



**PROYECTO
"SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
EN LA PROVINCIA CHAYANTA"**

(BOL 0501311)

INFORME ANUAL GESTIÓN 2007

Tabla de contenido

1	Ficha del Proyecto	3
2	Apreciación global	4
3.	Balance de la planificación de actividades en 2007	6
	<i>3.1 Una apreciación global de las actividades ejecutadas</i>	6
	<i>3.2. Un análisis de la planificación de actividades</i>	9
4.	Balance financiero	11
	<i>4.1. Resumen de los gastos con relación a la planificación financiera</i>	11
5.	monitoreo de los indicadores	16
	<i>5.1. Los indicadores del objetivo específico</i>	16
6.	evaluación de los criterios de monitoreo	22
	<i>a. La eficiencia</i>	22
	<i>b. La eficacia</i>	22
	<i>c. Sostenibilidad</i>	23
7.	Medidas y recomendaciones	24
	<i>a. Una síntesis de criterios de evaluación</i>	24
	<i>b. Recomendaciones</i>	24
8.	Nueva PlanIFICACIÓN (AÑO N+1)	26
	<i>a. Planificación de actividades del año N+1</i>	26
	<i>b. Programación financiera del año N+1</i>	28
9.	Conclusiones	29
	<i>a. Las actividades y las finanzas</i>	29
	<i>b. Los criterios de seguimiento</i>	29
	i. Eficiencia.....	29
	ii. Eficacia	29
	iii. Sostenibilidad	29
	<i>c. La decisión relativa a las recomendaciones a ser aprobadas por el Comité Director del proyecto</i>	29
	i. Recomendaciones en cuanto a la evaluación de medio término.....	29
	ii. Recomendaciones en cuanto a los ajustes en el presupuesto y la Adenda al Convenio Especifico.	29
	iii. Programación financiera.....	29
	iv. Recomendaciones en cuanto a los ajustes del Marco Lógico.	29
10.	Adjudicaciones / adquisiciones	30

1 FICHA DEL PROYECTO

Proyecto de Sistema Integrado de Salud en la Provincia de Chayanta Potosí (BOLIVIA)	
Código Navision	BOL/0501311
Duración del CE	6 años (72 meses) hasta el 19/11/10
Fecha de firma del Convenio específico	10/12/03
Fecha de firma del CMO	14/09/05
Duración del CMO	19/11/10
Fecha de notas reversales	26/10/05
Fecha de inicio de aprobación DTF en el Comité Director)	19/11/04
Nombramiento del Director Internacional por Cancillería	13/10/05
Nombramiento del Director Nacional	5/01/06
Apertura de la cuenta principal	01/12/05
Apertura de la cuenta operativa	15/02/06
Fecha de aprobación del POA del 1er año por el Comité Director	11/05/06
Aporte Belga	6.000.000 EUR
Aporte Boliviano	420.000 USD
Ministerio	Ministerio De Salud y Deportes
Responsable de la Implementación	Mancomunidad de Municipios de Chayanta Potosí
Codirectores Director Nacional Director Internacional	Dr. Marcelo Rojas Dr. Daniel Grodos
Beneficiarios	Población de los municipios de Colquechaca, Pocoata, Ocurí y Ravelo con aproximadamente 100.000 habitantes. Otro beneficiario indirecto es el mismo sistema de salud de la Provincia Chayanta y sus integrantes.
Cobertura geográfica	Municipios de la provincia de Chayanta: Colquechaca, Pocoata, Ocuri y Ravelo.

Objetivo General

El Objetivo General del Proyecto es el desarrollo integral y sostenible de la Provincia Chayanta del Departamento de Potosí asegurado.

Objetivo Específico

El Objetivo Específico del Proyecto es un sistema integrado de salud, con niveles de atención primaria (y) especializada, medicina familiar y comunitaria, educación en salud y apoyo nutricional, implementado y accesible a la población de la Provincia Chayanta, que permita a esta población valorar, prevenir y curar su salud.

Ejecución del proyecto

El proyecto se encuentra en plena ejecución, cuenta con personal de apoyo respectivo, es decir con el administrador, contador y secretaria. Por otra parte, están contratados en el equipo básico del proyecto un médico salubrista, nutricionista, comunicador y sociólogo.

Durante la gestión 2007 la ejecución de las actividades más importantes han sido:

- i) Revisión y ajustes del Documento Técnico Financiero (DTF) que fueron aceptados por el Comité Director (CD). Entre estos están el nuevo presupuesto para las obras de salud que se incrementó de 790.000 Euros a 1.300.000 Euros, cambio de actividades del resultado cuatro,
- ii) Las inversiones en equipamiento y preinversión para infraestructura en salud para los cuatro municipios, la adquisición más importante es la adquisición de 8 vehículos y motocicletas, las ambulancias que se encuentran en proceso de desaduanización.
- iii) El diseño y aprobación de instrumentos de gestión (reglamentos específicos, instructivos).
- iv) POA y presupuesto.
- v) Como resultado de la asistencia técnica del proyecto, se ha conformado un Comité de Coordinación entre el SEDES y el Proyecto en la cual se definió el nivel hospitalario de la Red Ocurí, quedando el SEDES como encargado de socializar las decisiones tomadas.
- vi) Implementación del plan de promoción, que incluye la aplicación del nuevo modelo de salud familiar Comunitaria intercultural, la articulación entre medicina tradicional y convencional, apoyo al proyecto desnutrición cero, y apoyo en redes sociales, y apoyo en Información educación y comunicación
- vii) El proyecto participa en los comités técnicos mensuales de los jefes médicos creados para dirigir todo el sistema de salud de la Red Ocurí.
- viii) Se han firmado convenios de cooperación financiera con el SEDES, Gerencia de la red de Salud que permitan su fortalecimiento institucional.
- ix) Se cuenta con un plan de organización del nivel hospitalario que define el papel de los establecimientos de salud y las tareas del personal de salud.
- x) Se ha diseñado el plan de ampliación de cobertura.
- xi) Se ha fortalecido a los líderes sindicales y de Ayllus, líderes campesinos mediante la socialización en el modelo Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y su forma de implementación.
- xii) Se capacitó en el modelo SAFCI y su forma de implementación al 100 % del personal de salud de toda la Red Ocurí.
- xiii) Se han organizado y conformado las Autoridades Locales de Salud (ALS), de la misma manera se encuentra en proceso de conformación de los Comités Locales de salud (CLS) en los 4 municipios.
- xiv) Se cuenta con las autoridades de Consejos de Médicos Tradicionales y parteras por municipio y en proceso en centros o puestos de salud.
- xv) Se cuenta con un Plan de Articulación de los dos sistemas médicos: medicina tradicional y convencional.
- xvi) Se cuenta con las autoridades de Consejos de Médicos Tradicionales y parteras por municipio y en proceso en centros o puestos de salud.

2 APRECIACIÓN GLOBAL

Dentro del análisis del contexto de la región se tiene las siguientes apreciaciones:

A nivel de la región:

Se ha notado claramente un despertar de todas las organizaciones comunitarias tanto de varones como de mujeres frente a la participación activa en todos los asuntos del desarrollo económico y social. Con el apoyo del IPTK se ha implementado una estrategia de control social a los proyectos de la mancomunidad Chayanta.

A nivel institucional:

A lo largo del año se tiene cambios en los ejecutivos de los gobiernos municipales además de una inestabilidad funcionaria de los alcaldes en forma continua.

Por otro lado en el sistema de salud se tuvo una alarmante rotación de los responsables de salud, se tuvo 4 Gerentes de Red de salud, 4 Directores del SEDES Potosí, Cambios periódicos en los jefes médicos de municipio y en los médicos de área. Esta situación no deja avanzar en las acciones de intervención del proyecto ni el proceso de fortalecimiento al sistema de salud de la red Ocuri.

Sin embargo no todo es negativo, ya que se ha procedido a institucionalizar dos de los cuatro cargos existentes para las jefaturas de salud del municipio de Ravelo y de Pocoata, aun faltan hacerlo con el municipio de Colquechaca, Ocuri y también con la Gerencia de Red.

A nivel del proyecto mismo:

En febrero del año 2007 se aprobó el POA de la gestión, documento que fue trabajado de manera concertada y participativa con los representantes del SEDES, Alcaldías, Subalcades, dirigentes sindicales y representantes de las comunidades de los cuatro municipios.

El Comité Director aprobó importantes ajustes a las actividades de los 4 componentes establecidos en el DTF, propuestos por la Codirección, estos cambios ya están reflejados en el informe anual. Básicamente se realizaron modificaciones al presupuesto de infraestructura de salud y de las actividades del resultado 4 con el objetivo de establecer una nueva estructura de actividades de Promoción de salud, considerando para ello las políticas públicas de salud establecidas por el gobierno nacional referidas a:

- Gestión Participativa para las organizaciones comunitarias
- Interculturalidad
- Desnutrición cero
- Información, Educación y Comunicación
- Conformación de los responsables populares de Salud

Al igual que en la gestión 2006, el proyecto ha enfrentado en los distintos niveles institucionales, dificultades para cumplir con los resultados definidos en el POA, ya que la apropiación del proyecto es todavía débil por el insuficiente involucramiento de los responsables del sector (SEDES), debilidades en la gerencia de Red y las organizaciones comunales.

A principios de gestión todas las estrategias del proyecto se ha alineado a las políticas de salud del nuevo gobierno nacional lo que le permite garantizar el logro de sus objetivos y el concurso de todos los actores institucionales y sociales de las regiones de intervención del proyecto.

En la gestión 2007 se ha tenido importantes acercamientos con las organizaciones comunitarias que son parte de la demanda, con los cuales se ha iniciado la implementación de la actual política de salud, específicamente del nuevo modelo de salud familiar comunitaria intercultural.

