaluation of Development Effectiveness*, paper predispuesto por la World Bank Operations Evaluation Department (OED). Disponible en web accediendo a la dirección <http://econ-www.mit.edu/files/765> (último acceso efectuado en Octubre 2009)
- Freeman, R. (1984), *Strategic management: a stakeholder approach*, Boston, Pitman.
- Freeman, R. (1994), “The politics of stakeholder theory: Some future directions” in *Business Ethics Quarterly* 4: 409-421.
- Galbraith, J. R. (1973), *Designing Complex Organizations.*, Reading: Addison-Wesley Publishing.
- Greco, G. (2003), *L'approccio di rete come elemento strategico nella gestione delle iniziative di Cooperazione allo sviluppo: Il caso Potosí*, Tesis defendida en la universidad Bocconi, Milano.
- Gutiérrez, Hernando, Castillo (2003), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Hedlund, H. (1994), *Understanding the Phasing out Process of Aid Programs*. Lao Perspectives on the Swedish-Lao Friendship Workshop KM-14 and the XESET Hydro Power Project, Working Paper 3, Development Studies Unit. Department of Social Anthropology, Stockholm University.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003), *Características Sociodemográficas de la Población Indígena en Bolivia*.
- Kurunmaki, L. (2004), "A hybrid profession: the acquisition of management accounting expertise by medical professionals" in *Accounting, organizations and society*, 29 (3- 4). pp. 327-348.
- Lapenta, A. (2008), *La partecipazione é il suo contrario*, Tesis de doctorado en Economía y Management en Sanidad.
- Levin, V. e Dollar D. (2005), *The Forgotten States: Aid Volumes and Volatility in Difficult Partnership Countries (1992-2002)*, Paper for DAC Learning and Advisory Process on Difficult Partnerships.
- Levinger, B. e McLeod J. (2002a), *Hello, I Must Be Going: Ensuring Quality Services and Sustainable Benefits through Well-Designed Exit Strategies*, Newton Massachusetts: Education Development Center, Inc. Center for Organizational Learning (COLAD).
- Levinger, B. e McLeod, J. (2002b), *Togetherness: How Governments, Corporations, and NGOs Partner to Support Sustainable Development in Latin America*, Washington DC: The Inter-American Foundation.
- Longo, F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea
- Luzi V., Lapenta A., (2009), *Proposte e prospettive di interventi di Cooperazione nel settore sociosanitario di Potosí (Bolivia)*, reporte comisionado por el Ministerio de los Asuntos Exteriores de Italia, Dirección General para la Cooperación al Desarrollo.
- March, J.G., Olsen, J.P. (1992), *Riscoprire le istituzioni: le basi organizzative della politica*, Bologna, il Mulino.
- March, J.G., Olsen, J.P. (1992), *Riscoprire le istituzioni: le basi organizzative della politica*, Bologna, il Mulino.
- McNamara C., (2006), *Field Guide to Nonprofit Program Design, Marketing and Evaluation*, 4th Edition.
- McNulty T. e Ferlie E. (2002), *Reengineering Health Care: the Complexities of Organisational Transformation*, Oxford University Press.
- Metcalf L., Richards S. (1990), *Improving Public Management*, Sage Publications.
- Metcalf, L. (1981), "Designing Precarious Partnerships" in *Handbook of Organizational Design*, Paul C. Nystrom e William H. Starbuck (ed.), Oxford University Press, Vol. 1, 503-530.
- Metcalf, L. e Lapenta A. (2009), "Partnerships as strategic choices in public management", paper presentado a EGPA2009, conferencia anual de *Eurospan Group of Public Administration*.
- Meyer, J.W. (1994), "Rationalised environments", in Meyer, J.W., Scott, W.R. (por), *Institutional Environments and Organizations: Structural Complexity and Individualism*, Sage, pp.28-54.
- Ministerio de Salud y Deportes (MSD) (2008), *Plan de desarrollo sectorial (PDS) 2008-2010 Marco Sectorial de Salud*
- Ministerio de Salud y Deportes (MSD) (2008), *Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008- 2011 – Marco Sectorial de Salud*
- Ministero degli Affari Esteri, DGCS (1989), *Principi Guida della Cooperazione Sanitaria Italiana*
- Mintzberg H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg H. (1983), *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*, Englewood
- Missoni E. (1993), "Il ciclo del progetto e la gestione dei programmi della Cooperazione Italiana. L'esperienza del settore socio-sanitario" en *Mecosan - Management ed Economia Sanitaria*, Vol. 6, pp.70-86.
- Missoni E., Castelli V., Lapenta A., Luzi V., Zangari A. (2008), reporte de evaluación del "Programa de apoyo al Desarrollo del sistema socio sanitario de Potosí (Bolivia) Fase III - AID 7240".
- Mitchell, K., Agle, B., Wood, D. (1997), "Toward a theory of Stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts" in *Academy of Management Review* 22(4) 853-886.

- Nutt, P. (2002), *Why Decisions Fail: Avoiding the Blunders and Traps That Lead to Debacles*, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers Inc.
- Organizacion Panamericana de Salud (OPS) (2001), *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Bolivia* – Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicio de Salud.
- Organizacion Panamericana de Salud (OPS) (2002), “Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia” in *Boletín Epidemiológico*, Vol.23 N. 2 – disponible en http://saludpublica.bvsp.org.bo/ass/documentos_tecnicos/rnsp577.pdf (último acceso efectuado el 15 octubre 2009).
- Pattersen, I.J. (1999), "Accountable management reforms: why the Norwegian hospital reform experiment got lost in implementation", en *Financial Accountability & Management*, Vol.15, N. 3/4, pp 377-96 .
- Pattersen, I.J., (1995), “Budgetary control of hospitals - ritual rhetorics and rationalized myths?” in *Financial Accountability & Management*, Vol.11, No. 3, pp 207-21
- Rhodes, R.A.W. (1997), *Understanding governance, policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Open University Press.
- Roberts, N. (2000), “Wicked problems and network approaches to resolution”, en *International Public Management Review*, Vol. 1, Issue 1.
- Rogers, B. e Macias, K. (2004), *Program Graduation and Exit Strategies: A Focus on Title II Food Aid Development Programs*, FANTA, Technical Note No. 9.
- Schick, A.(2003), “The Performing State: Reflections on an idea whose time has come but whose implementation has not”, in *OECD Journal on Budgeting*; Vol. 3 N. 2, p71- 103.
- Smith, T. (2001), *University-Clinical Partnership: a new Framework For NHS/University Relations*, Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, London.
- Smith, T. e Whitchurch C. (2002), “The Future of the Tripartite Mission: Re-Examining the Relationship Linking Universities, Medical Schools and Health Systems”, en *Higher Education Management and Policy*, Vol. 14, N. 2.
- Thompson, J. D. (1967), *Organizations in Action*, New York: McGraw Hill
- Weiss, C. (1998), *Evaluation*, Prentice Hall.

3. Estrategia de intervención

3.1. Objetivo general

La iniciativa se propone de aumentar la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema socio sanitario del Departamento de Potosí

3.2. Objetivos específicos

- Mejoramiento del sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Daniel Bracamonte, buscando mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio cultural del Departamento de Potosí.
- Estructuración de una red de servicios sanitarios, tanto en el área urbana, como en la rural, capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades en Salud considerados de interés general por la comunidad de referencia en un momento histórico determinado.
- Mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través de la formación, la investigación y la creación de espacios de articulación entre la bio-medicina y la medicina tradicional.
- Modernización de la Facultad de Ciencias de la Salud – Curso de Enfermería y de la Facultad de Medicina – curso de Medicina, de la Universidad Autónoma Tomás Frías de la ciudad de Potosí, con particular atención al curso de Medicina, con la reforma curricular, la actualización de los docentes y la adecuación de la infraestructura a las nuevas exigencias de estudio.
- Estructuración y activación de servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo, y desarrollo de políticas de menores coherentes y en el marco de la Carta de los Derechos del Niño.

3.3. Resultados esperados e indicadores

De acuerdo al cuadro lógico de la iniciativa, los resultados esperados están relacionados con los cinco componentes del programa, además del resultado transversal relativo a la adecuada gestión del Programa:

- Sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos en el Hospital Daniel Bracamonte mejorados, con mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio-cultural del departamento;
- Una red de servicios sanitarios capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades de salud juzgados de interés general de la comunidad de referencias en un dado momento histórico;
- Calidad de la asistencia sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través de la capacitación, investigación y creación de espacios de articulación entre las dos medicinas;
- Facultad local de “Ciencias de la Salud” (y en particular facultad de medicina) modernizada con currículos reformados, capacitadores actualizados e infraestructura adecuada a las nuevas exigencias;
- Servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo activados y políticas de menores coherentes con la carta de los derechos del niño desarrolladas.

A continuación se reconstruirá el perfil de los resultados en su articulación y aquello de los indicadores predispuestos para el control del cumplimiento de los mismos.

Vale señalar como en esta fase de programación haya sido predispuesta una serie de indicadores relativos a las actividades específicas, siguiendo cuanto programado en la “Base para la predisposición del Plan Operativo Global” (Anexo 3 de la Propuesta de Financiamiento). En el momento de programación final, que terminará con la predisposición del Plan Operativo Global (POG), tales indicadores serán ulteriormente mejorados, siempre con el enfoque de la lógica de acompañar, en el ejercicio de medición y orientación de los resultados, a indicadores de resultados adecuados indicadores de proceso.

RESULTADO 1:

Sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos en el Hospital Daniel Bracamonte mejorados, con mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio-cultural del departamento

RESULTADO ESPERADO 1.1: MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (HOSPITAL GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO

INDICADORES:

- Existencia y grado de adopción de un Reglamento de Organización del Hospital Bracamonte

RESULTADO ESPERADO 1.2: SISTEMA DE GESTIÓN E INFORMACIÓN MEJORADOS

INDICADORES:

- Existencia y grado de adopción de un esquema de programación y control
- Existencia y grado de desarrollo di esperienze di contabilità dei costi
- Existencia y grado de implementación di esquemas de gestión de la calidad

RESULTADO ESPERADO 1.3: ESQUEMAS Y SISTEMAS EN APOYO DEL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS ACTIVOS Y ADECUADOS

INDICADORES:

- Grado de mejoramiento de la calidad y de incremento de la cantidad de los servicios ofrecidos por la casa de alojamiento
- Tasa de incremento del número de pacientes asistidos por el Fondo de solidaridad y tasa de crecimiento del Fondo de solidaridad

RESULTADO ESPERADO 1.4: DOTACIÓN TÉCNICA ADECUADA, CAPACIDADES DE GESTIÓN MEJORADAS, CALIDAD DEL SERVICIO INCREMENTADA

INDICADORES:

- Tasa de incremento de la actividad del servicio de manutención

- Grado de integración a nivel departamental del servicio de manutención
- Grado de apropiación de los locales del servicio de hemodiálisis
- Mejoramiento de la tasa de cobertura de los pacientes con problemas de Salud mental y dependencias

RESULTADO ESPERADO 1.5: OFICINA INTERCULTURAL INTEGRADA EN EL SISTEMA DE SALUD DEPARTAMENTAL, CON FUNCIONES DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN EN LOS TEMAS DE INTERCULTURALIDAD APLICADA AL HOSPITAL BRACAMONTE

INDICADORES:

- Existencia y grado de implementación de la propuesta de inserción de la oficina intercultural en una lógica de sistema implementada
- Grado de integración y adopción de los protocolos de promoción de la Salud intercultural
- Grado de desarrollo de las actividades de marketing y del material promocional de la experiencia de la oficina intercultural

RESULTADO ESPERADO 1.6: RELACIÓN DEL HOSPITAL CON LA LOCAL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESTRATÉGICAMENTE DEFINIDA Y DESARROLLADA

INDICADORES:

- Existencia, coherencia y grado de implementación del documento estratégico conjunto sobre perspectivas de integración entre la facultad de Ciencias de la Salud y el hospital Bracamonte.

RESULTADO 2:

Una red de servicios sanitarios capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades de salud juzgados de interés general de la comunidad de referencias en un dado momento histórico

RESULTADO ESPERADO 2.1: CONOCIMIENTO ADECUADO DE LAS NECESIDADES SANITARIAS, INFRAESTRUCTURALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA RED

INDICADORES:

- Existencia y calidad de la investigación sobre las necesidades de la red
- Existencia y calidad de la propuesta de fortalecimiento de las componentes infraestructurales y administrativas de la red

RESULTADO ESPERADO 2.2: MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (NETWORK GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO

INDICADORES:

- Grado de implementación de la propuesta de fortalecimiento de las componentes administrativas de la red
- Número de cursos para los network manager realizados/Número de cursos previstos

- Grado de mejoramiento de la capacidad de planificación del municipio de Potosí

RESULTADO ESPERADO 2.3: RED DE SALUD ADECUADAMENTE EQUIPADA Y ACTIVADA

INDICADORES:

- Grado de implementación de las iniciativas en apoyo a las iniciativas de Salud en los sectores del hándicap y de los tratamiento paliativos

RESULTADO ESPERADO 2.4: INVESTIGACIÓN INTERVENCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA RED Y ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD

INDICADORES:

- Número de cursos realizados/Número de cursos programados;

RESULTADO 3:

Calidad de la asistencia sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través de la capacitación, investigación y creación de espacios de articulación entre las dos medicinas

INDICADORES:

- N° de cursos comunitarios realizados/N° de cursos comunitarios programados;
- Número y calidad de las actividades de monitoreo;
- Número y calidad de los documentos de sistematización;
- Número y nivel científico de los productos de las actividades de investigación;
- Presencia y grado de utilización de un registro de productos fitoterapicos;
- Grado de implementación e integración de los integradores y de los estándares de calidad intercultural;
- Grado de implementación y calidad de los mecanismos de referencia y contra referencia interculturales;
- Contribución al mejoramiento de la calidad institucional del CODEMETROP;
- Contribución al mejoramiento de la calidad institucional de la oficina intercultural del SEDES

RESULTADO 4:

Facultad local de “Ciencias de la Salud” (y en particular facultad de medicina) modernizada con currículos reformados, capacitadores actualizados e infraestructura adecuada a las nuevas exigencias

RESULTADO ESPERADO 4.1: NUEVA ESTRUCTURA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSTRUIDA CON INFRAESTRUCTURAS MODERNAS ADECUADAS A LAS NUEVAS EXIGENCIAS

INDICADORES:

- Respecto de los tiempos de construcción e equipamiento de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud

RESULTADO ESPERADO 4.2: ROLES, FUNCIONES Y RELACIONES DE LAS ESTRUCTURAS QUE COMPONEN LA NUEVA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (MEDICINA, CIENCIAS DE ENFERMERÍA, HOSPITAL, IBBA, IMT) ESTRATÉGICAMENTE DEFINIDOS E IMPLEMENTADOS

INDICADORES:

- Existencia y grado de implementación del plan estratégico de desarrollo de la Facultad de Ciencias de la Salud

RESULTADO ESPERADO 4.3: CURRICULAR FORMATIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS) INTERCULTURAL CONTEXTUALIZADO A LAS NECESIDADES LOCALES Y CAPAZ DE INTEGRAR LOS CONTENIDOS DE LOS VARIOS CENTROS EN LOS CUALES SE ARTICULARÁ LA NUEVA FCS

INDICADORES:

- Existencia y calidad científica del Análisis de las necesidades formativas
- N° de actividades de formación en didáctica implementadas/ N° de actividades de formación en didáctica programadas
- N° de actividades en apoyo a los nuevos modelos didácticos realizadas /N° de actividades en apoyo a los nuevos modelos didácticos realizadas programadas
- Existencia de *curricular* formativos reformados y grado de adopción
-

RESULTADO 5:

Servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo activados y políticas de menores coherentes con la carta de los derechos del niño desarrolladas

RESULTADO ESPERADO 5.1: MODELO DE GESTIÓN DE LOS CENTROS DE ACOGIDA IMPLEMENTADO Y CON ALTOS ÍNDICES DE EFICACIA Y EFICIENCIA

INDICADORES:

- Grado de actividad y funcionalidad de la Fundación, u otro mecanismo institucional, instituido en salvaguardia de los menores
- N° de menores insertados en el programa de desinstitucionalización
- N° de familias de proveniencia de menores institucionalizados involucradas en el programa de desinstitucionalización
- N° de familias sustitutas integradas en el programa
- N° de leader de comunidad y otros actores estratégicos involucrados en el programa
- Grado de racionalidad técnica, económica y social del sistema de acogida para menores
- Grado de satisfacción de los usuarios
- Grado de co-proyección de servicios
- N° de adolescentes que han obtenido una calificación profesional después de las actividades organizadas por el programa;
- N° de adolescentes provenientes desde laboratorios instituidos por el programa sucesivamente insertados en prácticas empresariales;
- N° de adolescentes que han realizado iniciativas de auto-empleo;

- N° de micro-empresas constituidas por adolescentes adherentes a las actividades del programa;
- N° de préstamos de micro-crédito social con buen éxito;
- N° consultorías realizadas por el incubadora de empresas sociales;
- N° de empresas involucradas en el programa.
- Grado de actividad y funcionalidad de la Fundación instituida en salvaguardia de los menores.

