

RESUMEN

1. Introducción

(1) Antecedentes del Estudio

La República de Bolivia, es un país mediterráneo ubicado entre los 10 y 23 grados latitud sur de la parte central de América del Sur; su extensión es de 1,098,581 km² (aproximadamente tres veces mayor que Japón), su población es de 8 millones 274 mil 225 habitantes (Censo 2001), y es uno de los países más pobres de Centro y Suramérica.

Bolivia, mantiene su política de libre economía, y continúa avanzando en el cumplimiento de la Ley de Participación Popular 1551, Ley de Descentralización 1684 y la Ley del Dialogo 2235.

El actual Gobierno del Presidente Sánchez de Lozada, para erradicar la pobreza ha establecido el "Plan Bolivia = Plan de Acción (2002-2007)". En el campo de la Salud y de la Sanidad Pública, tiene como meta la reducción de la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años, y de la tasa de mortalidad de mujeres embarazadas o parturientas, y tiene como importantes objetivos políticos que atender: a) La introducción del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), b) El mejoramiento de la situación nutricional, c) Medidas para combatir las enfermedades infecciosas como el mal de Chagas, la Malaria, la Tuberculosis Pulmonar, Leishmaniasis y fiebre amarilla ,etc.d)Salud oral, e) Salud ocupacional, f)Salud integral a la tercera edad

La extensión del Departamento de Beni es de 213 mil km², el cual encierra el 20% de la extensión del todo el país y tiene aproximadamente 365.281 habitantes (Censo 2001), siendo el segundo departamento con densidad poblacional más baja. El aumento poblacional del Departamento de Beni es alto con 3.16%. El incremento poblacional de las zonas urbanas es de 5.19%, y el de las provincias de 0.43%, con lo cual se puede observar el intenso movimiento poblacional hacia las ciudades.

Las tres mayores enfermedades que azotan al Departamento de Beni son las afecciones respiratorias agudas (IRA), la malaria y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda). Las principales causas de deceso son las enfermedades del corazón, EDA y la neumonía. El índice de mortalidad infantil es alto cuyas principales causas son EDA, IRA, y la desnutrición. La mortalidad de la madre gestante también es alta, siendo el índice de mortalidad de las zonas rurales, el doble que el de las zonas urbanas. Las principales causas de estos decesos son, la hemorragia, la eclampsia y el aborto.

En el Departamento de Beni, junto con el Gobierno Central y Gobierno Municipal, donantes como la USAID, UNICEF, CIDA, OMS/OPS, UNFPA y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) están ejecutando proyectos en el sector salud. Aún no hay un plan de salud de alcance departamental y/o Distrital. Se espera una coordinación entre los donantes en la implementación de los planes y proyectos.

En respuesta la solicitud del Gobierno de la República de Bolivia, el Gobierno de Japón ha decidido ejecutar el Estudio sobre el Fortalecimiento del Sistema Regional de Salud para el Departamento de Beni en la República de Bolivia. La Agencia de Cooperación del Japón

(JICA), envió una Misión de Estudios preparatorios en enero del año 2001, suscribiendo e intercambiando el Alcance de los Trabajos (S/W Scope of Work) el 25 de enero del 2001.

(2) Objetivos del Estudio

- 1) Formular un Plan Maestro sobre el Fortalecimiento del Sistema Regional de Salud para el Departamento de Beni hasta el año 2010, y formular el programa(s) de prioridades identificados en el Plan Maestro, los cuales deben ser capaces de contribuir al desarrollo del proceso de descentralización de la salud en forma progresiva.
- 2) Realizar la transferencia tecnológica al personal de contraparte en el curso del Estudio.

(3) Área del Estudio

Departamento de Beni

(4) Alcance del Estudio

- 1) Fase I del Estudio
 - a. Análisis de las condiciones socio económicas existentes y de la demanda y suministro de los servicios de salud.
 - b. Formulación del Plan Maestro del sistema regional de salud y los planes de mejoramiento por etapas
 - c. Selección e identificación de programas prioritarios para el Estudio Piloto en la Fase II.
- 2) Fase II del Estudio
Desarrollo de programas prioritarios a través de la implementación y monitoreo del Estudio Piloto

2 Problemas y Restricciones del Sistema Distrital de Salud Existente

(1) Condiciones Naturales

Las condiciones geográficas y meteorológicas afectan las condiciones de salud y transporte, por caracterizar la estructura de las enfermedades y accesibilidad de la casa a las unidades de servicio de salud.

(2) Área de cobertura de los servicios de salud

El área de cobertura de los CS/ PS y hospitales está limitada por la falta de caminos en buenas condiciones y medios de transporte, costo/ tiempo de transporte y pobre nivel de calidad de los servicios de salud así como barreras socio-culturales.

(3) Institución y organización

- 1) Cobertura del Seguro de Salud (Seguro Básico de Salud: SBS)
El servicio de distribución de medicamentos del SBS es inadecuado por la falta de un vínculo institucional entre hospitales/CS/PS, SEDES y los gobiernos municipales y por el conocimiento limitado de los habitantes respecto.
- 2) Políticas y Administración municipal

- a. El PDM y el POA no han mostrado aun una política de desarrollo y un plan de acción claros en la reforma del sector de salud.
 - b. Las municipalidades tienen poco interés en el sector de salud.
 - c. servicios de salud a las áreas de pobreza no han sido bien organizados aun o promovidos debido a la falta de una política de alivio de pobreza en el nivel municipal.
- 3) Sistema de coordinación
No ha sido observado un sistema de coordinación efectivo y activo entre las agencias involucradas en el sector de salud.
- (4) Recursos Humanos y Financieros
- 1) Los recursos humanos en salud son escasos en el Beni; 2/3 del promedio nacional por cada 1000 habitantes.
 - 2) La asignación de número de ITEM por cada diferente categoría profesional no es adecuada para dirigir la falta de balance entre oferta y demanda de los servicios de salud y para resolver la inaccesibilidad y falta de disponibilidad para los habitantes. Las razones incluye:
 - falta de un criterio de selección
 - un proceso de toma de decisiones pobre
 - sistema de monitoreo/ evaluación pobre
 - incentivo insuficiente para el personal médico en las áreas remotas
- (5) Costo compartido
- 1) Lado de la oferta: El presupuesto para ITEM, SBS y O&M no está óptimamente asignado entre las Agencias Involucradas y su manejo es inapropiado.
 - 2) Lado de la demanda: El costo médico no se establece considerando la voluntad de pago de los beneficiarios.
- (6) Unidades/ Equipamiento
- 1) La escala de las unidades existentes no es adecuada para la demanda.
 - 2) El personal de salud asignado y la escala de unidades de salud está mal balanceada.
 - 3) El equipamiento de las unidades de salud es insuficiente u obsoleto.
 - 4) No hay información para el equipamiento existente (inventario, manual de operación, etc.)
- (7) Manejo de hospital
- 1) El manejo de hospitales así como los CS/PS es todavía inadecuado debido al bajo control de calidad de los recursos humanos, contabilidad, inventario de medicamentos e información de pacientes, y falta de capacitación/ entrenamiento.
 - 2) El papel del hospital para el manejo de la Salud Distrital no está claro.
- (8) Medicamentos
- 1) No existe de un sistema de distribución de medicamentos efectivo y a tiempo.
 - 2) No hay un sistema de control en el almacenamiento y uso de medicamentos abastecidos por el SUMI y otros recursos.

- 3) Los habitantes, trabajadores en salud y personal de salud- médico no han sido bien provistos y entrenados en el conocimiento del uso de los medicamentos.
- 4) A pesar de los esfuerzos del gobierno de controlar los precios de los medicamentos a un bajo nivel, el mecanismo del mercado aumenta los precios por la oferta y la demanda a precios y los torna poco accesibles para los usuarios.

(9) SNIS

El sistema de información ha sido introducido para recolectar, procesar, y diseminar la información en salud por el SNIS. Sin embargo, la capacidad institucional en todos los niveles (PSs/CSs, hospitales, municipalidades y SEDES) para recolectar y procesar información que no ha sido todavía desarrollada, y la capacidad del SNIS de analizar la información para la identificación de las mayores causas de enfermedades es inadecuada. También, el ambiente insuficiente, falta de instrumentos de procesamiento de información, laboratorios mal equipados, crean un impedimento para la implementación ineficiente.

(10) Sistema de Referencia

El actual sistema de referencia no es efectivo debido a la falta de coordinación entre los niveles de salud, y el personal de salud no está interesado en coordinar actividades con otras unidades.

(11) APS

- 1) El modelo actual de APS no está efectivamente fortalecido debido al mínimo interés del personal de salud.
- 2) No hay un alcance integrado de manejo de salud (ej. AIEPI) para madres e hijos.
- 3) La coordinación entre los diferentes programas de atención primaria de salud, y entre los programas de atención primaria de salud y otros programas de salud no ha sido implementada.

(12) Alcance epidemiológico

- 1) El departamento tiene condiciones ecológicas y geográficas con diferentes clases de vectores.
- 2) CENETROP limita sus actividades a ciertas enfermedades. Hay poca vinculación con CENETROP y las unidades de salud del Beni.
- 3) La falencia del programa de control de enfermedades se encuentra en la tecnología, equipamiento y recursos financieros y humanos.

(13) Salud Familiar Comunitaria

- 1) La integración de los servicios de medicamentos moderna y tradicional no están optimizados por la falta de información registrada en prácticas tradicionales (cuidado en el hogar).
- 2) Las parteras y promotores de salud no están integrados en los servicios públicos de salud.
- 3) La gente no aplica mejores prácticas por razones sociales, culturales y económicas (por ejemplo, la gente no hierve el agua porque no pueden costearlo, no les gusta el sabor, o no quieren invertir el tiempo).
- 4) IEC en salubridad, control nutricional, y SBS no es efectiva.

- 5) La salud tiene una menor prioridad que la educación y generación de ingresos en las comunidades.
- 6) No se ha establecido ampliamente, el manejo de los medicamentos de la comunidad con micro-crédito (Fondo rotatorio municipal).
- 7) Se evidencia poca participación social en el sector de salud debida a la mala organización y actividades de los comités locales y falta de liderazgo.

Tabla S-1 Asignación de Personal médico por 1,000 habitantes y Balance de Doctor y Enfermera (2000, 2002)