Sin embargo a fines del mes de octubre hubo un cambio institucional muy importante, tal es la destitución de los dos directores del proyecto como consecuencia de la auditoría de la Corte de Cuentas de Bélgica. Esto afectó de gran manera en el ritmo de trabajo del proyecto, estancándose inmediatamente todas las acciones emprendidas en la gestión 2007

3. BALANCE DE LA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN 2007

3.1 Una apreciación global de las actividades ejecutadas

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POA 2007

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES	MODO	PROGRAMADO/EJECUTADO												% de ejecución	
		ENE	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic		
Res. 1	La prestación de los servicios de salud adecuada a las demandas de la población														
Act. 1.1	Desarrollar un sistema adecuado de administración de recursos humanos	COGEST1													
1.1.1	Apoyo técnico al SEDES de Potosí y a los cuatro DILOS	COGEST													80
1.1.2	Capacitación y formación continua del personal	COGEST													80
1.1.3	Institucionalización de los Recursos Humanos	COGEST													30
Act. 1.2	Optimizar el uso de los recursos materiales	COGEST1													
1.2.1	Equipamiento de la Gerencia de la Red Municipal de Salud	COGEST													100
1.2.2	Equipamiento de los establecimientos de salud	COGEST													80
1.2.3	Equipamiento de comunicación	COGEST													0
1.2.4	Fondos rotativos de medicamentos	COGEST													0
1.2.5	Movilidades	COGEST													100
1.2.6	Mantenimiento de las movilidades con estrategia de salida	COGEST													100
1.2.7	Aplicación del Sistema de información administrativa-financiera (SIAF)	COGEST													0
Act. 1.3	Implementar y mejorar el modelo de atención vigente	COGEST1													
1.3.1	Evaluación del SUMI, de los otros seguros y de los programas	COGEST													0
1.3.2	Establecimiento de un sistema de abastecimiento de medicamentos y suministros	COGEST													0
1.3.3	Fortalecimiento de SNIS a través de Comités de Análisis de Información (CAI)	COGEST													100
1.3.4	Establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia	COGEST													50
1.3.5	Plan de funcionalidad del hospital	COGEST													0
1.3.6	Supervisión integral	COGEST													0
Act. 1.4	Implementar y ejecutar un sistema de becas	REGIE													
1.4.1	Programa de becas locales, regionales e internacionales	ADMDIR													10

Res. 2 La accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para la población															
Act. 2.1	Ampliar la red de vías de acceso	COGEST1													
2.1.1	Estudio de las necesidades de apertura y mejoramiento de vías + Propuestas	COGEST													100
2.1.2	Apoyo a la gestión de los procesos de inversión de los municipios + comunidades	COGEST													0
Act. 2.2	Ampliar y mejorar la red de infraestructuras de salud	COGEST1													
2.2.1	Adoptar un PLAN DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA	COGEST													100
2.2.2	Inserción de los volúmenes de intervención en los POA	COGEST													0
2.2.3	Adecuaciones y refacciones de la infraestructura de salud	COGEST													15
2.2.4	Construcción de nueva infraestructura de salud	COGEST													0
2.2.5	Convenios y acuerdos con las comunidades para construcciones civiles	COGEST													0
Act. 2.3	Desarrollar una red de equipos móviles en cada municipio	COGEST1													
2.3.1	Creación de una red de equipos móviles	COGEST													0
2.3.2	Apoyo al funcionamiento de los equipos móviles	COGEST													0
Act. 2.4	Disminuir las barreras a la aceptabilidad del servicio para la población	COGEST1													
2.4.1	Investigación acción sobre los obstáculos administrativos, la cultura organizacional y la calidad	COGEST													
2.4.2	Investigación de formas alternativas de seguro social	COGEST													
2.4.3	Investigación de formas de pago por trueque	COGEST													
2.4.4	Investigación acción sobre fondos solidarios comunitarios	COGEST													
Res. 3 La gestión participativa en salud implementada															
Act. 3.1	Profundizar la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST1													
3.1.1	Apoyo a la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST													100
3.1.2	Capacitación en planificación, organización, dirección y seguimiento	COGEST													0
Act. 3.2	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel provincial	COGEST1													
3.2.1	Gastos de funcionamiento de la Red de salud	COGEST													100
3.2.2	Fortalecimiento institucional del SEDES Potosí	COGEST													100
3.2.3	Fortalecimiento institucional de la Mancomunidad: equipamiento	COGEST													100
3.2.4	Fortalecimiento institucional de la Mancomunidad: capacitación	COGEST													100
3.2.5	Coordinación entre agencias de cooperación a nivel provincial	COGEST													0
3.2.6	Construcción de un Centro de capacitación y oficinas para la Mancomunidad	COGEST													0
Act. 3.3	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1													
3.3.1	Fortalecimiento institucional de los DILOS : capacitación y apoyo logístico	COGEST													0
3.3.2	Coordinación entre las agencias de cooperación a nivel municipal	COGEST													0
Act. 3.4	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1	56.349	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cabe aclarar que los encargados directos de la ejecución de las actividades de los componentes 1, 2 y 3 eran los mismos Codirectores del proyecto, es decir no existía un personal técnico para realizar estos labores.

3.2. Un análisis de la planificación de actividades

Respecto al POA 2006, el POA 2007 refleja un reordenamiento del proyecto y alineamiento en el 100% con las políticas nacionales del gobierno, esta nueva característica le permite garantizar de mejor manera el logro de los resultados debido a que ingresan como ejecutores directos los mismos beneficiarios del proyecto. Esta reorientación ya no le permite ser al proyecto un cuerpo extraño sino ser parte misma de los actores institucionales y sociales.

Explicación de posibles divergencias

Respecto a la institucionalización de los recursos humanos, no fue posible que el SEDES potosí lo haga, debido a que no depende del proyecto la decisión de hacerlo y solo depende de factores políticos. Solo se institucionalizaron dos jefaturas medica (Pocoata y Ravelo, sin embargo faltan Colquechaca, Ocuri y la Gerencia de Red). Por tales motivos no se pudieron conceder las becas al recurso humano de salud.

No se avanzo en fondos rotativos de medicamentos debido a que PROHISABA con financiamiento de la Unión Europea, ha ingresado en la región con asistencia técnica y donación de medicamentos para cada puesto de salud. Sin embargo los diagnósticos no hicieron por falta de **tiempo de la codirección por ser ellos mismos los que tenían que realizar esta actividad**

No se tuvo avances en la implementación del SIAF(Sistema Informático de Administración Financiera) debido a la existencia de problemas de los derechos de autor que la prefectura del Departamento de Potosí viene reclamando, por lo cual aun es un problema no resuelto.

No fue necesario ejecutar la evaluación del SUMI debido a que este seguro será cambiado por el gobierno Nacional a otro de mayor alcance.

Debido a que la carga de trabajo en el proyecto es excesiva no fue posible diseñar un sistema completo de sistema de referencia y contrarreferencia, solo se diseño las estrategias de evacuación de enfermos a los sitios de referencia mas adecuados en el País.

El plan de funcionalidad del hospital de segundo nivel no se realizo debido a que el SEDES decidió no implementar este nivel hospitalario en toda la Red Ocuri.

No se pudo ejecutar el presupuesto destinado para la refacción y construcción de infraestructura de salud, debido a los siguientes factores en orden de importancia: 1) Incumplimiento de la concesión de terrenos por parte de salud, el municipio y las comunidades, 2) Excesivo costo de la infraestructura de salud, 3) La falta de cumplimiento del contrato de la Empresa ACI que realizo el diseño final.

Dentro del plan de promoción (R.4) específicamente el nuevo modelo de salud familiar y comunitaria, por antagonismos entre organizaciones de Ayllus originarios y Sindicales no se pudo realizar eventos conjuntos.

No se diseñó el Plan de articulación debido a que el estudio de campo aun no esta concluido. No se pudo realizar la línea de base debido a que ninguna empresa se presento a la convocatoria nacional realizada. Esto es realizaran la siguiente gestión 2008.

Principales razones de divergencias

Las principales divergencias provienen de los siguientes factores, múltiples actores institucionales que intervienen en la ejecución del proyecto como ser personal de salud, dirigentes comunitarios, y alcaldía municipal. La alta rotación del personal responsable de la red.

Otro factor que influyo es la escasez de personal altamente calificado para los cargos de comunicador social, nutricionista y técnico que maneje las redes sociales.

La excesiva burocracia de pasar las solicitudes de contratación de personal por los ordenadores y los miembros del Comité Director alarga los tiempos de tal manera que paraliza la ejecución de cualquier actividad de 1 a 3 meses(en la contratación del responsable de aspectos preventivos de la malnutrición tardo mas de tres meses por que la prefectura se oponía a la contratación de dicho profesional).

Incidencia

El escaso recurso humano y la ingobernabilidad del sistema de salud por motivos políticos, puede poner en riesgo el alcance de los resultados así como la excesiva carga de trabajo del sistema de salud que no tienen el tiempo suficiente para implementar las nuevas políticas de salud.

Por tales motivos se recomienda incidir aun más en la coordinación con el Ministerio de salud, el SEDES Potosí y la Gerencia de Red para garantizar el logro de los resultados.