RESULTADO ESPERADO 5.2: POLÍTICAS DE LOS MENORES ADECUADAS E INTEGRADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL

INDICADORES:

- N° de convenios activados con autoridades locales y departamentales
- N° de los sujetos integrados en la red en salvaguardia de la infancia
- N° de seminarios y eventos de comunicación realizados
- N° de cursos de capacitación activados para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización
- N° de operadores sociales certificados a conclusión de los cursos
- Contribución ofrecida por las iniciativas de programa al fortalecimiento interinstitucional sobre las políticas de los menores del País
- Grado de ejemplaridad y de transferibilidad de las acciones de desinstitucionalización de los menores

RESULTADO ESPERADO 5.3: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIONES SOBRE MENORES Y ADOLESCENTES (OBSERVATORIO-SID)

INDICADORES:

- N° servicios de consultoría y apoyo realizados para la creación de un observatorio integrado
- Grado de implementación de un software integrado Observatorio-SID
- N° de municipios involucrados en la experimentación
- N° de publicaciones realizadas
- Grado de difusión a nivel nacional de la intervención

3.4. Actividades

Para alcanzar los resultados esperados están previstas una serie de actividades. El marco de dichas actividades ha sido construido a partir de la evaluación de la tercera fase del Programa (Missoni *et al.*, 2008) y con las propuestas de los expertos en breve misión Dr. Luzi y Dr. Lapenta (Luzi y Lapenta, 2009).

Por claridad conceptual las actividades y los resultados están divididos según el criterio siguiente:

- Macro-procesos: áreas homogéneas de actividad, en relación a un sub-resultado
- Sub-Procesos: se refieren a flujos de actividades reconducibles a un producto/servicio único
- Actividades particulares

Se detallan a continuación las actividades relativas a cada uno de los resultados esperados, junto con algunas notas metodológicas que caracterizan y especifican la intervención, de acuerdo con las

necesidades y las propuestas recolectadas de los interlocutores de la misión que ha conducido a la formulación de la presente propuesta.

Actividades de Gestión de la iniciativa

ACTIVIDADES:

- Reestructuración Locales Hospital Bracamonte en uso de comodato como oficina del programa
- Gestión estructura organizativa local
- Administración del proyecto, logística, secretaria, manutención general, limpieza etc.
- Constitución y utilización de un fondo para las actividades de información, comunicación y apoyo al desarrollo de políticas públicas a nivel nacional
- Experimentación e implementación de un sistema integrado de gestión para programas operativos
- Constitución y actividades de un comité científico de reforma de la facultad, de las actividades científicas y de la gestión de los fondos de investigación instituidos
- Constitución de un fondo de compensación y reintegración de los cargos de seguridad social y de seguros anteriores de los trabajadores

NOTA METODOLÓGICA:

- Estas actividades se presumen necesarias a la gestión eficaz e eficiente del proyecto considerada también la tipología de financiamiento (principalmente en *Budget Support*) y los resultados de la tercera fase de la iniciativa. Dichas actividades serán desarrolladas y monitoreadas en base a los criterios de transparencia, publicidad, eficacia y eficiencia.
- Para dotar al programa de una oficina se prevé de reestructurar una de las estructuras del hospital Bracamonte actualmente no en uso porque infraestructuralmente inadecuadas, eso – además que por razones logísticas de presencia y eficacia de la acción del equipo de programa – con el fin de contribuir a la dotación infraestructural del Hospital.
- Las actividades relacionadas a la comunicación tienen el objetivo de divulgar informaciones relativas a las iniciativas socio-sanitarias desarrolladas por el Programa, dando al mismo tiempo visibilidad a las mismas.
- Otra actividad de primaria importancia –según cuanto señalado en las misiones de evaluación (Missoni et. al 2008) y de identificación (Luzi e Lapenta, 2009) – es la de invertir en el co-proyecto de políticas en los sectores sanitarios y social. El fondo instituido consentirá de tener recursos económicos, humanos y técnicos dedicados al objetivo.
- La experimentación e implementación de un sistema integrado de gestión para planos operativos representa un punto importante y de calificación. El objetivo es de proyectas, experimentar y realizar un instrumento informatizado de simple utilización para la gestión para planos Operativos a uso de los funcionarios del MAE.
- Un aspecto estratégico de la intervención de Cooperación italiana a retomar en consideración es el apoyo a la facultad de Ciencias de la Salud de Potosí. De hecho, la revisión del curricular y la realización de la nueva sede pueden ser fuertes elementos de fortalecimiento de la cultura académica, transmisibles a nivel nacional. A tal fin puede ser constituido un comité científico de expertos que, en sinergia con los organismos de gestión del programa de Cooperación, pueda presidir el proceso de crecimiento didáctico de la universidad de Potosí y los proyectos de investigación apoyados por la Cooperación, en los límites de *budget* asignado. Las actividades del comité científico indicado, además de estar centradas en el fortalecimiento de las actividades didácticas y de investigación aplicada, pueden funcionar de base para el desarrollo de múltiples actividades de Cooperación. Además el mismo comité puede desarrollar una función permanente de evaluación. Se piensa en un comité que

recolecte académicos provenientes de los sectores disciplinares de la medicina y del *management* público con la posible presencia de un profesionista aparte a una institución entre los *donors* internacionales. Esta última presencia podría amplificar la capacidad de atraer recurso para la investigación, mejorando en última instancia la sostenibilidad de los resultados del programa.

- En sus anteriores fases, el programa ha acumulado con los empleados, una deuda de seguros sociales y de seguros. Las recientes reformas de la normativa jurídicolabural, de naturaleza retroactiva, vuelven dicho pasivo imprescriptible dando la posibilidad de elevar contencioso, no solamente al trabajador, sino también a las instituciones de seguros competentes. Se considera por tanto prudente inscribir en programación fondo para la absolución de dichos obligos.

RESULTADO 1:

Sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos en el Hospital Daniel Bracamonte mejorados, con mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto sociocultural del Departamento

- 1.0 Constitución de un grupo de trabajo permanente sobre Resultado 1 dentro del Hospital Bracamonte y que incluya los principales actores

▪

NOTE METODOLÓGICAS:

- Vista la relativa heterogeneidad de los resultados del programa se prevé la creación de un grupo de trabajo permanente para controlar cada uno de los resultados y de esa manera del conjunto de los sub-resultados a ellos competentes.

RESULTADO ESPERADO 1.1: MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (HOSPITAL GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO

ACTIVIDADES:

- 1.1.1 Encuentros con el *board*/órganos directivos con el fin de discutir el actual modelo de governance del hospital y de evaluar la eficacia
- 1.1.2 Redacción de una propuesta de mejoramiento del modelo de governance del hospital

Mapa de los stakeholders

- 1.1.3 Entrevistas y *focus group* con el fin de identificar los principales *stakeholder* del hospital
- 1.1.4 Talleres con los *stakeholder* llave con el fin de definir la atribución de los roles y de organizar el involucramiento (2 talleres)
- 1.1.5 Análisis de la estructura organizativa del Hospital (*check-up* organizativo y re-proyecto organizativo con enfoque en cuatro ámbitos: micro-estructura, macro-estructura, mecanismos operativos, clima organizativo)
- 1.1.6 Análisis de las reglas en materia de gestión del personal (selección y contratación, formación, evaluación, retribución, etc.)
- 1.1.7 Evaluación de los aspectos de transparencia y comunicación

NOTA METODOLÓGICA:

- En la proposición del esquema de desarrollo de las actividades se ha intentado reproducir y adaptar a las necesidades de los beneficiarios las mejores prácticas en tema de desarrollo de los procesos y de los mecanismos de administración para alcanzar los objetivos previstos.

- Las actividades serán acompañadas por un consultor en administración pública que tendrá la tarea de introducir los temas y actuar como facilitador en las fases de elaboración y redacción.

RESULTADO ESPERADO 1.2: SISTEMA DE GESTIÓN E INFORMATIVO MEJORADOS

ACTIVIDADES:

Institución de un sistema de contabilidad de los costos y de programación y control

- 1.2.1 Detección de los centros de responsabilidad
- 1.2.2 Definición de los sistemas de relevamiento contable y extra-contable adecuados
- 1.2.3 Definición de un sistema de análisis de las prestaciones y de los indicadores

Sistema de gestión de la calidad

- 1.2.4 Identificación de un grupo de trabajo de profesionistas/medico que, juntos con un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficacia clínica en dos ámbitos piloto de actividad del hospital.
- 1.2.5 Identificación de un grupo de trabajo de personal técnico-administrativo que, con el auxilio de un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficiencia y eficacia de gestión en relación a dos procesos piloto de alto valor agregado.
- 1.2.6 Identificación de un grupo de trabajo interno que, junto con u experto, definirá un conjunto de indicadores de *user satisfaction* en relación a dos categorías principales de pacientes/familias de pacientes (posiblemente interesadas por los ámbitos piloto ya seleccionados en el punto 1.2.4).

NOTA METODOLÓGICA:

- ver nota metodológica relativa al Resultado esperado 1.2

RESULTADO ESPERADO 1.3: ESQUEMAS Y SISTEMAS EN APOYO AL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS ACTIVOS Y ADECUADOS

ACTIVIDADES:

- 1.3.1 Apoyo a las actividades de la casa alojamiento para familiares de los pacientes (Samaj Wasi) y asistencia técnica en los procesos de *fund raising*
- 1.3.2 Apoyo a las actividades del Fondo de Solidaridad
- 1.3.3 Institución de un programa experimental para pacientes psiquiátricos y con problemas de dependencia de sustancias psicótropas en colaboración con otros actores sociales y de la sociedad civil.

NOTA METODOLÓGICA:

- Las iniciativas representan dos esquemas importantes de salvaguardia e inclusión para los grupos económicamente mas desfavorecidos de la población.
- El Samaj Wasi es una pequeña estructura dentro del perímetro del hospital Bracamonte administrados por las monjas del orden religioso italiano “*Figlie di Maria Santissima dell'Orto*”. Ella acoge gratuitamente las familias de los pacientes hospitalizados ofreciendo hospicio durante las horas de cierre del Hospital.
- El Fondo de Solidaridad, administrado por el Obispado de Potosí y financiado a través de coparticipaciones sobre las emisiones de boletos de autobús de la local estación, practicas burocráticas tramitadas por la Prefectura y por la Alcaldía, además que sobre los derechos de acceso al Santa Teresa. El Fondo desde su apretura –en el año 2002– ha ofrecido asistencia

farmacéutica gratuita a cerca de 15000 pacientes indigentes y no cubiertos por programas públicos de asistencia sanitaria.

- Las acciones tienen el fin de mejorar la eficacia y la difusión de dichos esquemas en apoyo al acceso a los tratamientos. Vale señalar que dichos esquemas de solidaridad se han demostrado capaces de auto sustentarse.

RESULTADO ESPERADO 1.4: DOTACIÓN TÉCNICA ADECUADA, CAPACIDADES DE GESTIÓN MEJORADAS, CALIDAD DEL SERVICIO INCREMENTADA

ACTIVIDADES:

Sistema de manutención

- 1.4.1 Ampliación del equipamiento del servicio de manutención
- 1.4.2 Transformación del servicio de manutención en un sistema de manutención integrado con valencia departamental capaz de ceder servicios a la red a nivel departamental
- 1.4.3 Realización de investigaciones aplicadas para el mejoramiento del sistema y formulación de estrategias de sostenibilidad

NOTA METODOLÓGICA:

- El servicio de manutención es uno de los temas centrales para la sostenibilidad de las intervenciones y la integración de los servicios socio-sanitarios del Departamento. Las acciones que se proponen tienen la finalidad, además del desarrollo, de favorecer la efectiva integración de los servicios en favor de la realización de un verdadero sistema a nivel departamental.

RESULTADO ESPERADO 1.5: OFICINA INTERCULTURAL INTEGRADA EN EL SISTEMA DE SALUD DEPARTAMENTAL, CON FUNCIONES DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE TEMAS DE LA INTERCULTURALIDAD APLICADA AL HOSPITAL BRACAMONTE

ACTIVIDADES:

- 1.5.1 Realización e implementación de una propuesta de inserción de la oficina Intercultural en una lógica de sistema
- 1.5.2 Asistencia técnica para la producción de materiales y servicios de información y promoción de la Salud con enfoque intercultural
- 1.5.3 Apoyo al diseño y a la implementación de protocolos de promoción de la Salud dentro del Departamento (ej. replica de la experiencia de las rondas rurales)
- 1.5.4 Contribuciones a la realización de actividades de marketing y promoción de la Oficina Intercultural

NOTA METODOLÓGICA:

- La experiencia de la Oficina intercultural *Willaqkuna* es una de las más representativas de la entera iniciativa de la Cooperación italiana. Se trata de una oficina de acogida intercultural para pacientes con escasa familiaridad con la bio-medicina y dificultades en el uso corriente de la lengua española. Las anteriores fases del programa han instituido la oficina y consolidado su posición dentro del Bracamonte. Sin embargo en el último periodo se ha constatado una debilitación de las actividades de la oficina debido a la no adecuada formación del personal y a la interrupción de actividades como las “rondas rurales”. En esta fase, siguiendo las indicaciones de la evaluación y de la misión de identificación, se quieren restablecer algunas funcionalidades de la oficina e insértalo en una lógica de sistema, favoreciendo la visibilidad y el rol de promotor de Salud intercultural dentro de la red. Este

último factor es una preciosa contribución a la sostenibilidad del entero sistema de Salud del Departamento, favoreciendo de hecho la territorialización de la asistencia.