	Habitante (A)	Número de Doctores			Número de Enfermeras			(B+C)/A ³	C/B ⁴		
		Doctor	Dentista	Sub Total(B)	B/A ¹	Enfermera	Enfer.Auxil.			Sub Total (C)	
Cercado	83,014 ⁵	76 ⁷	8	84	1.01	26	121	147	1.77	2.78	1.75
	(85,631) ⁶	(80) ⁸	(9)	(84)	(1.04)	(38)	(137)	(175)	(2.04)	(3.08)	(1.97)
Trinidad	78,940	75	8	83	1.05	26	120	146	1.85	2.90	1.76
	(81,429)	(79)	(9)	(88)	(1.08)	(36)	(132)	(168)	(2.06)	(3.14)	(1.91)
San Javier	4,074	1	0	1	0.25	0	1	1	0.25	0.49	1.00
	(4,202)	(1)	(0)	(1)	(0.24)	(2)	(5)	(7)	(1.67)	(1.90)	(2.00)
Vaca Díez	114,594	50	9	59	0.51	16	122	138	1.20	1.72	2.34
	(118,207)	(63)	(9)	(72)	(0.61)	(19)	(144)	(163)	(1.38)	(1.99)	(2.26)
Riberalta	73,673	31	6	37	0.50	11	75	86	1.17	1.67	2.32
	(75,996)	(39)	(6)	(45)	(0.59)	(12)	(87)	(99)	(1.30)	(1.89)	(2.20)
Guayaramerín	40,921	19	3	22	0.54	5	47	52	1.27	1.81	2.36
	(42,211)	(24)	(3)	(27)	(0.64)	(7)	(57)	(64)	(1.52)	(2.16)	(2.37)
Ballivián	71,637	15	4	19	0.27	8	23	31	0.43	0.70	1.63
	(73,896)	(22)	(4)	(26)	(0.35)	(11)	(39)	(50)	(0.68)	(1.03)	(1.92)
Reyes	10973	4	1	5	0.46	3	5	8	0.73	1.18	1.60
	(11,319)	(6)	(1)	(7)	(0.62)	(4)	(10)	(14)	(1.24)	(1.86)	(2.00)
San Borja	37,939	4	1	5	0.13	2	9	11	0.29	0.42	2.20
	(39,135)	(4)	(1)	(5)	(0.33)	(3)	(13)	(16)	(0.41)	(0.54)	(3.20)
Santa Rosa	8,779	2	1	3	0.34	2	4	6	0.68	1.03	2.00
	(9,056)	(5)	(1)	(6)	(0.66)	(2)	(7)	(9)	(0.99)	(1.66)	(1.50)
Rurrenabaque	13,946	5	1	6	0.43	1	5	6	0.43	0.86	1.00
	(14,386)	(7)	(1)	(8)	(0.56)	(2)	(9)	(11)	(0.76)	(1.32)	(1.38)
Yacuma	27,495	8	2	10	0.36	2	15	17	0.62	0.98	1.70
	(28,362)	(12)	(2)	(14)	(0.49)	(6)	(23)	(29)	(1.02)	(1.52)	(2.07)
Santa Ana	21,341	7	2	9	0.42	2	14	16	0.75	1.17	1.78
	(22,014)	(11)	(2)	(13)	(0.59)	(6)	(22)	(28)	(1.27)	(1.86)	(2.15)
Exaltación	6,154	1	0	1	0.16	0	1	1	0.16	0.32	1.00
	(6,348)	(1)	(0)	(1)	(0.16)	(0)	(1)	(1)	(0.16)	(0.32)	(1.00)
Moxos	22,038	7	2	9	0.41	1	21	22	1.00	1.41	2.44
	(22,733)	(12)	(3)	(15)	(0.66)	(3)	(25)	(28)	(1.23)	(1.89)	(1.87)
San Ignacio	22,038	7	2	9	0.41	1	21	22	1.00	1.41	2.44
	(22,733)	(12)	(3)	(15)	(0.66)	(3)	(25)	(28)	(1.23)	(1.89)	(1.87)
Marbán	15,225	3	1	4	0.26	0	10	10	0.66	0.92	2.50
	(15,736)	(5)	(1)	(6)	(0.38)	(3)	(10)	(13)	(0.83)	(1.21)	(2.17)
Loreto	3,794	2	1	3	0.79	0	9	9	2.37	3.16	3.00
	(3,914)	(2)	(1)	(3)	(0.77)	(1)	(9)	(10)	(2.55)	(3.32)	(3.33)
San Andrés	11,461	1	0	1	0.09	0	1	1	0.09	0.17	1.00
	(11,822)	(3)	(0)	(3)	(0.25)	(2)	(1)	(3)	(0.25)	(0.51)	(1.00)
Mamoré	12,36	8	2	10	0.81	1	13	14	1.13	1.94	1.40
	(12,753)	(12)	(2)	(14)	(1.10)	(2)	(15)	(17)	(1.33)	(2.43)	(1.21)
San Joaquín	5,489	5	1	6	1.09	1	6	7	1.28	2.37	1.17
	(5,663)	(9)	(1)	(10)	(1.77)	(2)	(8)	(10)	(1.77)	(3.53)	(1.00)
San Ramón	5,838	2	1	3	0.51	0	6	6	1.03	1.54	2.00
	(6,022)	(2)	(1)	(3)	(0.50)	(0)	(6)	(6)	(1.00)	(1.49)	(2.00)
Puerto Siles	1,035	1	0	1	0.97	0	1	1	0.97	1.93	1.00
	(1,068)	(1)	(0)	(1)	(0.94)	(0)	(1)	(1)	(0.94)	(1.87)	(1.00)
Itenez	18,886	7	3	10	0.53	3	24	27	1.43	1.96	2.70
	(19,482)	(13)	(3)	(16)	(0.82)	(4)	(25)	(29)	(1.49)	(2.31)	(1.81)
Magdalena	9,902	4	2	6	0.61	2	9	11	1.11	1.72	1.83
	(10,214)	(10)	(2)	(12)	(1.17)	(3)	(10)	(13)	(1.27)	(2.45)	(1.08)
Baures	5,285	2	1	3	0.57	1	5	6	1.14	1.70	2.00
	(5,452)	(2)	(1)	(3)	(0.55)	(1)	(5)	(6)	(1.10)	(1.65)	(2.00)
Huacaraje	3,699	1	0	1	0.27	0	10	10	2.7	2.97	10.00
	(3,816)	(1)	(0)	(1)	(0.26)	(0)	(10)	(10)	(2.62)	(2.88)	(10.00)
Total	365,281	174	31	205	0.56	57	349	406	1.11	1.67	1.98⁹
	(376,800)	(219)	(33)	(252)	(0.67)	(86)	(418)	(504)	(1.34)	(2.01)	(2.00) ¹⁰

Observaciones: *1 Número de doctores por 1,000 habitantes
*2 Número de enfermeras por 1,000 habitantes - Number of nurses per 1,000 inhabitants
*3 Número de personal médico por 1,000 habitantes
*4 Número de enfermeras por 1 doctor
*5 Número de habitantes en el 2001
*6 Estimado de habitantes en 2002, basado en tasa anual de crecimiento de población de "Cuadro Población por municipalidad en el Beni (1999)"
*7 Número de personal médico en 2002
*8 Número de personal médico en 2002, basado en los nuevos ITEM
*9 Sección de arriba en el cuadro muestra el año 2000
*10 Sección de abajo del cuadro muestra el año 2002

Fuentes: *5 Resultados Preliminares del Censo 2001, INE
*7 Estadísticas de SEDES, Trinidad, Enero 2001
*8 Solicitud de Incremento de Personal por Distrito para la Gestión del 2002, SEDES, Trinidad (Ley del Dialog. HIPC II)

3 Delineamiento General del Plan Maestro

3.1 Metas del Plan Maestro

Un sistema regional de salud será desarrollado para establecer un sistema de la red de servicios de salud en base al área en el departamento del Beni dentro del marco de la vigente ley No. 2425 para el 2010. Cada nivel de las unidades de salud y organizaciones debería estar estrechamente conectado y vinculado para un modelo de salud basado en las estrategias de APS, y la reducción de la morbilidad y mortalidad será promovida para mejorar las condiciones de salud de los habitantes en las áreas pobres así como en los centros urbanos. El Plan Maestro se compone de un programa en base al sector y un programa en base al área.

3.2 Principios Básicos de Estrategias de Desarrollo para Alcanzar los Objetivos

(1) Principios Básicos de Desarrollo

- 1) La distribución efectiva y equitativa del Sistema Regional de Salud debería ser alcanzada bajo la Ley de Dialogo desde junio 2001, Participación Popular, Descentralización, Ley del SUMI desde noviembre 2002. Este sistema contribuirá al alivio de la pobreza.
- 2) La asignación efectiva y la distribución equitativa de los recursos humanos y financieros limitados será indispensable para resolver los problemas de manejo del hospital, CS-hospital y CS/PS y para contribuir al alivio de la pobreza en cada municipalidad. Para este propósito, estos recursos serán re/distribuidos y/o integrados de acuerdo al balance de la demanda y oferta del servicio de salud.
- 3) El sistema Inter-municipal de servicio de salud será desarrollado para establecer la asignación efectiva de recursos y para cubrir las áreas de pobreza alejadas basado en la experiencia pasada de Donantes y ONG.
- 4) El sistema propuesto deberá ser operado y manejado como un sistema de desarrollo sostenible por varias organizaciones involucradas en servicios de salud y apoyadas por los gobiernos central y local. El sistema regional de salud propuesto será aplicado a las otras provincias de manera selectiva en el futuro. Los Donantes y ONG participaran en el sistema propuesto a través del bien organizado comité inter-agencias del Beni.

(2) Estrategias de Desarrollos

El sistema regional de salud propuesto será implementado con un alcance en base al sector. A corto plazo, un mayor enfoque será puesto en el fortalecimiento, expansión y modernización de la institución e infraestructura del sistema de servicios de salud establecido por el MSPS/SEDES, gobiernos prefectural/municipal, ONGs y donantes en el pasado. En el mediano y largo plazo, la nueva organización y construcción de infraestructura será considerada.

- 1) Estrategias a corto plazo: para mejorar la operación y administración de las organizaciones/instituciones e infraestructura/equipamiento existentes del sistema regional de salud a través de la re-asignación y redistribución de los recursos humanos y financieros limitados.
- 2) Estrategias a mediano y largo plazo: para incrementar y re-asignar recursos humanos y financieros y para construir nueva infraestructura y para instalar nuevo equipamiento para alcanzar el balance de la demanda y oferta a través de un comité

inter-agencial en los niveles nacional y/o internacional.

3.3 Plan Maestro del Sistema Regional de Salud Integrado

Cuatro provincias objetivo del área de Estudio, Vaca Diez, Cercado, Mamore y Moxos, tienen una población de 231,404, la cual es más o menos 65% de la población total del Beni, 365,281. (censo 2001). El Plan busca primordialmente la formación de un sistema regional de salud en estas provincias y su resultado será aplicado al área total del Beni. El sistema regional de salud consiste de i) hospitales centrales para el servicio de salud médico, ii) CSs para el servicio de APS y iii) OTB / la Comunidad para la red de servicio de salud médica. Cuando el sistema regional de salud es organizado, si es necesario para la prefectura de Beni formar el sistema de coordinación de servicio de salud distrital basado en los movimientos de descentralización, la participación popular, Dialogo 2000 y SUMI 2002 que son continuados bajo la prioridad de la política nacional. Para comprender el sistema de coordinación, se proponen los cuatro proyectos en el sistema regional de salud como los proyectos modelos, los cuales tienen como objetivo los más cruciales asuntos: los habitantes pobres en cuatro provincias. Los modelos son sistemas de servicio de salud médico de hospitales en i), CSs y OTB / la Comunidad en el ii) y iii).

El Plan Maestro se comprende de alcance en base al sector (objetivo) y alcance en base a la región. El primero es para disolver los problemas en la salud del Beni y el segundo es enfocado en las áreas urbanas y pobres. El alcance en base a la región principalmente se enfoca en la concentración de población de las cuatro provincias en Beni y proponen el desarrollo distrital en las áreas norteñas, centrales y del sur.

El sistema de “Mancomunidad” (un sistema de municipalidades integradas en coordinación con el distrito de salud) debe introducirse y debe promoverse para el uso eficaz de los recursos humanos y financieros limitados así como el desarrollo de la infraestructura / abastecimiento de unidades y equipos en el departamento del Beni.

(1) El alcance en base al sector

El plan en base al sector se propondrá para cada problema del Sistema Regional de Salud en Beni.

- 1) La solución de restricciones por las condiciones naturales
- 2) Cobertura de área de servicios de salud
- 3) La institución y Organización
- 4) Los Recursos humanos
- 5) El costo Compartido
- 6) Las unidades / el Equipo
- 7) La Dirección del hospital
- 8) Los medicamentos
- 9) SNIS
- 10) El Sistema de referencia
- 11) APS
- 12) El Acercamiento epidemiológico
- 13) La Salud familiar y comunitaria

Los cuerpos de aplicación, las actividades por los cuerpos de aplicación y beneficio son mostrados como sigue por cada plan del sector.

Tabla S-2 Los Cuerpos de Aplicación, las Actividades por los Cuerpos de Aplicación y el Beneficio de los Planes de Desarrollo Regionales.

El sector	Los cuerpos de Aplicación	Las actividades por los cuerpos de Aplicación	Beneficiarios y Beneficio
1.Solucion de las restrcciones por las condiciones naturales	Este plan se cubre por los otros planes del sector siguientes.		
2.Cobertura de area de los servicios de salud			
(1)Cobertura de area (mejoramiento de accesibilidad)	CS / OTB/ La comunidad	Por lo que se refiere a la cobertura de area la cobertura de servicio directo/indirecto de personales médicos se extiende por el desarrollo de transporte y sistema de red de comunicación alrededor de CSs.	El ahorro de costo/tiempo por el sistema de radio sin una inversion de alto costo para la red de transporte como puentes y caminos y un sistema de transporte de rio
(2)Cobertura de SUMI	-repita - / municipalidad / SEDES	SUMI predominante, y el cuidado oportuno/ adecuado de mujeres embarazadas e infantes se logra a través de la promoción y prevencion de actividad por el personal de salud a OTB / la Comunidad y habitantes. Particularmente se asignan los personales médicos mujeres para aliviar la condición de restriccion social entre las mujeres en el área pobre.	La disminución de proporción de mortalidad materno infantil por más participación de mujeres al cuidado preventivo y por la aceptación de servicios consultivos a CS resolviendo los problemas del género (SUMI más eficaz)
3.Institution y Organización			
(1)Administración en la Prefectura y municipalidad	Prefectura/ municipalidad	Es el problema principal para la formación del sistema de salud distrital en Beni construir la coordinación y cooperación entre las agencias involucradas. Para resolver la materia, una coordinación y comité de vigilancia al nivel de la prefectura se establece y un comité al nivel municipal también se establece entre los personales en el trabajo diario.	El ahorro de costo/tiempo de servicios de salud por la clarificacion de responsabilidades en cada organización administrativa y esTablamiento de distribución equitativa de servicios de salud
(2)Institución y organización de la organización médica	municipalidad / La organización médica (Hospital,CS)	Los hospitales / CSs y un comité municipal buscan la relación íntima mutua y refuerzan un efecto del suministro de medicamentos de SUMI y aplicación de servicio. Para el progreso suave de estas tareas, el Plan Operativo Anual en el sector de salud médico es preparado por las municipalidades, personal de salud y OTB.	Los ahorros de Costo/tiempo al hospital y CS, y más contribución de servicios de salud a los beneficiarios
4.Recursos Humanos			

