



## Sistema Integrado de Salud en la Provincia Chayanta

### Informe anual 2010

#### 1. Ficha del proyecto

<b>Código Navision</b>	BOL/0501311.
<b>Duración del CE</b>	6 años hasta el 01/11/2011.
<b>Fecha de firma del Convenio específico</b>	10/12/2003.
<b>Fecha de firma del CMO</b>	01/09/2005.
<b>Duración del CMO</b>	01/11/2011.
<b>Fecha de notas reversales</b>	26/10/2005.
<b>Fecha de inicio de aprobación DTF en el Comité Director</b>	01/11/2005.
<b>Nombramiento del Director Internacional por la EMCL</b>	24/12/2009.
<b>Nombramiento del Director Nacional</b>	13/09/2008.
<b>Apertura de la cuenta principal</b>	01/12/2005.
<b>Apertura de la cuenta operativa</b>	15/02/2006.
<b>Fecha de aprobación del POA del 1er año por el Comité Director</b>	11/05/2006.
<b>Aporte Belga</b>	6.000.000 EUR.
<b>Aporte Boliviano</b>	420.000 USD.
<b>Ministerio</b>	Ministerio de Salud y Deportes.
<b>Responsable de la Implementación</b>	Gobernación del Departamento de Potosí - Mancomunidad de Municipios de Chayanta Potosí.
<b>Codirectores</b>	
<b>Director Nacional</b>	Dr. Eddy Salguero Gómez.
<b>Director Internacional</b>	Lic. Jean-Jacques Meunier.
<b>Beneficiarios</b>	Población de los Municipios de Colquechaca, Pocoata, Ocurí y Ravelo. 112.000 habitantes de la provincia Chayanta.
<b>Cobertura geográfica</b>	Municipios de la Provincia de Chayanta
<b>Objetivo general</b>	El desarrollo integral y sostenible de la provincia Chayanta del departamento de Potosí asegurado.
<b>Objetivo específico</b>	Un sistema integrado de salud, con niveles de atención primaria 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.
<b>Resultados esperados</b>	1- Oferta de servicios de salud mejorada. 2- Participación comunitaria en salud implementada. 3- Gestión participativa en salud implementada.

## 2. Apreciación global

### 2.1. Principales evoluciones del sector/región

- En 2010, no existieron cambios de orientación significativos en el sector salud en Bolivia. La **Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural** (SAFCI), prevaleció como política del Ministerio de Salud y Deportes en sus modelos de atención y de gestión participativa. Constituyó el marco referencial para las intervenciones del proyecto. Cabe destacar el fortalecimiento de la ejecución del **Programa Desnutrición Cero**, al cual el proyecto ha respondido con acciones concretas en toda la provincia.

### 2.2. Principales evoluciones en el ámbito institucional

- Al final del mes de mayo 2010, se posesionaron nuevas autoridades ediles a raíz de las elecciones municipales realizadas en todo el país. En la provincia, este cambio político ha generado dificultades, especialmente en cuanto a los aportes de **contraparte financiera** destinados a obras de salud en algunos municipios. Existió, sin embargo, una mejor y más amplia coordinación en la materia con los municipios de Ocurí y de Pocoata.
- Al concluir de mes de agosto 2010, después de intensas gestiones que involucraron la Representación de la CTB en La Paz y la Codirección de proyecto Chayanta Salud, se logró la **delegación de la firma del gobernador** - en su condición de ordenador de pago - al gerente de la mancomunidad. Este nuevo escenario ha permitido mayor fluidez en la coordinación con la mancomunidad, como socio boliviano, especialmente en cuanto a los procedimientos de revisión y aprobación de procesos de contratación y licitación de bienes, obras y servicios y a los procesos de transferencia de fondos.

### 2.3. Principales evoluciones dentro del proyecto

- En febrero 2010, Jean-Jacques Meunier inicio funciones como Codirector internacional.
- En marzo de 2010, concluyó la reformulación del proyecto Chayanta Salud. El 30 de abril, la Estructura Mixta de Concertación Local (EMCL) validó el **nuevo Plan de vida reformulado**, el **Marco lógico**, el **POA 2010** y los **presupuestos** aferentes, así como la solicitud de **prolongación del proyecto** de un año, *dentro de los límites establecidos en el Convenio específico*. Por otra parte, se aprobó la ampliación del presupuesto correspondiente a la construcción, remodelación y ampliación de **establecimientos de salud**. De manera general, la reformulación del proyecto ha permitido una mejor orientación de las actividades hacia los objetivos trazados en la política SAFCI, determinándose un enfoque centrado en tres ejes: un mejor **acceso a servicios de salud de calidad** - *con enfoque intercultural* -; una promoción más efectiva de la **participación comunitaria** en salud y una **gestión social más participativa** en salud. Finalmente, por el perfil epidemiológico de la región, el proyecto, en su nuevo planteamiento, prestó una atención reforzada a acciones de **lucha contra la desnutrición**. El premio otorgado a la Unidad Nutricional Integral (UNI) de Ocurí por el Programa de Desnutrición Cero es indicativo de los logros alcanzados al respecto.
- En junio 2010, se instaló una **administración única** para los proyectos Chayanta Salud y Agropecuario, instituyéndose mecanismos para una gestión más eficiente.
- En septiembre 2010, se dio inicio a una **maestría en salud pública** para el personal de salud de la provincia bajo convenio con la Universidad San Simón de Cochabamba.
- Por los retrasos sufridos en la implementación del proyecto en años anteriores, luego de la aprobación del nuevo Plan de vida por la EMCL, se decidió intensificar acciones

respecto a los **procesos de contratación y licitación**. Los resultados obtenidos en la materia son elocuentes: 21 obras nuevas licitadas y adjudicadas; seguimiento a 15 obras en construcción y planos concluidos para la remodelación y la ampliación de 15 establecimientos de salud. Por otra parte, existen **propuestas de desconcentración** para alcanzar mayor impacto con intervenciones directas en la reducción de la morbilidad y mortalidad de las madres y de los niños menores de 2 años, implementar la política SAFCI en sus dos modelos (de gestión compartida y atención) y promover la conformación de redes sociales entorno a acciones de promoción y prevención con la ayuda de Responsables Populares de Salud (RPS) y Madres vigilantes.

### 3. Balance de la planificación de actividades

#### **3.1. Apreciación global de las actividades ejecutadas**

##### **a- Actividades médicas/técnicas**

Durante la gestión 2010, las actividades médicas/técnicas del proyecto Chayanta Salud han sido ejecutadas con niveles relativos de normalidad. Para otorgarles un enfoque más encaminado hacia el logro de los resultados esperados, se elaboró un **Plan de hitos**. El mismo constituye ahora el sustrato para dos objetivos: el **seguimiento mensual** a las actividades realizadas y la **elaboración del POA 2011**.