RESULTADO ESPERADO 1.6: VÍNCULO DEL HOSPITAL CON LA LOCAL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESTRATÉGICAMENTE DEFINIDOS Y DESARROLLADOS

ACTIVIDADES:

- 1.6.1 Encuentros entre el *board* del hospital y la facultad de ciencias medicas con el fin de discutir las perspectivas de integración funcional entre Hospital y facultad
- 1.6.2 Elaboración participativa de un documento estratégico conjunto
- 1.6.3 Asistencia técnica en la implementación de las líneas estratégicas (sucesivo a la actividad 1.6.2)

NOTA METODOLÓGICA:

- Una parte central de la cuarta fase del programa será la construcción de la facultad de medicina y la revisión de las *curriculas* de formación del personal sanitario. Con esta finalidad las perspectivas de integración funcional y estratégicas entre el Hospital y la Facultad son centrales. Las actividades planificadas en este sub-resultado se retienen necesarias al fin de que el proceso de integración sea suficientemente estructurado y coherente con los procesos de reforma de la facultad.

RESULTADO 2:

Una red de servicios sanitarios capaz de identificar, modular y satisfacer las necesidades de salud juzgados de interés general de la comunidad de referencias en un dado momento histórico

- 2.0 Constitución de un grupo de trabajo permanente sobre el Resultado 2 dentro de la SEDES, que incluya los principales actores

NOTA METODOLÓGICA:

- ver nota metodológica relativa a la actividad 1.0

RESULTADO ESPERADO 2.1: CONOCIMIENTO ADECUADO DE LAS NECESIDADES SANITARIAS, INFRAESTRUCTURALES Y DE ADMINISTRACIÓN DE LA RED

ACTIVIDADES:

- 2.1.1 Predisposición de una investigación sobre las necesidades de la red por parte de la mesa técnica que incluya encuentros comunitarios coordinados con las juntas de vecinos, la población y los responsables de Salud de cada centro involucrado.
- 2.1.2 Realización de una investigación y redacción de una propuesta de fortalecimiento del componente infraestructural y de administración de la red – especialmente capacidad de actuación de las políticas públicas (Ej. Modelo SAFCI)

NOTA METODOLÓGICA:

- La evaluación ha subrayado como el desarrollo de la red fuese uno de los resultados más carentes del programa. Las actividades del sub-resultado 2.1 han sido predisuestas con el objetivo de individuar con criterios compartidos las necesidades de la red, ayudar los beneficiarios en la implementación de políticas públicas en apoyo a la red y socializar los éxitos de las análisis. Estas actividades contribuyen al equilibrio de la estructura de oferta que

necesita una más fuerte territorialización de la asistencia corrigiendo el incremento de producción del Hospital Bracamonte en relación a la red.

RESULTADO ESPERADO 2.2: MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (NETWORK GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO

ACTIVIDADES:

- 2.2.1 Implementación di un modelo de governance de la red socio sanitaria coherentemente con las indicaciones resultantes de la propuesta de fortalecimiento del componente de administración de la red (ref. actividad 2.1.2)
- 2.2.2 Elaboración e implementación de iniciativas de capacitación de los network manager (15 unidades)
- 2.2.3 Fortalecimiento de la unidad de planificación del municipio de Potosí
- 2.2.4 Aplicación del plan de reorganización de los servicios de la red sanitaria.

NOTA METODOLÓGICA:

- A partir de las propuestas elaboradas de manera participativa y socializadas se prevén actividades de fortalecimiento del componente de administración de la red. Esto en respuesta a un mutado marco legislativo y de las políticas públicas. Las actividades previstas para alcanzar de este sub-resultado comprenden sea actividades de capacitación para los *network manager*, sea actividades finalizadas al mejoramiento de las capacidades de implementación de las políticas públicas y de las decisiones estratégicas.

RESULTADO ESPERADO 2.3: RED DE SALUD ADECUADAMENTE DOTADA Y ACTIVADA

ACTIVIDADES:

- 2.3.1 Apoyo a iniciativas de Salud complementares al actual esquema de ofertas y ya presentes en el territorio, incluso el apoyo a la creación de un sistema de asistencia en los temas de la Salud mental y asistencia a enfermos terminales y pacientes con hándicap psicofísicos.

NOTA METODOLÓGICA:

- Esta actividad se considera útil para el complemento y apoyo a las capacidades de oferta de la red. Se trata de acciones pensadas después de la misión de individuación y resultado de un dialogo con los beneficiarios y los otros donantes activos en el territorio sobre las carencias de la red.

RESULTADO ESPERADO 2.4: INTERVENCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD TÉCNICO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE LA RED SANITARIA

ACTIVIDADES:

- 2.4.1 Realización de cursos de capacitación del personal sanitario sobre calidad técnico-profesional

NOTA METODOLÓGICA:

- Estas actividades vuelven a tomar e innovar cuanto ya hecho de las fases anteriores del programa. Se prevé una formación local y posibles intercambios técnicos.

RESULTADO 3:

Calidad de la asistencia sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través de la capacitación, investigación y creación de espacios de articulación entre las dos medicinas

- 3.0 Constitución de un grupo de trabajo permanente sobre el Resultado 3

NOTA METODOLÓGICA:

- ver nota metodológica relativa a la actividad 1.0

ACTIVIDADES:

Actividades de formación

- 3.1.1 Realización de cursos comunitarios integrales (4)
- 3.1.2 Monitoreo
- 3.1.3 Sistematización

Actividades de investigación

- 3.1.4 Institución de un fondo de investigación en apoyo a las actividades institucionales relacionadas a la promoción de la Interculturalidad en Bolivia. El fondo, en apoyo al Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, será finalizado a desarrollar investigaciones-intervenciones en temas cuales:
 - Farmacopea indígena,
 - Validación científica de las propiedades de la plantas medicinales
 - Epidemiología socio cultural,
 - Historia de la medicina

Actividades en apoyo a la articulación entre medicinas

- 3.1.5 Implementación de un sistema de indicadores y estándar de calidad interculturales
- 3.1.6 Monitoreo y apoyo a las actividades de las oficinas interculturales
- 3.1.7 Apoyo al sistema informativo (referencia y contra referencia)
- 3.1.8 Apoyo a las actividades del CODEMETROP
- 3.1.9 Asistencia técnica a las actividades de la oficina intercultural del SEDES
- 3.1.10 Apoyo a las actividades del Vice Ministerio de Salud Intercultural

NOTA METODOLÓGICA:

- Las actividades para este sub-resultado han sido agrupadas en dos sub-procesos interdependientes: lo de capacitación y lo de investigación-intervención. Durante la evaluación del programa y la misión de identificación han sido señaladas algunas prioridades que han sido acogidas en esta fase de programación preliminar dentro de las actividades propuestas. La programación ha beneficiado también el dialogo con otros operadores activos en el territorio que ya han realizado experiencias de cursos comunitarios y sociales.

RESULTADO 4:

Facultad local de “Ciencias de la Salud” (y en particular facultad de medicina) modernizada con currículos reformados, capacitadores actualizados e infraestructura adecuada a las nuevas exigencias

- Constitución de un grupo de trabajo sobre el Resultado 4 dentro de la facultad de medicina que incluya los principales actores

NOTA METODOLÓGICA:

- ver nota metodológica relativa a la actividad 1.0

RESULTADO ESPERADO 4.1: NUEVA ESTRUCTURA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSTRUIDA CON INFRAESTRUCTURAS MODERNAS ADECUADAS A LAS NUEVAS EXIGENCIAS

ACTIVIDADES:

- 4.1.1 Construcción de la facultad
- 4.1.2 Equipamiento de la facultad
- 4.1.3 Prueba
- 4.1.4 Inauguración

NOTA METODOLÓGICA:

- Este sub-resultado resulta de la tercera fase del programa (ver la Nota de transferencia fondos)
- Incide sobre factores de integración y articulación entre las dos medicinas
- Actuar en sinergia con las otras actividades en favor de la formación técnico profesional del personal sanitario (ver Resultado 2.4)
- Las condiciones actuales de trabajo de la facultad de medicina son particularmente dificultosas estando la facultad ubicada en un viejo hospital en desuso, la nueva facultad será insertada dentro el perímetro del Hospital Bracamonte favoreciendo la integración, también física, entre el principal hospital de la red y la principal institución de formación del personal sanitario.

RESULTADO ESPERADO 4.2: ROLES, FUNCIONES Y RELACIONES DE LAS ESTRUCTURAS QUE COMPONEN LA NUEVA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (MEDICINA, CIENCIAS DE ENFERMERÍA, HOSPITAL, IBBA, IMT) ESTRATÉGICAMENTE DEFINIDOS E IMPLEMENTADOS

ACTIVIDADES:

- 4.2.1 Predisposición de un “mapa prospecto” de las estructuras que componen la nueva FCS y redefinición estratégica de las relaciones;
- 4.2.2 Redacción de un plan estratégico de desarrollo de la facultad de Ciencias de la Salud

RESULTADO ESPERADO 4.3: CURRÍCULUM FORMATIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS) INTERCULTURAL CONTEXTUALIZADO A LAS NECESIDADES LOCALES Y CAPAZ DE INTEGRAR LOS CONTENIDOS DE LOS VARIOS CENTROS EN LOS CUALES SE ARTICULARÁ LA NUEVA FCS

ACTIVIDADES:

- 4.3.1 Análisis del proceso de enseñanza actual y de las necesidades formativas por parte del grupo permanente coadyuvado por un experto expatriado
-

Adopción de nuevas metodologías didácticas

- 4.3.2 Formación de los docentes sobre nuevos métodos didácticos (5 cursos de 20 unidades)
- 4.3.3 Apoyo a la implementación de los nuevos modelos didácticos (4 encuentros por año, 2 con docentes y con alumnos)
- 4.3.4 Revisión de las *curricula* formativas, redacción y actuación de un plan de implementación (con inserción de temas tales Ética, Antropología médica, Inter-cultura, epidemiología socio-cultural, relación medico/paciente)

NOTA METODOLÓGICA:

- Este sub-resultado resume el esquema de las actividades previstas para el mejoramiento de las *curricula* formativas y de la didáctica. Se trata de una propuesta de esquema de trabajo necesario de socialización en fase de programación.

RESULTADO 5:

Servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo activados y políticas de menores coherentes con la carta de los derechos del niño desarrolladas

- Constitución de una mesa de trabajo institucional sobre el componente 5
- Constitución de un grupo de trabajo permanente sobre el Resultado 5 dentro de la Secretaría Social que incluya los principales actores

Nota metodológica:

- ver nota metodológica relativa a la actividad 1.0

RESULTADO ESPERADO 5.1: MODELO DE GESTIÓN DE LOS CENTROS DE ACOGIDA IMPLEMENTADO Y CON ALTOS ÍNDICES DE EFICACIA Y EFICIENCIA

ACTIVIDADES:

- 5.1.1 Evaluación y actualización del plan de reorganización de los centros predispuestos por la mesa de trabajo (durante la III. fase del programa)
- 5.1.2 Implementación del modelo de desinstitucionalización de los menores y adolescentes
- 5.1.3 Desarrollo de nuevos proyectos: reinserción familiar; familias sustituta transitoria; comunidad local solidar
- 5.1.4 Realización de cursos de formación profesional
- 5.1.5 Diseño e implementación de un incubador de empresas sociales
- 5.1.6 Apoyo al auto-empleo (actividad conectada a la actividad 5.1.5)
- 5.1.7 *Start-up* de 5 empresas sociales (actividad conectada a la actividad 5.1.5)
- 5.1.8 Apoyo a la estructuración de la Fundación
- 5.1.9 Mejoramiento de los servicios de alojamiento y equipamiento del *Hogar 10 de Noviembre*
- 5.1.10 Prueba e Inauguración
- 5.1.11 Publicación del restaura del "Hogar 10 de Noviembre"

NOTA METODOLÓGICA:

- Este grupo resume las actividades finalizadas a la racionalización de la red de oferta de servicios para la infancia y el apoyo a los *policy makers* en el desarrollo de nuevos proyectos para la gestión del tema de los menores en riesgo.

RESULTADO ESPERADO 5.2: POLÍTICAS DE LOS MENORES ADECUADAS E INTEGRADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL

ACTIVIDADES:

- 5.2.1. Actividades finalizadas a consolidar la relación institucional (alianzas y trabajo de red)

- 5.2.2 Construcción de un polo formativo para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización. Cursos de capacitación para educadores profesionales para 30 unidades
- 5.2.3 Actividades de comunicación institucional

NOTA METODOLÓGICA:

- Este grupo de actividades resume la mayor parte de aquellas actividades que están dirigidas a los tomadores de decisiones y a los operadores del sector de la infancia representando un enfoque integrado y a niveles múltiples para el mejoramiento de las políticas de los menores.
- Contiene también actividades que tienen una devoción proyectiva de las políticas desde el nivel departamental al nivel nacional en relación con las líneas guía nacionales.

RESULTADO ESPERADO 5.3: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIONES SOBRE MENORES Y ADOLESCENTES (OBSERVATORIO-SID)

ACTIVIDADES:

- 5.3.1 Desarrollo y manutención software, hardware y contenidos
- 5.3.2 Formación Departamental para los Operadores sociales sobre el Sistema
- 5.3.3 Experimentación a nivel departamental
- 5.3.4 Colección y elaboración de datos; producción informe y publicaciones
- 5.3.5 Realización propuesta operativa de extensión del sistema informativo a nivel nacional

NOTA METODOLÓGICA:

- Este grupo de actividades representa un primer paso hacia políticas de los menores informadas y *evidence based*. Se trata de una experimentación de una base de datos única en servicio de las decisiones de los *policy makers*. Se planifican también actividades de extensión a nivel nacional.

4. Factores externos

4.1. Condiciones

Algunas condiciones favorables al desarrollo del proyecto están ya en acto, en particular, el interés de los socios institucionales locales y – en parte – nacionales. Existe además el apoyo de relevantes instituciones locales, como la diócesis de Potosí.

Además, para el buen éxito de la iniciativa, deberán cuanto menos verificarse las siguientes condiciones:

- Tempestividad y la regularidad de la erogación de los fondos por parte italiana y por parte del Tesoro Boliviano a los sub-ejecutores
- Continuidad de la orientación política de apoyo (en los tres niveles municipal, departamental y nacional);
- Estabilidad en la gobernabilidad del Departamento de Potosí, permitiendo planificar procesos de desarrollo en medio-largo plazo;
- Convencida asunción de responsabilidades y en fin particular de la Facultad de Medicina, en el proceso de reforma del curriculum y de las metodologías didácticas;
- Buena coordinación interinstitucional.

4.2. Riesgos

El riesgo principal identificable al momento actual está constituido por la debilidad de los interlocutores institucionales existentes en el Departamento y por el continuo *turn-over* y limitadas capacidad de administración de las autoridades políticas a nivel nacional y departamental.