(1)Distribucion de recursos humanos	MSPS / SEDES / municipalidad	A pesar de la condición del presupuesto ajustado, el ITEM de MSPS se asignó. Además, HIPIC II que se enfoca en el alivio de pobreza, se asignó en 2002. De hoy en adelante, deben aclararse los detalles de uso del ITEM en Beni y un sistema de puerta abierta/ de reclutamiento justo de personal también debe establecerse. El criterio unificado acerca del sistema obrero de personales médicos se forma en cada hospital / CS y apunta a una unificación de calidad de servicio de salud médica.	La distribución igual y el uso eficaz de recursos humanos limitado de servicios de salud sin la intervención política
(2)Uso efectivo de recursos humanos	MSPS / SEDES / municipalidad /OTB La organización médica	Supervision de asignación de recursos humanos y formación de obreros se lleva a cabo y vigilancia / re-educación de personales médicos basado en los resultados de la supervision.	El uso eficaz de los recursos humanos asignados y más contribución a las personas de pobreza
5.Fuentes de financiamiento y Costo Compartido			
(1)Ingresos	MSPS / SUMI / municipalidad / Organización medica / OTB / La comunidad	Aunque el rédito de hospital/CS depende principalmente de los propios ingresos por servicios y subsidio de SUMI, la cantidad de ingreso de los servicios médicos no es establecida debido al incremento de pacientes pobres. Para reforzar la solvencia a un servicio médico, diversificación de pacientes y reforma de conciencia de pacientes para una buena voluntad de pago se promueve.	El aumento del rédito por el aumento de buena voluntad de pago por los habitantes y afianzando los fondos de SUMI
(2)Gastos	-repita -	Entretanto el gasto de hospital/CS va principalmente al personal, materiales / insumos y costo de mantenimiento. El costo para los personales médicos se cubre por dos tipos de ITEMS; de MSPS (SEDES) y de HIPIC II. Por consiguiente la adquisición de fondos para este costo depende de la adquisición de Items. Todo el costo para los medicamentos, insumos y el costo de mantenimiento se cubre por las municipalidades.	Un mejor manejo financiero asegurando los Ítems y HIPCII para los sueldos del personal médico y medicamentos, insumos por SUMI
(3)Fondos	La organización médica / CEASS / ONG / OTB / La comunidad	Para que se realice una adquisición oportuna de medicamentos, los fondos del fondo rotatorio se utiliza ampliamente. Aprovechando el fondo rotatorio se compran las medicamentos adecuadamente y los pagos atrasados las municipalidades se alivia.	Servicios de salud efectivos y mejoramiento de la salud por el arreglo de fondos oportuno para los medicamentos y costo de O&M
(4)Ahorro de costos de operacion y mantenimiento	La organización médica	Con respecto al costo de mantenimiento para el equipo médico, mejora del nivel de habilidad técnica para la inspección / reparación y costo compartido de las municipalidades.	Ahorro de costo y mejores servicios medicos y de salud con un mejor mantenimiento del equipamiento medico

(5)Costo compartido entre las agencias involucraron	La municipalidad / El donador / ONG	Como es crucial para el Barco Médico afianzar los costos para el combustible y comestible, el costo para el Barco requiere la ayuda esencialmente por los Donadores y ONG así como los gobiernos municipales.	La mejora de salud para los habitantes que no son apoyados por la salud entera a través de los servicios municipales por el barco médico
(6)Plan anual	Organización medica/municipalidad	Para la promoción de estas administraciones financieras, presupuesto anual/mensual y el sistema de vigilancia de auditoría se forma.	El esTablacimiento de dirección financiera sustenTabla
6. Las unidades/ el Equipo			
(1)Construccion de unidades / el suministro de equipo	MSPS / municipalidad / El donador	Las unidades medicas anteriores y el suministro de equipo se concentra en el área urbana. Entretanto los servicios médicos en el área de pobreza urbana y el área rural están en el nivel bajo. Para disolver estas brechas de demanda/oferta en suministro de servicios de salud médicos, mejora de unidades médicas existentes / el equipo de hospitales de las ciudades, eficacia e intensificación de unidades / equipos de CSs se llevan a cabo en el área de pobreza.	Más distribucion de servicios de salud y beneficio al área de pobreza
(2)O&M de equipo médico	Organización medica/sector privado	Acerca de la custodia y mantenimiento de equipo médico, un técnico permanente no se asigna en cada hospital pero se cubre por el pago de servicios de organizaciones médicas o las empresas privadas que incluyen un contrato para la reparacion de equipo.	Uso efectivo/mas beneficio para los pacientes y ahorro de costo de las unidades y equipamiento
7. La Dirección del hospital	La organización médica	El sistema de dirección de hospital es organizado con activar un comité de dirección de hospital para la toma de decisión. Especificando la repartición de roles/responsabilidades e insertando una comunicación cercana en cada departamento del hospital, un sistema de administracion eficiente y efectivo para el presupuesto, auditoria, servicio medico y administración es formado.Para este propósito, la educación / entrenamiento constante se lleva a cabo continuamente y se refuerza la calidad de hospital a un hospital central en el sistema de salud distrital.	El uso eficaz de recursos humanos y financieros limitados beneficia a los pacientes
8. Los medicamentos			

(1) Abastecimiento de medicamentos	La organización médica / SEDES / CEASS / La municipalidad	Los medicamentos en los hospitales / CSs son proporcionados por los procedimientos duales; la autorización de SEDES y pago por las municipalidades. Se propone para las organizaciones de salud para adquirir los medicamentos necesarios oportunamente por el sistema del crédito (Fondo rotatorio).	Ahorro de costo/tiempo y uso eficaz de medicamentos
(2) Administración de medicamentos	La organización médica	Una serie de sistemas de administración de medicamentos de la demanda, procuración, custodia de medicamentos se forma con reforzar la capacidad del sistema del crédito. Adicionalmente la educación / entrenamiento constante para el uso de medicamentos y la dirección se lleva a cabo no sólo a personales médicos pero también los habitantes y trabajadores de salud.	
9. SNIS			
(1) Calidad de información	La organización médica / SEDES / CENETROP	La información acerca de enfermedad y mortalidad en un hospital / CS es mucho en la experiencia / el conocimiento de un personal médico. Para disolver este problema, re-educación constante e intensificación de examen de laboratorio se lleva a cabo por SEDES, CENETROP, etc.,	Control eficaz de las enfermedades por un tratamiento médico mejor
(2) Disponibilidad de información	SEDES / Organización médica / OTB / La comunidad	Entretanto debido a pocos pacientes de muestra o ninguna información al nivel de la comunidad, es difícil decidir la mortalidad de mujeres embarazadas e infantes. Por consiguiente deben formarse la cooperación y coordinación entre las comunidades y un CS con la elaboración de la información.	
(3) Sistema de regeneración de información	MSPS / SEDES / La organización médica	Los datos reunidos por SEDES / MSPS se envían de vuelta a los hospitales y CSs, es organizado para el uso eficaz de SNIS y apoyo de tareas del personal médico	
10. El Sistema de referencia			
(1) Concientización del personal del hospital	El hospital	Un hospital reconoce los papeles como un centro la institución médica y responde a pacientes referidos de un CS a través de la reforma de conciencia en el hospital y la conferencia regular con ONGs, etc.,	La promoción de sistema de referencia por decisión activa por el personal médico en la referencia y contra-referencia uso efectivo de recursos y reducción de enfermedades y proporción de mortalidad
(2) Sistema de referencia del CS al hospital	CS	CS acepta a los pacientes tanto como es posible enseñando el concepto de sistema de referencia a los habitantes y rápidamente se refiere a pacientes que necesitan la cura a más alto nivel a un hospital.	

(3)La counter-referencia del hospital a CS	Hospital/CS	Después de operar el cuidado intensivo, el hospital contador-refiere a los pacientes a CS basó en el sistema de referencia de contador. Éste es un sistema de la referencia ideal entre un hospital, CS y comunidad para el sistema de salud regional efectivo.	
11. APS	SEDES / OTB / La comunidad / ONG	SEDES ha estado llevando a cabo APS como un programa nacional. Además, el APS aplicación sistema se forma bajo la coordinación de CS y ONGs. Como resultado, solape y la unión de actividades de APS se mejora. Para este propósito, la educación constante / entrenamiento para ONGs programaron por SEDES se intensifica más.	Costo que ahorra por la reducción de solapar de servicios de salud entre las agencias involucraron y expansión de beneficiarios
12. El Acercamiento epidemiológico			
(1)Programa nacional	MSPS / SEDES / Organización medica / OTB / La comunidad	Con el programa nacional exhaustivo, la función de examen en un hospital / CS se intensifica.	La aplicación eficaz y expansión de beneficiarios de programa Nacional por las personas experimentadas y los recursos financieros de SEDES, hospital y CS
(2)Laboratorio	CENETROP	Para este propósito, la educación / entrenamiento constante por CENETROP en Santa Cruz y sistema de cooperación para el examen se forman.	Tratamiento medico conveniente y correcto por la clarificación de la causa de enfermedad por la prueba del laboratorio
13. La Salud familiar y comunitaria			
(1)OTB /Comunidad	OTB / Comunidad/ CS	Bajo la iniciativa de OTB y comunidades como el comité de salud, el club de madres y organización del crédito (Fondo rotatorio), la comunicación entre ellos y los personales médicos en un CS se ajusta. Formulando esta comunicación, es posible coordinar habilidad médica tradicional y la tecnología de salud médica moderna y aprovecharse de ambos lados de sistema humano/social efectivamente	Los ahorros del costo por el gobierno y aumento de oportunidad del empleo en las comunidades
(2)Servicios de atención primaria por el CS	CS / OTB / La comunidad	La atención primaria de salud, que enfoca un CS, se construye a través de asignar personales médicos que viven cerca de la comunidad, mientras se avisa a los habitantes y sosteniendo la información exacta.	Más efectividad de CS que está cerca de los habitantes reduciendo la barrera social de habitantes por el CS

(3) Plan anual	CS / OTB / La comunidad	El plan operativo anual para el servicio de salud médico a nivel de OTB ha sido preparado bajo la vigilancia de un personal médico en un CS. La Planificación constante POA y sus aplicaciones, pueden lograrse con entrenamientos constantes a los habitantes.	El uso eficaz y más beneficio de servicios de salud pública por las comunidades a través de la demanda fijada de las comunidades a la organización pública para la salud
----------------	-------------------------------	---	--

Nota 1: SUMI y DILOS

Respecto al Seguro de Salud, El Gobierno recientemente ha introducido el seguro público ampliado para la salud de la madre y el niño, SUMI (Seguro Universal Materno Infantil: Ley 2426), en vez de a finales del 2002. para asegurar el servicio de salud bajo el SUMI, el gobierno también ha organizado el directorio local de salud llamado DILOS (Directorio Local de Salud) en cada municipalidad para la administración de salud en vez de distrito de salud. De acuerdo a la ley 2426, 10% del presupuesto anual de los municipios y adicionales 10% del gobierno central serán asignados a DILOS que esta formado por 3 miembros, i.e., alcalde de la ciudad, representante de SEDES y representante de OTB (comité de vigilancia) , y fue recientemente asignado por la administración de Salud incluyendo la operación/ mantenimiento de las unidades médicas de salud en cada jurisdicción municipal.

(2) El Alcance en base a la region

Las áreas del estudio designado consisten en cuatro provincias. Las áreas son divididas en dos provincias con los hospitales centrales, otras dos provincias sin los hospitales centrales pero con CSs / semi-hospital CSs y áreas de la ribera que son difíciles de acceder a un hospital y CS.

1) La zona norte (mayor cobertura de área – Provincia de Vaca Díez y departamento de Pando)

Los Hospitales en Riberalta y Guayaramerin funcionarán como la base de servicio de salud de esta parte norteña del departamento del Beni incluyendo al departamento de Pando. Se actualizará uno de estos hospitales al segundo nivel como la primera referencia en la Zona Norte. Los centros de salud en las áreas urbanas y rurales de esta zona se conectarán estrechamente y se unirán con estos hospitales.

2) La zona central (mayor área de cobertura - la provincia de Cercado y otras provincias de Beni)

Deben integrarse los servicios del Hospital y deben actualizarse para ser de segundo o tercer nivel en el departamento del Beni. Trinidad es un área mayor de absorción de gente pobre proveniente de las diferentes áreas rurales las provincias del departamento del Beni así como la provincia de Cercado. Para el alivio de la pobreza en Trinidad, los CS/PS jugaran papeles y funciones importantes. El nuevo CS/PS en el área de pobreza de Trinidad se conectará estrechamente y se unirá con el sistema de servicio integrado del hospital general - materno-infantil a través del establecimiento de un modelo eficaz de salud, incluso un sistema de referencia. Este modelo y sistema de referencia cubrirán las áreas rurales en Mamoré, Moxos y otras provincias vecinas, incluso la provincia de Yacuma así como la provincia de Cercado. El hospital integrado en Trinidad será la primera referencia unida con los hospitales y los CS/PS actualizados de las cuatro provincias objetivo y los otros hospitales como Santa Ana en Yacuma.