##### ➤ Acceso a los servicios de salud

Este componente reviste particular importancia en un contexto social, demográfico y geográfico significativamente marcado por la exclusión en salud. Conlleva actividades destinadas a **ampliar la oferta en salud** mediante la construcción, la ampliación y el mejoramiento de numerosas infraestructuras de salud. Reseñamos en el punto 3.1.b. los avances en la materia. El proyecto, por otra parte, prestó atención a la **calidad de esta oferta**. Así, se dio inicio a una **maestría en salud pública** para el personal de salud de la provincia. Sin embargo, existe un marcado retraso en la organización de los diplomados y cursos para enfermeras. Por otra parte, no pudo progresarse en el apoyo a los programas de aseguramiento, porque el Seguro Universal en Salud no se encontró vigente aun. Afortunadamente, durante la gestión 2010, se ha incidido fuertemente en el acceso a la **salud intercultural**, componente clave en materia de oferta y calidad.

##### ➤ Apoyo al Desnutrición Cero

Por la situación epidemiológica de la región con indicadores de desnutrición crónica superiores a 40 %, el proyecto reformulado presta ahora una atención reforzada a acciones de lucha y control al respecto. El plan de acción 2010 ha permitido progresar de manera decisiva en cuanto a la **capacitación del personal de salud** en las diferentes estrategias del Programa Desnutrición Cero, el apoyo material y el asesoramiento técnico a las **UNI's** y a los **Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición (COMANES)**. Estos esfuerzos fueron confortados con la intervención del **Programa Desnutrición Cero** en toda la provincia.

##### ➤ Participación comunitaria en salud

Los procesos de capacitación para **Mujeres líderes** en prácticas claves de salud (señales de peligro y prácticas nutricionales sobre todo) y para los **RPS** en la estrategia "AIEPI Nut de la comunidad y la familia" presentaron un grado satisfactorio de avance. Sin embargo, el principal factor limitante en la implementación concreta de estas acciones en las comunidades ha sido la falta de material didáctico. Pudo resolverse este problema recién al final de este trimestre. En cuanto a la actividad 2.2. *Asistencia técnica y financiera en la conformación y funcionamiento de redes sociales*, una de las más importantes de este resultado, se ha previsto la socialización de una guía para lograr la conformación y funcionamiento de una red de RPS y Mujeres líderes. Este instrumento será implementado

plenamente en 2011. También pudo conseguirse la elaboración, validación y socialización de currículas en señales de peligro. Es menester destacar el interés del personal de salud para facilitar los talleres con RPS y Mujeres líderes. Se logro calidad en la coordinación con el Servicio Departamental de Salud (SEDES), lo cual ha permitido cumplir las acciones planificadas para la **capacitación de RPS y Mujeres líderes** en *señales de peligro en general, en la tos y la diarrea*, principales causas de morbilidad en la niñez de la región, pese a un retraso significativo en la impresión de kit de materiales del AIEPI Nut de la comunidad y la familia.

➤ Salud intercultural

Las actividades orientadas al fortalecimiento de las prácticas, conocimientos y saberes de la **medicina tradicional** se ejecutaron de acuerdo a lo planificado durante la gestión 2010. La capacitación al personal de salud de la red en el manejo del **enfoque intercultural** en salud tuvo también una buena consecución. En cambio, las actividades relacionadas al seguimiento y las evaluaciones de las acciones de coordinación entre la medicina tradicional y la medicina académica, recién pudieron concretizarse al finalizar el último trimestre 2010, con un retraso que, sin embargo podrá recuperarse durante el primer trimestre 2011.

➤ Gestión participativa en salud

La ejecución de las actividades para la implementación del **Modelo de Gestión** en la Red Ocurí, tuvo retrasos por la complejidad del proceso de conformación y formación de sus principales actores. Precisamos las causas de esta demora en el punto 3.2., así como las medidas correctivas adoptadas al respecto.

**b- Infraestructuras en salud**

Al 30 de noviembre 2010, la construcción de las 15 infraestructuras ha alcanzado un **avance físico de 80 %** y un **avance financiero de 60 %**. Se presentaron numerosas dificultades que fueron sujetas a un análisis situacional preciso que precisamos en el punto 3.2.b.

**3.2. Análisis de la planificación de actividades**

**a- Actividades médicas/técnicas**

➤ Acceso a los servicios de salud

A excepción de las actividades inherentes al componente de infraestructuras que, por sus características propias reseñamos en el punto 3.2.b., el resultado 1 cuenta con 9 actividades médicas/técnicas; **5 de ellas registran retrasos mayores a tres meses** que no podrán ser recuperados fácilmente dentro de los próximos tres meses: 1) Adquisición de equipamiento médico para 10 establecimientos de salud, 2) Dotación de equipos de comunicación a 41 establecimientos de salud, 3) Capacitación continua del personal (Diplomado en salud pública, Curso de Auxiliares de Enfermería, Curso de emergencias obstétricas, 4) Apoyo a la implementación de los esquemas de aseguramiento del Estado, y 5) Implementación del SIAF (cuatro módulos) en los Centros de Salud Hospital.

Esta demora incidirá sensiblemente en los indicadores del resultado 1. En el caso de las becas de estudio, la conclusión de estas sobrepasará la fecha de culminación del proyecto.

➤ Apoyo al Programa Desnutrición Cero

Se presentó un retraso importante en los procesos de adquisición del equipo antropométrico y otros equipos desde la gestión 2008. Se pudo, sin embargo progresar con estas adquisiciones pendientes recientemente.

En general se tiene un avance importante en la capacitación del personal de salud y en la **implementación de las todas las estrategias del Programa Desnutrición Cero**.

➤ Participación comunitaria en salud

El retraso más significativo atinge a la **capacitación de RPS en AIEPI Nut de la comunidad y la familia**, debido a dilaciones en la impresión de manuales y materiales necesarios para este cometido. Cabe mencionar además la demora sufrida en los procesos de capacitación del personal de salud como facilitadores, por problemas administrativos propios al proyecto. La implementación de reuniones mensuales con RPS ha presentado rezagos consiguientes, de ilegales proporciones.

La implementación de la estrategia de funcionamiento de **boticas comunales** ha presentado un aplazamiento que, sin embargo, podrá regularizarse una vez que se capaciten los RPS.

La tardanza en la realización de estas actividades incide en el logro del siguiente indicador de resultado: *70% de las mujeres líderes y RPS capacitadas apliquen al menos 7 de las 9 prácticas claves del AIEPI Nut de la Familia y Comunidad*, debido a que el proceso de implementación en las comunidades se postergará y será de menor efectividad. Finalmente, es todo **el alcance del componente preventivo** que se encuentra en peligro. La nueva lógica de implementación descentralizada del proyecto debería, sin embargo, mitigar este riesgo.

➤ Salud intercultural

La planificación de actividades asociadas a la *Articulación de la medicina tradicional con la académica*, fue acertada. No existen divergencias notorias entre la planificación y la ejecución. De acuerdo a la previsión de tiempo, disponibilidad de recursos, apoyo logístico y otros aspectos operativos, se lograron los resultados esperados en la materia.

Entre las actividades con retraso moderado, se encuentran las reuniones-taller de seguimiento al proceso de articulación de la medicina tradicional con la medicina académica, la aplicación de criterios o características del enfoque intercultural en salud, la evaluación y la sistematización de la experiencia de articulación. Según la planificación realizada en el último trimestre (Q4), tendrá que reprogramarse estas actividades en 2011.

