

8 DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DEL ESTUDIO PILOTO

8.1 Programas Prioritarios Objetivo para el Estudio Piloto- Principales Componentes de el Estudio Piloto

8.1.1 Regulación (Papeles y Funciones) del Comité de Dirección y el Comité Técnico

Los comités serán organizados en los niveles de la Prefectura y la Municipalidad. En el nivel de la Prefectura, una Reunión del Comité de Dirección se llevará a cabo para el comienzo de los Estudios Pilotos, febrero 2002 y para el monitoreo y la supervisión de los resultados de los Estudios Pilotos, diciembre 2002. El comité a nivel municipal se llevará a cabo para el diseño, operación y monitoreo para los Estudios Pilotos desde el punto de vista técnico así como para el Comité de Dirección en cada fase de preparación y monitoreo de los estudios Pilotos. Las regulaciones (los papeles y funciones) de Comité de Dirección y Técnico mostrado como se indica a continuación eran aprobados por las instituciones/ organizaciones conexas y el Equipo de Estudio en el diciembre 2001.

(1) Comité de Dirección – Nivel Prefectural

Artículo 1 Objetivos del Comité de Dirección

- I El Comité de Dirección aprobará los siguientes resultados:
 - a. Plan Maestro (P/M) incluyendo los programas prioritarios
 - b. Diseño, implementación, programación, monitoreo y evaluación de los Estudios Pilotos propuestos basados en el P/M
- II Promoción de la “mancomunidad” para el sistema distrital integrado de salud
- III Las agencias de implementación involucradas, tales como Prefectura, SEDES, autoridades municipales, OTBs, hospitales y ONG para los Estudios Pilotos tomaran la acción necesaria para su implementación, incluyendo asignación de recursos humanos y financieros.
- IV Recomendación de la implementación futura de los proyectos y estudios pilotos propuestos basados en el resultado de los Estudios Pilotos.

Artículo 2 Roles y Funciones del Comité de Dirección

- I El Comité de Dirección aprobará el P/M, programas prioritarios y selección de programas para los Estudios Pilotos y funcionará como un comité de asesoría para el gobierno Prefectural, el cual es la agencia de contraparte del JST Equipo de Estudio de JICA.
- II El Comité de Dirección coordinará las actividades de los Comités Técnicos y Agencias de Implementación involucradas en los Estudios Pilotos.
- III El sistema de “mancomunidad” para la implementación de los Estudios Pilotos será desarrollado para el Sistema Distrital integrado de salud para los Estudios Pilotos, incluyendo el sistema del barco médico cubriendo 4 provincias (Vaca Diez, Mamoré, Cercado, Moxos)
- IV Diseño de los Estudios Pilotos: Los componentes de los Estudios Pilotos tales como el sistema de administración así como también las unidades CS/PS, equipo médico y

barco médico serán diseñados considerando equidad y sostenibilidad de los servicios de salud. El diseño incluirá los siguientes componentes.

- 1) Concepto de diseño de los Estudios Pilotos
 - a. Definición de Roles y funciones de los hospitales y CS/PS.
 - b. Priorización de la asignación de ITEM.
 - c. Priorización de unidades y Equipo
 - d. Priorización de oferta de medicamentos por el seguro de salud
 - 2) Diseño institucional: Organización de implementación, propiedad, administración, asignación de recursos humanos y financieros y gastos compartidos.
 - 3) Diseño físico de unidades y equipamiento: CS/PS de Santísima Trinidad y Nueva Trinidad, y barco médico
 - 4) Términos de referencia para el estudio de factibilidad del mejoramiento de la administración del hospital.
 - 5) Asignación de recursos humanos y financieros basado en las leyes de descentralización y participación popular autorizados en los PDM/POA y HPIC/PRSP.
 - a. Asignación de ITEM
 - b. Asignación de fondos de seguro de salud
 - c. Costo compartido en operación y mantenimiento
- V Monitoreo de los Estudios Pilotos: Las agencias de Implementación tendrán una responsabilidad de entregar el informe de los Estudios Pilotos al Comité de Dirección en el progreso de la implementación y efecto por los Estudios Pilotos basado en guías de diseño e implementación de los Estudios Pilotos.
- VI Evaluación de los Estudios Pilotos: Criterio de evaluación será identificado desde los puntos de vista técnicos, económicos, financieros y administrativos así como la contribución a las políticas del gobierno. La supervisión y evaluación de los Estudios Pilotos serán conducidas por los Comités Técnicos de las municipalidades seleccionadas. El resultado de la evaluación será entregado y aprobado por el Comité de Dirección.
- VII Recomendación de implementación futura en
- 1) Programas Prioritarios
 - 2) Propiedad: tierra, unidades y Equipo
 - 3) Gerencia
 - 4) Costo compartido entre las agencias involucradas