3) Zona satelital 1

San Joaquín (o San Ramón) de la provincia de Mamoré y San Ignacio de provincia de Moxos están en la posición de apoyar los mayores centros de servicio en el Norte y las zonas Centrales. Estos CS de las dos municipalidades funcionarán la base satelital para los

hospitales en las zonas Norte y Central por el sistema de “Mancomunidad”. Los centros de salud existentes de San Joaquín, San Ramón, Puerto Siles y San Ignacio deben fortalecerse como base satelital del hospital integrado de Trinidad para los habitantes de estas provincias. Este tipo de papeles y funciones se aplicarán a otras provincias sin hospitales.

4) Zona satelital 2

Los grupos Étnicos especialmente en Moxos están en condiciones políticas y económicas carenciales. El establecimiento y actualización de CS/PS, basado en un modelo de salud comunitario, se promoverá para la mejora de su vivienda normal así como las condiciones de salud. La participación de la comunidad para el establecimiento el y la dirección será desarrollar el Sistema del Salud comunitario en éstas las áreas étnicas. El Sistema de Salud comunitario en este tipo de zona se extenderá a las otras áreas en que los grupos étnicos viven.

5) La zona del Rio

El sistema del barco médico se desarrollará por fases.

En la fase inicial, se apoyarán los sistemas de barcos médicos existentes operados por CARITAS/EPARU y se fortalecerán asignando ITEM y SUMI así como el unidades/equipo. Este sistema proporcionará los servicios de salud como CS/PSs móvil. La cooperación cercana con las autoridades públicas y estas ONGs es indispensable para el eficaz funcionamiento de los barcos médicos y/o actividades de APS a personas pobres a lo largo del río.

(3) Plan de educación y entrenamiento

Se requiere la ayuda técnica en los campos de de administración del hospital, servicio médico, servicio del laboratorio, y operación/mantenimiento (O&M), y actividades de APS.

La administración del hospital es para el equilibrio y dirección presupuestaria, dirección de los recursos humanos y dirección orgánica, mientras se tiene la cooperación del Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz.

El servicio médico es transferencia de tecnología con el equipo médico introducido para el tratamiento eficaz y dirección a doctores y enfermeras en el hospital objetivo.

El servicio del laboratorio es la transferencia de tecnología con el equipo médico introducido para emergencia y trabajo de rutina, y entrenamiento educativo a técnicos del laboratorio en CS / PS para las enfermedades endémicas como la malaria, cooperando con CENETROP.

Operación/mantenimiento (O&M) es para ingenieros del hospital que son pagados para operar y mantener el equipo.

Las actividades de APS están como entrenamiento de parteras, higiene de la comunidad y nutrición para OTB / la comunidad.

(4) La selección de Proyectos Prioritarios

El sistema de salud regional de Beni se compondrá de los siguientes cuatro campos mayores Los proyectos como las partes del Sistema de Salud Regional. Estos proyectos son los Proyectos de Prioridad de P/M. Para cada proyecto, el modelo se ha desarrollado a través del funcionamiento del ensayo en el Estudio Piloto. Cada modelo está compuesto de 13 componentes del Plan del Sector.

a. Modelo urbano de salud (desarrollo de hospitals):

- Desarrollo integrado de la administración de los hospitales General (Presidente

- Germán Busch) y Materno infantil Dr. Jesus Vargas
- Formulación de un plan de desarrollo para la mejora de la administración y los equipos proporcionados a los hospitales en Guayaramerin y Riberalta
 - Formulación de un plan de desarrollo para mejor dirección y los equipos proporcionado a los CS-hospital en San Joaquín, San Ramón de la provincia Mamoré y la provincia de San Ignacio de Moxos.
- b. Modelo de desarrollo para las áreas pobres urbanas: el nuevo establecimiento de PS/CS en el área de pobreza urbana como Nueva Trinidad
 - c. Modelo de desarrollo en áreas de pobreza rural: Actualizando de las CS/PS existentes a CS/PS en el área de pobreza rural como Santísima Trinidad, incluyendo mayor distribución de los recursos humano y financieros a CS/PS en el áreas pobres de las 4 provincias. Las existentes CS/PS serán categorizadas en diferentes tipos de acuerdo a las normas del servicio de salud como se muestra en el punto 4.3.1 en el Informe Principal. Adicionalmente a este criterio se desarrollarán modelos típicos de CS/PS para la calidad del servicio basadas en la localización y accesibilidad de los habitantes hacia los CS/PS, así como también la cobertura de población de los CS/PS.
 - d. Modelo de desarrollo comprensivo e integrado: fortaleciendo el sistema de red de Salud Regional entre los hospitales y CS/PS en la prefectura de Beni, a través de la mejora de sistema de transporte móvil terrestre y el sistema del barco médico, a través del río. Existen muchos tipos de sistemas de barcos médicos. Los diferentes tipos de sistemas de barcos médicos serán revisados en su asequibilidad, efectividad y costo a través del Estudio.
 - Tipo de CS/PS móvil: El barco existente de CARITAS ha funcionado como un CS móvil en Beni. Sus actividades han contribuido a aliviar la pobreza para la gente pobre que depende del transporte por el río por no tener otra manera de recibir servicios de salud /médicos.
 - Tipo de hospital móvil: En Ecuador, el sistema de barco médico integrado y comprensivo ha sido introducido y operado en recientes años a través de la asistencia proveída por UNICEF.
 - Tipo de APS y servicio social móvil: EPARU ha operado el sistema de barco de servicio social con servicios médicos/ de salud por enfermeras auxiliares y apoyo tecnológico para producción agroindustrial y venta de productos. Este sistema funciona para aliviar la pobreza en una manera integrada.

4 El Plan de Aplicación de P/M

4.1 Las Estrategias de Desarrollo

(1) La fase preparatoria (2002-2003)

- 1) La coordinación al Nivel de la Nación: Al nivel nacional, el Comité de Coordinación se organizará para manejar el sistema de salud regional en Beni y coordinación con los Donadores bajo la presidencia por MSPS. Acerca de una opción, el Comité puede posicionarse en una tarea en la reunión del donador actual que se encuentra bajo MSPS. La asignación y dirección de barcos médicos, la introducción de sistema de referencia entre los hospitales y CSs, y aplicación de la asignación de recursos humanos/financieros incluso costo compartido por las organizaciones involucradas se decidirá por el Comité.

- 2) La coordinación y Vigilancia al Nivel de la Prefectura: Comité de Dirección, de Supervisión establecidos por el Estudio Piloto, continuarán su función como una coordinación y el comité de supervisión para una aplicación del Estudio Piloto llevada a cabo por el lado boliviano (Gobierno Prefectural del Beni).
- 3) Coordinación y Supervisión a Nivel Municipal: El Comité Técnico estará formado a nivel Municipal bajo el Comité de Dirección parecido al organizado por el Estudio de Desarrollo. El Comité Técnico será aplicado al Comité Local de Salud (DILOS) que es organizado en cada Municipalidad. Los Comités decidirán y aprobarán un plan. Basado en este plan de aplicación, los recursos humanos/financieros requeridos se manejarán. Es necesario establecer el criterio en cada nivel/antecedentes para la selección de los miembros del Comité Técnico y Oficina del Proyecto y para supervisar las actividades de los miembros.
- 4) Oficina del Proyecto: La Oficina del Proyecto será también establecida en la Gobernación Prefectural con el objeto de apoyar a los Comités de Dirección y Técnicos, continuar el Estudio Piloto y para la implementación adicional del proyecto propuesto en el Plan Maestro hacia el año objetivo 2010.

(2) El plan a corto plazo (2003-2006)

Es la fase para la aplicación del Plan Maestro propuesto que refleja resultados del Estudio Piloto y viabilidad del modelo. En esta fase, aunque el sistema de aplicación es principalmente organizado bajo la iniciativa de lados bolivianos; MSPS, la Prefectura y Municipalidad, el sistema de apoyo entre los Donadores y ONGs también se forma a causa de la condición pobre de servicio de salud médico en Beni. La introducción de cooperación técnica/financiera por los Donadores es las medidas eficaces. Es la fase para la aplicación bajo la cooperación entre los Donadores y ONGs en este término. Las áreas designadas consisten en las cuatro provincias que se investigan en el Plan Maestro. Particularmente la cooperación / la coordinación entre los Donadores y el uso eficaz de recursos / experiencias se requieren de cada Donador.

(3) El plan a mediano plazo (2006-2008)

Es la fase para el esfuerzo propio por el lado boliviano con utilizar los recursos humanos/financieros de Bolivia. Las áreas designadas son las cuatro provincias en el término anterior.

(4) El plan a largo plazo (2008-2010)

Es la fase por aplicar al modelo en toda el área de Beni por la iniciativa de lado boliviano.

4.2 La Organización Propuesta para la Implementación Futura

Para la implementación futura, el gobierno de la Prefectura debe establecer una Oficina del Proyecto. Esta oficina trabaja para la coordinación y vigilancia de los proyectos propuestos. Esta oficina apoyará a los Comités de Dirección y Técnico, mientras continúan el Estudio Piloto del P/M. Además, DILOS en cada municipio deberá llevar reuniones periódicas organizadas por los representantes de gobiernos municipales, SEDES, OTBs así como los hospitales, CSs y el barco médico en cada área de servicio de salud (la zona).

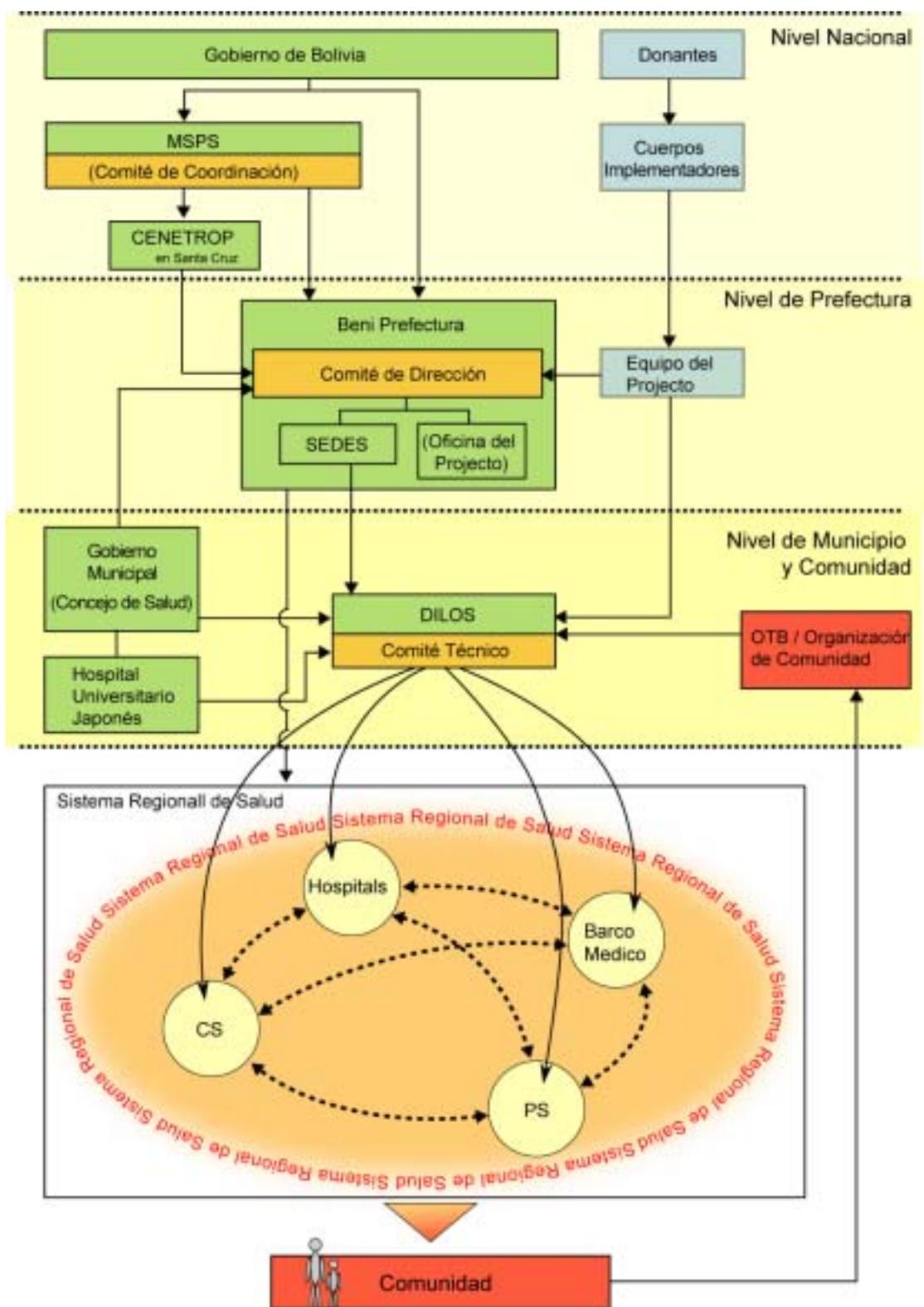


Figura S-1 La Organización propuesta para la Aplicación de Sistema de Salud Regional en el Departamento del Beni

5 El Estudio Piloto

En el P/M, se seleccionaron cuatro proyectos como el modelo de sistema de salud regional en la prefectura de Beni. Estos proyectos de prioridad han sido promulgados como el Estudio Piloto durante un año, de enero a diciembre del 2002.