El proceso de conformación e implementación de los **Consejos de Medicina Tradicional** presenta un avance acumulado de 62 %. Es uno de los logros del proyecto.

➤ Gestión participativa en salud

El proyecto no pudo alcanzar las metas anuales programadas en 2010 en la materia por dos razones: la **magnitud del desafío** en una provincia que cuenta con 572 comunidades registradas y la dificultad para construir una **visión mancomunada** de la salud en un contexto de capacidades limitadas e intereses divergentes de los actores locales para elaborar planes estratégicos en salud.

Con relación a la conformación y al funcionamiento de los **nuevos actores sociales en salud**, se obtuvo solo un 29 % de avance, asociado a los procesos de capacitación de ALS. Se capacitaron a todos los miembros de 27 Comités locales de salud, de los cuales 10% plasmaron acciones concretas de planificación solamente. Finalmente, solo 5 % los Comités Sociales Municipales ejercen en la actualidad sus funciones. En toda la gestión 2010, el proyecto brindó **apoyo al Consejo Técnico de Red** para el apoyo técnico y el seguimiento a los Consejos de Análisis de la Información (CAI). Se propuso y se implementó una nueva metodología de trabajo de los CAI.

Las actividades retrasadas que pueden presentar una incidencia negativa sobre la obtención plena del Resultado esperado 3 son de dos órdenes: la conformación y el funcionamiento de los **nuevos actores sociales** en salud y la elaboración de **planes estratégicos** a diferentes niveles en toda la provincia. Son acciones cardinales del proyecto porque participan de manera concluyente en la capacidad de las comunidades de tomar decisiones que conciernen su propia salud en un enfoque de **planificación estratégica organizado**. La planificación en salud favorece la sostenibilidad del proyecto, razón por la cual, se

elaboraron propuestas técnicas, recurriendo a partir de enero 2011 a consultores y organizaciones asociadas para intensificar las acciones previstas al respecto.

#### **b- Infraestructuras en salud**

Pese a los avances en materia de construcción de obras en salud que hemos reseñado en el punto 3.1.b, el proyecto tuvo que enfrentar los problemas siguientes:

- Retrasos en la entrega del 15 % de **contrapartes financieras municipales** (anticipos y planillas de avance).
- Movilización insuficiente de la **mano de obra local** (a altura del 5 % del monto total como establecido en los convenios).
- Seguimiento insuficiente *de y a* los **supervisores**.
- Dificultades de acceso por **camino en mal estado**, sobre todo durante la temporada de lluvia.

En 2010, pudo darse curso a la licitación de 21 obras nuevas. Sin embargo, este proceso sufrió demoras sobre todo en la etapa de **firma de los contratos** con las empresas. Estas se retrasaron en cumplir con la entrega de la documentación requerida. La exigencia del proyecto para contar con todos los documentos en orden ha agravado estos retrasos. Para aminorar los efectos negativos, el proyecto intensificó acciones de **gestión directa** con los municipios. Se realizaron talleres con las autoridades municipales, los fiscales, los supervisores y las empresas. En forma paralela, se estimuló la **movilización comunitaria** en terreno y mediante mensajes por radio.

## **4. Balance financiero**

### **4.1. Resumen de los gastos con relación a la programación financiera**

Ver tabla y gráfico de ejecución en anexo.

### **4.2. Análisis de la programación financiera**

Se dio inicio a una dinámica trimestral de **reprogramación técnica y financiera** a partir del mes de marzo 2010, por vez primera en la vida del proyecto. Este ejercicio, que se condujo con la plena participación del equipo del proyecto en su conjunto en junio, septiembre y noviembre 2010, no logró lastimosamente incrementar los niveles de ejecución. La ejecución al 20 de noviembre presenta un avance promedio de tan solo 28,4 % con relación a la programación anual. En cogestión, el nivel de ejecución acumulado del proyecto es de 45 % solamente, lo que – formalmente - ubica el proyecto en un rango de **riesgo alto**.

Se presentaron retrasos a diferentes niveles en los **procesos de construcción** de establecimientos de salud, especialmente en cuanto a la firma de los contratos con las empresas. Cabe recordar que la reformulación del proyecto, recién culminó en marzo 2010 y el nuevo presupuesto del proyecto ha sido aprobado al final del mes de abril, por lo que solo se tuvo 2/3 del tiempo programado para ejecutar la gestión 2010. El proyecto ha sufrido también gran inestabilidad administrativa, incidiendo en forma negativa en los procesos de adquisición y otros. No cabe duda que los conocimientos limitados del equipo en procesos de contratación y limitación, la lentitud de los procedimientos internos por falta de reglamentos específicos y otros factores restringieron la agilidad en la toma de decisiones.

Es necesario sin embargo, poner en perspectiva los elementos siguientes: la ejecución acumulada alcanzada en obras al 20/11/10 fue de 555.000 euros. Adicionalmente, los procesos de licitación de obras previstos en 2010 han culminado, por lo que se tienen compromisos de ejecución - con contratos firmados - por 850.000 euros. Finalmente, se tiene previsto ampliar y remodelar 15 servicios de salud por un monto de 292.000 euros. En resumen, el presupuesto de 2.075.000 euros para obras aprobado en la EMCL del 30/04/10 se encuentra totalmente comprometido.

Existen otras previsiones de ejecución financiera:

- Adquisición de equipamiento médico: 134.000 euros.
- Adquisición de motos: 21.000 euros.
- Adquisición de radios: 38.000 euros.
- Actualización del personal de salud: 21.000 euros.
- Becas: 160.000 euros.
- Apoyo a la medicina tradicional: 10.000 euros.
- Apoyo al modelo SAFCI: 10.500 euros.
- Apoyo al programa desnutrición cero: 8.000 euros.
- Fortalecimiento administrativo de la Red: 7.000 euros.
- Apoyo funcional a la coordinación de Red: 8.500 euros.
- IEC: 15.000 euros.
- Capacitación a redes sociales: 55.000 euros.
- Talleres a madres con niños menores de 2 años: 40.000 euros.
- Gestión participativa: 42.000 euros.
- Otros...

Con estas acciones se prevé ejecutar 1.788.640 euros en el POA 2011, es decir el 100 % del presupuesto aprobado. Sin embargo, si el proyecto, pretende alcanzar los resultados esperados con **mayor efecto** (logros inmediatos) y con **mayor impacto** (logros a mediano y largo plazo con sostenibilidad), deben intensificarse y ampliarse las intervenciones inherentes a los resultados esperados 2 y 3. Por lo tanto, debe preverse presupuesto operativo adicional para el efecto. Estas acciones revisten particular importancia por dos motivos: contribuyen a la implementación de la **política SAFCI** en sus dos modelos e benefician directamente al público primario, es decir a las **madres con niños menores de dos años y mujeres embarazadas**. Finalmente es necesario pensar en mayor capacidad de equipamiento para los servicios de salud de la provincia con el objeto de mejorar sus capacidad de resolución.