Será por tanto necesario, a través del mecanismo de coordinación, a través de grupos de trabajo, que se prevé de constituir en los varios ámbitos de intervención (Hospital, Sedes, Sedeges...) elaborar unos adecuados sistemas de control y monitoreo, que garanticen, frente de la objetividad de las instituciones bolivianas, un constante interlocutor y una corresponsabilidad de la gestión de las intervenciones predispuestas.

4.3. Adaptabilidad del proyecto a factores externos

La prevista realización de la iniciativa en *budget support* y por planos operativos semestrales, elaborados en el ámbito de un proceso integrado de verificación y programación conjunta con los diversos actores involucrados en la iniciativa, asegurará la máxima flexibilidad y la posibilidad de adaptar el proyecto a las eventuales modificaciones de la situación local y al surgir de específicas exigencias en el trascurso del tiempo.

5. Realización de la intervención

5.1. Metodología de intervención

El presente programa se inserta en el proceso de descentralización y de involucramiento de las comunidades locales en la gestión de la sanidad; promueve la integración de los diversos actores y la necesaria coordinación entre las acciones a todos los niveles.

El Programa apunta a estimular, promover y apoyar las capacidades locales (a cada nivel) en la individuación de los problemas y de las soluciones y en la puesta en acto de aquellas consideradas más idóneas. Se quiere promover por tanto la participación activa y el total involucramiento de las instituciones y de las organizaciones más representativas, incentivando la máxima integración desde la fase de programación de las acciones realizadas o sostenidas por los diversos actores del desarrollo del Departamento.

A nivel municipal se buscará necesaria concertación entre las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones en la definición de las necesidades y, por tanto, en la individuación de las respuestas más adecuadas. En tal sentido la iniciativa – en el ámbito de las intervenciones ya individuadas - mantiene una larga flexibilidad de elecciones, que se quiere sean determinadas justamente por dichos procesos de concertación, que serán tomando en cuenta en la fase de programación periódica.

El enfoque intercultural será transversal a toda la iniciativa y será cuidado con particular atención.

En la reorganización de los servicios socio sanitarios se cuidará su proyección en el territorio, promoviendo la progresiva desinstitucionalización de los sujetos en dificultad y su total integración social con particular referencia a los menores.

Las tecnologías que podrán ser utilizadas en el ámbito de los diversos componentes de la iniciativa deberán estar conformes a la adecuación del contexto local (al nivel correspondiente) y a la posibilidad de asegurar la adecuada operación y manutención mediante recursos humanos locales.

Se cuidarán también las conexiones con las instituciones u las organizaciones italianas – muchos de las cuales ya en acto – que puedan suministrar un *input* de excelencia en las temáticas tratadas y asegurar de manera diferente una colaboración de largo plazo con la realidad de Potosí sobre los temas enfrentados por la iniciativa. En dicho contexto, se continuarán a activar intercambios técnicos y científicos que puedan encaminar colaboraciones y correspondencias de largo plazo; serán valorizadas experiencias caracterizadas por la voluntariedad de la participación profesional de la cual se garantizará en cada caso un nivel elevado, y también posibles formas de apoyo a distancia.

El proyecto deberá prever un uso adecuado de las conexiones internacionales por vía telemática, sea para la recolección de informaciones útiles, como para el intercambio de informaciones. Más en general se dedicará particular atención a la adopción de tecnologías adecuadas, recolección, organización e intercambio de informaciones.

5.2. Responsabilidad y modalidad de ejecución

La iniciativa será financiada principalmente mediante donación en *Sectorial Budget Support* (en aplicación del art. 15 del DPR 177/88), transfiriendo los fondos al Ministerio de Economía y

Finanzas Públicas boliviano, en una cuenta expresamente abierto en el Banco Central de Bolivia (BCB).

Se hace recuerdo que los recursos financieros serán puestas a disposición, además de que con la cuota de *Budget Support*, también a través de la constitución de dos Fondos:

- un Fondo Local, para los gastos de gestión de una ágil estructura en Potosí;
- un Fondo para Expertos administrado por la DGCS para largas y breves misiones con tareas de asistencia técnica.

Además, como está ilustrado en la Nota Técnica de Transferencia de Fondos (Anexo 2 de la Propuesta Financiera) se efectuará una transferencia a la presente iniciativa de aquellos fondos ya aprobados para el Programa Fase III – Aid. 7240, referente a las actividades previstas para las anualidades 2010 y 2011 y a las obras infraestructurales correspondientes a la realización de la Facultad de Ciencias de la Salud, además de los recursos destinados a la Asistencia Técnica, siempre para las anualidades restantes.

Desde la cuenta abierta en el BCB los fondos serán transferidos a las cuentas bancarias que por tal razón serán abiertas en la Cuenta Única del Tesoro, siempre en el Banco Central de Bolivia, por parte de los co-ejecutores, previo cumplimiento de las funciones de control y monitoreo ejercitadas por la Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos (UCPP) del Ministerio de Economía e Finanzas Públicas.

Se firmarán los Convenios Subsidiarios pertinentes entre la UCPP y los co-ejecutores (Prefectura del Departamento de Potosí, Municipalidad de Potosí, Universidad Autónoma Tomás Frías), en relación a la transferencia de los fondos a los co-ejecutores mismos.

Las modalidades de acreditación seguirán el siguiente procedimiento:

El financiamiento para el Programa – para un monto de Euros 3.659.642,48 – será comprometido después de la firma del presente acuerdo. El Gobierno italiano pagará al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas boliviano el equivalente financiado ex art. 15 DPR 177/1988 (2.902.242,48 €) en tres cuotas anuales sucesivas iguales a 1.493.679,41 €, 667.917,31 €, 740.645,76 € donde la prima será erogada después de la entrada en vigencia del acuerdo.

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas boliviano se compromete a depositar el financiamiento en una cuenta bancaria en la Cuenta Única del Tesoro denominada “Programa de Apoyo al Desarrollo del Sistema Socio Sanitario del Departamento de Potosí – IV Fase” y a presentar al Gobierno italiano una rendición de cuentas del financiamiento, completo de auditoría, actuado con las mismas modalidades de las auditorías de los financiamientos de la Comisión europea al Gobierno de Bolivia, tanto para los aspectos financieros, como para los referentes al procurement. La DGCS deberá expresar el propio visto bueno sobre la sociedad auditora seleccionada por el Ministerio de Economía y Finanzas.

La primera cuota se pagará después de la entrada en vigor del acuerdo, siguiente al pedido del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, con la indicación de las coordenadas bancarias.

El financiamiento de la segunda cuota podrá ser solicitado por el Ministerio de Economía y Finanzas boliviano al Gobierno Italiano después la presentación a la Parte Italiana y la aprobación de parte de esta última:

- a) del informe de actividades que muestre el estado de progreso correspondiente a los gastos efectuados y conforme al documento de Programa y a sus eventuales modificaciones concordadas entre las partes;
- b) de la rendición de cuentas, completa de auditoría financiera, de por lo menos el 60% de la primera cuota;
- c) del informe sobre el procurement relativo a los contratos aferentes a por lo menos el 80% de la primera cuota, verificado por la sociedad auditora.

El financiamiento de la tercera cuota podrá ser solicitado por el Ministerio de Economía y Finanzas boliviano al Gobierno italiano después la presentación a la Parte italiana y la aprobación por parte de esta última:

- d) del informe de actividades que muestre el estado de progreso correspondiente a los gastos efectuados y conforme al documento de Programa y a sus eventuales modificaciones concordadas entre las partes;;
- e) rendición de cuentas, completa de auditoría financiera, del restante de la primera cuota y por lo menos del 60% de la segunda cuota;
- f) del informe sobre el procurement relativo a los contratos aferentes el restante de la primera cuota y de por lo menos el 80% de la segunda cuota, verificado por la sociedad auditora.

Para la correcta ejecución del PROGRAMA se creará una instancia de dirección y monitoreo, el Comité Directivo (CD): el CD estará formado por los representantes del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas boliviano, el Ministerio de la Salud boliviano, los entes ejecutores y el MAE-DGCS. El CD tendrá asistencia en sus actividades por parte del Responsable de la Asistencia técnica al Programa del MAE-DGCS. El CD se reunirá por lo menos con frecuencia semestral, se encargará de la aprobación de los Planos Operativos Semestrales y tendrá funciones de dirección, supervisión y monitoreo.

5.3. Recursos y estimación de los costos - Análisis de Congruencia - Cronograma - Plan financiero

Recursos y estimación de los costos

En adjunto se presenta la base para la sucesiva revisión del POG del proyecto (Anexo 3). Dicha base nace del estudio de factibilidad y de los documentos desarrollados juntos con varios interlocutores locales en el curso de la constitución de la nueva iniciativa. La base misma (en la cual están puestos en relación directa objetivos específicos, resultados, actividades, tiempos de realización y relativos costos) servirá como referencia para la programación semestral, en el ámbito de la cual, si necesario, se podrán sugerir motivadas adaptaciones, que deberán ser aprobados por la UTC/DGCS.

Siguiendo cuanto indicado en las misiones de evaluación e individuación (Missoni *et al.* 2008, Luzi y Lapenta 2009) finalizado a un proficuo desarrollo y diseño en el enfoque de implementación de programa resulta deseable reconstruir espacios de dialogo de programación con la contrapartes beneficiarias. A tal fin se sugiere distribuir las ayudas según los resultados alcanzados – criterio de selectividad o condicionalidad *ex post*. Se propone por tanto el financiamiento de nuevas actividades dentro de los 5 componentes del programa. Dichas actividades han sido programadas para el primer año de programa con el fin de reactivar la plataforma de programación que, aunque presente en la tercera fase, ha sido sucesivamente abandonada. Obviamente se mantienen los compromisos ya asumidos en la tercera fase del programa en referencia a la construcción del nuevo edificio y

enfermería (cfr. Anexo 2). Dichos criterios han sido la base de la predisposición de las actividades dentro del marco de la base para la predisposición del Plan Operativo Global (Anexo 3).

Análisis de congruencia

Los costos indicados a continuación, son indicativos sea en referencia a los recursos individuales, sea para cada línea de actividad: ellos son de hecho susceptibles a variaciones y movimientos de una a otra línea – en los límites del monto total previsto para la iniciativa – sobre la base del Plan Operativo Global de la iniciativa que resultará de la citada revisión inicial y de la sucesiva programación periódica – Planes Operativos Semestrales (POS).

Por los que concierne la evaluación de los costos se proporcionan a continuación los criterios adoptados:

- **Para el personal expatriado (cód. esp):** el costo mes/persona corresponde a aquello habitualmente adoptado por la DGCS. La tabla a continuación recoge los perfiles profesionales, los cargos, la duración de los encargos y la contribución a los resultados del programa. Por lo que concierne el componente infraestructural se señala la oportunidad de predispones periódicas misiones por parte de técnicos MAE-DGCS UTC.

TABLA 6: PERSONAL EXPATRIADO

PERFILES PROFESIONALES E INCARGOS EXPERTOS EN BREVE MISIÓN	DURACIÓN ENCARGOS (meses/año)			CONTRIBUCIÓN AL PROGRAMA/FIN
	1° año	2° año	3° año	
Responsable de Programa	9	9	9	Coordinación y gestión del programa
Experto en Infraestructuras - Componente infraestructural y facultad de medicina	1	1	1	Procedimientos de licitación, Supervisión, Prueba y entrega
Experto Sanitario Senior - Desarrollo red de Salud (perfil sanitario)	2			Identificación de iniciativas de proyecto y su implementación
Experto Management Público – Desarrollo políticas públicas y sistemas de management a nivel de red de los servicios socio sanitarios	3	1	1	Intervenciones en el sistema de gestión de la red (network governance), apoyo a las instancias de gobierno (Prefectura, Ministerio de Salud y vice ministerios anexos)
Experto Antropólogo Medico - Componente Intercultural y enlace entre las medicinas	1			Promoción, organización y sistematización de la experiencia intercultural finalizada al apoyo de las políticas nacionales

Experto Políticas Sociales e Infantiles - Componente infantil y social	3			Realización de políticas de los menores y de reinserción, proyección nacional e internacional de las <i>best practices</i> del programa
---	---	--	--	--

- **Para el personal local**, para la operación y la gestión del proyecto local (incluido en ‘a’ y ‘e’ de la recapitulación), los costos, que incluyen todas las cargas, están calculados teniendo en cuenta de los parámetros locales adoptados, en promedio, en el ámbito de análogas iniciativas de Cooperación internacional y divididos en niveles salariales en base a la tipología, a los perfiles profesionales, la experiencia profesional requerida, las características de los beneficiarios y la complejidad del encargo, y también la relativa disponibilidad en el mercado del trabajo nacional e internacional. La tabla a continuación presentada, resume los resultados del proceso de estimación:

TABLA 7: PERFILES PROFESIONALES

PERFILES PROFESIONALES	NIVEL RETRIBUTIVO (Euros/mes)	EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA (años)	CARACTERISTICAS DE LOS BENEFICIARIOS Y COMPLEXIDAD DEL ENCARGO (desde + hasta +++)	RELATIVA DISPONIBILIDAD EN EL MERCADO DEL TRABAJO NACIONAL E INTERNACIONAL (desde – hasta – – –)
• Capacitadores personal sanitario (Actividades 2.4.1) • Consultor científico (Actividades 4.3.4)	6.000	superior a 25 años	+ + +	– – –
• Consultor en management público y sanitario • Consultor en management de los programas sociales y sanitarios • Consultor en sistemas de manutención integrados • Consultor en <i>fund raising</i> • Consultor en comunicación social e institucional	2.000	superior a tres años (inclusa formación avanzada)	+ +	– –
• Asistente ejecutivo	1.300	superior a diez años	+ +	– –
• Consultor en articulación de redes de servicios sanitarios • Consultor en antropología médica • Consultor en políticas públicas	1.000	superior a diez años	++	– –

PERFILES PROFESIONALES	NIVEL RETRIBUTIVO (Euros/mes)	EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA (años)	CARACTERISTICAS DE LOS BENEFICIARIOS Y COMPLEXIDAD DEL ENCARGO (desde + hasta +++)	RELATIVA DISPONIBILIDAD EN EL MERCADO DEL TRABAJO NACIONAL E INTERNACIONAL (desde – hasta – – –)
• Consultor local psicólogo • Consultor local pedagogo	520	superior a cinco años	+	–
• Educador profesional	450	superior a cinco años	+	–
• Operador social • Tutor de aula	320	superior a cinco años	+	–

Leyenda	
+ Actividades de tipo operativo sin particular criticidad	– Perfil disponible en el mercado local
++ Actividades con media tasa de criticidad destinada a beneficiarios con particular complejidad	– – Perfil mediamente disponible
+++ Actividades con alta tasa de criticidad destinada a beneficiarios con alta criticidad	– – – Perfil de difícil localización

- En relación a los **suministros de bienes inventariables** (en ‘b’ y en ‘e’) también incluidos los equipamientos para oficina, para el funcionamiento de los centros sanitarios, y también los medios de transporte, los costos comprendientes gastos de transporte, seguros y eventuales gastos de aranceles, han sido calculado teniendo en cuenta las características técnicas basados en los costos locales.
- Por lo que concierne los costos relativos a las **actividades de adecuación y/o rehabilitación de obras civiles** (‘c’) han sido calculado partiendo del análisis de análogas realizaciones financiadas por las instituciones locales y paragonadas con los costos de análogas intervenciones de la Cooperación Italiana en la región. Por lo que concierne la construcción de la nueva Facultad de Ciencias de la Salud (Resultado 4.1) los costos de realización han sido calculado en base a cuando ya aprobado dentro de la tercera fase del programa (cfr. Anexo 2).
- Los **costos de funcionamiento** (‘d’) incluyen todos los costos relativos a la adquisición de bienes y servicios no inventariables (como los servicios para actividad de capacitación e información, la promoción de la Salud a nivel comunitario, la adquisición de materiales de consumo sanitario y no sanitario, costos de secretaria logística para la gestión de específicas actividades), diversos de aquellos específicamente ligados a las actividades de coordinación y supervisión global de la iniciativa (contenidos en ‘e’). En ambos casos los costos han sido calculado teniendo en cuenta la evaluación de análogas actividades realizadas en los últimos años en Bolivia en ámbito de la iniciativa en curso.