5.1 La Organización de Aplicación para el Estudio Piloto

(1) La vigilancia y coordinación

Para la aplicación del Estudio Piloto, el Comité de Dirección (CD) se estableció bajo la presidencia por el Prefecto de Beni. El Comité de dirección ha estado coordinando con las organizaciones locales involucradas al nivel prefectural, Municipalidades, los Donadores y ONGs, y llevó a cabo la toma de decisiones.

Miembros del CD

- a. Área de cobertura: 4 Provincias del Departamento de Beni (Vaca Diez, Mamore, Cercado, Moxos)
- b. Miembros municipales: 8 municipios (Guayaramerin, Riberalta, San Joaquín, Trinidad, San Ignacio, San Ramón, Puerto Siles y San Javier)
- c. Miembros
 - Presidente: Prefecto del Departamento de Beni
 - Vice Presidente: Director de la División de Desarrollo Social del Departamenteo de Beni
 - Miembros: Alcaldes, Directores de SEDES, Escuelas Médicas, donantes (PROSIN), ONGs (CARITAS, EPARU), Decano de la Facultad de Enfermería de Trinidad, OTB de Nueva Trinidad, CEPIB para OTB de Santísima Trinidad (Moxos).

(2) La vigilancia técnica

El Comité Técnico (CT) se estableció bajo el CD por el alcalde de Trinidad. CT es la institución a examinar los problemas técnicos entre organizaciones locales involucradas al nivel municipal y organizaciones de la comunidad. CT ha realizado el papel de institución de coordinación al nivel municipal.

Miembros del CT

- a. Presidente: Alcalde de la Municipalidad
- b. Miembros: Consejo Municipal, Comité de Vigilancia, SEDES distritales, donates, ONGs, Organización de Médicos, Decano de la Facultad de Enfermería de Trinidad, Director del Hospital, FEJUVE, OTB y las comunidades.

(3) Los cuerpos de aplicación

- 1) Estudio del lado de la oferta de servicios de salud
 - a. Dos hospitales en Trinidad Presidente German Busch y Materno Infantil Dr. Jesus Vargas
 - b. Centro de Salud (CS) en Nueva Trinidad
 - c. Centro de Salud (CS) en Santísima Trinidad
 - d. El Barco médico (ONG-CARITAS)
- 2) Estudio del lado de la demanda de servicios de salud

OTB y comunidad

(4) La educación / Entrenamiento

- 1) La Dirección del hospital: el traslado de Tecnología de dirección del hospital por el Hospital Universitario Japonés al personal administrativo/medico en los dos hospitales en Trinidad.
- 2) La dirección de APS: el traslado de Tecnología de APS por CENETROP y SEDES a los personales de salud .

5.2 Procedimiento de Supervisión del Estudio Piloto

(1) Primer paso

La supervisión y evaluación propia por los cuerpos de aplicación

(2) Segundo paso

Supervisión y evaluación por Comité Técnico basado en el Informe de Monitoreo preparado por los cuerpos de aplicación

(3) Tercer paso

Supervisión y evaluación del Comité de Dirección basado en el Informe de Monitoreo preparado por los Comités Técnicos

(4) Cuarto paso

La revisión general por el Equipo de Estudio JICA para la preparación del Informe Final del Proyecto

5.3 Criterio de Evaluación en el Monitoreo

(1) Puntos de vista macroscópicos

Se supervisa y evalúa si esa entrada de elementos externos se ha comprendido para la mejora del sistema de salud distrital en este Estudio Piloto. Los elementos externos son política de salud nacional y la política gubernamental municipal para el alivio de pobreza así como asignación de los recursos humanos/financieros por los gobiernos centrales y municipales.

(2) Puntos de vista microscópicos

Éste es una supervisión y evaluación en la influencia por la entrada de elementos interiores del sistema de salud distrital. Se mostrará como la influencia en la demanda y lado del suministro por los servicios de salud de hospitales y CSs. La evaluación se dirigirá según los siguientes 13 criterios.

- 1) Las condiciones de salud generales
- 2) La magnitud de fondos de servicio de salud
- 3) La institución y administración
- 4) Los recursos humanos
- 5) El costo compartido

- 6) La dirección del hospital
- 7) Las unidades y equipamiento
- 8) Los medicamentos
- 9) El sistema de referencia
- 10) La salud de la comunidad
- 11) SNIS
- 12) APS
- 13) El acercamiento epidemiológico

5.4 Preparación del Estudio Piloto

- (1) 14 de diciembre del 2001: El primer CD del EstudioPiloto (Minutas firmadas el 14 de diciembre)
- (2) 8 de febrero del 2002: El primer CT del Estudio Piloto
- (3) 13-15 de febrero del 2002: La continuación del primer CT (Después de la reunión, el costo compartido de los recursos humanos/financieros fueron convenidos con organizaciones involucradas.)
- (4) 15 de febrero del 2002: Firma de minutas del primer CT (Firma, la aprobación y explicación de la pauta de aplicación para supervisar el Estudio Piloto a las organizaciones involucradas.)
- (5) abril 2002: Comienzo del 1er monitoreo del Estudio Piloto
- (6) agosto 2002: Evaluacion del 1er monitoreo del Estudio Piloto
- (7) 22 de agosto 2002: la Inauguración del CS en Nueva Trinidad y el Barco Médico
- (8) 24 de agosto 2002: la Inauguración del CS en Santísima Trinidad
- (9) 1 de septiembre del 2002: Comienzo del 2do monitoreo del Estudio Piloto
- (10) 9 de diciembre del 2002: Evaluacion del 2do monitoreo del Estudio Piloto del CT
- (11) 17 de enero 2003: la evaluación General de los 1 y 2 monitoreos del Estudio Piloto del CT
- (12) 23 de enero 2003: la Explicación y discusión de Proyecto Último Informe en CD
- (13) febrero 2003: la Presentación de Informe Final

6 Primer Monitoreo (enero-agosto 2002)

6.1 La Evaluación del Punto de Vista Macroscópico

La asignación de los recursos humanos para el Estudio Piloto fué financiada por los Items de MSPS, HIPC II, EXTENSA y varios gobiernos municipales a finales de julio del 2002, basado en el acuerdo entre agencias involucradas al Comité Técnico en enero del 2002. El número total del personal asignado para 2 CSs y para el Barco Médico fué de 25. Los detalles de presupuesto pedido para el Barco Médico en el 2002, determinados por agencias involucradas, se muestran en la Tablas S-2.

Tabla S-3 Presupuesto requerido y costo compartido para el barco medico entre las agencias involucradas, 2002

Unidad:Dólares Americanos \$

Costo	Presupuesto requerido por CARITAS	Costo compartido
<u>1. Salarios</u>		
1.1 Doctores y paramedicos		
(1) Medico general	9,100	EXTENSA
(2) Dentista	9,100	EXTENSA
(3) Enfermera	3,250	EXTENSA

(4) Enfermera auxiliar	2,600	ITEM (SEDES)
(5) Beneficios sociales (13.71%)	4,200	EXTENSA
1.2 Otro personal		
(1) Tecnico de malaria	2,600	EXTENSA
(2) Coordinador del proyecto	5,850	CARITAS
(3) Piloto	3,900	Municipio de Santa Ana
(4) Marinero	2,600	Municipio de Puerto Siles
(5) Cocinero	2,600	Municipio de Exaltacion
(6) Beneficios sociales (13.71%)	1,896	3 municipios mencionados arriba
Sub total	47,696	47,696
<u>2. Costo operativo</u>		
(1) Combustible (Diesel, gasolina etc.para 5 viajes)	7,254	1. PROSIN: 46% (10,043)
(2) O & M	360	2. CARITAS: 19% (4,118)
(3) Comida (8 personas/viaje x 5 viajes)	11,430	3. Puerto Siles: 4% (800)
(4) Pasaje aereo (3 viajes/año)	480	4. Exaltacion: 5% (1,000)
(5) Transporte (3 viajes)	240	5. San Joaquin: (2,100)
(6) Herramientas de educación y de oficina	600	6. Santa Ana/San Javier: (2820)
(7) Medicamentos e insumos	1,310	
<u>3. Cantidad no ajustada (menos)</u>		793
Sub total	21,674	20,881
Total	69,370	69,370

Nota: (1) De conformidad con el acuerdo en la reunion del Comité Tecnico llevada a cabo en febrero 8, 2002.

Nota: (2) El salario para la enfermera no se ha pagado por EXTENSA. El salario para el tecnico de malaria se ha pagado por EXTENSA y San Joaquin.

Los beneficios sociales en el salario no han sido pagados por EXTENSA, Municipalidad de Puerto Siles y Municipalidad de Exaltacion.

El personal médico ha empezado funcionamiento preliminar de CSs pero sus actividades en cada unidad de salud están en varios niveles operacionales debido a las diferentes condiciones operacionales anteriores al Estudio Piloto, como la experiencia activa, los medios y disponibilidad de instalaciones y equipo, y desembolso del presupuesto de los gobiernos centrales y municipales.

- (1) Hospital Presidente German Busch y Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas: Modelo Urbano de Salud

El personal médico y administrativo del Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz proporcionó la educación y entrenamiento al personal seleccionado de 2 hospitales en Trinidad en la dirección del hospital. La evaluación por el personal de los hospitales de Trinidad y la evaluación por el Hospital Universitario Japonés indican incremento de conocimiento e impacto de la capacitacion y entrenamiento en la dirección de hospitales en este primer monitoreo.

- (2) CS en Nueva Trinidad: Modelo de Desarrollo para las Áreas Pobres Urbanas

El personal médico y administrativo: 2 Médicos (1 varón, 1 mujer), dentista (varón), enfermera (mujer), 2 enfermeras auxiliares (mujeres), técnico de laboratorio y sereno fueron asignados al CS temporalmente. No había personal administrativo de CS. Todos los miembros fueron transferidos al nuevo CS después de la realización de la construcción de las unidades y suministro de equipo. Estos miembros del personal médico han proporcionado los servicios de salud a la comunidad desde abril del 2002 sin equipo médico o medicamentos. Sin

embargo, no ha habido ningún suministro de medicamentos a través de SBS antes de abrir el nuevo CS.

(3) CS en Santísima Trinidad: Modelo de Desarrollo en Áreas de Pobreza Rural

El personal médico y administrativo: el Médico (varón), dentista (mujer), 3 enfermeras auxiliares (2 varones y 1 mujer) fueron asignados al CS existente. No había personal administrativo. Todo el personal fue incluido para ser transferido al nuevo CS después de la realización de construcción de las unidades y el suministro de equipo médico. No hay ningún personal administrativo. Algunos miembros del personal han estado trabajando durante siete días antes del funcionamiento del Estudio Piloto. El SBS ha sido efectivo cuando se inició el Estudio Piloto. Sus actividades se incrementaron intensamente y se han extendido subsecuentemente desde que fueron asignados los nuevos Items. Sin embargo, los sueldos de algunos miembros del personal asignados por el ITEM no fueron pagados a tiempo debido a la diferencia de contrato del empleo y retraso del procedimiento del pago comparado con el ITEM regular por MSPS.

(4) Barco médico: Modelo de Desarrollo Comprensivo e Integrado

El médico (mujer), dentista (varón), 2 enfermeras / técnicos de la malaria (varón y mujer), enfermera auxiliar (mujer), operadores de servicio de vacunación, piloto, cocinero y marinero fueron asignados para la operación del barco médico existente de propiedad de CARITAS. CARITAS asumió la responsabilidad de la operación y el mantenimiento del nuevo barco médico dispuesto por el Estudio Piloto. Estos miembros del personal fueron incluidos para ser transferidos al nuevo barco después de completar su construcción y el suministro de equipo médico. Hubo personal administrativo en CARITAS. Algunas agencias retrasaron el pago de sus partes del presupuesto, forzando a CARITAS compensar algunos montos adicionales del costo del funcionamiento incluso el sueldo y consumo de combustible. CARITAS espera que este costo del funcionamiento pueda ser reembolsado por agencias responsables basadas en el acuerdo firmado a principios de febrero del 2002. Debido al retraso de presupuesto y el desembolso lento, el periodo de funcionamiento del barco médico fue acortado, en comparación con el funcionamiento en 2001.