## 5. Monitoreo de los indicadores

### 5.1. Indicadores del Objetivo Específico

Cabe recordar que el proyecto no cuenta con línea base por diferentes motivos inherentes a las gestiones anteriores, por lo que será imposible medir el alcance de los indicadores de objetivos, de objetiva y plena manera. Sin embargo, la evaluación de medio término recomendó utilizar líneas bases eventualmente realizadas en la región del proyecto por otras instituciones. Mientras tanto, pueden realizarse las siguientes consideraciones al respecto:

#### Indicador 1

*Al 30.06.11, % de la población a un máximo de una hora de distancia de un establecimiento de salud con personal, equipamiento y 10 medicamentos esenciales básicos según norma.*

El plan de acción 2010 ha permitido progresar hacia el logro de este indicador por el avance en las **obras en construcción** y por la licitación de **obras nuevas**. También, se dio inicio a varios procesos de **equipamiento** (radios, motos y equipamiento médico sobre todo) y se culminó con la elaboración de los planes de **mejoramiento y ampliación** de 15 establecimientos de salud. En 2011, se recabará información primaria del indicador de **acceso físico** (distancia) en cada municipio. Finalmente, se hicieron gestiones con el Director del SEDES y el Gobernador del Departamento de Potosí para asignar los recursos profesionales necesarios al funcionamiento de los nuevos servicios.

#### Indicador 2

*Incremento en el % de pacientes satisfechos con la atención recibida.*

Aun no se ha podido medir este indicador. Deberá ser objeto de un estudio Conocimientos Aptitudes y Practicas (CAP) durante la gestión 2011. Sin embargo, cabe recordar que los nuevos establecimientos de salud ofrecerán la posibilidad a sus usuarios de optar por una **atención médica contextualizada** - parto tradicional sobre todo - o **biomédica**, situación que influirá positivamente en la calidad de los servicios como tal, en una región fuertemente enraizada en prácticas psico-medicinales ancestrales.

#### Indicador 3

*Prevalencia de desnutrición crónica menor al ENDSA 2008 por Grado de pobreza del municipio, Pobreza alta 45.0.*

Numerosas acciones de apoyo al Programa Desnutrición Cero han sido realizadas por el proyecto durante la gestión 2010 (capacitación del personal de salud para la atención a los niños desnutridos, capacitación a las madres de familia en prácticas claves de nutrición, apoyo material y estratégico a las UNIS y COMANES, etc....) en un contexto regional marcado por una tasa de **desnutrición crónica de 39 %**, es decir 3 veces más alta que el promedio nacional. Sin embargo, la prevalencia de la desnutrición crónica solo podrá medirse a largo plazo por el hecho que recién a partir del plan de acción 2010, se hizo énfasis en la materia.

#### Indicador 4

*% de madres de niñ@s menores de 2 años conocen al menos 5 prácticas claves priorizadas por el Programa Desnutrición Cero (PDC).*

De acuerdo con los resultados del SNIS Comunitario aplicado en la provincia Chayanta un **70 % de las señoras con hijos menores de 2 años** están informadas y conocen mensajes claves de nutrición. Las propuestas de desconcentración tienen el propósito de llegar con mayor énfasis a este grupo particularmente vulnerable.



## **5.2. Indicadores de resultado**

En anexo ponemos a consideración una tabla de avance y análisis para *cada uno* de los indicadores. A continuación ponemos en una perspectiva reflexiva los indicadores más críticos del proyecto.

### **a- Indicadores asociados a intervenciones médicas/técnicas**

#### ➤ Acceso a los servicios de salud

La instalación de un **sistema de radiocomunicación** de banda libre en todos los establecimientos de salud de la Red Ocuri, se encuentra rezagada. Este retraso afecta la consecución del resultado esperado 1, posicionando el indicador de referencia en una franja de **alto riesgo**. Afortunadamente, recientemente, pudo progresarse al respecto. En los primeros meses de la gestión 2011, se lograrán instalar los radios, contribuyendo de sustancial manera a mejorar el **sistema de referencia y retorno** de pacientes en toda la provincia. Se analiza la posibilidad de ir un paso más allá, instalando radios en ambulancias y eventualmente una central de llamadas a nivel provincial.

Por otra parte, el retraso en las capacitaciones formales o becas también castiga el alcance de los indicadores de resultado N° 4 y 6 del nuevo marco lógico, con una divergencia que se registra en los rangos de **riesgo alto** (13% y 50% respectivamente). Considerando que la gestión de este componente ha sido descentralizada recién el 12 de noviembre 2010, puede augurarse que al finalizar el proyecto, una gran mayoría del personal de salud de la provincia se encontrará participando en diversos procesos de capacitación.

En cuanto al 5to indicador del resultado esperado 1 referente a la implementación del **Seguro Universal de Salud (SUS)** y de la **política SAFCI** en su modelo de atención, cabe destacar lo siguiente: el SUS aun no fue lanzado por el Ministerio de Salud y Deportes, razón por la cual, no pudo implementarse como tal en el marco del proyecto. Por otra parte, la política SAFCI fue encarada solamente a partir de la reformulación del proyecto, es decir a partir de la gestión 2010, por lo que el avance al respecto es incipiente aún. El **bono Juana Azurduy de Padilla**, asociado a los controles de la mujer embarazada está siendo implantado por el Ministerio de Salud; el proyecto apoya esta estrategia nacional con jingles de difusión masiva. Por estos diferentes motivos, el indicador tiene un avance global de 20% solamente, ubicándolo en la categoría de **alto riesgo**. Las medidas adoptadas al respecto se concentraron recientemente en la concepción de un enfoque de alianzas estratégicas con otras organizaciones.

Finalmente, el noveno indicador del resultado esperado 1 referido al proceso de **mantenimiento de activos fijos** aún está en proceso. Presenta un avance de 25% solamente y clasifica en **riesgo alto**. Pese a todo, los 4 Gobiernos Municipales ya han asignado presupuestos destinados al **mantenimiento de los equipos**, lo que constituye un logro en materia de sostenibilidad. El retraso en el alcance de este indicador se debe a que recién en la gestión 2010 se ha iniciado el proceso de elaboración del plan de mantenimiento para lo cual se ha contratado un consultor. Por ello, será posible recuperar esta tardanza en los siguientes meses.

#### ➤ Apoyo al Programa Desnutrición Cero

En cuanto al séptimo indicador, que se refiere a dos estrategias del Programa Desnutrición Cero, cabe señalar que el proyecto **no presenta mayor divergencia** en la materia.

#### ➤ Participación comunitaria en salud

Con el apoyo del proyecto, las UNI's de la Red Salud Ocuri están aplicando estrategias de comunicación mediante la implementación de **Planes de Información, Educación y Comunicación (IEC)**. Los resultados obtenidos en la materia en 2010 son positivos. De acuerdo con los resultados del Sistema de Nacional de Información en Salud Comunitario (SNISc) aplicado en la provincia Chayanta, un **80 % de las señoras con hijos menores**

**de 2 años** están informadas y conocen mensajes claves de nutrición. Por otra parte, el proyecto ha puesto en la agenda pública de toda la provincia el Programa *Bono Juana Azurduy de Padilla*, mediante programas de radio.