4. BALANCE FINANCIERO

4.1. Resumen de los gastos con relación a la planificación financiera

Ejecución Presupuestaria según modalidad de gestión

MODO	2007	2007	%
	Programado s/POA Aprobado Euros	Realizado Euros	Ejecución
COGEST	1.291.649	421.674	33
ADMDIR	132.650	89.542	68
TOTAL	1.424.299	537.217	36

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES	MODOS	PRESUPUESTO TOTAL	EJECUCION 2005	EJECUCION 2006	Presupuesto 2007	Ejecución 2007				EJECUCION 2007	ACUMULADO AL 2007	SALDO PRESUPUESTO	% EJECUCION TOTAL	% EJECUCION 2007
		EUR	EUR	EUR	EUR	Q1	Q2	Q3	Q4	EUR	EUR	EUR		
Res. 1	La prestación de los servicios de salud adecuada a las demandas de la población	2.147.742	0	7.390	527.199	32.081	10.354	44.549	89.639	176.623	184.013	1.963.729	9%	34%
Act. 1.1	Desarrollar un sistema adecuado de administración de recursos humanos	141.221	0	2.421	34.700	9.471	1.253			10.724	13.145	128.076	9%	31%
Act. 1.2	Optimizar el uso de los recursos materiales	1.388.553	0	4.969	439.449	22.610	8.915	43.623	88.849	163.997	168.966	1.219.587	12%	37%
Act. 1.3	Implementar y mejorar el modelo de atención vigente	120.800	0	0	30.800		186	926	790	1.902	1.902	118.898	2%	6%
Act. 1.4	Implementar y ejecutar un sistema de becas	497.168	0	0	22.250					0	0	497.168	0%	0%
Res. 2	La accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para la población aseguradas	1.593.308	0	173.840	404.800	5.278	13.360	3.753	12.591	34.982	208.822	1.384.486	13%	9%
Act. 2.1	Ampliar la red de vías de acceso	70.600	0	0	10.600	23				23	23	70.577	0%	0%
Act. 2.2	Ampliar y mejorar la red de infraestructuras de salud	1.307.472	0	0	385.800	527	13.250	3.753	12.591	30.121	30.121	1.277.351	2%	8%
Act. 2.3	Desarrollar una red de equipos móviles en cada municipio	212.236	0	173.840	8.400	4.728	110			4.838	178.678	33.558	84%	58%
Act. 2.4	Disminuir las barreras a la aceptabilidad del servicio para la población	3.000	0	0	0					0	0	3.000	0%	0%
Res. 3	La gestión participativa en salud implementada	153.706	0	2.956	101.250	852	619	3.468	1.478	6.417	9.373	144.333	6%	6%
Act. 3.1	Profundizar la planificación estratégica y operativa en salud	5.900	0	0	1.400					0	0	5.900	0%	0%
Act. 3.2	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel provincial	129.606	0	2.956	96.650	852	396	3.468	1.478	6.194	9.150	120.456	7%	6%
Act. 3.3	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	18.200	0	0	3.200		223			223	223	17.977	1%	7%
Act. 3.4	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	0	0	0	0					0	0	0	0%	0%
Res. 4	La participación de la población fortalecida en el cuidado de su salud (Promoción de la salud)	230.200	0	0	56.650	9	1.985	2.953	12.405	17.352	17.352	212.848	8%	31%
Act. 4.1	GESTIÓN COMUNITARIA: Incrementar las oportunidades de gestión participativa para las organizaciones de los líderes	32.550	0	0	8.550		685	637	1.074	2.396	2.396	30.154	7%	28%
Act. 4.2	INTERCULTURALIDAD: Lograr articulación y complementación entre sistemas de salud en el primer nivel de atención	14.250	0	0	3.750		984	962	614	2.560	2.560	11.690	18%	68%
Act. 4.3	NUTRICIÓN: Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de la población	90.200	0	0	22.550	9	316	1.354	10.676	12.355	12.355	77.845	14%	55%
Act. 4.4	IEC: Dotar a los actores con herramientas adecuadas en Información Educación Comunicación	75.200	0	0	18.800				5	5	5	75.195	0%	0%
Act. 4.5	RESPONSABLES POPULARES DE SALUD: Conformar una red de RPS	18.000	0	0	3.000				36	36	36	17.964	0%	1%
Act. 4.6	RESPONSABLES POPULARES DE SALUD: Conformar una red de RPS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%
Res. 5	Gestión eficiente y transparente de los recursos generales del proyecto plenamente asegurada	1.710.896	20.576	341.226	334.400	52.093	85.964	77.477	86.305	275.840	637.643	1.073.253	37%	82%
Act. 5.1	Administrar el proyecto	1.020.864	0	235.843	200.000	25.508	54.059	52.246	54.485	186.298	422.141	598.723	41%	93%
Act. 5.2	Realizar la coordinación y el seguimiento del proyecto	16.400	0	0	4.400					0	0	16.400	0%	0%
Act. 5.3	Evaluar el proyecto	10.000	0	0	0		1.267			1.267	1.267	8.733	13%	100%
Act. 5.4	Sistematizar las experiencias del proyecto	4.000	0	0	0					0	0	4.000	0%	0%
Act. 5.5	Brindar una asistencia técnica	560.632	20.576	105.383	106.000	26.585	30.638	25.231	31.820	88.275	214.235	346.397	38%	83%
Act. 5.6	Organizar el apoyo técnico por consultorías	99.000	0	0	24.000					0	0	99.000	0%	0%
TOTAL 2007		5.835.852	20.576	525.413	1.424.299	90.313	112.282	132.200	202.418	511.214	1.057.203	4.778.649	18%	36%

4.2. Análisis de la Programación Financiera

Evaluación de la planificación financiera por trimestre y resultado según Q4 2006

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES		Q1 2007 Programado Euros	Q2 2007 Programado Euros	Q3 2007 Programado Euros	Q4 2007 Programado Euros	2007 Programado Euros	
Res. 1	La prestación de los servicios de salud adecuada a las demandas de la población	Programado	116.500	148.500	123.200	117.000	505.200
		Ejecutado	32.080	10.354	44.549	89.638	176.622
		% Ejecución	28	7	36	77	35
Res. 2	La accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para la población aseguradas	Programado	7.000	85.000	83.000	65.000	240.000
		Ejecutado	5.279	13.360	3.753	12.591	34.983
		% Ejecución	75	16	5	19	15
Res. 3	La gestión participativa en salud implementada	Programado	5.000	30.000	29.000	32.000	96.000
		Ejecutado	852	620	3.468	1.478	6.416
		% Ejecución	17	2	12	5	7
Res. 4	La participación de la población fortalecida en el cuidado de su salud (Promoción de la salud)	Programado	6.650	55.000	49.000	44.000	154.650
		Ejecutado	9	1.985	2.952	12.405	17.353
		% Ejecución	0	4	6	28	11
Res. 5	Gestión eficiente y transparente de los recursos generales del proyecto plenamente asegurada	Programado	88.900	90.300	82.000	84.000	345.200
		Ejecutado	52.095	85.965	77.477	86.305	275.841
		% Ejecución	59	95	94	103	87
Totales		Programado	224.050	408.800	366.200	342.000	1.341.050
		Ejecutado	90.314	112.284	132.199	202.418	511.215
		% Ejecución	40	27	36	59	40

La tasa de realización del Proyecto Chayanta Salud durante la gestión 2007 ha sido de 40% respecto a la planificación financiera del Q4 realizada en el último trimestre de la gestión 2006, este porcentaje de ejecución revela que el Proyecto se encuentra calificado en alto riesgo (high risk) de acuerdo a la siguiente escala de valoración financiera establecida por la Cooperación Técnica Belga.

Cuando la relación entre los gastos y la planificación	El riesgo es entonces
se sitúa entre 80% y 130%....	bajo (low risk)
se sitúa entre 60% y 80%....	medio (medium risk)
inferior al 60% o superior a 130%	alto (high risk)

A nivel de cada uno de los resultados que conforman la estructura del presupuesto del Proyecto, el resultado 5 que corresponde a la gestión eficiente y transparente de los recursos, es el único resultado que ha registrado buena ejecución presupuestaria (87%) que individualmente sería catalogado como bajo riesgo (low risk), las previsiones presupuestarias para cubrir los costos fijos del Proyecto como ser salarios y funcionamiento, normalmente tienden a ejecutarse de acuerdo a la programación.

Sin embargo la ejecución financiera que reflejan los resultados 1, 2, 3 y 4 del marco lógico es muy bajo que en conjunto no pasa del 35%, los bajos niveles de ejecución del presupuesto en estos componentes del Proyecto se deben a sobredimensionamientos registrados en la planificación inicial del Q4 – 2006 y por supuesto también a actividades no realizadas en la gestión 2007.

Fondos REGIE

Los componentes financiados con fondos REGIE administrados directamente por el financiador, de manera general presenta una tasa de ejecución de 53% respecto a la programación del Q4 – 2006, lo cual también sitúa al Proyecto en alto riesgo con respecto a este financiamiento.

Se advierte que la actividad registrada bajo el código 5.5 “brindar asistencia técnica” dentro el Resultado de gestión eficiente y transparente de los recursos del proyecto, es la única actividad que registró una ejecución del 106%, mientras que en el resto de actividades programadas con esta línea de financiamiento la ejecución fue muy baja, quedando las siguientes actividades i) implementar y ejecutar un sistema de becas, ii) realizar la coordinación y seguimiento del proyecto, iii) sistematizar las experiencias del proyecto sin ejecución como se muestra a continuación:

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES		MODO	2007 Programación Financiera (según Q4 2006) Euros	2007 Realizado Euros	% Ejecución
Act. 1.4	Implementar y ejecutar un sistema de becas	ADMDIR	50.000	0	0,00
Act. 5.2	Realizar la coordinación y el seguimiento del proyecto	ADMDIR	29.300	0	0,00
Act. 5.3	Evaluar el proyecto	ADMDIR	8.000	1.267	15,84
Act. 5.4	Sistematizar las experiencias del proyecto	ADMDIR	22.000	0	0,00
Act. 5.5	Brindar una asistencia técnica	ADMDIR	108.000	114.275	105,81
TOTALES			217.300	115.543	53,17

Como se verá, la no realización de las actividades mencionadas, es lo que explica la baja ejecución del presupuesto con fondos REGIE en la gestión 2007.