Artículo 3 Actividades de Implementación de las Agencias involucradas

Comité de Dirección aclarará la responsabilidad de las Agencias involucradas en los siguientes aspectos de los Estudios Pilotos.

- 1) SEDES: Asignación de ITEM a CS/PS, hospital y barco médico de los Estudios Pilotos.
- 2) Gobierno municipal: Asignación de ITEM por HIPC II, presupuesto para seguro de salud/O&M y adquisición de tierras para CS/PS y barco médico los cuales son componentes mayores de los Estudios Pilotos
- 3) Hospitales (General y Materno-infantil en Trinidad): Administración del hospital, mantenimiento de equipo, uso de medicamentos y contabilidad
- 4) OTB/ Grupo comunitario (especialmente grupos femeninos)

- a. Contribución, a través de oferta de mano de obra para la construcción de unidades.
 - b. Supervisión de la administración del hospital, CS/PS, barco médico, medicamentos y equipo.
 - c. Costo compartido de acuerdo a la voluntad de pago
 - d. Implementación de actividades APS
- 5) ONG: Administración y O&M para PSs/ CSs y barco médico

Artículo 4 Miembros del Comité de Dirección

- (1) Selección y aprobación de los miembros del Comité: el Prefecto tendrá la responsabilidad de aprobar los representantes que serán seleccionados por las agencias involucradas.
- (2) Miembros (Tabla 8.1)
 - 1) Cobertura de Área: 4 provincias del Departamento del Beni (Vaca Diez, Mamoré, Cercado y Moxos)
 - 2) Municipalidades miembros: 8 municipalidades (Guayaramerín, Riberalta, San Joaquín, Trinidad, San Ignacio, San Ramón, Puerto Siles y San Javier)
 - 3) Miembros
 - a. Presidente: Prefecto del Departamento del Beni
 - b. Vice-Presidente: Director de Desarrollo Social
 - c. Miembros: Alcaldes, Director de SEDES, Colegio Médico, Donantes (PROSIN), ONGs (CARITAS, EPARU), Organización de médicos del Beni, Decano de la Escuela de Enfermería de Trinidad, OTB de Nueva Trinidad, CEPIB para la OTB de Santísima Trinidad (Moxos)
- (2) Comité Técnico- Nivel Municipal

Artículo 1 Objetivos del Comité Técnico

- I El Comité Técnico preparará los siguientes productos:
 - a. Plan Maestro (P/M) incluyendo los programas prioritarios
 - b. Diseño, implementación, programación, monitoreo y evaluación de los Estudios Pilotos propuestos basados en el P/M.
- II Agencias de implementación involucradas, tales como SEDES, autoridades municipales, OTBs, hospitales y ONG para el estudio piloto tomarán la acción necesaria para su implementación, incluyendo asignación de recursos humanos y financieros.
- III Recomendación en implementación futura de los programas prioritarios propuestos basada en el resultado del Estudio Piloto.

Artículo 2 Roles y funciones del Comité Técnico

- I El Comité Técnico preparará el P/M, programas prioritarios y selección de programas para los Estudios Pilotos y funcionará como un comité de asesoría para el Gobierno Municipal el cual es la agencia de implementación para el Estudio Piloto.
- II Diseño de los Estudios Pilotos: Componentes del Estudio Piloto tales como sistema de administración así como también unidades CS/PS, equipo médico y barco médico serán diseñados considerando equidad y sostenibilidad de los servicios de salud. El diseño incluirá los siguientes componentes.