El indicador correspondiente al *70% de las mujeres líderes y RPS capacitadas aplican al menos 7 de las 9 prácticas claves del AIEPI Nut de la Familia y Comunidad*, presenta un nivel de **riesgo alto**, debido a que hasta el momento se ha avanzado solamente en un 40% en el proceso de conformación y capacitación. Queda pendiente la implementación en comunidades, lo que implica plasmar un sistema de acompañamiento, seguimiento y evaluación adecuado.

El proyecto ha brindado apoyo diversas acciones de **comunicación interpersonal** de información y capacitación, pese a no contar con los materiales didácticos de acuerdo a lo planificado.

➤ Salud Intercultural

El proceso de reformulación del proyecto trazo el indicador siguiente: *30% de los establecimientos de salud aplican al menos 5 criterios de articulación de las medicinas tradicional y académica*. Este indicador es nuevo. Los resultados del seguimiento permiten establecer que en la actualidad el personal de salud y los médicos tradicionales aplican al menos **2 criterios de articulación**. Sin embargo, el riesgo hacia el final del proyecto puede calificarse como bajo por el fuerte enfoque del mismo y del sistema de salud en su conjunto hacia este objetivo. Cabe señalar que gracias a la implementación del **Plan de hitos**, se está otorgando mayor énfasis al cumplimiento de los indicadores asociados a la medicina tradicional.

➤ Gestión participativa

En 2010, el proyecto incursionó por vez primera un **enfoque sistemático de fortalecimiento a la gestión participativa** en salud, por lo que los niveles de ejecución acumulados, frente a los porcentajes de ejecución planificados, son reducidos. Por otra parte, no existe avance alguno para el indicador *“Un Plan Estratégico de Salud para el quinquenio post- proyecto elaborado por los actores principales de salud de la provincia”*.

Para los indicadores siguientes: *60% de las comunidades con ALS activos; Al 70% de los Sectores cuentan con CLS funcionando (Frecuencia y Funciones); Los cuatro municipios cuentan con Consejos Sociales Municipales en funcionamiento (Frecuencia, funciones)*, el plan de acción 2010 ha contribuido en la socialización, información y conformación de las estructuras para el desarrollo de la gestión participativa. Sin embargo, el problema radica en su funcionamiento, porque los nuevos actores sociales formados son removidos frecuentemente de sus cargos. En este sentido en 2010, sólo se avanzó hasta un 17% en el primer indicador, 10% en el segundo y 5% en el tercero, situando el **riesgo en un rango alto**.

El mismo problema incide en el logro del indicador *Instancias participativas de gestión de la salud funcionan según norma en todos los niveles (frecuencia y cumplimiento de funciones)*. Al respecto, solo pudo lograrse un 5% como aporte del proyecto.

**b- Indicadores asociados a infraestructuras**

Al concluir la presente gestión, se logro alcanzar en un 65 % los indicadores relacionados al componente de infraestructuras. Sin embargo, debe anticiparse posible retrasos en la ejecución de las obras a lo largo de la gestión 2011. La experiencia sostenida en 2010, indica que debe preverse un tiempo adicional de 3 meses para culminar con la construcción de los centros de salud y de 2 meses para las postas de salud, por las dificultades inherentes a la zona de intervención y que hemos reseñado en el punto 3.2.b. Por lo tanto, será **imposible culminar con el conjunto de las obras en construcción y por refaccionar** antes del cierre operativo del proyecto previsto al final del mes de junio 2011. Desde ahora debemos plantear una prorroga para este componente, *dentro de los límites de*

*tiempo establecidos en el convenio específico.* Por otra parte, el proyecto deberá intensificar de las **acciones de seguimiento en terreno**. Desde luego, se tomaron medidas preventivas para este cometido, lanzando el proceso de convocatoria para la contratación de **Técnicos de Infraestructura Municipales (TIM)** a partir de enero 2011. Se previeron diferentes medidas adicionales para fortalecer el seguimiento a los supervisores y, mediante su accionar, a las empresas.

Finalmente, el proyecto prevé trabajar en el cierre de las carpetas de infraestructuras, encaminado las acciones en un proceso de entrega a los municipios. También está previsto sistematizar las experiencias correspondientes al componente construcción/ampliación/mejoramiento de establecimientos de salud.

## 6. Evaluación de los criterios de monitoreo

### a- Eficiencia

Los procesos subyacentes a la realización de las actividades sufrieron retrasos excesivos en su implementación. Las actividades no se soldaron siempre con logros por la concurrencia insuficiente de beneficiarios. Por lo tanto, la **eficiencia del proyecto fue limitada**, pese a una progresión positiva registrada en 2010. La fuerte inercia del proyecto en la toma de decisión durante los años anteriores y la escasa planificación con todos los actores locales - que ha sido mejorada a inicios de 2010 - son factores causales de este problema. Para aumentar la eficiencia, se adoptaron nuevas modalidades de gestión y de intervención que resumimos a continuación:

#### - Nuevas modalidades de gestión

La organización de una **administración única**, compartida por los proyectos Chayanta Salud y Chayanta Agropecuario a partir del mes de junio 2010, se inscribe en la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión de ambos proyectos. En la actualidad, la logística, se encuentra bajo la tuición de esta administración compartida. Sin embargo, hace falta mejorar su organización interna, la calidad del servicio y estabilizar su personal. El proyecto tuvo acefalías en dependencias administrativas de alta sensibilidad como Bienes y Servicios, Contabilidad y, recientemente, se produjo la renuncia del Administrador.

El rigor del contexto y las modalidades de trabajo en el área rural que implican largas estadías explican parcialmente ello. De manera general afectan la motivación del personal en su conjunto. Cabe mencionar dinámicas de gestión centralizadas y una delegación insuficiente de responsabilidades. Existían problemas laborales asociados a aumentos salariales pendientes. Las relaciones humanas y profesionales se vieron deterioradas por un ambiente poco proclive a un desempeño eficiente y eficaz. Finalmente, la codirección no puso suficiente énfasis al seguimiento y acompañamiento de las actividades técnicas del proyecto. A lo largo de la gestión 2010, se trabajó en todo ello bajo un enfoque orientado a **valorizar el personal y a mejorar el clima laboral**. En septiembre 2010, se organizó un taller en la materia. La codirección intensificó las acciones de seguimiento y acompañamiento a las actividades técnicas. Se estrecharon los vínculos entre el equipo técnico y la codirección y, en menor medida, en los miembros del equipo técnico, pero aún queda mucho por hacer.

#### - Nuevas modalidades de intervención:

Los componentes médicos/técnicos más rezagados y probablemente más difíciles de ejecutar - la implementación de la política SAFCI en sus dos modelos y de la participación comunitaria en salud - serán objeto de un enfoque de intervención diferenciado, descentralizado, a partir del mes de enero 2011. Con ello, se pretende alcanzar dos objetivos importantes: 1- instaurar los primeros eslabones para encaminar una **atención de calidad** en salud y 2- incidir de manera directa y por vez primera en la salud de **10.300 madres de familia con niños menores de 2 años y mujeres embarazadas**, como

grupos altamente vulnerables, con acciones de promoción y de prevención. Estas intervenciones fortificarán el potencial de sostenibilidad del proyecto.