Tabla S-4 Asignación de Recursos Humanos para el Estudio Piloto (2002)

Tipo	Santísima Trinidad			Nueva Trinidad			Barco Medico			Total		
	A	B	Total	A	B	Total	A	B	Total	A	B	Total
M	1	0(1)	1(2)	0	2	2	0	1	1	1	3	4
E	0	0(1)	0(1)	0	1	1	1	0	1	1	1	2
E.A.	1	2(1)	3(2)	0	2	2	1	1	2	2	5	7
D.	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3
T.L./ B.Q.	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2
P.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
G.	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Otros	0	1(0)	1(0)	0	0	0	0	4	4	0	5	5
Total	2	5	7	0	8	8	2	8	9	4	21	25

Observaciones 1: A.asignados antes del Estudio Piloto, B.asignados adicionalmente para el Estudio Piloto

Observaciones 2: M(Medico), E(Enfermera), E.A.(Enfermera auxiliar, D(Dentista), T.L.(Tecnico de laboratorio), B.Q.(Bioquímico, P(Piloto), G(Guardia)

Observaciones 3: (**)Muestra el numero requerido originalmente.

6.2 La Evaluación del Punto de Vista Microscópico

(1) Dos hospitales en Trinidad: Modelo Urbano de Salud

1) Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas

El Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas, ha mejorado su sistema de dirección debido al oportuno mejoramiento del sistema de suministro y de almacenamiento de medicamentos de SBS a través de la educación y entrenamiento realizado por el Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz. La simplicidad de la administración como es la concentración de recursos en la asistencia médica materno infantil contribuyeron mucho al éxito.

2) Hospital Presidente German Busch:

El Hospital Presidente German Busch no se ha manejado debido a una falta del sistema de dirección unificado de hospital pero se ha operado independientemente por cada sección sin la coordinación íntima entre las secciones médicas y administrativas, la sección de apoyo de medicamentos. Este Hospital proporciona varios tipos de servicios médicos como el hospital general. Por consiguiente, es difícil enfocar en el cuidado de salud especificado y tratamiento debido a los números de pacientes por los varios tipos de enfermedades. Hay sólo problemas financieros debido a poco apoyo de SUMI y la proporción baja de pago de las personas pobres.

Tabla S-5 Estados Financieros de los Hospitales, Enero - Junio 2002

ESTADOS FINANCIEROS DE LOS HOSPITALES, ENERO-JUNIO 2002														
HOSPITAL MATERNO INFANTIL														
REDITO	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL	%
Servicio de Hospital	33,547.00	44.8	27,179.00	80.7	26,753.00	84.7	29,790.00	40.9	26,724.00	34.0	25,282.00	22.1	169,275.00	41.7
Enseñanza														
Farmacia	11,342.80	15.2	6,493.60	19.3	4,819.50	15.3	8,441.20	11.6	8,532.50	10.8	6,493.00	5.7	46,122.60	11.4
Otros ingresos (No tributarios)														
Cuentas recibidas del banco														
Transferencia del TGN	-		-		-		-		-		-		-	
Transferencia de la H.A.M.	29,945.00	40.0					34,639.50	47.5	43,444.50	55.2	82,684.00	72.2	190,713.00	47.0
TOTAL	74,834.80	100.0	33,672.60	100.0	31,572.50	100.0	72,870.70	100.0	78,701.00	100.0	114,459.00	100.0	406,110.60	100.0
HOSPITAL GERMAN BUSCH														
REDITO	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL	%
Servicio de Hospital	31,931.50	78.6	31,193.60	78.2	37,661.00	80.7	34,463.50	83.8	33,070.00	86.0	30,375.00	84.3	198,694.60	81.8
Enseñanza														
Farmacia	8,689.40	21.4	8,694.90	21.8	9,029.30	19.3	6,675.40	16.2	5,404.40	14.0	5,655.50	15.7	44,148.90	18.2
Otros ingresos (No tributarios)														
Cuentas recibidas del banco														
Transferencia del TGN	-		-		-		-		-		-		-	
Transferencia de la H.A.M.	-		-		-		-		-		-		-	
TOTAL	40,620.90	100.0	39,888.50	100.0	46,690.30	100.0	41,138.90	100.0	38,474.40	100.0	36,030.50	100.0	242,843.50	100.0
HOSPITAL GERMAN BUSCH														
GASTOS	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL	%
Costo de personal	5,892.50	12.1	16,561.00	21.7	10,866.00	14.9	13,704.00	22.6	9,592.00	10.0	16,374.00	15.8	72,989.50	15.9
Costo no personal	939.00	1.9	489.20	0.6	612.00	0.8	1,601.65	2.6	2,810.40	2.9	5,089.30	4.9	11,541.55	2.5
Materiales e insumos	21,675.70	44.5	53,113.50	69.5	59,203.38	81.0	45,266.92	74.7	83,601.38	87.1	79,977.66	77.4	342,838.54	74.8
Activo real					260.00	0.4					1,917.30	1.9	2,177.30	0.5
Activo financiero														
Prestamos y otros activos	20,157.76	41.4	6,252.50	8.2	2,120.00	2.9							28,530.26	6.2
TOTAL	48,664.96	100.0	76,416.20	100.0	73,061.38	100.0	60,572.57	100.0	96,003.78	100.0	103,358.26	100.0	458,077.15	100.0
HOSPITAL GERMAN BUSCH														
GASTOS	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL	%
Costo de personal	5,370.00	15.5	8,200.00	24.1	5,180.00	11.9	5,380.00	14.5	5,132.00	12.4	10,640.00	31.7	39,902.00	17.7
Costo no personal	1,136.00	3.2	335.00	1.0	881.00	2.0	728.50	2.0	940.00	2.3	723.00	2.2	4,743.50	2.1
Materiales e insumos	28,675.17	81.5	25,161.94	73.9	37,644.41	86.1	30,911.09	83.5	35,328.01	85.3	22,159.77	66.1	179,880.39	80.0
Activo real			370.00	1.1									370.00	0.2
Activo financiero														
Prestamos y otros activos														
TOTAL	35,181.17	100.0	34,066.94	100.0	43,705.41	100.0	37,019.59	100.0	41,400.01	100.0	33,522.77	100.0	224,895.89	100.0
Observaciones 1: El Equipo de Estudio JICA calculo el redito y gastos. Basados en la informacion provista de estos hospitales en agosto 2002. Diferencia del redito total y el gasto total no se ha i														
2: H.A.M. significa Honorable Alcaldia Municipal														

3) Los aspectos comunes en dos hospitales:

No hay ningún POA y no hay ningún esfuerzo para usar los recursos humanos y financieros limitados de una manera eficaz. El Comité de Dirección de Hospital se estableció en junio del 2001 en ambos hospitales, según la Ley de Descentralización. Directores del hospital comprendieron la importancia de reuniones del Comité para la dirección del hospital. Sin embargo, estos Comités no han operado debido a la falta de coordinación y responsabilidad de agencias involucradas. El fondo de SBS fue asignado fácilmente al hospital, debido a que el Gobierno Municipal tuvo un interés en la administración del hospital como propietario de los hospitales. Sin embargo, el gobierno municipal tuvo poco interés en la educación y entrenamiento del personal del hospital. El Gobierno municipal consideró que tal tipo de actividades debe dirigirse bajo la responsabilidad de SEDES. El hospital tiene un papel importante en el sistema de salud distrital, pero se observó que no tiene relación efectiva con las CSs. Casi todos los equipos médicos han superado su vida técnica del proyecto y/o en menos uso debido al pobre sistema de O&M. Existe un número limitado de técnicos para la reparación simple y mantenimiento en cada hospital. Estos problemas fueron encargados a través de un contrato para consignar los trabajos de mantenimiento de equipos a ingenieros del sector privado mensual o quincenalmente.

(2) CS Nueva Trinidad: Modelo de Desarrollo para las Áreas Pobres Urbanas

En el CS de Nueva Trinidad, todos los miembros del personal fueron asignados para el Estudio Piloto. La mayoría de personal no estaba familiarizada con la salud de la comunidad y el CS no tenía equipo médico. No habían pautas de APS excepto sus propios materiales. La dirección del CS no ha sido identificado por el gobierno municipal, y aún está bajo consideración. No habían instrucciones sobre quién sería el director de CS; actualmente un doctor se reporta a SEDES y otro al Grupo de Estudio de JICA:

Las actividades del servicio de salud se expandieron con el aumento del personal más calificado por la asignación del ITEM que los servicios voluntarios en el pasado. El pago para personal médico que fue asignado por HPICII fue hecho cada 3 meses según el contrato con el Gobierno Municipal en la vigilancia activa y proceso del pago. La pérdida de tiempo y costo para este procedimiento será resuelto para el funcionamiento eficaz de personal. No hubo ninguna coordinación entre CS, gobierno Municipal y Distrito de Salud en la dirección de CS y funcionamiento. El área de cobertura del servicio APS e ítems fueron demasiado amplios para el personal médico, y no hubo educación ni entrenamiento para este propósito.

(3) CS Santísima Trinidad: Modelo de Desarrollo en Áreas de Pobreza Rural

CS de Santísima Trinidad se manejaba bien debido a la experiencia pasada de personal médico, y sus actividades fueron mucho más animadas y calificadas por la asignación de ITEM adicional, el personal médico especialmente por la asignación del personal médico femenino como la enfermera auxiliar y una dentista. POA para el programa anual se preparó para la promoción de APS.

Fue planeado un grupo comunitario para establecer un sistema a pequeña escala de almacenamiento de medicamentos al nivel de la comunidad en la cooperación con CS introduciendo el sistema del crédito microscópico. Este sistema operará con el auspicio del médico del CS quien tendrá una responsabilidad para identificar los tipos de medicamentos para proporcionar para cada caso. Las enfermeras auxiliares hacen visitas a domicilio para

averiguar casos de diarrea y enfermedad respiratoria e informar a los médicos de cada caso.

(4) El Barco médico en el Río de Mamore: Modelo de Desarrollo Comprensivo e Integrado

El barco médico ha sido operado por CARITAS en el pasado. Casi todo el personal médico permaneció en su puesto después de la introducción del Estudio Piloto. Su actividad se extendió pero todavía un poco debido al retraso de desembolso de sueldo del personal y costo de funcionamiento de las agencias pertinentes involucradas.

El costo de funcionamiento del barco médico fue pagado por el método de costo compartido entre los gobiernos municipales, PROSIN y CARITAS exceptuando a dos gobiernos municipales.

El personal de CARITAS no participó en el programa de capacitación y entrenamiento de SEDES, debido a ningún apoyo financiero para la participación del seminario. SEDES puso un pequeño énfasis en las actividades de promoción de la salud de CARITAS excepto Programas Nacionales como la campaña de prevención de malaria.

Los miembros de CARITAS no tienen ninguna oportunidad de participar en la reunión del programa CAI.

La evaluación de las actividades de CARITAS por SEDES fue baja debido que ésta se basó en más en la cantidad que en la calidad. .

7 Segundo Monitoreo (septiembre – diciembre 2002)

(1) Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas y Hospital Presidente German Busch: Modelo Urbano de Salud

1) Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas

Después del entrenamiento, la motivación excelente se observó entre todas las personas involucradas. El hospital ofrece los servicios del cuidado íntegros a las mujeres y niños. La motivación fue generada en el director, jefes de servicio y administración para la reorganización del hospital. El comité administrativo técnico fue organizado para la dirección del hospital. El comité se ha sostenido cada primeros martes por cada mes y el adhoc-comité fue organizado en caso de necesidad. Un interés principal del Comité fue el SBS. El hospital fue re-estructurado por el Comité de Consejería. El sistema subalterno de administración, el sistema de red de computadora en la dirección, secretaría, administración, contabilidad y estadística, se trajo por la donación de la Sociedad canadiense. El comité de apoyo (las historias clínicas, infecciones del hospital etc.) se reestructuró bajo el Comité Administrativo Técnico. El Plan Operativo Anual (POA) en el año 2003 ha integrado todo el hospital no sólo en los servicios médicos pero también las estadísticas, administración y asistente social. Aunque el hospital no podían llevar a cabo un análisis del costo, ellos han llevado a cabo registro de un índice libre o servicio social. El O&M de equipo médico estaba todavía en el nivel preliminar. Los medicamentos fueron traídos por los distribuidores locales diferentes. La compra institucional de medicamentos se examina en el Comité de Adquisición de Medicamentos con la condición de fondo rotatorio. Este sistema aún no ha surtido efecto por la falta de eficacia del Distrito de Salud 1 y SEDES.