CRONOGRAMA														
Actividad	Periodo de ejecución													
	1 año (12 meses)												2 año	3 año
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
0.1 Restructuración Locales Hospital Bracamonte en comodato para uso de oficina del programa														
0.2 Gestión estructura organizativa local														
0.3 Administración del proyecto, logística, secretaria, manutención general, limpieza, etc.														
0.4 Constitución y uso de un fondo para las actividades de información, comunicación y apoyo al desarrollo de políticas públicas a nivel nacional														
0.5 Experimentación e implementación de un sistema integrado de gestión para programas operativos														
0.6 Constitución y financiamiento de las actividades de un comité científico de reforma de la facultad, de las actividades científicas y de la gestión de los fondos de investigación constituidos														
0.7 Constitución de un fondo de compensación y reintegración de las cargas de pensiones y de seguros pasados de los trabajadores														
1.1.1. Encuentros con el <i>board</i> /órganos directivos para discutir el actual modelo de <i>governance</i> del hospital y para evaluar la eficacia														
1.1.2 Redacción de una propuesta de mejoramiento del modelo de <i>governance</i> del Hospital														
1.1.3 Entrevistas a <i>focus group</i> para identificar los principales <i>stakeholder</i> del Hospital														
1.1.4 Talleres con los <i>stakeholder</i> claves para definir la atribución de los roles y organizar el involucramiento (2 talleres)														

1.1.5. Análisis de la estructura organizativa del Hospital (<i>check-up</i> organizativo y re-planificación organizativa con enfoque en cuatro ámbitos: micro estructura, macro estructura, mecanismos operativos, clima organizativo)														
1.1.6 Análisis de las reglas en materia de gestión del personal (selección y contratación, formación, evaluación, retribución, etc.)														
1.1.7 Evaluación de los aspectos de transparencia y comunicación														
1.2.1 Individualización de los centros de responsabilidad														
1.2.2 Definición de los sistemas de relevamiento contable y extra-contable adecuados.														
1.2.3 Definición de un sistema de análisis de las prestaciones y de los indicadores														
1.2.4 Identificación de un grupo de trabajo de profesionales/médicos que, junto con un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficacia clínica en dos ámbitos piloto del hospital.														
1.2.5 Identificación de un grupo de personal técnico-administrativo que, con el auxilio de un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficiencia y eficacia de gestión con referencia a dos procesos piloto con alto valor agregado.														
1.2.6 Identificación de un grupo de trabajo interno que, junto a un experto, definirá un conjunto de indicadores de <i>user satisfaction</i> con referencia a dos categorías principales de pacientes/familias de pacientes (posiblemente interesadas en los ámbitos piloto seleccionados en el punto 1.2.4).														
1.3.1 Apoyo a las actividades de la casa alojamiento para los familiares de los pacientes (Samaj Wasi) y asistencia técnica en los procesos de <i>fund raising</i>														
1.3.2 Apoyo a las actividades del Fondo de Solidaridad														
1.3.3 Institución de un programa experimental para pacientes psiquiátricos y con problemas de dependencia de sustancias psicótropas en colaboración con otros actores sociales y de la sociedad civil														
1.4.1 Ampliación del equipamiento del servicio de manutención														
1.4.2 Transformación del servicio de manutención en un sistema de manutención integrado con valencia departamental capaz de prestar servicios a la red a nivel departamental.														

1.4.3 Realización de investigaciones aplicadas para el mejoramiento del sistema y formulación de estrategias de sostenibilidad														
1.5.1 Realización e implementación de una propuesta de inserción de la oficina intercultural en una lógica de sistema														
1.5.2 Asistencia técnica para la producción de materiales y servicios de información y promoción de la salud con enfoque intercultural														
1.5.3 Apoyo al diseño y a la implementación de protocolos de promoción de la salud dentro del Departamento (p.e. replicas de la experiencia de las rondas rurales)														
1.5.4 Contribuciones a la realización de actividades de <i>marketing</i> y promoción de la Oficina Intercultural														
1.6.1 Encuentros entre el <i>board</i> del hospital y la facultad de ciencias medicas para discutir la prospectivas de integración funcional entre hospital y facultad														
1.6.2 Elaboración participativa de un documento estratégico común														
1.6.3 Asistencia técnica a la implementación de las líneas estratégicas (sucesivo a la actividad 1.6.2)														
2.1.1 Predisposición de una investigación sobre las necesidades de la red por parte de la mesa técnica que incluya encuentros comunitarios coordinados con las juntas de vecinos, la población y los responsables de salud de cada centro involucrado														
2.1.2. Realización de una investigación y redacción de una propuesta de fortalecimiento del componente infraestructural y de <i>management</i> de la red – especies capacidad de actuación de las políticas públicas (Ej. Modelo SAFCI)														
2.2.1 Implementación de un modelo de <i>governance</i> de la red socio sanitaria de manera coherente con las indicaciones resultantes de la propuesta de fortalecimiento del componente de <i>management</i> de la red (ref. Actividad 2.1.2)														
2.2.2 Elaboración e implementación de iniciativas de capacitación de los <i>network manager</i> (15 unidades)														
2.2.3 Fortalecimiento de la unidad de planificación del municipio de Potosí														
2.2.4 Aplicación del plan de reorganización de los servicios de la red sanitaria														
2.3.1 Apoyo a iniciativas de salud complementarias al actual patrón de ofertas y ya presentes en el territorio incluido el apoyo a la creación de un														

sistema de asistencia a los temas de la salud mental y asistencia a enfermos terminales y pacientes con hándicaps psicofísicos.														
2.4.1 Realización de cursos de formación del personal sanitario sobre la calidad técnico-profesional														
3.1.1 Realización de cursos comunitarios integrales (4)														
3.1.2 Monitoreo														
3.1.3 Sistematización														
3.1.4 Institución de un fondo de investigación en apoyo a las actividades institucionales, ligado a la promoción de la interculturalidad en Bolivia. El fondo, en apoyo al vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, tendrá el fin de desarrollar investigaciones-intervenciones sobre temas como: - Epidemiología sociocultural, - Farmacopea indígena, - Historia de la medicina - Validación científica de las propiedades de las plantas medicinales														
3.1.5 Implementación de un sistema de indicadores y estándares de calidad interculturales														
3.1.6 Monitoreo y apoyo a las actividades de las oficinas interculturales														
3.1.7 Apoyo al sistema informativo (referencia y contra referencia)														
3.1.8 Apoyo a las actividades del CODEMETROP														
3.1.9 Asistencia técnica a las actividades de la oficina intercultural del SEDES														
3.1.10 Apoyo a las actividades del vice ministerio de salud intercultural														
4.1.1 Construcción de la facultad														
4.1.2 Equipamiento de la facultad														

4.1.3 Prueba														
4.1.4 Inauguración														
4.2.1 Predisposición de una "cartografía prospectiva" de las estructuras que componen la nueva FCS y re-definición estratégica de las relaciones														
4.2.2 Redacción de un plan estratégico de desarrollo de la facultad de Ciencia de la Salud														
4.3.1 Análisis del proceso de enseñanza actual y de las necesidades formativas por parte del grupo permanente coadyuvado con un experto expatriado.														
4.3.2 Capacitación de los docentes sobre los nuevos métodos didácticos (5 cursos de 20 unidades)														
4.3.3 Apoyo a la implementación de los nuevos modelos didácticos (4 encuentros por año, 2 con docentes y 2 con alumnos)														
4.3.4 Revisión de las curriculas formativas, redacción y actuación de un plan de implementación (con la inserción de temas como sea Ética, Antropología medica, Inter cultura, epidemiología socio cultural, relación medico/paciente)														
5.1.1 Evaluación y actualización del plan de reorganización de los centro predispuesto por la mesa de trabajo (III fase del programa)														
5.1.2 Implementación del modelo de desinstitucionalización de menores y adolescentes														
5.1.3 Desarrollo de nuevos proyectos: reinserción familiar; familia substitutiva transitoria; comunidad local														
5.1.4 Cursos de capacitación profesional														
5.1.5 Diseño e implementación de una incubadora de empresas sociales														
5.1.6 Apoyo al auto-empleo (actividad vinculada con la actividad 5.1.5)														
5.1.7 Start-up de 5 impresas sociales (actividad vinculada con la actividad 5.1.5)														
5.1.8 Apoyo a la estructuración de la Fundación														

5.1.9 Mejoramiento de los servicios residenciales y equipamiento del Hogar 10 de Noviembre														
5.1.10 Prueba e inauguración														
5.1.11 Publicación de la restauración del Hogar 10 Noviembre														
5.2.1 Actividades para consolidar la relación interinstitucional (alianzas y trabajo de red)														
5.2.2 Construcción de un polo formativo para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización. Cursos de capacitación para educadores profesionales dirigido a 30 unidades														
5.2.3 Actividades de comunicación institucional														
5.3.1 Desarrollo y manutención <i>software, hardware</i> y contenidos														
5.3.2 Capacitación Departamental para los Operadores sociales sobre el Sistema														
5.3.3 Experimentación a nivel departamental														
5.3.4 Recolección y elaboración datos; producción informe y publicaciones														
5.3.5 Realización propuesta operativa de extensión del sistema informativo a nivel nacional														

5.4. Distribución de los fondos por canal de financiamiento

Se ha efectuado, después de atento análisis de oportunidades y supuestos riesgos con la utilización de los dos canales de financiamiento para la actividades individuales, la repartición de los gastos entre fondo de gestión local (gestión directa DGCS) y contribución *ex art.* 15 DPR 177/1988.

La repartición del plan financiero de presupuesto entre los dos canales de financiamiento está resumida en la tabla a continuación:

ESQUEMA FINANCIERO

	Descripción	1ª anualidad Euros	2ª anualidad Euros	3ª anualidad Euros	TOTAL EUROS	Incidencia %
1	FONDO para EXPERTOS	285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00	16,80%
2	GESTIÓN DIRECTA (correspondiente al fondo de gestión local del programa)	70.800,00	35.800,00	35.800,00	142.400,00	3,89%
3	ART. 15	1.493.679,41	667.917,31	740.645,76	2.902.242,48	79,30%
	TOTALES	1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48	

5.5. Compromisos del Gobierno beneficiario

Por lo que concierne los compromisos del Gobierno Boliviano se hace referencia al artículo n. 5 del Acuerdo Especifico de Financiamiento (Anexo N° 1), que será firmado una vez aprobado el financiamiento por parte de la DGCS.

Dichos compromisos están finalizados a garantizar:

- La implementación del Programa mediante las funciones de monitoreo desarrolladas por la UCPP
- La utilización de los fondos en observancias a cuanto establecido por las normas bolivianas vigentes y exclusivamente para el financiamiento del Programa
- La presentación de la documentación relativa al Programa que será requerida por la DGCS
- El monitoreo y el control de la iniciativa, de su coherencia y correspondencia con el PND y el PDS
- El adopción de todas las medidas necesarias para asegurar una eficiente administración de los fondos y prevenir cualquier tipo de abuso o utilización ilícito de los mismos fondos.
- La exención del pago del IVA u otros impuestos para los gastos efectuados con los fondos del Programa

6. Factores de sostenibilidad

6.1. Medidas políticas de apoyo

La iniciativa se integra en un contexto político particularmente favorable a su desarrollo y coherente con sus objetivos, con particular referencia a la “Ley de participación popular” y a aquella denominada de “descentralización administrativa” a las sucesivas leyes relativas al “Seguro Básico de Salud” y al Programa “Salud con Identidad”. La responsabilización de los entes locales en la gestión y en el financiamiento del sector sanitario, y el directo involucramiento de las organizaciones populares, hace posible que existan las condiciones para desarrollar ulteriormente la acción en apoyo al sistema socio-sanitario local de Potosí.

6.2. Aspectos socio culturales y beneficios

El mejoramiento de los servicios de asistencia del sistema sanitario público benefician principalmente los grupos de población mayormente desfavorecidos, o sea los que no disponen de alternativas a dichos servicios. Todavía, tratándose prevalentemente de población rural dispersa, existe una ventaja relativamente mayor para la población residente en localidades dotadas de un centro sanitario del primer nivel de asistencia, que constituye la puerta de acceso al sistema de los servicios sanitarios. Se trata evidentemente de un límite de acceso geográfico para los grupos más aislados que podrá ser superado solamente a través de una progresiva extensión – cualitativa además de cuantitativa – de los servicios básicos que será objeto de un específico componente de la iniciativa aquí presentada.

Desde un punto de vista más específicamente cultural, el éxito de cualquier intervención sanitaria que se integre en una realidad fuertemente caracterizada étnicamente como la del Altiplano boliviano está relacionado a su capacidad de tener en cuenta dicha realidad. La población indígena se dirige prioritariamente al propio sistema sanitario tradicional, desconfiando normalmente de los servicios ofrecidos por el sistema sanitario oficial, un sentimiento particularmente acentuado en relación al Hospital. Con la finalidad de una mayor accesibilidad a los servicios, ya en el transcurso de la primera y de la segunda fase estos aspectos han sido afrontados favoreciendo con específicas intervenciones a carácter organizativo y formativo el enfoque intercultural. In tal sentido se ha tenido en cuenta también cuanto sugerido por los evaluadores (Missoni *et al.*, 2008) y de experiencias análogas promovidas en pasado en otros países por la Cooperación Italiana (cfr. Asistencia sanitaria de base en Chile).

La presente iniciativa prevé ahora como eje central de desarrollo el tema de la Interculturalidad, afrontándolo sea en el plan de la organización del sistema de los servicios socio-sanitarios, sea a través de la capacitación de los operadores, según los criterios y la proyección regional ya ampliamente descritos.

El enfoque de la iniciativa en el tema de los menores, reconociendo la centralidad como sujetos de desarrollo, se traduce en una inversión en las futuras generaciones y como tal representa un fundamental elemento de sostenibilidad de largo plazo.