<b>Respeto de la sincronización para obtener los resultados</b>
¿Las actividades están siendo ejecutadas a tiempo? No por los siguientes motivos: retrasos en procesos de contratación y licitación, limitaciones en capacidades operativas directas por carencia de personal, dificultades de coordinación con el personal de salud que se encuentra muy atareado, etc.... Sin embargo, los ciclos de <b>reprogramación trimestral</b> implementados este año, así como las <b>reuniones quincenales</b> de equipo, las <b>programaciones mensuales</b> detalladas y el <b>Plan de hitos</b> constituyen elementos que permiten pronosticar una mayor y mejor sincronización de las actividades para alcanzar los resultados esperados.
¿Existe un eventual retraso que afecta el alcance de los resultados? En la actualidad, ninguna actividad rezagada afectará el cumplimiento de los indicadores de resultados porque se tomaron <b>medidas correctivas de desconcentración</b> que deberían implementarse a partir del mes de enero 2011 permitiendo otorgar un impulso renovado. Todas las licitaciones <b>para construcciones de obras han concluido</b> . Se tiene una mayor capacidad de seguimiento y control sobre estas actividades. La licitación para refacciones y ampliaciones esta prevista ser concluida al final de la gestión 2010.
<b>Medios utilizados en la ejecución de las actividades</b>
¿Se puede usar los recursos de una manera más óptima? Mediante la <b>administración única</b> , se instituyeron las bases para una mayor eficiencia administrativa. Se cuenta con un administrador único, un contador único, un responsable de certificación financiera único, un solo responsable de bienes y servicios, un solo asesor legal y una encargada de almacenes única. El pool de choferes y vehículos se encuentra ahora a cargo de esta administración única. Sin embargo, la inestabilidad del personal ha repercutido negativamente en el avance y la contundencia de las acciones administrativas emprendidas a la fecha.
¿Cuál es la calidad de las actividades? La calidad de las actividades <b>no pudo medirse de objetiva manera</b> hasta la fecha. Se está analizando opciones de estimación del grado de satisfacción de los beneficiarios durante el plan de acción 2011.
¿El modelo de organización del proyecto es juzgado positivo? Se ha establecido un <b>nuevo organigrama</b> que fue aprobado en la EMCL del 08/07/2010. Se ha afinado el mismo a nivel administrativo. La principal deficiencia radica en el <b>recurso profesional insuficiente</b> para lograr impacto en toda la provincia, por lo que se recurrirá a nuevas modalidades de implementación que incluyen la contribución de <b>organizaciones asociadas</b> .
¿Las actividades se pueden llevar a cabo con más eficacia? Sólo con nuevas modalidades de implementación y la contratación y una mayor organización administrativa se podrá lograr este cometido. También, las <b>acciones de seguimiento</b> tienen que ser reforzadas y acompañadas con una mayor <b>capacidad de detectar y responder a tiempo a las dificultades</b> . La codirección del proyecto, con el apoyo de la representación ha trabajado en ello (planificación por logros, planes de seguimiento administrativo, planes de respuesta a auditorias, seguimiento en terreno, etc....).
<b>Tasa de realización de los indicadores de los resultados</b>
¿Hasta qué punto los indicadores de los resultados se han logrado? En anexo, presentamos una tabla que contempla a detalle el alcance de los indicadores de resultados a la fecha, así como la contribución del POA 2010 a la consecución de los mismos. De su análisis puede interpretarse lo siguiente: 1- Existe una gran <b>heterogeneidad</b> en los grados de avance. 2- Son los indicadores asociados a la implementación de la política SAFCI en sus dos modelos que presentan mayor rezago, por las dificultades de movilizar la población entorno a ello y por la complejidad transitar de la conformación de los nuevos actores sociales en salud hacia la elaboración de <b>planes de acción</b> en la materia. 3- Los indicadores de resultados correspondientes a la construcción de obras se encuentran con niveles de progreso insuficientes aun, pero ha de tomarse en cuenta las causas - internas y externas al proyecto - que hemos reseñado en los puntos 3 y 5 y, sobre todo, las medidas que se adoptaron al respecto.

¿Las actividades están contribuyendo a la realización de los resultados planeados? La gran mayoría de las actividades correspondientes al **resultado esperado 1** contribuyen al logro del mismo, excepto las actividades que contribuyen al logro del indicador 1.3. Si bien se realizaron capacitaciones en Aspiración Mecánica Endo-uterina (AMEU) y emergencias obstétricas con dos municipios y se completara con el resto de los municipios, estas capacitaciones tienen escasa incidencia en la reducción de las referencias. Recién se estableció el Centro de Ocuri como hospital de segundo nivel. Los indicadores correspondientes al resultado 1 presentan un avance promedio de 43% solamente. El único indicador que muestra una eficiencia clara es el 7mo que mide las acciones del proyecto como apoyo al Programa Desnutrición Cero (PDC); este logro se debe a que se inició el apoyo a la Red Ocuri en la gestión 2007.

En cuanto al **resultado esperado 2**, en el indicador: *Al 30.06.11, 60% de los establecimientos de la Red aplican estrategias de comunicación desarrolladas por el proyecto (Nutrición, BJAP, TB, ITS, se ha logrado un 60% de alcance. Para la próxima gestión se tiene prevista la implementación de estas estrategias en los servicios de salud, con lo que se espera lograr el resultado esperado.*

En el indicador *Al 30.06.11, UNIs en cuatro municipios con Planes de Comunicación y personal capacitada y acompañada se tiene un avance mucho más significativo, especialmente con el apoyo de 3 UNIs, exceptuando el Municipio de Pocoata.*

Finalmente, hace falta progresar en el indicador siguiente *Plan Estratégico de Salud elaborado e implementado, funcionalidad de Instancias participativas de gestión de la salud, gobiernos municipales asumen roles en el área de salud para lograr alcanzar el resultado esperado 3.*

¿El proyecto puede ser más eficaz, en caso afirmativo, cómo? Sí, el proyecto puede ser más eficaz. Su eficacia depende: 1- De la capacidad de la **administración para organizar un enfoque de prestación de servicio** hacia el área técnica, 2- De la capacidad del equipo para implementar las **nuevas modalidades de trabajo descentralizadas** y 3- De la capacidad de la Codirección para articular las **acciones de seguimiento y coordinación** en gabinete y en terreno.

## **b- Eficacia**

Del análisis de los indicadores del objetivo específico se puede mencionar lo siguiente:

**En el indicador 1**, el proyecto tiene incidencia directa sólo en equipamiento. Incurre tangencialmente en recursos humanos capacitados. Actualmente, 2 médicos y 2 enfermeras del hospital de Ocuri están cursando una pasantía en el Hospital Boliviano Holandés de la ciudad de El Alto, gracias a un **intercambio entre los proyectos de Salud de Chayanta y de El Alto**.