Fondos de Cogestión

El grado de ejecución presupuestaria para los componentes financiados con recursos de COGESTIÓN es mucho más baja que los recursos REGIE, la tasa de realización en esta fuente de financiamiento para la gestión 2007 apenas alcanza a 38% respecto a la planificación financiera que registra el Q4 del 2006, situándole al proyecto en alto riesgo (high risk).

Dentro las actividades que están financiados con esta fuente de financiamiento, el rubro 5.1 que corresponde a la administración del proyecto, registra una tasa de realización de 105%, lo cual demuestra que las previsiones presupuestarias han sido casi exactas mostrándose un pequeño superávit en esta línea presupuestaria que podría haberse generado por algunas compras que corresponden a equipamiento de las oficinas.

La baja tasa de realización de las actividades que han sido financiados con recursos de COGESTIÓN, se explica por varios factores:

La actividad 1.1 referida al desarrollo de recursos humanos, no ha tenido una ejecución como se esperaba, debido a que la sub-actividad de capacitación y formación continua de personal no se ha ejecutado, la demora y falta de definición de la gerencia de red, jefes médicos municipales y del propio SEDES para identificar sus necesidades de capacitación, ha dificultado avanzar en este tema.

La actividad 1.2 optimización del uso de recursos materiales que corresponde al primer resultado del marco lógico, referida a la adquisición de equipamiento para los establecimientos de salud, equipos de comunicación, fondos rotatorios de medicamentos y movilidades, ha sido cumplida parcialmente quedando pendiente los equipos de comunicación y fondos rotativos cuya adquisición por fuerzas mayores ha sido diferida para la gestión 2008, sin embargo la baja ejecución que registra esta línea presupuestaria (40%) está siendo explicada por la no cancelación del equipamiento médico de primer nivel que se comienza a recibir a partir de noviembre y que debido a observaciones de complementación y capacitación el proyecto no llega a cancelar en la gestión 2007.

Otro rubro importante a destacar en la ejecución presupuestaria con fondos de COGESTIÓN sin duda es la actividad 2.2, en la que se presupuestan los estudios de preinversión y la ejecución de construcciones, adecuaciones y rehabilitaciones de establecimientos de salud en la provincia Chayanta, el porcentaje de ejecución en esta línea presupuestaria es de 54% considerada también baja, se debe a que al 31 de

diciembre del 2007, no se ha logrado cancelar la totalidad de los servicios contratados para el estudio a diseño final para el desarrollo de la infraestructura por que el servicio ha tenido mucha demora y dificultades en su ejecución, habiéndose incluso modificado el contrato disminuyendo del monto contratado para la supervisión y fichas ambientales que la empresa en mutuo acuerdo con el Proyecto a desistido realizar dicho trabajo.

Existen varias líneas presupuestarias que no registran ejecución financiera (0%) que corresponden a actividades eminentemente técnicas que no se han cumplido de acuerdo a la programación operativa anual, por otro lado los montos presupuestados en el resultado 4 “la participación de la población fortalecida en el cuidado de su salud”, revela una sobreestimación en el presupuesto según la proyección que se hace en el Q4 de la gestión 2006, por esta razón las líneas presupuestarias que corresponden a este resultado muestran bajos porcentajes de ejecución.

Estos son los factores que explican en gran parte la baja ejecución presupuestaria del Proyecto con recursos de la COGESTIÓN, el siguiente cuadro ilustra la situación ejecución financiera del proyecto con esta fuente de financiamiento.

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES		MODO	2007 Programación Financiera (según Q4 2006) Euros	2007 Realizado Euros	% Ejecución
Act. 1.1	Desarrollar la administración de recursos humanos	COGEST	43.000	10.724	25
Act. 1.2	Optimizar el uso de los recursos materiales	COGEST	405.000	163.996	40
Act. 1.3	Implementar y mejorar el modelo de atención vigente	COGEST	7.200	1.902	26
Act. 2.1	Ampliar la red de vías de acceso	COGEST	82.000	23	0
Act. 2.2	Ampliar y mejorar la red de infraestructuras de salud	COGEST	56.000	30.122	54
Act. 2.3	Desarrollar una red de equipos móviles en cada municipio	COGEST	55.000	4.838	9
Act. 2.4	Disminuir las barreras a la aceptabilidad del servicio	COGEST	47.000	0	0
Act. 3.1	Profundizar la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST	18.000	0	0
Act. 3.2	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel provincial	COGEST	50.000	6.193	12
Act. 3.3	Asegurar la capacidad de gestión de los principales actores	COGEST	14.000	223	0
Act. 3.3	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST	14.000	0	0
Act. 4.1	GESTIÓN COMUNITARIA	COGEST	48.650	2.396	5
Act. 4.2	INTERCULTURALIDAD	COGEST	37.000	2.559	7
Act. 4.3	NUTRICIÓN	COGEST	42.000	12.356	29
Act. 4.4	IEC	COGEST	0	5	0
Act. 4.5	RESPONSABLES POPULARES DE SALUD	COGEST	27.000	37	0
Act. 5.1	Administrar el proyecto	COGEST	177.900	186.299	105
Act. 5.6	Organizar el apoyo técnico por consultorías	COGEST	0	0	0
TOTALES			1.123.750	421.674	38

Ejecución presupuestaria 2005 – 2007

El panorama de ejecución financiera del presupuesto del Proyecto, es todavía más crítico, entre el 2005 y 2007, el Proyecto ha ejecutado el 18,56% del presupuesto asignado para el horizonte del Proyecto, en términos absolutos esto quiere decir que en el lapso de 2 años y fracción se ha ejecutado 1.083.206 euros de los 5.835.852 asignados al proyecto.

Modalidad	Total	2005-2010	%
	Realizado 2005-2007	Total	Ejecución
COGEST	841.704	4.747.652	17,73
ADMDIR	215.502	1.088.200	19,8
TOTAL	1.057.204	5.835.852	17,73

Tanto en COGESTION como en REGIE se registran porcentajes de ejecución muy bajos de 18% para el primer modo y de 20% para el segundo, lo que demuestra que la programación del proyecto está muy rezagada, bajo esta situación que sin duda que el Proyecto necesita ajustar su accionar en el marco del DTF y replantear su estrategia de intervención con medidas y acciones que tiendan a dar celeridad a la ejecución de su programación estratégica y alcanzar su metas y objetivos.

5. MONITOREO DE LOS INDICADORES

5.1. Los indicadores del objetivo específico

Objetivo específico:

Sistema integrado de salud implementado, con niveles de atención primaria y especializada, medicina familiar y comunitaria, educación en salud y apoyo nutricional, accesible a la población de la provincia Chayanta, y que permita a esta población valorar, prevenir y curar su salud

Indicador de O.E:

Sistema integrado de salud implementado

El indicador del objetivo específico es inmedible por lo cual requiere un ajuste en la evaluación de medio termino.

Considerando que aun no se ha realizado la línea de base, sin embargo del análisis del contexto nacional y provincial se concluye que se tiene una muy buena tendencia y evolución de la situación política actual que lleva a facilitar el logro del objetivo específico del proyecto, asimismo contribuye en gran manera el despertar de la población organizada para involucrarse en los asuntos de salud de la población en general.

5.2. Los indicadores de resultado

Todos los resultados y sus indicadores son finales y solo se pueden medir al final del proyecto, por lo cual se tomara los indicadores de gestión que fue aprobado por el comité director junto con el POA 2007.

Resultado 1: La prestación de servicios de salud se ha adecuado a la demanda en salud de la población

Indicador:

“El 90 % de establecimientos y prestadores de servicio de la Red Municipal de Salud implementan adecuadamente y con enfoque de genero, todos los programas de salud de acuerdo a su nivel de resolución haciendo uso racional de los recursos disponibles. Coberturas de prestación de servicios”

Resultados logrados:

- ✓ Apoyo técnico al SEDES Potosí y Jefaturas de municipio.
- ✓ Capacitaciones al personal de salud.
- ✓ Institucionalización de dos de los 4 jefes médicos
- ✓ Equipamiento a la gerencia de red Ocurrí
- ✓ Equipamiento a los servicios de salud de toda la provincia.
- ✓ Vehículos adquiridos y entregados

- ✓ Apoyo económico al mantenimiento a los vehículos de salud.
- ✓ Fortalecimiento de SNIS a través de Comités de Análisis de Información (CAI).
- ✓ Se elaboró un plan de evacuación de pacientes elaborado.
- ✓ Solo se becó al administrador del SEDES, a nadie más.

R2: La accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud para la población aseguradas.

Indicador:

“El 80 % de la población acepta y accede a los servicios de salud. Tiempo de acceso desde la comunidad hasta el establecimiento de salud más cercano, reducido en 50%, en relación al tiempo al inicio del proyecto.”

Resultados logrados:

- ✓ Se recogió la demanda comunitaria para mejorar sus vías de acceso caminero.
- ✓ Se elaboró el PLAN DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA.
- ✓ Se concluyó el diseño final de 53 obras de salud, tanto en ampliaciones como en construcciones nuevas.

R3: El sistema de salud ha implementado un modelo de gestión participativa con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

Indicador:

“Las decisiones de gestión son tomadas con la participación de todos los actores involucrados y la incorporación de las perspectivas y demandas de hombres y mujeres.”

Resultados logrados:

- ✓ Se dio apoyo a la planificación operativa de la red de salud.
- ✓ Se dio apoyo financiero y técnico al equipo de la gerencia de red Ocuri.
- ✓ Se dio apoyo económico al SEDES en sus actividades de seguimiento y de planificación con la red Ocuri.
- ✓ Se adquirió equipamiento para la mancomunidad Chayanta.
- ✓ Se concedió apoyo económico para la capacitación de un personal de la mancomunidad.