2) Hospital Presidente German Busch

Se esperaba que el hospital funcionara como 2da y 3ra referencia durante el entrenamiento educativo por el Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz. Sin embargo, no había todavía ninguna definición clara del papel del hospital. No se observó el apoyo de las autoridades

superiores. El cambio frecuente de régimen y perturbación del Gobierno perturbó el desarrollo normal del hospital. La relación política específica entre las uniones y un partido político impide función eficaz de recursos humanos. El personal en puestos directivos no tuvieron calificaciones apropiadas. No hubo apoyo del Director del Hospital para las decisiones directivas. Las reuniones regulares se fueron celebradas por el Consejo Administrativo Técnico. Debido a la falta de dirección de personal del centro como gerente, el sistema para la dirección del hospital no estaba establecido. Muchos personales médicos estuvieron trabajando como el personal de medio tiempo durante 3 horas por día de lunes a viernes. Porque el hospital no tenía un técnico calificado para O&M de materiales médicos, el Hospital Universitario Japonés entrenó al personal. Pero la realización de este entrenamiento estuvo todavía en el nivel preliminar. Los medicamentos no estaban manejados por un personal calificado y ellos sólo verificaban el almacenamiento de medicamentos en el proceso de contabilidad. El sistema de referencia no funcionaba bien. SNIS estaba funcionando.

(2) CS Nueva Trinidad: Modelo de Desarrollo para las Áreas Pobres Urbanas

El CS se localiza en el área de salud VI (Cipriano Barace) del Distrito de Salud I y tenemos una población de 2,086. La salud sistemática del programa nacional ofrecido por los nuevos CS han sido mejorados y varios servicios de salud han llegado a estar disponibles. La accesibilidad al CS (tiempo de transporte) fue adecuado. La municipalidad de San Ignacio pagó la electricidad y agua, y el CS no ha sido afectado por la influencia política. Porque el papel del CS no se definió, el apoyo del Distrito de Salud 1 era todavía débil. El pago del sueldo por HIPC-II estaba retrasado. Las relaciones entre los personales de salud y la comunidad eran adecuadas. Las consultas pagadas fueron aumentadas. Generalmente, los personales médicos del CS usaban muy bien este edificio CS considerado el espacio limitado preparado por el Equipo del Estudio para las funciones de CS. Pero fue informado que el edificio tenía problemas en el sistema de tratamiento de aguas servidas, y el sistema de distribución de agua esta mal. El aprovisionando de los medicamentos se llevó a cabo principalmente en el CEASS con un fondo rotatorio. La farmacia proporcionó las medicinas esenciales a los habitantes al precio más barato, por consiguiente la población parecía estar satisfecha. Los medicamentos fueron guardados en un estante de la farmacia, y las enfermeras usaban un método de registro para cada medicamento. Ellos verificaban mensualmente y la fecha de expiración era controlada. De todos los 34 casos de referencia, 21 casos fueron cubiertos por consiguiente por SBS que ellos refirieron al Hospital Materno Infantil. Los otros 13 casos fueron referidos al otro Hospital. Fue notable antes del primer monitoreo el CS no tenía ningún caso de contra referencia, pero en el segundo monitoreo el CS tuvo 3 casos de contra referencia del Materno Infantil y 1 del otro Centro de Salud. La mayoría de los pacientes del CS está entre las edades de más joven que 5 años y entre 15 a 45 años. Las consultas dentales aumentaron y ésta llegó a ser la fuente financiera más grande del CS. El personal de salud estuvo trabajando muy duro para el cuidado de las mujeres embarazadas. Las enfermeras auxiliares llevaron a cabo la orientación de planificación familiar en la comunidad. El CS participó en dos campañas de vacunación del AIEPI. La cobertura de la vacunación se incrementó el equipo de la cadena frío instalado en la facilidad de CS. La visita a domicilio fue una manera eficaz de descubrir a las mujeres embarazadas, los niños menores de 5 años, pacientes con el riesgo más alto, y también fue una oportunidad buena para educar a los habitantes y prevenir las enfermedades. El comité de salud y los grupos de OTBs recolectaron dinero, compraron medicamentos y visitan diferentes instituciones, como CARITAS, para asegurar su cooperación. Con respecto al llenado de formularios del SNIS, el personal de salud mejoró los procedimientos de registro comparado con los primeros cuatro meses de trabajo. Pero el personal médico señaló que toma mucho tiempo para llenar los

formularios del SNIS y que este tipo de trabajos reducen la calidad y el tiempo para proporcionar el servicio de salud a los pacientes. El CS trabajaba con el VALA (el Programa de Vigilancia Alerta y Acción) para la actividad epidemiológica. El CS informó a SEDES sobre casos sospechosos, SEDES envió la muestra respectiva a CENETROP para el diagnóstico. Hay unos datos grabados en la morbilidad y mortalidad en el CS.

(3) CS Santísima Trinidad: Modelo de Desarrollo en Áreas de Pobreza Rural

El comité de Salud y el Club de Madres fueron activos en el ejercicio de sus roles. El CS extendió sus cobertura a las otras comunidades (Isiboro, Secure, Ichoa, Imose, Moletto etc.) de TIPNIS y el CS proporcionó información de salud dos veces a la semana a las comunidades rurales por medio del sistema de telecomunicación por radio con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad en los niños y madres. El comité de Salud participaron en varias reuniones de la comunidad y tiene la relación excelente entre el personal de salud en cada comunidad, consejos de salud y municipalidad. Ambos edificios de un centro de salud y un dormitorio estuvieron funcionando bien, pero el dormitorio tuvo problemas en el sistema de entrega de agua. Con respecto al equipo médico, un refrigerador y una silla dental tuvieron los mismos problemas. Se proporcionaron los medicamentos gratis a los niños y madres con SBS. Hay todavía sin embargo dificultad para ayudar esos mayores que 5 años y adultos. El CS tuvo éxito en la reducción de enfermedades notablemente como IRA, las infecciones de diarrea, los gusanos intestinales, etc., comparando entre el primer monitoreo y el segundo por las visitas de casa en casa. Aunque el personal medico llenaba los formularios del SNIS, el flujo de información solo llegaba al Distrito de Salud y a SEDES y no hubo ninguna regeneración al CS.

(4) El barco médico: Modelo de Desarrollo Comprensivo e Integrado

El barco Médico tiene cobertura de salud de 28 comunidades de 5 municipalidades (3159 habitantes). El sistema de comunicación de radio fue usado para coordinar las actividades dentro de la comunidad y con las otras comunidades. El Concilio de Salud y el Comité Municipal no fue activo. El personal de salud del barco médico no ha sido afectado por la influencia política. Hubieron algunos problemas del pago debido al tipo diferente de contrato por los costos del ITEM. El contrato con el proyecto de EXTENSA no completó el pago regularmente debido a la complejidad que obstaculizaron el reembolso. Las municipalidades pagaron los medicamentos del SBS por las madres y niños. El Barco médico tenía una farmacia que trabaja con un fondo rotatorio. Las actividades de APS por CARITAS fueron eficaces. Cuando el Barco Médico estaba ausente, los promotores de salud salieron fuera para la vigilar la salud de las personas de la comunidad y el personal médicos del barco médico daban guía a los promotores de salud usando el sistema de comunicación por radio.

8 La Cooperación Técnica Propuesta

Según el P/M, el sistema de salud regional se desarrollará siguiendo 4 zonas principales, a saber, i) la zona norte, ii) la zona central, iii) la zona satélital e iv) la zona ribereña. Con respecto a los programas de prioridad para el Estudio Piloto, ellos están en el centro de los programas formulados en el plan maestro, y seran llevadso a cabo en la zona de ii), iii) e iv) arriba expresadas. Los programas propuestos en la actualidad para la cooperación técnica tienen un papel en el apoyo y expansión de los programas de prioridad.

8.1 Componentes del Programa

El programa se compone de tres (3) áreas como el área norteña, central y del sur. El objetivo de esta distribución es eficacia de accesibilidad, entrada en vigor de red de sistema de referencia y equidad de APS (el programa de vacunación y el cuidado de salud materno infantil, etc.). Debido a esta distribución, la red de sistema de referencia pequeña, del cuidado de salud primario al cuidado de salud terciario (segundo nivel en general), se completa en cada área. Según la experiencia del estudio piloto en el Plan Maestro, la expansión de cada modelo puede ver la viabilidad en esas áreas.

(1) Programa en el Área Norteña

En el programa, Riberalta es el centro en el área norteña, el Distrito que cubre Vaca Diez. El hospital de Riberalta se vuelve la unidad de servicio de salud más alta en este área, y Centro de Salud (CS) y Puesto de Salud (PS) alrededor puede referirse a los pacientes al hospital de Riberalta, en el otro lado, el barco médico puede conectar las comunidades ribereñas a través del Río Beni.

Riberalta tiene un curso de educación de enfermeras de 16 meses de enfermera auxiliar y 5 años de enfermera licenciada. En esta área norteña, la malaria es una de las enfermedades tropicales endémicas más importantes. MDH se involucra para establecer el instituto de medicamentos tropical (CAMETROP) en Riberalta con los donadores mayores.

Tabla S-6 Organización y Facilidades Objetivos en el Programa en el Área Norte

Ingreso	Atencion Primaria de Salud	Atencion Secundaria de Salud	Atencion Terciaria de Salud
Organizacion objetivo	OTB/ Comunidad	Hospitales	Trabajadores de hospital
Unidad objetivo	Puesto de Salud (PS) Barco Medico y CS		Hospital Riberalta

Para cumplir el concepto, se levantan las actividades siguientes;

- Entrenamiento de dirección del hospital institucionalmente y mantenimiento de equipo
- La transferencia tecnologica a las unidades de salud (el laboratorio y los trabajadores médicos) con la cooperación de CAMETROP
- La educación en la escuela de auxiliares de enfermería en la facultad de ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Beni en Riberalta
- Los equipos médicos proporcionados al hospital de Riberalta por ser el hospital de referencia central (nivel secundario) en el área norteña
- La construcción naval de barco médico y su procuración de equipo
- Los equipos médicos proporcionados al CS / PS que corrobora con FPS

Esas actividades armonizan para ser concluidas de la red de sistema de referencia entre el área norteña.

(2) Programa en el Área Central

Trinidad es el centro en el área central y Hospital Presidente German Busch y Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas se vuelven la unidad de servicio de salud más alta en Cercado, Mamoré, Moxos y Distritos de Yacuma. El Barco médico procurado para el Estudio Piloto ejecuta actividades en el Río Mamoré para cubrir comunidades ribereñas y CS / PS en

el área remota.

Para la educación médica, Trinidad tiene la función de educación de enfermera para curso de 18 meses de enfermera auxiliar y curso de 5 años de enfermera licenciada. En Santa Cruz, CENETROP se establece para las enfermedades tropicales de Bolivia y este centro tiene la experiencia larga con los expertos japoneses para el trabajo del laboratorio con objetivo de la parte sur de Prefectura de Beni. Adicionalmente el Hospital Universitario Japonés coopera para el incremento de capacidad para el Hospital Presidente German Busch y Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas en el estudio Piloto.

Tabla S-7 Organización y Facilidades Objetivos en el Programa en el Área Central

Ingreso	Atencion Primaria de Salud	Atencion Secundaria de Salud	Atencion Terciaria de Salud
Organizacion objetivo	OTB/ Comunidad	Hospitales	Trabajadores de hospital
Unidad objetivo	Puesto de Salud (PS) CS		Hospital P.German Busch Hospital Materno Infantil

Para cumplir el concepto, se levantan las actividades siguientes;

- Entrenamiento de dirección del hospital institucionalmente y mantenimiento de equipo en cooperación con el Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz.
- La transferencia tecnologica a las unidades de salud (el laboratorio y los trabajadores médicos) con la cooperación de CENETROP
- La educación en la escuela de auxiliares de enfermería en la facultad de ciencias de la Salud en la Universidad Técnica de Beni
- Los equipos médicos proporcionados al Hospital Presidente German Busch y Hopital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas por ser hospitales de referencia central (nivel secundario) en el área central
- La construcción naval de barco médico y su procuración de equipo
- Los equipos médicos proporcionados al CS / PS que corrobora con FPS

(3) Programa en el Área sur

San Ignacio de Moxos es el centro en Moxos y la Provincia de Marbán como el área sur. El Barco médico conecta las comunidades a través del Río Isiboro, Santísima Trinidad incluido dónde se lleva a cabo un Estudio Piloto. La ciudad de Cochabamba o Santa Cruz es más cercano que Trinidad para que se refiera a los pacientes severos, para que el hospital de referencia central no exista en el área sur. Para corroborar esta situación, algún CS necesita ser fortalecido y tener la función de centro para otros CSs / PSs y el barco médico.