No puede apreciarse el grado de alcance del **indicador 2** (incremento de población satisfecha con la atención recibida) porque no se tiene línea de base y sobre todo porque no se tiene un proceso de recolección de información al respecto. Sea como fuera, es probable que no se tenga un avance significativo, porque se está trabajando en ello recién a partir de la gestión 2010. Se prevé realizar una encuesta de satisfacción en 2011.

**No se puede conocer el avance del indicador 3**, por no contar con un diagnóstico de la situación nutricional a diciembre de 2010. Sin embargo, durante la visita de intercambio del Director internacional para el apoyo de la CTB al Programa Desnutrición Cero a inicios del mes de diciembre 2010, se estableció el siguiente elemento de análisis: los niveles de desnutrición crónica no ha bajado en la provincia. Se estima incluso que hubieran aumentado como resultante de una mayor capacidad del sistema en captar niños con desnutrición crónica, siendo que este indicador se fundamenta en la tasa de incidencia *notificada*.

**No se puede conocer el avance del indicador 4**, por no contar con un estudio de monitoreo sobre el estado actual de los conocimientos de las madres con niños menores de 2 años. Se propone progresar ello en 2011.

<b>Tasa de realización de los indicadores del objetivo específico</b>
¿Cuál es la realización de los indicadores del objetivo específico? (ver respuesta arriba)
¿Los resultados contribuyen al objetivo específico? Gracias al proceso de reformulación del proyecto, los resultados esperados contribuyen de manera general al logro del objetivo específico.
¿La eficacia del proyecto puede mejorarse y, en caso afirmativo, cómo? La eficacia del proyecto podría mejorarse en caso de contar: 1- con mayor capacidad operativa en terreno (es la razón por la cual se contrataran consultores y se establecerán alianzas estratégicas con otras organizaciones); 2- con una administración capaz de ofrecer un servicio ágil y de calidad a los requerimientos del área técnica; 3- con una codirección liberada de la excesiva carga administrativa para acompañar de mejor manera los asuntos de índole técnico.
<b>Otros factores que afectan el objetivo específico</b>
¿Los factores externos influyen sobre el objetivo específico? En el objetivo específico existe influencia positiva del personal de salud de la red Ocuri. Influye favorablemente la nueva política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, el Programa Desnutrición Cero y la política de articulación entre la medicina académica y la tradicional.
¿Existen efectos secundarios positivos o negativos? La relativa incidencia del proyecto sobre el objetivo específico ha limitado la generación de efectos secundarios.
<b>La satisfacción de los grupos-objetivo en cuanto a los resultados</b>
¿Cuál es la naturaleza de los grupos-objetivo en cuestión? Personal de salud, madres de familia con niños menores de 2 años y mujeres embarazadas.
¿Los grupos-objetivo tienen acceso a los resultados conseguidos? La mayor parte de las actividades del proyecto están orientadas a fortalecer las capacidades de intervención del personal de salud en beneficio a esta población beneficiaria. A raíz de esta situación, el proyecto ha decidido otorgar mayor consistencia a las acciones de <b>intervención directa</b> en madres de familia con niños menores de 2 años y mujeres embarazadas, sobre todo en materia de promoción y prevención de la salud. Concretamente, se desarrollarán acciones descentralizadas, más cercanas de este grupo a partir del mes de enero 2011.
¿Utilizan estos resultados? Es prematuro responder a esta pregunta.
¿El proyecto responde a sus problemas y prioridades? Si, porque todas las acciones se realizan de manera coordinada con el personal de salud y a menudo, el proyecto interviene a pedido de las autoridades sanitarias. En este sentido la vinculación del proyecto con la Gerencia de Red es cercana. Amerita estrechar nexos de trabajo con la Dirección del SEDES. Es una de las tareas que atenderá la Codirección del proyecto en 2011.

### **c- Sostenibilidad**

**Las actividades del resultado 1** orientadas a mejorar acceso a servicios de salud de calidad, contribuyen firmemente a la sostenibilidad del proyecto, mediante la capacitación del personal de salud tanto en salud pública, atención primaria, emergencias pediátricas y emergencias obstétricas.

En cuanto al **Sistema de Información Administrativa Financiera (SIAF)**, se trabajará conjuntamente con los Gobiernos Municipales para otorgar un potencial más amplio de apoyo y sostenibilidad institucional.

Existe gran probabilidad que las actividades desarrolladas por el proyecto para **articular la medicina tradicional con la medicina occidental** sean apropiadas por sus actores, siendo un eje prioritario del Ministerio de Salud, sobre todo a nivel regional, para el cual, además, existe una dinámica proactiva de los propios actores locales.

La sostenibilidad de las acciones correspondientes al **resultado 2** en materia de **participación comunitaria en salud**, dependerá de grado de interés de las propias comunidades para priorizar acciones de promoción y de prevención en salud, con la ayuda

de los RPS y mujeres líderes. Es razonable pensar en una prosecución por cuenta propia de las acciones emprendidas por el proyecto, por las experiencias positivas con RPS y mujeres líderes en el campo de la salud en Bolivia.

Los avances en implementación del **Modelo de Gestión SAFCI inherente al resultado 3** conllevaran mayor riesgo de disolución en ausencia del proyecto, por la dificultad de formar y capacitar a los Agentes Locales de Salud y por su gran inestabilidad funcional. Por otra parte, es necesario confortar aun más las instancias decisionales propias de la estructura social (CLS y CSM sobre todo) para que diseñen e implementen propuestas locales y municipales en salud. Finalmente, existen dudas razonables en cuanto al funcionamiento de los espacios de concertación entre la estructura social y la estructura de servicios (las Mesas) para la toma de decisiones compartidas en salud.

Las **propuestas de desconcentración** del proyecto contribuyen también a consolidar el capital de perennidad en las acciones emprendidas al alcanzar mayor número de beneficiarios y al involucrarlos de manera más participativa en los procesos de implementación *in situ*.

<b>Los procesos de desarrollo generados por el proyecto</b>
¿Se ha iniciado procesos de desarrollo en alguno de los siguientes campos? (político, cultural, social, económico, técnico, organizacional o institucional) Si; gestión de ítems ante el SEDES; elaboración de planes de mantenimiento; enfoque a planes estratégicos municipales y mancomunales.
¿El proyecto ha sido integrado estructuralmente a las instituciones locales? El proyecto se vincula con la Gerencia de Red y, en menor medida, con la mancomunidad.
¿Cuenta la institución socia con un plan de integración del proyecto? Se trabajara en elaboración de un <b>plan estratégico mancomunal</b> en salud en 2011.
<b>Las responsabilidades de las contrapartes</b>
¿La institución socia participa en la ejecución? De manera puntual solamente.
¿La institución socia toma medidas para asumir al proyecto una vez concluido el mismo? De manera insuficiente aun.
¿Los socios respetan sus compromisos? Existen dificultades para la cancelación de las contrapartes financieras municipales para las obras.
<b>Condiciones para la sostenibilidad</b>
¿Se han dispuesto los recursos necesarios para continuar con las acciones del proyecto una vez que éste ha concluido? Aun los esfuerzos realizados en la materia son insuficientes.
¿Se ha previsto una formación institucional para la institución socia ? El Gerente de la mancomunidad cursa una maestría financiada por la CTB.
¿Se ha puesto en marcha un plan de fortalecimiento de capacidades locales? Si, el personal de salud participa en una maestría en salud pública.
<b>Modalidades del proyecto</b>
¿El proyecto está vinculado a condiciones impuestas por el donante? El proyecto respeta las directivas de la CTB y aplica el marco normativo legal establecido en Bolivia en materia de contrataciones y licitaciones sobre todo.
¿El principio de ayuda no reembolsable se está respetando? Si
¿Las modalidades de ejecución son favorables a la sostenibilidad? Si por el hecho de trabajar bajo la modalidad de cogestión
¿La modalidad de ayuda no reembolsable es favorable a la sostenibilidad? Si.