R4: La participación de la población fortalecida en el cuidado de su salud

Indicador:

“El 70% de la población conoce sus derechos y obligaciones en salud”

Resultados logrados:

Modelo de salud familiar Comunitaria Intercultural

- ✓ Se ha planificado 31 reuniones taller con los líderes sindicales y de Ayllus, de los cuales se logro realizar 28 talleres, con un número de 1573 líderes campesinos socializados en el modelo SAFCI y la forma de conformar la estructura comunitaria en salud.
- ✓ El costo total de todos estos talleres es de 13.989 Bs. Con un costo unitario de 8.9 Bs por persona.
- ✓ De todo este trabajo se logró los siguientes resultados: 153 comunidades organizadas con Autoridades Locales de Salud (ALS) que equivale a un 83% de lo programado y 10 Sectores organizados con Comités Locales de salud (CLS.) que equivale a un 62.5 % de lo programado (16 sectores priorizados).
- ✓ El costo unitario por comunidad organizada es de 91.4 Bolivianos. En estos gastos no se considera el combustible para transporte y las fotocopias para los líderes.

- ✓ Se procedió a la Inauguración de la gestión compartida en el Puesto de Salud de Chuafaya, Municipio de Colquechaca.
- ✓ Se diseñó una guía práctica de funcionamiento en base a una guía del ministerio de salud. A la fecha falta diseñar un sistema de seguimiento para la gestión compartida, el cual se la realizara en la gestión 2008.
- ✓ Se capacitó en el modelo SAFCI y su forma de implementación del mismo al 100 % del personal de salud de toda la Red Ocuri. Esto se realizó, aprovechando que cada 1 y 2 del mes el personal de salud entrega informes, por lo cual los costos del taller se redujeron al mínimo posible. Resultado: 116 personas capacitadas con un costo de 794.5 Bs. Y un costo unitario de 6,85 Bs por persona.

Articulación entre la medicina académica y la medicina tradicional

- ✓ 4 estructuras básicas organizadas a nivel municipal: Pocoata, Ocurí, Colquechaca, Ravelo.
- ✓ 8 subestructuras básicas organizadas a nivel local o puesto de salud: uno en Ravelo, 5 en Colquechaca y 2 en Ocurí.
- ✓ Se cuenta con la nómina de autoridades de Consejos de Médicos Tradicionales y Parteras por municipio y sector organizado.
- ✓ Lista (parcial) de médicos tradicionales y parteras por municipio
- ✓ Descripción de los modos de organización de médicos tradicionales existentes en Bolivia y/o en la provincia chayanta.
- ✓ Identificación de las instituciones que puedan asegurar una certificación a médicos tradicionales
- ✓ Protocolo de investigación diseñado.
- ✓ Resumen de investigación bibliográfica: *Modelos teóricos sobre articulación de la medicina convencional y tradicional.*
- ✓ 6 fichas técnicas sistematizadas sobre experiencias de salud intercultural.
- ✓ 12 entrevistas a informantes claves realizadas
- ✓ 5 entrevistas a grupos focales realizadas.
- ✓ 21 entrevistas individuales transcritas, de las cuales 4 son de informantes claves.
- ✓ Estudio de campo concluido.
- ✓ 4 talleres de ínter aprendizaje en temas de medicina tradicional, primeros auxilios y atención de parto sin riesgo: Maragua, Ocurí, Pocoata, brindados al menos a 190 participantes, entre médicos tradicionales, parteras y personal de salud.
- ✓ Una propuesta base de articulación elaborada en base a las fuentes secundarias.

Nutrición

- ✓ Una Unidad Nutricional Integral completamente equipada en colquechaca, se tiene avances importantes tal que el SEDES ya contrató a una Nutricionista y a una Licenciada de enfermería. Salud ya destinó 4 ambientes para la infraestructura de la UNI,
- ✓ La UNI de colquechaca ya está inaugurada con la presencia de la ministra de salud. El municipio de Ocuri ya tiene implementada la primera UNI en Bolivia con apoyo del FHI Para el funcionamiento de las UNIs ya se tiene elaborado el plan de intervención contextualizado a la región.
- ✓ Respecto al material educativo y comunicacional se tiene seleccionado y listo para ser reproducido, está en proceso administrativo de contratación.
- ✓ Se tiene conformado el Consejo Municipal de Alimentación y Nutrición en dos municipios Ocurí y Colquechaca; en el primero ha coadyuvado también en su conformación el FHI y el COMAN de Colquechaca se ha conformado; sin embargo falta la posesión de los miembros; el COMAN de Ravelo y Pocoata está en proceso; se coordinará en aspectos técnicos del área en la mancomunidad de los cuatro municipios de Chayanta y se elaboró un protocolo de funcionamiento del COMAN; se dará aplicabilidad al mismo.
- ✓ Ya se tiene preparado el DBC para la línea de base del componente de nutrición.

- ✓ Se inicia una investigación operativa en los servicios de salud para definir una estrategia de seguimiento efectivo del niño sano y su posterior tratamiento.
- ✓ ya se tiene capacitado en AIEPI NUT al 100% personal de Salud de 3 municipios (Pocoata y Ocurí con apoyo del PCHS) y Ravelo con Plan Internacional.
- ✓ Esta en proceso de adquisición el equipo de antropometría (balanzas y tallímetros), se implementan 100 equipos de antropometría a nivel de toda la red Ocurí para mejorar la calidad en la toma de medidas antropométricas como parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológico Nutricional.
- ✓ Se ha elaborado un Plan de Implementación de Cocinas Solares como parte de la estrategia de actividades que contribuyan a la S.A.N, en relación a la metodología Desvío Positivo en base a experiencias llevadas por otros proyectos se realizará una investigación operativa para rescatar conductas de E.C.C.

Información, comunicación y educación

- ✓ Estudio Exploratorio Concluido
- ✓ Estrategia de Información Educación y comunicación para la Red de Salud Ocuri Concluido
- ✓ Se inicia el apoyo técnico y el diseño de la guía de funcionamiento de la gestión compartida.

Redes sociales

- ✓ Se realizó un diagnostico sobre la situación de los promotores de salud
- ✓ Elaboración de estrategia para formación y capacitación de RPS y grupos de mujeres.

R5: Gestión eficiente, y transparente del Proyecto asegurada

Indicador:

“El 90% de los recursos invertidos son ejecutados con criterios de eficiencia y transparencia”

Porcentaje de ejecución física y financiera de las actividades del POA 2007:

Los porcentajes de ejecución física se obtuvieron en base a cada uno de los indicadores de actividad aprobada en el POA 2007.

Resultados	% Ejecución física	% Ejecución financiera
R1	50	34
R2	35	9
R3	50	6
R4	42	31
R5	74	82
TOTAL	50.2	36.0

Quando la relación entre ejecución y proyección se encuentra entre...	...entonces el riesgo es
entre 70% y 100%	bajo
entre 50% y 70%	medio
entre 0% y 50%	alto

En todas las actividades de los resultados 1 al 5 el porcentaje de ejecución física y financiera esta entre 0% y 50% por lo tanto el riesgo de NO ser alcanzados los indicadores del proyecto es alto. Sin embargo se puede alcanzar todas las nuevas actividades programadas en el POA 2007 en las siguientes gestiones.

Actividades NO cumplidas en el resultado 1:

- 1.1.3 Institucionalización de los Recursos Humanos: Se estima ser alcanzado solo en un 50%
- 1.2.3 Equipamiento de comunicación: Se alcanzara en un 100% en la gestión 2008 y 2009 según las construcciones progresen.
- 1.2.4 Fondos rotativos de medicamentos: No se concederá a todos los servicios de salud solo a los nuevos.
- 1.2.7 Aplicación del Sistema de información administrativa-financiera (SIAF): Hay posibilidad de que en la gestión 2008, se solucione los problemas de derechos de autor, en ese caso se implementara el SIAF en la gestión 2008 y 2009.
- 1.3.1 Evaluación del SUMI, de los otros seguros y de los programas: Ya no se cumplirá con esta actividad debido a que el SUMI se cambiara por SU-Salud.
- 1.3.2 Establecimiento de un sistema de abastecimiento de medicamentos y suministros: en la gestión 2008 y 2009 se apoyara en sistema SNUS.
- 1.3.4 Establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia: En la gestión 2008 se diseñara el sistema y se implementara en la misma gestión.
- 1.4.1 Programa de becas locales, regionales e internacionales: Se becaran en la gestión 2008 al personal profesional que esta institucionalizado y al 50% de los auxiliares de enfermería. En la gestión 2009 se completaran las becas.

Actividades NO cumplidas en el resultado 2:

- 2.1.2 Apoyo a la gestión de los procesos de inversión de los municipios + comunidades: No es necesario realizar esta actividad.
- 2.2.3 Adecuaciones y refacciones de la infraestructura de salud: Se ejecutaran en las gestiones 2008, 2009 y 2010.
- 2.2.4 Construcción de nueva infraestructura de salud: Se ejecutaran en las gestiones 2008, 2009 y 2010.
- 2.2.5 Convenios y acuerdos con las comunidades para construcciones civiles: Se la aplicara en la implementación del modelo de gestión compartida del SAFCI
- 2.3.1 Creación de una red de equipos móviles: No ameritan realizar estas acciones por el fracaso de otras experiencias similares.
- 2.3.2 Apoyo al funcionamiento de los equipos móviles: Ya no se realizará.