En una sociedad compleja, fragmentada y conflictiva – también a razón de las fuertes disparidades sociales y culturales que la caracterizan – como la boliviana, una fuerte atención a las nuevas generaciones y al desarrollo de políticas de los menores renovadoras representa una relevante contribución a la pacífica convivencia civil y a la tolerancia.

6.3. Marco institucional y capacidad de gestión

La iniciativa propuesta, concebida según la lógica de financiamiento en *Budget Support*, representa paralelamente un esquema financiero y estratégico, finalizado a satisfacer el principio OCSE/DAC del *ownership*. El *Budget Support* consiente de hecho a los beneficiarios de desarrollar, a través un involucramiento directo en la intervención, capacidad de administración y gestión fundamentales para su sostenibilidad futura. El esquema financiero propuesto, contribuirá al mejoramiento del *capacity building* de las instancias involucradas en la gestión de la donación, en particular para aquellas más directamente interesadas, como el *Ministerio de Economía y Finanzas Públicas* y el *Ministerio de Salud y Deportes*, facilitando el proceso de apropiación de las técnicas y de su replicabilidad.

Por el lado más específico de los diversos componentes del Programa y de las actividades individuales planificadas, las instituciones locales y departamentales interesadas (*Prefectura de Potosí, SEDES, SEDEGES, Defensorías, Hospital, Universidad Tomás Frías*) serán ampliamente involucradas en la dirección y gestión de la iniciativa, considerando que el Programa en examen se desarrolla sobre la base de intervenciones precedentemente consolidados y que puede ya contar con una acertada disponibilidad y con un concreto compromiso institucional. Paralelamente, con el fin de contribuir al mejoramiento de las capacidades institucionales, será dada particular énfasis a la capacitación y actualización de los operadores locales.

Objetivo de esta nueva fase de la iniciativa, también a la luz del rol más directo que los Ministerios mencionados ejercerán a través de las nuevas modalidades de financiamiento, será lo de involucrar de manera más directa y operativa a las instituciones nacionales, como el *Ministerio de Salud y Deportes*, el *Viceministerio de Medicina Tradicional*, el *Viceministerio de Igualdad de Oportunidades* que hasta el momento no han hecho registrar un involucramiento particularmente protagonista. La intención será por tanto la de realizar un *policy transfer* desde el nivel local al nivel nacional con el objetivo de ofrecer una contribución significativa al mejoramiento de las políticas públicas en el sector sanitario. Dicha transferencia estará finalizada a su vez a mejorar la implementación de las políticas públicas a nivel local, desarrollando por tanto un proceso de retro-alimentación auto sostenible en el tiempo.

6.4. Tecnologías adecuadas

Las conveniencias de las elecciones es un principio fundamental de la iniciativa y será particularmente cuidado también por lo que concierne las tecnologías sanitarias. También desde este punto de vista, se puede contar sobre acercamientos y procedimientos ya integrados en las fases anteriores, encaminando específicos sistemas de gestión, suministro y manutención que ahora se quiere consolidar y extender a todo el Departamento.

Como principio general se prevé la introducción de equipamientos poco sofisticados, de fácil manutención, posiblemente ya en uso, presentes en el mercado local, sea en relación al suministro de repuestos y materiales que puedan desgastarse, sea para la asistencia/manutención, sea para la capacitación y actualización.

Particular cuidado será puesto a la evaluación de las condiciones de cada estructura destinada a alojar tecnología en relación a la seguridad, disponibilidad de energía eléctrica, agua y cuanto necesario para el correcto funcionamiento y manutención.

El suministro de nuevas tecnologías será definido en base de la efectiva necesidad de las estructuras donde serán destinadas, y también de la disponibilidad de operadores adecuadamente capacitados para su operación y de una adecuada capacidad de manutención.

6.5. Aspectos medio-ambientales

Las actividades previstas están dirigidas al mejoramiento del estado de Salud de la población.

No están previstos en cambio posibles efectos negativos sobre el medio ambiente. La filosofía de la iniciativa es, directa más bien a la valorización de los recursos locales y al respecto de la cosmogonía indígena notoriamente en armonía con el ambiente natural.

6.6. Sostenibilidad económica y financiera

La iniciativa en su conjunto está dirigida a la racionalización de los recursos existentes, incluidos aquellos introducidos gracias al proyecto. La aumentada calidad y cantidad de las prestaciones sanitarias comporta, por lo menos inicialmente, un aumento de los gastos sanitarios públicos; pero el mejoramiento de los servicios ofrecidos debería influenciar una reducción de los gastos sanitarios privados (extremadamente dañino y potencialmente destructivo para las familias más pobres).

El mejoramiento de la gestión y la racionalización en el uso de los recursos, debería conducir sin embargo a ventajas económicas considerables para todo el sistema de los servicios socio-sanitarios en el medio y largo plazo.

Aunque difícilmente cuantificables, considerables serán los beneficios económicos resultantes de la reducción de la mortalidad, de la prevención de situaciones invalidantes y excluyentes, y también una más completa y adecuada recuperación de las condiciones Salud de la población.

Finalmente, el desarrollo previsto de la participación – también financiera – a la iniciativa de numerosas instituciones y organizaciones locales e internacionales, agrega ulteriores garantías de sostenibilidad.

Desde el punto de vista “micro” y de los procesos vale señalar como estos hayan estado diseñados para que puedan resultar sostenibles en el tiempo. El enfoque utilizado es aquello de favorecer un crecimiento

anatómico de capacidades y disponibilidad teniendo el cuidado de no sofisticar de manera excesiva el marco operativo y de las dotaciones estructurales. Más bien se ha intentado de mejorar la capacidad de gestión de los beneficiarios.

7. Monitoreo y evaluación

7.1. Indicadores y fuentes de verificación, organización y retro-acción de las actividades de monitoreo

El impacto del proyecto se medirá a través del análisis de los indicadores normalmente en uso en el sistema informativo sanitario sea por lo que concierne el mejoramiento del estado de Salud, sea para la productividad y accesibilidad a los servicios. Por tanto las fuentes serán las oficiales, recolectadas de los boletines mensuales, semestrales y anuales del Departamento de Potosí y, más en general, de los sistemas informativos nacionales.

De otro lado, la iniciativa misma tiene entre sus objetivos el mejoramiento de la calidad de la información. Otra fuente de verificación será representada por los informes internos del Programa, incluidos aquellos semestrales, con los cuales se efectuará la programación periódica, y aquellos externos al Programa regularmente producidos por instituciones nacionales e internacionales con las cuales se quiere colaborar. Además de las evaluaciones internas de gestión, y aquellas con carácter cualitativo que involucrarán las comunidades locales y que constituyen parte integrante de la metodología que se quiere adoptar, y donde se denote la necesidad, podrán ser dispuestas verificaciones puntuales al Programa o a partes del mismo. El proceso de monitoreo y evaluación de los impactos del programa utilizará también metodologías no tradicionales e innovadoras, a través de la colaboración con sujetos institucionales adecuados. Por tanto será considerada la implementación de técnicas como el *Option Based Approach*, la evaluación medioambiental estratégica (EME) y las de *Randomized Controlled Trial* (RCT).

7.2. Retro-acción

Las observaciones resultantes de la actividad de supervisión y de evaluación, que se formalizarán en específicos momentos semestrales de verificación, permitirán una más adecuada reprogramación de las actividades con la misma periodicidad (Planes Operativos). Los resultados que saldrían de verificaciones puntuales eventualmente dispuestas, podrán ellos también sugerir adecuaciones en ocasión de eventuales sucesivas programaciones periódicas o de más articuladas revisiones del Plan Operativo Global.

8. Conclusiones

8.1. Conclusiones de quien escribe

Se considera de poder evaluar positivamente y de concordar con el implanto global del Programa, con los objetivos identificados así como con los resultados que la intervención quiere alcanzar.

Por los que concierne los aspectos técnicos relativos al componente económico y de evaluación de los aspectos de gestión, se está de acuerdo con las evaluaciones positivas inherentes a la admisibilidad de los costos así como con la utilización de los recursos.

Por todo lo mencionado anteriormente se considera de poder dar parecer técnico favorable a la iniciativa examinada, del valor de Euros 3.659.642,48 ejecutable mediante las modalidades de financiamiento y de gestión anteriormente descritas. Por tanto, se requiere el financiamiento de euros 1.562.560,00– resultante de la diferencia entre el monto de la iniciativa y los fondos sujetos a transferencia desde la tercera fase del programa como descrito en el Anexo 2.

VISTO: El Funcionario Prepuesto a la UTC
Cons. de Amb. Pier Francesco Zazo

El Experto D.G.C.S. UTC
Dr. D. Bruzzone

Anexo 3: Base para la predisposición del Plan Operativo Global

En la páginas siguientes se reportan los esquemas para la predisposición del Plan Operativo Global. Dicho documento relaciona las actividades previstas con los recursos a ellas dedicadas y finalmente con los costos para cada actividad. El esquema representa también un cronograma, indicando para cada actividad el año en el cual se prevé la ejecución.

TABLA 1: PERSONAL EXPATRIADO Y FONDO GESTIÓN LOCAL (GESTIÓN DIRECTA)

Título del programa:	PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ
	Personal expatriado y fondo gestión local (gestión directa)

N.	Actividades	Tiempos			Recursos				Costos previstos		Total año 1	Total año 2	Total año 3
		año	N.	Ítem (tipo de gasto)	Cod.	Q.	Costo por unidad	Total (Euros)					
									1°	2°			
1	Gestión del proyecto, coordinación con instituciones locales, asistencia técnica	1	1	1	1	Experto jefe de proyecto (m/p)	esp	27	15.000	405.000	135.000	135.000	135.000
		1	1	1	2	Experto en obras civiles (m/p)	esp	3	15.000	45.000	15.000	15.000	15.000
		1	1	1	3	Breves misiones expertos (m/p)	esp	11	15.000	165.000	135.000	15.000	15.000
		1	1	1	4	Asistente Ejecutivo (mes)	e	36	1.300	46.800	15.600	15.600	15.600
2	Transportes y desplazamientos	1			1	Vehículo 4x4	e	1	35.000	35.000	35.000		
		1	1	1	2	Servicios de movilidad (1 Conductor-resp. logística) (mes)	e	36	600	21.600	7.200	7.200	7.200
		1	1	1	3	Viáticos y desembolsos gastos por año	e	3	5.000	15.000	5.000	5.000	5.000
		1	1	1	4	Gastos de gestión y operación por año	e	3	8.000	24.000	8.000	8.000	8.000
Total										757.400	355.800	200.800	200.800

TABLA 2: COSTOS DE LOGÍSTICA Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

Título del programa: PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ													
Objetivo específico: Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí													
Descripción: Costos de gestión del programa (en <i>Budget Support</i>)													
N.	Actividades	Tiempos			Recursos				Costos previstos (Euros)				
		año			N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cod.	Q.	Costo por unidad	Total	Total año 1	Total año 2	Total año 3
		1º	2º	3º									
g.1	Reestructuración Locales Hospital Bracamonte en uso de comodato como oficina del programa	1			1	Realización infraestructuras	c	1	75.000	75.000	75.000		
g.2	Gestión estructura organizativa local	1			1	Mobiliario Oficina	b	1	20.000	20.000	20.000		
		1	1	1	2	Gastos de manutención y limpieza (mes)	d	36	300	10.800	3.600	3.600	3.600
		1	1	1	3	Artículos de Oficina y desgastables (año)	d	3	4.000	12.000	4.000	4.000	4.000
		1	1	1	4	Usencias, impuestos, otros seguros, etc.(mes)	d	36	1.500	54.000	18.000	18.000	18.000
		1	1	1	5	Otros servicios (impresión documentos, vigilancia, etc.) (año)	d	3	8.000	24.000	8.000	8.000	8.000
g.3	Administración del proyecto, logística, secretaria, manutención general, limpieza etc.	1	1	1	1	Servicios de movilidad (2 Conductores – Resp. de logística) (mes)	a	72	600	43.200	14.400	14.400	14.400
		1	1	1	2	1 Servicio de secretaria (mes)	a	36	650	23.400	7.800	7.800	7.800
		1	1	1	3	Servicios Administrativos e contables (año)	a	3	12.000	36.000	12.000	12.000	12.000
		1	1	1	4	Servicios de apoyo y consultorías (año)	a	3	5.000	15.000	5.000	5.000	5.000
		1			5	Adquisición movilidad 4X4 tipo pick up doble cabina	b	1	30.000	30.000	30.000		
g.4	Constitución y utilización di un fondo para las actividades de información, comunicación y apoyo al desarrollo de políticas públicas a nivel nacional	1	1	1	1	Fondo para las actividades de información, comunicación y apoyo al desarrollo de políticas públicas a nivel nacional	d	3	60.000	180.000	60.000	60.000	60.000
g.5	Experimentación e implementación de un sistema integrado de gestión para programas de obras	1	1	1	1	Servicios de apoyo y consultoría (año)	a	3	5.000	15.000	5.000	5.000	5.000
g.6	Constitución y actividades de un comité científico de reforma de la facultad, de las actividades científicas y de la gestión de los fondos de investigación instituidos	1	1	1	1								
g.7	Constitución de un fondo de compensación y reintegración de los cargos de seguro social y seguros anteriores de los trabajadores	1			1	Fondo de compensación y reintegración de los cargos de seguro social y seguros anteriores de los trabajadores	d	glob	90.000	90.000	90.000		
Total Resultado										628.400	352.800	137.800	137.800

TABLA 3: RESULTADO 1 – SISTEMA DE GESTIÓN E CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE MEJORADOS, CON MEJORADA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y SERVICIOS ADECUADOS AL CONTEXTO SOCIO CULTURAL DEL DEPARTAMENTO