## 7. Medidas y recomendaciones

### 7.1. Una síntesis de criterios de evaluación

El proyecto ha tomado varias medidas para acrecentar los niveles de eficiencia, eficacia y sostenibilidad de las acciones emprendidas. Desde el punto de administrativo, se opto por un **modelo de gestión único**. Hace falta aun fortalecer, estabilizar y organizarlo para lograr mayor eficiencia.

En materia de gestión técnica, se ha otorgado mayor atención a las actividades de **seguimiento y de acompañamiento**. Estas son insuficientes todavía y deberán ser intensificadas en 2011. Sin embargo, durante el plan de acción 2010, se ha organizado espacios de planificación con los siguientes productos orientados a mejorar la eficacia del proyecto: **programaciones mensuales e trimestrales y planes de hitos**.

El nuevo **Marco lógico del proyecto**, el nuevo **Plan de vida**, el **nuevo POA** y los **presupuestos aferentes** constituyeron herramientas que participaron a una mejor gestión de las intervenciones. Por otra parte, se puso a contribución los conocimientos adquiridos durante los talleres de gestión trimestrales organizados por la Representación de la CTB en La Paz. El **Cuadro de mando integral** y el **enfoque de trabajo por hitos** fueron herramientas de gestión útiles para el proyecto.

El taller organizado durante el mes de septiembre ha permitido identificar círculos viciosos de ataques y defensa, asumir responsabilidades de acciones individuales y despertar un mayor grado de compromiso para mejorar el **clima laboral** y por ende, el ambiente general de gestión de proyecto.

El criterio de sostenibilidad en salud descansa sobre las capacidades locales para encara la consecución de las actividades en forma autónoma. Las instancias locales cuentan con un sólido **marco referencial** para ello; *el modelo SAFCI*. Sin embargo, los municipios de la provincia Chayanta son pobres. Carecen de recursos financieros para llevar adelante el conjunto de los elementos que atingen a la promoción, la prevención y la atención en salud. En este sentido, el proyecto ha iniciado un proceso para contratar consultores con el objeto de elaborar en forma participativa **planes de salud** en los 4 municipios de la provincia, así como un **plan de salud mancomunal**. En la actualidad los municipios no cuentan con estas herramientas. A partir de enero 2011, el proyecto dedicará parte de sus esfuerzos a inscribir acciones de continuidad en salud en **los Planes operativos anuales (POA's) y Planes de Desarrollo Municipales (PDM)**, pero es ilusorio pretender una sostenibilidad plena de las acciones desarrolladas por el proyecto en el contexto pauperizado de la provincia Chayanta.

## **7.2. Recomendaciones**

Código: C

- Consolidar la **organización de la administración única** para la entrega de servicios oportunos y de calidad.
- Intensificar la capacidad operacional del proyecto *in situ* mediante **alianzas estratégicas y un enfoque descentralizado**.
- Fortalecer el **seguimiento a las obras** en construcción.
- Prever una **prórroga de los procesos de construcción** de obras dentro de los límites temporales establecidos en el Convenio Específico.
- Estrechar vínculos con las instancias locales, especialmente con los municipios para los **aportes de contraparte**.
- Estimular la **participación ciudadana** en los procesos de construcción.
- Elaborar **planes de desarrollo municipales y mancomunales** en salud.
- Seguir incidiendo en acciones de mejoramiento del **clima laboral**.

Los riesgos que enfrentaría el proyecto por no poner a ejecución estas recomendaciones son los siguientes:

- Obras no concluidas al finalizar el mes de junio 2011, o incluso al final del Convenio Específico.
- Escasez de tiempo y de recursos humanos para lograr los indicadores de resultados.



## 8. Nueva planificación

- Ver tabla POA 2011 adjunta

## 9. Conclusiones

### 9.1. Actividades y las finanzas

No existe cambio alguno en la definición de las actividades previstas en el Plan de vida del proyecto, sino en las modalidades de implementación para alcanzar los indicadores de resultados previstos al 30 de junio 2011. El presupuesto asignado para el efecto sufriría modificaciones debiendo realizar una reformulación presupuestaria.

Se ha ajustado el cronograma de implementación de las actividades de acuerdo con los retrasos experimentados durante la gestión 2010.

### 9.2. Los criterios de seguimiento

Hemos reseñado en el punto 6 el estado de la situación en cuanto a los tres criterios de seguimiento. El plan de acción 2011 en sus nuevas modalidades de implementación tiene el propósito de alcanzar estos criterios con **estándares de calidad y cantidad más altos**. El seguimiento en terreno será intensificado a medida que se fortalezca el área administrativa del proyecto. Permitirá prestar una atención fortalecida a la realización de las actividades médico/técnicas y de infraestructuras en un enfoque de cierre, transferencia y de sostenibilidad.

### 9.3. Decisión relativa a las recomendaciones a ser aprobadas por el Comité Directivo del proyecto o SMCL

- Aprobar el informe anual.
- Aprobar el POA 2011 con las nuevas modalidades de implementación y con la autorización para inicio de reprogramación financiera correspondiente.

## 10. Anexos

---

Diagrama de Gantt

Este diagrama traza las actividades como han sido ejecutadas.

---

El informe de línea de base

Igualmente es posible crear una línea de base en AdeptTracker. Esta permite comprara las actividades planificadas con aquellas ejecutadas.

---

Medición de indicadores

En la medida de su disponibilidad se pueden incluir gráficos suplementarios de indicadores. Esto aplica para los indicadores del objetivo específico y los de resultados.

---

La lista de control de eficiencia

Impresión de la lista de control con miras a evaluar la eficiencia.

---

La lista de control de eficacia

Impresión de la lista de control con miras a evaluar la eficacia.

---

La lista de control de Sostenibilidad

Impresión de la lista de control con miras a evaluar la sostenibilidad.

---

Registro en PIT

Impresión de la lista de control para registro en PIT.

---

El Marco Lógico

Presentación del nuevo marco lógico en caso de modificación.

---

Adjudicaciones /adquisiciones

Descripción de los procesos de adjudicaciones y adquisiciones realizadas y por realizar.