Actividades NO cumplidas en el resultado 3:

- 3.1.2 Capacitación en planificación, organización, dirección y seguimiento: Se realizara en la gestión 2008.
- 3.2.5 Coordinación entre agencias de cooperación a nivel provincial: Ya no se brindara este apoyo por ser innecesario, ya que es atribución de la gerencia de Red.
- 3.2.6 Construcción de un Centro de capacitación y oficinas para la Mancomunidad: Se realizará si cuenta con la autorización de la CTB.
- 3.3.1 Fortalecimiento institucional de los DILOS: capacitación y apoyo logístico: Se realizara en la gestión 2008 y 2009.
- 3.3.2 Coordinación entre las agencias de cooperación a nivel municipal: No es necesario realizar esta actividad, ya que la mesa intersectorial asume esta responsabilidad con apoyo del proyecto.

Actividades NO cumplidas en el resultado 4:

- 4.1.4 Generar eventos de coordinación entre organizaciones de ayllus, sindicales, etc.: Esto se realizaran en la gestión 2008.
- 4.2.4 Diseñar e implementar la propuesta de articulación entre los sistemas de salud: La propuesta se implementara a partir de la gestión 2008.
- 4.3.3 Implementar actividades que contribuyan a la seguridad alimentaria: En esta actividad solo se realizaran un ensayo para generar estrategias de cambio de comportamiento en al campo de conductas alimentarias, no se realizaran otras actividades.
- 4.4.1 Realizar una línea de base en promoción de la salud: La línea de base de volverá a publicar en la gestión 2008 debido a que aun no se ha tenido avances significativos en la implementación del proyecto desnutrición cero y en el resto del proyecto.

4.4.4 Diseñar e implementar planes de IEC de la salud en los municipios: Estas estrategias se diseñaran en la gestión 2008 y se implementaran en la gestión 2009.

4.5.2 Capacitar a los RPS en función a la redefinición de su papel: Estas actividades se realizaran a partir de la gestión 2008.

4.5.3 Dotar a los RPS con equipamiento e insumos en función a su papel: se les brindara insumos y equipamiento a partir de la gestión 2008.

4.5.4 Estructurar (organizar, supervisar y valorizar) la red de RPSs de realizaran a partir de la gestión 2008.

Las actividades que no tienen posibilidades de ser cumplidas son las: 1.1.3 - 1.3.1 - 2.1.2 - 2.3.1 - 2.3.2 - 3.2.5 - 3.3.2 . Debido a esto la accesibilidad geográfica y económica no podrá ser mejorada, aunque con la implementación de SU-salud y el control social la accesibilidad económica podrá mejorar en alguna forma. La accesibilidad geográfica es un problema estructural por lo cual no es posible intervenir con éxito por lo tanto se abandonan estas actividades.

6. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE MONITOREO

a. La eficiencia

Respecto a la sincronización para obtener resultados, las actividades no están siendo ejecutadas a tiempo, sino que existe demoras considerables debido a que en la mayoría de los casos la ejecución dependen de terceros, es decir de los mismos beneficiarios que tienen que involucrarse en la solución de sus problemas de salud pública. Estos retrasos afectan el alcance de los resultados de gestión pero no del proyecto.

Hay actividades muy difíciles de resolver como ser el “ampliar las vías de acceso y reducir las barreras económicas a los usuarios”, y como estos son problemas estructurales se han abandonado su ejecución.

En las actividades los recursos son utilizados de una manera óptima, sin embargo esto acarrea algunos problemas como excesiva carga de trabajo tanto en el personal técnico como en las consultoras que realizan el diseño final de las obras de salud.

La calidad de las actividades son buenas cuando los técnicos del proyecto intervienen directamente.

El modelo de organización del proyecto no es tan adecuado debido a que no existe personal técnico que ejecute directamente las actividades de los componentes 1 – 2 y 3, sino que lo hacen directamente los codirectores.

Las actividades se pueden llevar a cabo con más eficacia, si continuamente el personal está incorporado en los equipos de trabajo de los municipios.

Los indicadores de los resultados aun no se pueden medir debido a que no son prácticamente alcanzables en una gestión, solo es posible medir a través de la encuesta de cierre del proyecto.

Las actividades contribuyen a logro del resultado 1 – 3 y 4, no así al logro del resultado 2 debido a que este resultado solo persigue que los servicios de salud sean más accesibles geográfica y económicamente, como esto es un problema estructural es difícil solucionar con actividades pequeñas; sin embargo la adecuación y construcción de los establecimientos de salud contribuye a que los servicios de salud sean más aceptados por los usuarios.

En síntesis el proyecto durante la gestión 2007 ha demostrado una eficiencia baja, por que muchos de los resultados si bien no se cumplieron fue a causa de que dependen de terceros actores, por ejemplo la adecuación y construcción de infraestructura de salud depende de la existencia y dotación de terrenos legalmente establecidos los cuales llegaron recién a fin de año, por lo cual los diseños finales sufrieron gran retraso y por consecuencia existe retraso en la fase de inversión. A estos hechos se adicionan las conclusiones de la auditoría realizada por en los meses de noviembre lo que obligo a la Cooperación Técnica Belga a la destitución del CoDirector Internacional y también al Director Nacional por decisión de la contraparte e implementar un plan de emergencia para dar continuidad a las actividades del proyecto.

b. La eficacia

El nivel de Eficacia se describe de la siguiente manera:

El indicador del objetivo específico NO es medible además es totalmente impreciso

Todos los resultados que se buscan contribuyen al objetivo específico, sin embargo la eficacia del proyecto puede mejorarse a través del involucramiento de los actores institucionales y sociales que son los únicos que deben resolver sus problemas. Para lograr ello tanto el Ministerio de salud, el SEDES Potosí y las máximas autoridades provinciales de las organizaciones comunitarias deben estar totalmente sumergidos en la solución de los problemas planteados.

Existen factores institucionales (salud y los gobiernos municipales) que influyen negativamente para no realizar las acciones en forma conjunta y lograr en forma sostenible el objetivo del proyecto, sin embargo las nuevas políticas de salud favorecen el logro de los objetivos de tal manera que los actores mencionados

no pueden rehuir la responsabilidad de aplicar las políticas de salud que permite una integración total del sistema de salud mas allá de lo contemplado en el documento del DTF.

Todo lo que hace el proyecto responde positivamente a sus problemas aunque no a sus prioridades, debido a que el mismo SEDES y la misma red de salud aun no esta consciente de sus prioridades y se resisten al cambio.

En síntesis la falta de involucramiento efectivo de los actores institucionales como sociales le resta eficacia al proyecto, sin embargo se ha visto vestigios de que las organizaciones comunitarias están despertando y empujando a los otros actores a asumir sus responsabilidades. Por otro lado la excesiva rotación de profesionales administrativos le resta eficacia al proyecto.

c. Sostenibilidad

La evaluación de la sostenibilidad se realiza bajo los siguientes aspectos:

El proyecto ha iniciado procesos de desarrollo en el campo social y organizacional civil y esta siendo integrado localmente en sus planes de trabajo de estas instituciones locales.

El municipio solo participa en el control y seguimiento al proyecto y aun no toma medidas para asumir el proyecto una vez concluido el mismo. Los socios cumplen con sus contrapartes.

En la gestión 2007 aun no se hizo nada acerca de la formación institucional para la institución social. Se ha diseñado un plan de fortalecimiento para la sociedad civil organizada con el fin de involucrarse de forma efectiva en el proceso de desarrollo de sus pueblos originarios.

No siempre se quiere respetar por el municipio y las organizaciones comunitarias el principio de ayuda no reembolsable.

La modalidad de ejecución del proyecto son completamente favorables a la sostenibilidad, esta previsto que los actores sociales e institucionales participen en todas las actividades del proyecto. Y la modalidad de gestión es favorable para la sostenibilidad aunque eso genere más retardo y burocracia.

Para darle mas sostenibilidad al proyecto primeramente el proyecto se alineó a las políticas nacionales y a la realidad local, por lo cual el proyecto se ejecuta en forma compartida con todos los beneficiarios dejando de ser beneficiarios pasivos. Sin embargo con esto se corre el riesgo de no ejecutar el proyecto en su totalidad debido a la excesiva dependencia de terceros (beneficiarios) sin embargo aunque no se tenga un 100% de avance en todas las actividades compartidas serán mas sostenibles que hacerlo en forma independiente.

La excesiva injerencia política e inestabilidad del sistema de salud pone en riesgo la sostenibilidad del proyecto, sin embargo esto es problema estructural nacional donde el proyecto no tiene el control.

En síntesis todo lo que se hace en el proyecto tiene como fin lograr un desarrollo sostenible.

7. MEDIDAS Y RECOMENDACIONES

a. Una síntesis de criterios de evaluación

El proyecto se considera con calificación Código D: Para ser mas eficientes, eficaces y sostenibles es necesario tomar medidas radicales, como ser: Una reorientación del proyecto a partir de la evaluación de medio termino, en la cual se debe definir con precisión el objetivo específico y los resultados esperados de tal manera que no dependan los mismos de los actores institucionales y sociales que son externos al proyecto, sino de la capacidad técnica y administrativa del mismo proyecto; y de la misma manera reajustar los indicadores y estrategias del proyecto.

Una medida que es necesario realizar es reajustar todo el presupuesto del proyecto con el fin de poder cubrir el alto costo que demanda las 53 obras de salud que ya esta en fase de pre inversión. Por otro lado es necesario utilizar los saldos de los fondos regie. Directa) para cubrir las obras de salud; esto requerirá el tramite de notas reversales entre Bolivia y Bélgica. Así también cada gobierno municipal debe contribuir con más contraparte para asegurar la construcción de los muros perimetrales

Otra medida muy útil que va a servir para que el proyecto sea mas eficiente, eficaz y sostenible, es el hecho de convertir al proyecto en un instrumento piloto en Bolivia para ejecutar políticas nuevas con el desarrollo social, de tal manera que responsables nacionales y departamentales estén en estrecha relación con el proyecto y con los actores sociales e institucionales para empujar aun mas al involucramiento activo en la solución de los problemas de salud de la provincia Chayanta.