Título del programa:		PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ											
Objetivo específico:		Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitarios del Departamento de Potosí											
Resultado esperado a conclusión de la iniciativa:		R 1. Sistema de gestión y calidad de los servicios ofrecidos en el Hospital Daniel Bracamonte mejorados, con mayor satisfacción de los usuarios y servicios adecuados al contexto socio-cultural del Departamento											
N.	Actividades	Tiempos				Recursos			Costos previstos (Euros)				
		año			N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cód.	N.	Costo	Total	Total	Total	Total
		1°	2°	3°					por unidad		año 1	año 2	año 3
1.0	CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 1 DENTRO DEL HOSPITAL BRACAMONTE Y QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES												
R 1.1	MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (HOSPITAL GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO												
1.1.1	Encuentros con el <i>board</i> /órganos directivos para discutir el actual modelo de <i>governance</i> del hospital y para evaluar la eficacia	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.1.2	Redacción de una propuesta de mejoramiento del modelo de <i>governance</i> del Hospital	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	20	30	600	600		
Mapa de los stakeholders													
1.1.3	Entrevistas a <i>focus group</i> para identificar los principales <i>stakeholder</i> del Hospital	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.1.4	Talleres con los <i>stakeholders</i> claves para definir la atribución de los roles y organizar el involucramiento (2 talleres)	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
Reglamento de organización del Hospital													
1.1.5	Análisis de la estructura organizativa del Hospital (<i>check-up</i>	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		

	organizativo y re-planificación organizativa con enfoque en cuatro ámbitos: micro estructura, macro estructura, mecanismos operativos, clima organizativo	1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.1.6	Análisis de las reglas en materia de gestión del personal (selección y contratación, formación, evaluación, retribución, etc.)	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.1.7	Evaluación de los aspectos de transparencia y comunicación	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
R 1.2	SISTEMA DE GESTIÓN E INFORMATIVO MEJORADOS											
	<i>Institución de esquemas de contabilidad de los costos y de programación y control</i>	1										
1.2.1	Individualización de los centros de responsabilidad	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	20	30	600	600		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.2.2	Definición de los sistemas de relevamiento contable y extra-contable adecuados	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	20	30	600	600		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.2.3	Definición de un sistema de análisis de las prestaciones y de los indicadores	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	20	30	600	600		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
	<i>Sistema de gestión de la calidad</i>											
1.2.4	Identificación de un grupo de trabajo de profesionales/médicos que, junto con un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficacia clínica en dos ámbitos piloto del hospital	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.2.5	Identificación de un grupo de personal técnico-administrativo que, con el auxilio de un experto, formulará un conjunto de indicadores de eficiencia y eficacia de gestión con referencia a dos procesos piloto con alto valor agregado	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1		3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
1.2.6	Identificación de un grupo de trabajo interno que, junto a un experto, definirá un conjunto de indicadores de <i>user satisfaction</i>	1		1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1		2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		

	con referencia a dos categorías principales de pacientes/familias de pacientes (posiblemente interesadas en los ámbitos piloto seleccionados en el punto 1.2.4)	1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
R 1.3	ESQUEMAS Y SISTEMAS EN APOYO AL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS ACTIVOS Y ADECUADOS												
1.3.1	Apoyo a las actividades de la casa alojamiento para los familiares de los pacientes (Samaj Wasi) y asistencia técnica en los procesos de <i>fund raising</i>	1			1	Equipamiento	b	1	3.000	3.000	3.000		
		1			2	Materiales de consumo	d	3	1.000	3.000	3.000		
		1			3	Consultor en fund raising (m/p)	a	2	2.000	3.000	3.000		
		1			4	Material y servicios de comunicación institucional	d	3	500	1.500	1.500		
1.3.2	Apoyo a las actividades del Fondo de Solidaridad	1			1	Consultor en fund raising (m/p)	a	2	2.000	3.000	3.000		
		1			2	Equipamiento y Materiales de consumo	b	3	2.000	6.000	6.000		
1.3.3	Institución de un programa experimental para pacientes psiquiátricos y con problemas de dependencia de sustancias psicotropas en colaboración con otros actores sociales y de la sociedad civil	1			1	Consultor en management de programas sociales y sanitarios (m/p)	a	3	2.000	6.000	6.000		
		1			2	Consultor psicólogo (m/p)	a	3	2.000	6.000	6.000		
		1			3	Viáticos y desembolsos Gastos	a	1	5.000	5.000	5.000		
		1			4	Gastos de logística y comunicación	d	1	4.000	4.000	4.000		
R 1.4	DOTACIÓN TÉCNICA ADECUADA, CAPACIDAD DE GESTIÓN MEJORADAS, CALIDAD DEL SERVICIO INCREMENTADA												
<i>Sistema de manutención</i>													
1.4.1	Ampliación del equipamiento del servicio de manutención	1			1	Equipamiento	b	0,5	5.000	2.500	2.500		
		1			2	Materiales de consumo	d	3	600	1.800	1.800		
1.4.2	Transformación del servicio de manutención en un sistema de manutención integrado con valencia departamental capaz de prestar servicios a la red a nivel departamental	1			1	Consultor en sistemas de manutención integrados (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos personal SEDES, Municipio y Hospital	a	20	20	400	400		
		1			3	Gastos di logística y comunicación	d	1	500	500	500		
1.4.3	Realización de investigaciones aplicadas para el mejoramiento del sistema y formulación de estrategias de sostenibilidad	1			1	Consultor en sistemas de manutención integrados (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	8	30	240	240		
R 1.5	OFICINA INTERCULTURAL INTEGRADA EN EL SISTEMA DE SALUD DEPARTAMENTAL, CON FUNCIONES DE FORMACIÓN Y PROMOCIÓN EN LOS TEMAS DE LA INTERCULTURALIDAD APLICADA ALL'HOSPITAL BRACAMONTE												

1.5.1	Realización e implementación de una propuesta de inserción de la oficina intercultural en una lógica de sistema	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	3	1.000	3.000	3.000		
1.5.2	Asistencia técnica para la producción de materiales y servicios de información y promoción de la salud con enfoque intercultural	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	3	1.000	3.000	3.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	50	15	750	750		
1.5.3	Apoyo al diseño y a la implementación de protocolos de promoción de la salud dentro del Departamento (p.e. replicas de la experiencia de las rondas rurales)	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	2	1.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	350	15	5.250	5.250		
		1			3	Reproducción material informativo	d	2	300	600	600		
1.5.4	Contribuciones a la realización de actividades de <i>marketing</i> y promoción de la Oficina Intercultural	1			1	Consultor en comunicación social e institucional (m/p)	a	3	2.000	6.000	6.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	50	15	750	750		
		1			3	Gastos de producción y difusión Materiales de promoción	d	3	1.000	3.000	3.000		
R 1.6	LAZOS DEL HOSPITAL CON LA LOCAL FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD ESTRATEGICAMENTE DEFINIDOS Y DESARROLLADOS												
1.6.1	Encuentros entre el <i>board</i> del hospital y la facultad de ciencias medicas para discutir la prospectivas de integración funcional entre hospital y facultad	1			1	Consultor experto en management sanitario (m/p)	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	20	30	600	600		
		1			3	Materiales de consumo e Gastos logísticos	d	5	10	50	50		
1.6.2	Elaboración participativa de un documento estratégico común	1			1	Consultor experto en management sanitario (m/p)	a	2	2.000	4.000	4.000		
		1			2	Material de consumo e Gastos logísticos	d	30	30	900	900		
		1			3	Viáticos y desembolsos Gastos	a	5	10	50	50		
1.6.3	Asistencia técnica a la implementación de las líneas estratégicas (sucesivo a la actividad 1.6.2)	1			1	Consultor experto en management sanitario (m/p)	a	4	2.000	8.000	8.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	30	30	900	900		
		1			3	Material de consumo e Gastos logísticos	d	5	10	50	50		
						Total Resultado				122.540	122.540	0	0

TABLA 4: RESULTADO 2 – UNA RED DE SERVICIOS SANITARIOS CAPAZ DE INDIVIDUAR, MODULAR Y SATISFACER LAS NECESIDADES DE SALUD JUZGADAS DE INTERÉS GENERAL POR LA COMUNIDAD DE REFERENCIA EN UN DADO MOMENTO HISTÓRICO

Título del programa:	PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ
Objetivo específico:	Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitarios del Departamento de Potosí
Resultado esperado a conclusión de la iniciativa	R 2. Una red de servicios sanitarios capaz de individuar, modular y satisfacer las necesidades de Salud juzgadas de interés general por la comunidad de referencia en un dado momento histórico

N.	Actividades	Tiempos			Recursos			Costos previstos (Euros)					
		año			N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cód.	Q.	Costo por unidad	Total	Total año 1	Total año 2	Total año 3
		1º	2º	3º									
2.0	CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 2 DENTRO DE LA SEDES, QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES												
R 2.1	CONOCIMIENTO ADECUADO DE LAS NECESIDADES SANITARIAS, INFRAESTRUCTURALES Y DE ADMINISTRACIÓN DE LA RED												
2.1.1	Predisposición de una investigación sobre las necesidades de la red por parte de la mesa técnica que incluya encuentros comunitarios coordinados con las juntas de vecinos, la población y los responsables de salud de cada centro involucrado	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
2.1.2	Realización de una investigación y redacción de una propuesta de fortalecimiento del componente infraestructural y de management de la red – especies capacidad de actuación de las políticas públicas (Ej. Modelo SAFCI)	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	1	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
R 2.2	MODELO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN (NETWORK GOVERNANCE) ADECUADO Y MEJORADO												
2.2.1	Implementación de un modelo de governance de la red socio sanitaria de manera coherente con las indicaciones resultantes de la propuesta de fortalecimiento del componente de management de la red (ref. Actividad 2.1.2)	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	6	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales de consumo	d	5	10	50	50		
2.2.2	Elaboración e implementación de iniciativas de capacitación de los network manager (15 unidades)	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	3	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	10	30	300	300		
		1			3	Materiales didácticos	b	15	100	1.500	1.500		
		1			4	Materiales de consumo	d	15	20	300	300		
		1			6	Viáticos y desembolsos Gastos (por participante)	a	15	350	5.250	5.250		
		1			7	Gastos di logística y transporte	d	1	1.000	1.000	1.000		

2.2.3	Fortalecimiento de la unidad de planificación del municipio de Potosí	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	6	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	100	30	3.000	3.000		
		1			3	Materiales de consumo	d	30	10	300	300		
2.2.4	Aplicación del plan de reorganización de los servicios de la red sanitaria	1			1	Consultor experto en management público (m/p)	a	6	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos Gastos	a	100	30	3.000	3.000		
		1			3	Materiales de consumo	d	30	10	300	300		
R 2.3	RED DE SALUD ADECUATAMENTE DOTADA Y ACTIVADA												
2.3.1	Apoyo a iniciativas de salud complementarias al actual patrón de ofertas y ya presentes en el territorio incluido el apoyo a la creación de un sistema de asistencia a los temas de la salud mental y asistencia a enfermos terminales y pacientes con hándicaps psicofísicos	1			1	Equipamiento	b	1	50.000	50.000	50.000		
		1			2	Materiales de consumo	d	3	10.000	30.000	30.000		
		1			3	Consultor en programas de tratamiento y rehabilitación de pacientes con hándicap	a	6	2.000	12.000	12.000		
		1			4	Contribución a actividades de carácter mutual y voluntario en favor de ancianos, pacientes terminales y menores con hándicaps psicofísicos (Helpage, Tercer Ojo)	d	1	10.000	10.000	10.000		
R 2.4	INTERVENCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD TÉCNICO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE LA RED SANITARIA												
2.4.1	Realización de cursos de formación del personal sanitario sobre la calidad técnico-profesional	1			1	Capacitadores (por curso)	a	4	6.000	24.000	24.000		
		1			2	Gastos de viaje	d	4	2.000	8.000	8.000		
		1			3	Materiales didácticos	d	1	5.000	5.000	5.000		
		1			4	Gastos logísticos y de comunicación	d	1	1.000	1.000	1.000		
Total Resultado										156.000	156.000	0	0

TABLA 5: RESULTADO 3 – CALIDAD DEL ASISTENCIA SANITARIA Y ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS SANITARIO MEJORADOS, A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN, LA INVESTIGACIÓN Y LA CREACIÓN DE ESPACIOS DE ARTICULACIÓN ENTRE LAS DOS MEDICINAS

Título del programa:	PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ
Objetivo específico:	Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí
Resultado esperado a conclusión del la iniciativa	3. Calidad del asistencia sanitaria y adecuación cultural de los servicios sanitarios mejorados, a través la capacitación , la investigación y la creación de espacios de articulación entre las dos medicinas

N.	Actividades	Tiempos			Recursos				Costos previstos (Euros)		Total año 1	Total año 2	Total año 3
		año			N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cod.	Q.	Costo por unidad	Total			
		1º	2º	3º									
3.0	CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 3												
Actividades de capacitación													
3.1.1	Realización de cursos comunitarios integrales (4)	1			1	Consultor en articulación de redes de servicios sanitarios (m/p)	a	12	1.000	12.000	12.000		
		1			2	Facilitadores interculturales (m/p)	a	12	400	4.800	4.800		
		1			3	Material didáctico (per corso)	d	4	1.000	4.000	4.000		
		1			4	Gastos logísticos (por curso)	d	4	2.000	8.000	8.000		
3.1.2	Monitoreo	1			1	Consultor en articulación de redes de servicios sanitarios (m/p)	a	36	0	0	0		
3.1.3	Sistematización	1			1	Consultor en articulación de redes de servicios sanitarios (m/p)	a	36	0	0	0		
Actividades de investigación													
3.1.4	Institución de un fondo de investigación en apoyo a las actividades institucionales, ligado a la promoción de la interculturalidad en Bolivia. El fondo, en apoyo al vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, tendrá el fin de desarrollar investigaciones-intervenciones sobre temas como: - Epidemiología sociocultural, - Farmacopea indígena, - Historia de la medicina - Validación científica de las propiedades de las plantas medicinales	1			1	Contribución al fondo	d	1	20.000	20.000	20.000		
Actividades en apoyo a la articulación entre las medicinas													
3.1.5	Implementación de un sistema de indicadores y estándares de calidad interculturales	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	1.000	6.000	6.000		
3.1.6	Monitoreo y apoyo a las actividades de las oficinas	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	1.000	6.000	6.000		

	interculturales												
3.1.7	Apoyo al sistema informativo (referencia y contra referencia)	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	0	0	0		
3.1.8	Apoyo a las actividades del CODEMETROP	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	0	0	0		
3.1.9	Asistencia técnica a las actividades de la oficina intercultural del SEDES	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	0	0	0		
3.1.10	Apoyo a las actividades del vice ministerio de salud intercultural	1			1	Consultor en antropología médica (m/p)	a	6	0	0	0		
Total Resultado										60.800	60.800	0	0

TABLA 6: RESULTADO 4 – LOCAL FACULTAD DE “CIENCIAS DE LA SALUD” (Y EN PARTICULAR FACULTAD DE MEDICINA) MODERNIZADA CON CURRICULA REFORMADOS, CAPACITADORES ACTUALIZADOS E INFRAESTRUCTURA ADECUADA A LAS NUEVAS EXIGENCIAS

Título del programa:	PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ
Objetivo específico:	Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí
Resultado esperado a conclusión de la iniciativa	4. Local facultad de “Ciencias de la salud” (y en particular facultad de medicina) modernizada con curricula reformados, capacitadores actualizados e infraestructura adecuada a las nuevas exigencias

N.	Actividades	Tiempos			Recursos				Costos previstos (Euros)		Total año 1	Total año 2	Total año 3
					N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cód.	Q.	Costo por unidad	Total			
		año	1º	2º									
4.0	CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 4 DENTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES	1											
R 4.1	NUEVA ESTRUCTURA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSTRUIDA, CON INFRAESTRUCTURAS MODERNAS ADECUADAS A LAS NUEVAS EXIGENCIAS												
4.1.1	Construcción de la facultad	1			1	Publicación	d	1	1.000	1.000			
		1	1	1	2	Evaluación propuestas	a	1	0				
		1	1	1	3	Realización	c	1	glob	1.275.902	446.439	459.717	369.746
		1	1	1	4	Expertos locales (fiscalización de los trabajos) (por año)	a	3	39.600	118.800	39.600	39.600	39.600
4.1.2	Equipamiento de la facultad			1	1	Mobiliario	d	1	50.000	50.000			50.000
				1	2	Equipamiento y Laboratorios	b	1	100.000	100.000			100.000
				1	3	Hardware	d	1	30.000	30.000			30.000
4.1.3	Prueba			1	1	Experto local	a	1	4.500	4.500			4.500
4.1.4	Inauguración			1	1	Gestión invitaciones	d	1	1.000	1.000			1.000
				1	2	Gastos de organización	d	1	3.000	3.000			3.000