Tabla S-8 Organización y Facilidades Objetivos en el Programa del Área del Sur

Ingreso	Atencion Primaria de Salud	Atencion Secundaria de Salud	Atencion Terciaria de Salud
Organizacion objetivo	OTB/ Comunidad	Hospitales	-
Unidad objetivo	Puesto de Salud (PS) Barco medico CS		-

Para cumplir el concepto, se levantan las actividades siguientes;

- Entrenamiento de dirección del hospital institucionalmente y mantenimiento de equipo en cooperación con el Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz
- La transferencia tecnologica a las unidades de salud (el laboratorio y los trabajadores médicos) con la cooperación de CENETROP

- La construcción naval de barco médico y su procuración de equipo
- Los equipos médicos proporcionados (incluso el motor fuera de borda) al CS / PS que corrobora con FPS

8.2 La Ayuda Técnica Requerida

Se requiere la ayuda técnica en los campos de de administración, servicio médico, servicio del laboratorio, y operación/mantenimiento (O&M), y actividades de APS.

La dirección del hospital es para el equilibrio y dirección presupuestaria, dirección de los recursos humanos y dirección orgánica, mientras se esta cooperando con el Hospital Universitario Japonés en Santa Cruz.

El servicio médico es la transferencia de tecnología con el equipo médico introducido para el tratamiento eficaz y dirección a doctores y enfermeras en el hospital objetivo.

El servicio del laboratorio es la transferencia de tecnología con el equipo médico introducido para emergencia y trabajo de rutina, y entrenamiento educativo a técnicos del laboratorio en CS / PS para las enfermedades endémicas como la malaria, cooperando con CENETROP y CAMETROP.

Operación/mantenimiento (O&M) es para ingenieros del hospital que contratados para operar y mantener el equipo.

Las actividades de APS están como entrenamiento de parteras, higiene de la comunidad y nutrición para OTB / la comunidad.

8.3 El Costo del Proyecto

El costo del proyecto total es aproximadamente US\$ 5,463,000

- El área norteña: el costo total US\$ 1,810,000
- El área central: el costo total US\$ 2,321,000
- El área del sur: el costo total US\$ 1,332,000

8.4 El Cronograma de Aplicación

El proyecto es dividido para tres (3) fases para cada área, total tres (3) años. Primero en el primer año es la aplicación para el área central y extender la actividad del Estudio Piloto.

Segunda fase en segundo año concierne al área norteña y el proyecto base a Riberalta. Mientras el sistema de CAMETROP se establece en Riberalta y su habilidad cooperativa puede apoyar.

Tercera fase en último año para el área del sur es basado en Santa Cruz o San Ignacio.

Tabla S-9 Programa de Trabajo de Envío de Personal

Persona enviada	1 Fase												2 Fase												3 Fase											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gerente proy.	[Barra continua]																																			
Manejo hospital	[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]			[Barra]											
Manejo O&M	[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]		[Barra]			
Control/vigilancia enferme.	[Barra continua]																																			
APS	[Barra continua]																																			
Coordinado	[Barra continua]																																			

8.5 La Agencia de Aplicación

Las agencias de aplicación esperadas para esta cooperación técnica se muestran debajo.

La Agencia de aplicación: la Prefectura de Beni

El ministerio: el Ministerio de Salud y Previsión Social, el Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, el Ministerio de Hacienda,

8.6 Las Actividades Relacionadas por Terceros Países o las Organizaciones Internacionales en el Mismo Sector

USAID/PROSIN, UNICEF, CIDA, WHO/PAHO y UNFPA

8.7 El beneficio y Efectos del Proyecto

(1) Los beneficiarios

- 1) La Provincia de Cercado
 - Trinidad: población 78,940
 - San Javier: población 4,074
- 2) La Provincia de Mamoré
 - San Joaquin: población 5,489
 - Puesto Siles: población 1,035
- 3) La Provincia de Moxos
 - San Ignacio: población 22,038

(2) El beneficio y Efecto

El sistema de salud regional sustentable se desarrollará para el alivio de pobreza con los beneficios y efectos siguientes

- a. Fortaleciendo de institución y cuerpo de administración
- b. El servicio de salud eficaz a través del sistema de salud regional
- c. El uso eficaz de recursos humanos y financieros limitados
- d. La promoción de organización inter-municipal (la mancomunidad)
- e. La educación sustentable y el sistema de entrenamiento

8.8 El Método de Cooperación Técnica

(1) El tipo del proyecto

1) Estudio de desarrollo Fase II:

“El Estudio sobre el Fortalecimiento del Sistema Regional de Salud para la Prefectura del Beni en la República de Bolivia” se completará a finales de marzo del 2003. Este Estudio está en la fase de desarrollo de P/M y el funcionamiento inicial de la prioridad propuesta como Estudio Piloto para el desarrollo del modelo del Sistema de Salud Regional en la Sección de Beni. Esta fase se identificará como la Fase I del Estudio de Desarrollo.

El modelo desarrollado se transferirá y se extenderá a las cuatro provincias y las otras áreas relacionadas de la Sección de Beni. Para este propósito, se pondrán el estudio de desarrollo como la Fase II. El propósito mayor de esta Fase II es establecer la institución eficaz y organización del Sistema de Salud Regional que incluye un sistema sustentable “la mancomunidad” y transfiere la tecnología desarrollada en el Estudio de Desarrollo Fase I a las organizaciones pertinentes.

Se asignarán los consultores apropiados para este estudio de desarrollo de los vecinos países y

los países domésticos así como los donadores.

2) Proyecto de Cooperación técnica

El propósito del Proyecto está igual que 2) el Estudio de Desarrollo enfocado en la aplicación del proyecto en lugar del Estudio. La empresa llamada a consulta trabajará juntamente con ONGs y/o Universidades para la Cooperación Técnica.

(2) Cualificación de la persona enviada

1) Roles del personal del proyecto

Position	Gerente del proyecto	Administracion de hospital	Administracion de O&M	Control de enfermedades/ vigilancia	APS	Coordinador
Gerente del proyecto						
Coordinacion con los donantes						
Institucion/orga nizacion						
Recursos humanos						
Recursos financieros						
Administracion						
O&M de unidades y equipamiento						
Administracion de medicamentos						
Sistema de referencia						
Sistema comunitario de salud						
SNIS						
APS						
Control de enfermedades infecciosas						

2) Cualificaciones requeridas para el personal del Proyecto

	Gerente del proyecto	Administración de Hospital	O/M de la unidad/ equipamiento médico	Control de enfermedades infecciosas	APS	Coordinador
Consultores internacionales	Experiencia de PM en el área relevante	Suficiente experiencia en el puesto en Sudamérica	Experiencia en el puesto	Experiencia en el puesto en Bolivia o Sudamérica	Experiencia en el puesto en Bolivia o Sudamérica	Experiencia en el puesto en el área relevante
Consultores locales						

(3) El beneficio y efectividad

1) La población designada (a partir de 2001)

- a. La Provincia de Cercado
 - TDD: 78,940
 - San Javier: 4,074
- b. La Provincia de Mamore
 - San Joaquin: 5,489
 - Puerto Siles: 1,035
- c. La Provincia de Moxos
 - San Ignacio: 22,038

2) El beneficio y efectividad

- a. El perfeccionamiento de institución y organización de cuerpos de aplicación para la dirección del servicio de salud.
- b. La provisión de servicio de salud eficaz a través del sistema de salud comunitario.
- c. La utilización eficaz de recursos humanos y financieros limitados.
- d. La promoción de organizar el cuerpo autónomo.
- e. El establecimiento de sistema de educación/entrenamiento sustentables.

9 La Conclusión y Recomendación

9.1 La Conclusión

La Sección de Beni se localiza en la Amazonia área tropical que sufre del cambio drástico de condiciones naturales en la estación seca y lluviosa y un área de densidad de población baja. Y también, los habitantes reúnen las dificultades para ellos acceder a los hospitales y centros de salud. Hay varios tipos de enfermedades tropicales con la proporción de mortalidad alta, sobre todo para las mujeres embarazadas y niños debajo de 5 años.

- (1) Se han llevado a cabo varios tipos de proyectos en esta área. No hay coordinación sin embargo, entre los proyectos. Por consiguiente, la efectividad por los proyectos está limitada y no extendida.
- (2) No hay ningún Sistema de Salud Regional integrado sin el acuerdo general entre agencias involucradas, como resultado de esto, el uso de recursos humanos y financieros limitados no es eficaz y no beneficia a las personas pobres.
- (3) Los problemas principales del Sistema de Salud Regional en Beni son i) la mejora de institución y administración, ii) la asignación Eficaz recursos humanos y financieros,

- iii) mejoramiento de calidad de servicio de salud, iv) la Promoción y prevención de acercamiento de participación para APS
- (4) Fueron establecidos dos Comités para coordinar las comisiones respectivas y supervisar el Estudio Piloto. Basado en el consenso alcanzado en estos Comités, el Gobierno Boliviano ha comprometido recursos humanos y financieros a través de el MSPS y los gobiernos municipales, mientras JICA provea infraestructura para la salud y equipos médicos. Los agentes de este Estudio Piloto fueron el nuevo personal médico asignado quienes fueron entrenados a través del programa de Transferencia Técnica por instituciones técnicamente privilegiadas en Bolivia (como el hospital Universitario japonés y CENETROP en Santa Cruz). El monitoreo fue conducido dos veces, demostrando beneficios múltiples de los recursos infraestructurales, financieros y humanos invertidos. Este Estudio Piloto hace una contribución importante en la construcción de un modelo de desarrollo de la salud para el área necesitada del Departamento de Beni.

9.2 La Recomendación

(1) P/M

El sistema de salud regional integrado se desarrollará para la mejora de salud de mujeres embarazadas y niños debajo de 5 años en las áreas de pobreza. Para este propósito, este sistema será programado desarrollando varios tipos de modelos del área para encontrarse las características de provincias y municipalidad.

1. Modelo urbano de salud (desarrollo de hospital y del CS-hospital)
2. Modelo de desarrollo del área de pobreza urbana
3. Modelo de desarrollo del área de pobreza rural
4. Modelo de desarrollo integrado y comprensivo (el sistema del barco médico)

(2) La aplicación en base a la fase del P/M

El Sistema de Salud Regional se propondrá basado en la política nacional, como la descentralización y la participación popular. Para el establecimiento del sistema propuesto, tardará mucho tiempo para completar debido a las condiciones subdesarrolladas de recursos humanos y organización prefectural y el nivel municipal. Para mejorar esta situación, se recomiendan programas de capacitación sustentable en base a fases y entrenamiento.

(3) La organización de aplicación en Bolivia

Basado en el plan de aplicación en base a la fase, el sistema de apoyo sustentable del programa/proyecto propuesto debe organizarse para la asignación de los recursos humanos y preparación del presupuesto a los niveles Prefecturales y municipales así como el nivel nacional. Las organizaciones propuestas son i) el Comité de Coordinación al nivel nacional, ii) Comité de Dirección al nivel de la prefectura e iii) el Comité Técnico a cargo de DILOS a nivel de municipalidad.

(4) El desarrollo sustentable del Estudio Piloto por el lado boliviano

El desarrollo sustentable del Estudio Piloto en los cuatro programas de prioridad propuestos por P/M es una base para la aplicación extensa del plan en base a la fase del P/M. El lado boliviano, como una agencia de contraparte por parte de la Prefectura de Beni, debe tener una

responsabilidad para manejar y operar las nuevas unidades y equipo que se donarán de JICA al lado boliviano y se aplicará la transferencia de tecnología al lado boliviano, el personal administrativo y médico ,por el Equipo de Estudio JICA y agencias involucradas.. El lado boliviano debe tomar las medidas necesarias en los puntos siguientes para la donación de las unidades y equipo de JICA.

1. La asignación del ITEM por MSPS y HIPCII.
2. Presupuesto la preparación por los Donadores (EXTENSA, PROSIN, etc.), las municipalidades y ONG para los sueldos del otro personal que no se cubre por 1.
3. El costo de funcionamiento esencialmente para barco médico contribuido por los gobiernos municipales y necesariamente ayuda por los Donadores y ONG.

Los donantes deberán monitorear y hacer el seguimiento de las actividades y eficiencia de las operaciones y manejo del Estudio Piloto por la parte boliviana.

(5) La aplicación de Cooperación Técnica

Se esperará la cooperación técnica de los Donadores con el propósito de la educación y entrenamiento del personal médico y administrativo del Sistema de Salud Regional. Los propósitos principales de la cooperación son; i) la Educación y entrenamiento para fortalecer la dirección del hospital y funcionamiento de APS, ii) el traslado de Tecnología para O & M de las unidades médicas y equipo, iii) Educación y entrenamiento de enfermeras licenciadas y enfermeras auxiliares, etc., Se exigirá usar las experiencias y habilidad que se desarrollaron en el Hospital Universitario Japonés, CENETROP en Santa Cruz y SEDES en Beni. Los tipos de Cooperación Técnica son la Fase II del Estudio de Desarrollo o el Proyecto de Cooperación Técnica.

JICA