Otra medida es contratar mas personal técnico que se encargue directamente de: 1) del fortalecimiento a la red de salud que están establecidas en los resultados 1 – 2 y 3, 2) de brindar asistencia técnica en la implementación ion del nuevo modelo de salud familiar y comunitaria intercultural, 3) de apoyar en la fiscalización, asesoramiento al proceso de licitaciones y sistema de información en toda la fase de inversión de las obras de salud.

b. Recomendaciones

Para conseguir que el proyecto sea exitoso se recomienda lo siguiente:

A nivel del DTF:

Modificar toda la estructura del marco lógico del proyecto a través de la evaluación de medio termino; definiendo mejor el objetivo específico, los resultados esperados y los diferentes indicadores.

A nivel operativo:

Suprimir actividades que intentan resolver problemas estructurales como ser acceso vial a los servicios de salud, estrategias para mayor acceso económico de la población en general, red de equipos móviles, institucionalización del recurso humano, supervisión integral, actividades de coordinación entre agencias de cooperación (ya existe otras instancias de coordinación).

Contratar un segundo auxiliar para cada establecimiento de salud con el fin de asegurar la permanencia del servicio a los usuarios, así como contratar otros nueve médicos con el propósito de mejorar la capacidad resolutive y administrativa de toda la red Ocuri.

A nivel financiero:

Modificar el presupuesto de todo el proyecto a través de la aprobación del comité director y de notas reversales entre el gobierno de Bolivia y Bélgica.

A nivel organizativo:

Incremento de personal técnico en el área de salud y en el área de ingeniería.
Adoptar un modelo de gestión más eficiente y rápida.

Mejorar la estructura organizativa de todo el proyecto, de tal manera que no existan instancias de aprobación que generen haciendo perder agilidad en la ejecución del proyecto. Por ejemplo modificación de los integrantes del Comité Director y de sus atribuciones.

A nivel institucional:

Que el Ministerio de salud y el SEDES Potosí, se involucren aun mas en el proceso de ejecución del proyecto, para lo cual es necesario precisar aun mas los convenios de cooperación bilateral.

Que se de mas importancia en el proyecto al fortalecimiento de las organizaciones comunitarias en el proceso de lograr una gestión compartida mas eficiente, a través de la creación de un consejo técnico compartido en salud exclusivamente para el seguimiento de las intervenciones en salud en toda la red Ocuri con el concurso directo del sistema de salud, la cooperación externa y todas la ONGs presentes en la zona de intervención.

8. NUEVA PLANIFICACIÓN (AÑO N+1)

a. Planificación de actividades del año N+1

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES		MODO	PROGRAMADO												
			ENE	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	
Res. 1	La prestación de los servicios de salud adecuada a las demandas de la														
Act. 1.1	Desarrollar un sistema adecuado de administración de recursos humanos	COGEST1													
1.1.1	Apoyo técnico al SEDES de Potosí y a los cuatro DILOS	COGEST													
1.1.2	Capacitación y formación continua del personal	COGEST													
1.1.3	Institucionalización de los Recursos Humanos	COGEST													
Act. 1.2	Optimizar el uso de los recursos materiales	COGEST1													
1.2.1	Equipamiento de la Gerencia de la Red Municipal de Salud	COGEST													
1.2.2	Equipamiento de los establecimientos de salud	COGEST													
1.2.3	Equipamiento de comunicación	COGEST													
1.2.4	Fondos rotativos de medicamentos	COGEST													
1.2.5	Movilidades	COGEST													
1.2.6	Mantenimiento de las movilidades con estrategia de salida	COGEST													
1.2.7	Aplicación del Sistema de información administrativa-financiera (SIAF)	COGEST													
Act. 1.3	Implementar y mejorar el modelo de atención vigente	COGEST1													
1.3.1	Evaluación del SUMI, de los otros seguros y de los programas	COGEST													
1.3.2	Establecimiento de un sistema de abastecimiento de medicamentos y suministro	COGEST													
1.3.3	Fortalecimiento de SNIS a través de Comités de Análisis de Información (CAI)	COGEST													
1.3.4	Establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia	COGEST													
1.3.5	Plan de funcionalidad del hospital	COGEST													
1.3.6	Supervisión integral	COGEST													
1.3.7	Implementación modelo de atención SAFCI														
1.3.8	Permanencia del servicio en el primer nivel de atención														
1.3.9	Reforzamiento de equipos clínicos (medicos) hospitalarios														
1.3.10	Diagnostico d eorganizacion y funcionamiento d ela red y de la situacion social														
1.3.11	Implementacion sist. vigilancia epidemiologica comunitaria y nutricional														
Act. 1.4	Implementar y ejecutar un sistema de becas	REGIE													
1.4.1	Programa de becas locales, regionales e internacionales	ADMDIR													
Res. 2	La accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para la														
Act. 2.1	Ampliar la red de vías de acceso	COGEST1													
2.1.1	Estudio de las necesidades de apertura y mejoramiento de vías + Propuestas	COGEST													
2.1.2	Apoyo a la gestión de los procesos de inversión de los municipios + comunidad	COGEST													
Act. 2.2	Ampliar y mejorar la red de infraestructuras de salud	COGEST1													
2.2.1	Adoptar un PLAN DE AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA	COGEST													
2.2.2	Inserción de los volúmenes de intervención en los POA	COGEST													
2.2.3	Adecuaciones y refacciones de la infraestructura de salud	COGEST													
2.2.4	Construcción de nueva infraestructura de salud	COGEST													
2.2.5	Convenios y acuerdos con las comunidades para construcciones civiles	COGEST													
2.2.6	Construcciones y ampliaciones (2.2.3 y 2.2.4)	COGEST													
Act. 2.3	Desarrollar una red de equipos móviles en cada municipio	COGEST1													
2.3.1	Creación de una red de equipos móviles	COGEST													
2.3.2	Apoyo al funcionamiento de los equipos móviles	COGEST													
Act. 2.4	Disminuir las barreras a la aceptabilidad del servicio para la población	COGEST1													
2.4.1	Investigación acción sobre los obstáculos administrativos, la cultura organizacion	COGEST													
2.4.2	Investigación de formas alternativas de seguro social	COGEST													
2.4.3	Investigación de formas de pago por trueque	COGEST													
2.4.4	Investigación acción sobre fondos solidarios comunitarios	COGEST													
Res. 3	La gestión participativa en salud implementada														
Act. 3.1	Profundizar la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST1													
3.1.1	Apoyo a la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST													
3.1.2	Capacitación en planificación, organización, dirección y seguimiento	COGEST													
Act. 3.2	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel provincial	COGEST1													
3.2.1	Gastos de funcionamiento de la Red de salud	COGEST													
3.2.2	Fortalecimiento institucional del SEDES Potosí	COGEST													
3.2.3	Fortalecimiento institucional de la Mancomunidad: equipamiento	COGEST													
3.2.4	Fortalecimiento institucional de la Mancomunidad: capacitación	COGEST													
3.2.5	Coordinación entre agencias de cooperación a nivel provincial	COGEST													
3.2.6	Construcción de un Centro de capacitación y oficinas para la Mancomunidad	COGEST													
Act. 3.3	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1													
3.3.1	Fortalecimiento institucional de los DILOS : capacitación y apoyo logístico	COGEST													
3.3.2	Coordinación entre las agencias de cooperación a nivel municipal	COGEST													
Act. 3.4	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