R 4.2	ROLES, FUNCIONES Y RELACIONES DE LAS ESTRUCTURAS QUE COMPOEN LA NUEVA FCS (MEDICINA, ENFERMERIA, HOSPITAL, IBBA, IMT) ESTRATEGICAMENTE DEFINIDOS E IMPLEMENTADOS												
4.2.1	Predisposición de una "cartografía prospectiva" de las estructuras que componen la nueva FCS y re-definición estratégica de las relaciones	1			1	Consultor en management sanitario (m/p)	a	1	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos gastos	a	20	30	600	600		
4.2.2	Redacción de un plan estratégico de desarrollo de la facultad de Ciencia de la Salud	1			1	Consultor en management sanitario (m/p)	a	5	0	0	0		
		1			2	Viáticos y desembolsos gastos	a	100	30	3.000	3.000		
R 4.3	CURRICULA FORMATIVA DE LA FCS, INTERCULTURAL, CONTEXTUALIZADO A LAS NECESIDADES LOCALES Y CAPAZ DE INTEGRAR LOS CONTENIDOS DE LOS VARIOS CENTROS EN LOS CUALES SE ARTICULARÁ LA NUEVA FCS.												
4.3.1	Análisis del proceso de enseñanza actual y de las necesidades formativas por parte del grupo permanente coadyuvado con un experto expatriado	1			1	Consultor en pedagogía	a	4	2000	8.000	8.000		
		1			2	Viáticos y desembolsos gastos	a	80	30	2.400	2.400		
<i>Adopción de nuevas metodologías didácticas</i>													
4.3.2	Capacitación de los docentes sobre los nuevos métodos didácticos (5 cursos de 20 unidades)	1			1	Consultor en metodologías didácticas (m/p)	a	2	2000	4.000	4.000		
		1			2	Capacitador (m/p)	a	5	1000	5.000	5.000		
		1			3	Material didáctico	d	100	50	5.000	5.000		
4.3.3	Apoyo a la implementación de los nuevos modelos didácticos (4 encuentros por año, 2 con docentes y 2 con alumnos)		1	1	1	Consultor en metodologías didácticas (m/p)	a	4	2000	8.000		4.000	4.000
			1	1	2	Gastos logísticos	d	2	1000	2.000		1.000	1.000
4.3.4	Revisión de las curriculas formativas, redacción y actuación de un plan de implementación (con la inserción de temas como sea Ética, Antropología médica, Inter-cultura, epidemiología socio cultural, relación medico/paciente)		1		1	Consultor científico (m/p)	a	2	6.000	12.000		12.000	
			1		2	Consultor en cambios organizativos (m/p)	a	6	2000	12.000		12.000	
			1		3	Viáticos y desembolsos gastos	a	60	30	1.800		1.800	
Total Resultado										1.648.002	515.039	530.117	602.846

TABLA 7: RESULTADO 5 – SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DEL ABANDONO INFANTIL Y LA REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS MENORES EN RIESGO ACTIVADOS Y POLÍTICAS DE LOS MENORES COHERENTES CON LA CARTA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DESARROLLADAS

Título del programa:	PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ
Objetivo específico:	Aumentar eficiencia, eficacia y equidad del sistema socio-sanitario del Departamento de Potosí
Resultado esperado a conclusión de la iniciativa	5. Servicios para la prevención del abandono infantil y la reinserción social de los menores en riesgo activados y políticas de los menores coherentes con la carta de los derechos del niño desarrolladas

N.	Actividades	Tiempos			Recursos				Costos previstos (Euros)		Total año 1	Total año 2	Total año 3
					N.	Ítem (Tipo de gasto)	Cód.	Q.	Costo por unidad	Total			
		año	1º	2º									
5.0.1	CONSTITUCIÓN DE UNA MESA INSTITUCIONAL SOBRE EL COMPONENTE 5												
5.0.2	CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PERMANENTE SOBRE EL RESULTADO 5 DENTRO DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL QUE INCLUYA LOS PRINCIPALES ACTORES												
R 5.1	MODELO DE GESTIÓN INTEGRADO DE LOS CENTROS DE ACOGIDA IMPLEMENTADO Y CON ALTOS INDICES DE EFICACIA Y EFICIENCIA												
5.1.1	Evaluación y actualización del plan de reorganización de los centro predispuesto por la mesa de trabajo (III fase del programa)	1			1	Consultor local psicólogo (m/p)	a	1	520	520	520		
		1			2	Consultor local pedagogo (m/p)	a	1	520	520	520		
		1			3	Viáticos y desembolsos gastos (año)	a	10	30	300	300		
5.1.2	Implementación del modelo de desinstitutionalización de menores y adolescentes	1			1	Consultor local psicólogo (m/p)	a	11	520	5.720	5.720		
		1			2	Consultor local pedagogo (m/p)	a	11	520	5.720	5.720		
		1			3	Gastos de gestión de una mesa Interinstitucional (locales, materiales de consumo, desembolsos gastos, etc.) (año)	d	1	1.000	1.000	1.000		
		1			4	Viáticos y desembolsos gastos (año)	a	40	30	1.200	1.200		
5.1.3	Desarrollo de nuevos proyectos: reinserción familiar; familia substitutiva transitoria; comunidad local	1			1	Operador social (m/p)	a	12	320	3.840	3.840		
		1			2	Educador Profesional (m/p)	a	12	450	5.400	5.400		

		1			3	Gastos de gestión (Gastos para capacitación familias; Gastos para custodia familiar; Gastos de viajes) (por familia por año)	d	20	500	10.000	10.000		
		1			4	Gastos de viaje, sensibilización y publicidad (año)	d	1	2.000	2.000	2.000		
5.1.4	Cursos de capacitación profesional	1			1	Capacitadores (media por modulo educativo)	a	4	2.500	10.000	10.000		
		1			2	Becas para capacitación	d	40	100	4.000	4.000		
		1			3	Material didáctico, materias primarias y repuestos (media por modulo educativo)	d	4	6.250	25.000	25.000		
5.1.5	Diseño e implementación de una incubadora de empresas sociales	1			1	Consultor local experto en materias jurídicas (m/p)	a	6	330	1.980	1.980		
		1			2	Consultor local mercado del trabajo (m/p)	a	6	330	1.980	1.980		
		1			3	Consultor local ciencias económica /contable (m/p)	a	6	330	1.980	1.980		
		1			4	Tutor formativo	a	12	320	3.840	3.840		
5.1.6	Apoyo al auto-empleo (actividad vinculada con la actividad 5.1.5)	1			1	Institución de un fondo rotativo de microcrédito	d	1	10.000	10.000	10.000		
5.1.7	Start-up de 5 impresas sociales (actividad vinculada con la actividad 5.1.5)	1			1	Institución de un fondo rotativo di microcrédito	d	1	15.000	15.000	15.000		
		1			2	Adquisición materiales para impreza y pequeñas equipamientos	d	1	10.000	10.000	10.000		
5.1.8	Apoyo a la estructuración de la Fundación	1			1	Director (remuneraciones por-cuota) (año)	a	1	6.000	6.000	6.000		
		1			2	Secretario (remuneraciones por-cuota) (año)	a	1	3.000	3.000	3.000		
		1			3	Materiales de consumo (por cuota) (año)	d	1	5.000	5.000	5.000		
		1			4	Comunicación social (por cuota) (año)	d	1	5.000	5.000	5.000		
5.1.9	Mejoramiento de los servicios residenciales y equipamiento del Hogar 10 de Noviembre	1			1	Equipamiento	b	1	75.000	75.000	75.000		

5.1.10	Prueba e inauguración	1			1	Expertos locales	a	1	3.000	3.000	3.000		
		1			2	Invitaciones para inauguración	b	1	1.000	1.000	1.000		
		1			3	Gastos de organización	a	1	2.000	2.000	2.000		
5.1.11	Publicación de la restauración del Hogar 10 Noviembre	1			1	Publicación del restauo del Hogar 10 de Noviembre	d	1	15.000	15.000	15.000		
R 5.2	POLÍTICAS DE LOS MENORES ADECUADAS Y INTEGRADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL												
5.2.1	Actividades para consolidar la relación interinstitucional (alianzas y trabajo de red)	1			1	Consultores locales (m/p) (ref. Actividades 5.1.1)	a	1	0	0	0		
		1			2	Aplicación de la convenciones activadas con la Prefectura, Alcaldía y Corte Suprema (seminarios, eventos, programas radiofónicos...)	d	1	2.500	2.500	2.500		
		1			3	Trabajo de red a nivel Departamental (capacitación, viajes, material de sensibilización)	d	1	2.500	2.500	2.500		
5.2.2	Construcción de un polo formativo para operadores sociales involucrados en el proceso de desinstitucionalización. Cursos de capacitación para educadores profesionales dirigido a 30 unidades	1			1	Capacitadores	a	1	7.000	7.000	7.000		
		1			2	Materiales de aula	d	1	1.000	1.000	1.000		
		1			3	Gastos de viaje, alojamiento y comida	d	1	1.000	1.000	1.000		
5.2.3	Actividades de comunicación institucional	1			1	Consultor en comunicación social e institucional	a	1	2.000	2.000	2.000		
		1			2	Gastos de comunicación institucional	d	1	3.000	3.000	3.000		
R 5.3	IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIONES SOBRE MENORES Y ADOLESCENTES (OBSERVATORIO-SID)												
5.3.1	Desarrollo y manutención software, hardware y contenidos	1			1	Servicios de consultoría y apoyo (año)	d	1	12.000	12.000	12.000		
5.3.2	Capacitación Departamental para los Operadores sociales sobre el Sistema	1			1	Capacitadores (año)	a	1	2.500	2.500	2.500		
		1			2	Gastos de viaje, alojamiento y comida (año)	d	1	2.000	2.000	2.000		
		1			3	Materiales formativos	d	1	2.000	2.000	2.000		
5.3.3	Experimentación a nivel departamental	1			1	Trabajos de red: encuentros y trabajo de enlace	d	1	3.000	3.000	3.000		

		1			2	Gastos logísticos y organizativos del trabajo de red con los actores departamentales (año)	d	1	3.000	3.000	3.000		
5.3.4	Recolección y elaboración datos; producción informe y publicaciones	1			1	Servicios de gráfica	d	1	1.000	1.000	1.000		
		1			2	Supervisión y reelaboración	a	1	1.000	1.000	1.000		
		1			3	Gastos de impresión	d	1	1.000	1.000	1.000		
5.3.5	Realización propuesta operativa de extensión del sistema informativo a nivel nacional	1			1	Consultores locales (año)	a	1	3.000	3.000	3.000		
		1			2	Gastos de viaje y organización encuentros	d	1	2.000	2.000	2.000		
Total Resultado										286.500	286.500	0	0

TABLA 8: RESUMEN POR CÓDIGO

RESUMEN DE RESULTADO:		Resultado 0	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	TOTAL PROYECTO
cód	recursos	Costos (Euros)	Costos (Euros)	Costos (Euros)	Costos (Euros)	Costos (Euros)	Costos (Euros)	Costos (Euros)
a	PERSONAL LOCAL	132.600,00	95.040,00	48.450,00	28.800,00	180.100,00	72.500,00	557.490,00
b	INVERSIONES/SUMINISTRO BIENES INVENT.	50.000,00	11.500,00	51.500,00	-	100.000,00	76.000,00	289.000,00
c	INVERS./OBRAS CIVILES, OTROS BIENES INMUBLES	75.000,00	-	-	-	1.275.902,48	-	1.350.902,48
d	FUNCIONAMIENTO/OPERACIÓN	370.800,00	16.000,00	56.050,00	32.000,00	92.000,00	138.000,00	704.850,00
TOTAL COSTOS DE OPERACIÓN		628.400,00	122.540,00	156.000,00	60.800,00	1.648.002,48	286.500,00	2.902.242,48
e	GESTIÓN LOCAL							142.400,00
TOT. GENERAL INICIATIVA LOCAL								3.044.642,48
esp	PERSONAL EXPATRIADO							615.000,00
TOTAL GENERAL								3.659.642,48

TABLA 9: RESUMEN GENERAL

RESUMEN GENERAL				REPARTICIÓN ANUAL			
cód	RECURSOS	Costos	Costos	1° AÑO	2° AÑO	3° AÑO	TOTAL
A	PERSONAL LOCAL	557.490,00		351.590,00	113.600,00	92.300,00	557.490,00
B	INVERSIONES/SUMINISTRO BIENES INVENT.	289.000,00		189.000,00	-	100.000,00	289.000,00
C	INVERS./OBRAS CIVILES, OTROS BIENES INMUEBLES	1.350.902,48		521.439,41	459.717,31	369.745,76	1.350.902,48
D	FUNCIONAMIENTO/OPERACIÓN	704.850,00		431.650,00	94.600,00	178.600,00	704.850,00
E	GESTIÓN LOCAL		142.400,00	70.800,00	35.800,00	35.800,00	142.400,00
esp	PERSONAL EXPATRIADO		615.000,00	285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00
TOTAL		2.902.242,48	757.400,00	1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48

ESQUEMA FINANCIERO				1° AÑO	2° AÑO	3° AÑO	TOTAL
Personal Expatriado				285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00
Fondos locales y fondos en <i>budget support</i>				1.564.479,41	703.717,31	776.445,76	3.044.642,48
TOTAL				1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48

TABLA 10: RESUMEN POR RESULTADOS

	1° año (Euros)	2° año (Euros)	3° año (Euros)	TOTAL POR RESULTADO
Personal Expatriado	285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00
Costos de gestión (Gestión Directa)	70.800,00	35.800,00	35.800,00	142.400,00
Costos di Gestión (<i>Budget Support</i>)	352.800,00	137.800,00	137.800,00	628.400,00
Resultado 1	122.540,00	-	-	122.540,00
Resultado 2	156.000,00	-	-	156.000,00
Resultado 3	60.800,00	-	-	60.800,00
Resultado 4	515.039,41	530.117,31	602.845,76	1.648.002,48
Resultado 5	286.500,00	-	-	286.500,00
TOTAL ART. 15	1.493.679,41	667.917,31	740.645,76	2.902.242,48

TOTAL GENERAL	1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48
----------------------	---------------------	-------------------	-------------------	---------------------

TABLA 11: ESQUEMA FINANCIERO

CUADRO DE RESUMENS EN EUROS DE LAS INVERSIONES POR TIPOLOGÍA DE FINANCIAMIENTO						
	DESCRIPCIÓN	1 ANUALIDAD	2 ANUALIDAD	3 ANUALIDAD	TOTAL	INCIDENCIA %
1	FONDO para EXPERTOS	285.000,00	165.000,00	165.000,00	615.000,00	16,80%
2	GESTIÓN DIRECTA (correspondiente al fondo de gestión local del proyecto)	70.800,00	35.800,00	35.800,00	142.400,00	3,89%
3	ART. 15	1.493.679,41	667.917,31	740.645,76	2.902.242,48	79,30%
	TOTALES	1.849.479,41	868.717,31	941.445,76	3.659.642,48	