b. Programación financiera del año N+1

RESULTADOS, ACTIVIDADES Y ACCIONES		MODO	PRESUPUESTO TOTAL	EJECUCION 2005	EJECUCION 2006	EJECUCION 2007	Presupuesto 2008				PRESUPUESTO 2008	PRESUPUESTO 2009	PRESUPUESTO 2010	TOTAL PROYECTO
			EUR	EUR	EUR	EUR	Q1	Q2	Q3	Q4	EUR	EUR	EUR	
Res. 1	La prestación de los servicios de salud adecuada a las demandas de la población		2.147.742	0	7.390	176.623	4.000	40.188	77.188	142.188	263.564	446.400	110.300	1.004.277
Act. 1.1	Desarrollar un sistema adecuado de administración de recursos humanos	COGEST1	141.221	0	2.421	10.724	0	4000	6000	8300	18.300	16.300	14.300	62.045
Act. 1.2	Optimizar el uso de los recursos materiales	COGEST1	1.388.553	0	4.969	163.997	0	0	30000	87700	117.700	217.000	1.000	504.666
Act. 1.3	Implementar y mejorar el modelo de atención vigente	COGEST1	120.800	0	0	1.902	4000	31188	31188	31188	97.564	93.100	45.000	237.566
Act. 1.4	Implementar y ejecutar un sistema de becas	REGIE	497.168	0	0	0	0	5000	10000	15000	30.000	120.000	50.000	200.000
Res. 2	La accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud para la población aseguradas		1.593.308	0	173.840	34.982	0	0	328.399	318.305	646.704	1.282.601	733.376	2.871.503
Act. 2.1	Ampliar la red de vías de acceso	COGEST1	70.600	0	0	23	0	0	0	0	0	10.000	0	10.023
Act. 2.2	Ampliar y mejorar la red de infraestructuras de salud	COGEST1	1.307.472	0	0	30.121	0	0	328399	317905	645.704	1.271.601	732.376	2.679.802
Act. 2.3	Desarrollar una red de equipos móviles en cada municipio	COGEST1	212.236	0	173.840	4.838	0	0	0	0	0	0	0	178.678
Act. 2.4	Disminuir las barreras a la aceptabilidad del servicio para la población	COGEST1	3.000	0	0	0	0	0	0	1000	1.000	1.000	1.000	3.000
Res. 3	La gestión participativa en salud implementada		153.706	0	2.956	6.417	2.500	5.500	5.800	9.200	23.000	78.000	6.000	116.373
Act. 3.1	Profundizar la planificación estratégica y operativa en salud	COGEST1	5.900	0	0	0	2500	0	0	2500	5.000	6.000	1.000	12.000
Act. 3.2	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel provincial	COGEST1	129.606	0	2.956	6.194	0	5500	5800	5700	17.000	67.000	4.000	97.150
Act. 3.3	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1	18.200	0	0	223	0	0	0	1000	1.000	5.000	1.000	7.223
Act. 3.4	Fortalecer la capacidad de gestión a nivel municipal	COGEST1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Res. 4	La participación de la población fortalecida en el cuidado de su salud (Promoción de la salud)		230.200	0	0	17.352	0	60.310	52.240	46.433	158.983	166.502	93.900	436.737
Act. 4.1	gestión participativa para las organizaciones de los líderes comunitarios	COGEST1	32.550	0	0	2.396	0	9310	12240	10100	31.650	21.600	19.100	74.746
Act. 4.2	INTERCULTURALIDAD: Lograr articulación y complementación entre sistemas de salud en el primer nivel de atención	COGEST1	14.250	0	0	2.560	0	3000	5000	5000	13.000	15.500	9.300	40.360
Act. 4.3	NUTRICIÓN: Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de la población	COGEST1	90.200	0	0	12.355	0	8000	15000	13300	36.300	32.500	15.500	96.655
Act. 4.4	IEC: Dotar a los actores con herramientas adecuadas en Información Educación Comunicación	COGEST1	75.200	0	0	5	0	35000	12000	9131	56.131	67.000	33.000	156.136
Act. 4.5	RESPONSABLES POPULARES DE SALUD: Conformar una red de RPS	COGEST1	18.000	0	0	36	0	5000	8000	8902	21.902	29.902	17.000	68.840
Res. 5	Gestión eficiente y transparente de los recursos generales del proyecto plenamente asegurada		1.710.896	20576,34	341.226	275.840	48.032	94.121	70.921	63.421	276.495	266.842	257.776	1.438.756
Act. 5.1	Administrar el proyecto	COGEST1	1.020.864	0	235.843	186.298	48.032	48.032	48.032	48.032	192.128	183.179	183.178	980.626
Act. 5.2	Realizar la coordinación y el seguimiento del proyecto	REGIE	16.400	0	0	0	0	700	0	0	700	700	700	2.100
Act. 5.3	Evaluar el proyecto	REGIE	10.000	0	0	1.267	0	30.000	0	0	30.000	0	20.000	51.267
Act. 5.4	Sistematizar las experiencias del proyecto	REGIE	4.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.733	2.733
Act. 5.5	Brindar una asistencia técnica	REGIE	560.632	20576,34	105.383	88.275	0	15.389	15.389	15.389	46.167	46.167	46.165	352.734
Act. 5.6	Organizar el apoyo técnico por consultorías	COGEST1	99.000	0	0	0	0	0	7.500	0	7.500	5.000	5.000	17.500
Act. 5.7	Saldo Formulación											31.796		31.796
TOTAL 2007			5.835.852	20.576	525.413	511.214	54.532	200.119	534.548	579.547	1.368.746	2.240.345	1.201.352	5.867.646

9. CONCLUSIONES

a. Las actividades y las finanzas

La tasa de ejecución financiera del proyecto permanece baja durante las dos últimas gestiones un tanto diferente el año 2007 que alcanzó al 40% respecto a la planificación financiera del Q4 del último trimestre de la gestión 2006, los servicios financieros califican de alto riesgo vale decir muy baja tasa de realización. Sin embargo la ejecución de las infraestructuras programada para la gestión 2008 podrá revertir esta situación. Para este cumplimiento es necesario una modificación presupuestaria importante para el financiamiento de las infraestructuras.

En la parte técnica desde finales de la gestión 2006 se llamó la atención de los socios del proyecto por las imprecisiones y debilidades del proyecto que fueron aceptadas en parte por el comité director en el poa 2007 las modificaciones sobre todo relacionadas a las actividades de promoción de la salud.

Por los antecedentes explicados en este informe es necesario contemplar una reforma al DTF que podrá ser realizada por la evaluación de medio término y de esta manera lograr resultados no solo en la provisión de bienes de inversión sino en el cambio sobre la salud de la población.

b. Los criterios de seguimiento

- i. Eficiencia
Sin más comentarios
- ii. Eficacia
Sin más comentarios
- iii. Sostenibilidad
Sin más comentarios

c. La decisión relativa a las recomendaciones a ser aprobadas por el Comité Director del proyecto

- i. Recomendaciones en cuanto a la evaluación de medio término.
- ii. Recomendaciones en cuanto a los ajustes en el presupuesto y la Adenda al Convenio Específico.
- iii. Programación financiera.
- iv. Recomendaciones en cuanto a los ajustes del Marco Lógico.

10. ADJUDICACIONES / ADQUISICIONES

1

Modalidad de la licitación	Licitación Pública Nacional
Fecha de la licitación	22 de abril de 2007
Fecha del inicio del contrato de tercerización	20 de junio de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Importadora Tamiva, Qim Internacional, Prod-Dental Ltda., Importadora Fernando, Biotécno Ltda.
OBJETO DEL CONTRATO	Equipamiento médico de primer nivel para los establecimientos de salud de la provincia Chayanta
Costo del contrato	141.000 Euros.
Duración del contrato	100 días
Comentarios/recomendaciones	La adjudicación se realizo por lotes.

2

Modalidad de contratación	Licitación Pública Nacional
Fecha de inicio del proceso de contratación	17 de junio de 2007
Fecha de inicio de contrato	25 de julio de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Taiyo Motors S.A.
OBJETO DEL CONTRATO	Provisión de una vagoneta 4x4 todo terreno
Costo del contrato	22.100, 55 Euros
Duración del contrato	60 días
Comentarios/recomendaciones	El beneficiario del vehículo será el SEDES Potosí

3

Modalidad de contratación	Licitación Pública Nacional
Fecha de inicio del proceso de contratación	24 de junio de 2007
Fecha de inicio de contrato	25 de julio de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Toyosa S.A.
OBJETO DEL CONTRATO	Provisión de cuatro ambulancias 4x4 todo terreno
Costo del contrato	103.170,58 Euros
Duración del contrato	90 días
Comentarios/recomendaciones	

4

Modalidad de contratación	Licitación Pública Nacional
Fecha de inicio del proceso de contratación	24 de junio de 2007
Fecha de inicio de contrato	25 de julio de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Vicar 1961 S.A.
OBJETO DEL CONTRATO	Provisión de trece motocicletas todo terreno
Costo del contrato	29.773,29 Euros
Duración del contrato	60 días
Comentarios/recomendaciones	

5

Modalidad de contratación	Contratación menor de firmas consultoras
Fecha de inicio del proceso de contratación	20 de mayo de 2007
Fecha de inicio de contrato	28 de mayo de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Arturo Mendoza
OBJETO DEL CONTRATO	Establecer un diagnóstico de las deficiencias del sistema de radiocomunicación de los establecimientos de salud de la Provincia Chayanta
Costo del contrato	1.100,00 Euros
Duración del contrato	30 días
Comentarios/recomendaciones	El resultado de esta consultoría dará lugar a la adquisición del equipo necesario

6

Modalidad de contratación	Contratación de servicios de consultoría CHS 003/2007
Fecha de inicio del proceso de contratación	28 de septiembre de 2007
Fecha de inicio de contrato	SUSPENDIDO
Nombre del subcontratante (o firma)	
OBJETO DEL CONTRATO	Auditoría Externa de ingresos y gastos de contratación de bienes obras y servicios
Costo del contrato	7.000,00 Euros
Duración del contrato	
Comentarios/recomendaciones	

7

Modalidad de contratación	Contratación de servicios de consultoría CHS 005/2007
Fecha de inicio del proceso de contratación	02 de octubre de 2007
Fecha de inicio de contrato	SUSPENDIDO
Nombre del subcontratante (o firma)	
OBJETO DEL CONTRATO	Estudio línea de base para el componente de promoción de salud
Costo del contrato	8.672,00 Euros
Duración del contrato	
Comentarios/recomendaciones	

8

Modalidad de contratación	Licitación Pública Nacional CHS N° 002/2007
Fecha de inicio del proceso de contratación	23 de abril de 2007
Fecha de inicio de contrato	26 de julio de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Toyosa S.A.
OBJETO DEL CONTRATO	Una vagoneta 4 x 4 y una camioneta 4 x 4 simple cabina
Costo del contrato	22 Euros
Duración del contrato	10 días
Comentarios/recomendaciones	

10

Modalidad de contratación	Contratación por excepción
Fecha de inicio del proceso de contratación	28 de septiembre de 2007
Fecha de inicio de contrato	20 de diciembre de 2007
Nombre del subcontratante (o firma)	Valerio Gonzáles López
OBJETO DEL CONTRATO	Tallímetros de 3 piezas de madera modelo de ministerio de salud
Costo del contrato	37.500 Bs.
Duración del contrato	45 días
Comentarios/recomendaciones	Contratación de de tallímetros para la medición de los niños

11

11

Modalidad de contratación	Licitación Pública Nacional CHS N° 005/2007
Fecha de inicio del proceso de contratación	10 de septiembre de 2007
Fecha de inicio de contrato	Proceso ANULADO
Nombre del subcontratante (o firma)	
OBJETO DEL CONTRATO	Adecuación, ampliación, refacción de los establecimientos de salud.
Costo del contrato	313.024 Euros
Duración del contrato	
Comentarios/recomendaciones	