- 1) Concepto de diseño de los Estudios Pilotos
 - a. Definición de Roles y funciones de los hospitales y CS/PS.
 - b. Priorización de la asignación de ÍTEM.
 - c. Priorización de unidades y Equipo
 - d. Priorización de oferta de medicamentos por el SBS
 - 2) Diseño institucional: Organización de implementación, propiedad, administración, asignación de recursos humanos y financieros y gastos compartidos.
 - 3) Diseño físico de unidades y equipo: CS/PS de Santísima Trinidad y Nueva Trinidad, y barco médico
 - 4) Términos de referencia en el Estudio Previo de factibilidad en el mejoramiento de la administración del hospital.
- III Asignación de recursos humanos y financieros basado en las leyes de descentralización y participación popular autorizados en PDM/POA y HIPC/PRSP.
- a. Asignación de ÍTEM.
 - b. Asignación de fondos de SBS.
 - c. Costo compartido en operación y mantenimiento.
- IV Monitoreo de los Estudios Pilotos: Las agencias de Implementación tendrán una responsabilidad de entregar el informe de los Estudios Pilotos al Comité de Dirección en el progreso de la implementación y efecto de los Estudios Pilotos basado en guías de diseño e implementación de los Estudios Pilotos.
- V Evaluación de los Estudios Pilotos: El criterio de evaluación será identificado desde los puntos de vista técnicos, económicos, financieros y administrativos así como la contribución a las políticas del gobierno. La evaluación de los Estudios Pilotos será conducida por los Comités Técnicos de las municipalidades seleccionadas. El resultado de la evaluación será entregado y aprobado por el Comité de Dirección.
- VI Recomendación de implementación futura en
- 1) Programas Prioritarios
 - 2) Propiedad: tierra, unidades y Equipo
 - 3) Organización de gerencia
 - 4) Costo compartido entre las agencias involucradas

Artículo 3 Actividades de Implementación de las Agencias involucradas

El Comité de Dirección aclarará la responsabilidad de las Agencias involucradas en los siguientes aspectos del Estudio Piloto.

- 1) SEDES: Asignación de ÍTEM a CS/PS, hospital y barco médico del Estudio Piloto.
- 2) Gobierno municipal: Presupuesto para SBS/O&M y adquisición de tierras para CS/PS y barco médico los cuales son componentes mayores del Estudio Piloto
- 3) Hospitales (General y Materno-infantil en Trinidad): Administración del hospital, mantenimiento de equipo, uso de medicamentos y contabilidad
- 4) OTB/ Grupo comunitario (especialmente grupos femeninos)
 - a. Contribución a través de oferta de mano de obra para la construcción de unidades
 - b. Supervisión de la administración del hospital, CS/PS, barco médico, medicamentos y equipo.
 - c. Costo compartido de acuerdo a la voluntad de pago
- 5) ONG: Administración y O&M para PS/ CSs y barco médico

Artículo 4 Miembros del Comité Técnico

- (1) Selección y aprobación de los miembros del Comité: La Alcaldía tendrá la responsabilidad de aprobar los representantes que serán seleccionados por las agencias involucradas.
- (2) Miembros (Tabla 8.2-8.6)
 - 1) Presidente: Alcalde de los municipios
 - 2) Miembros: Consejo Municipal, Comité de Vigilancia, Distrito de SEDES, Donantes, ONGs, Colegio Médico, Decano de la Escuela de Enfermería de Trinidad, FEJUVE, OTB y comunidades.

8.1.2 Asignación de Recursos Humanos para el Estudio Piloto

SEDES del Beni solicitó al MSPS 214 ÍTEM adicionales para ser asignados el 2002 en los diferentes distritos de SEDES (I Trinidad, II San Ignacio de Moxos, III Magdalena, IV San Joaquin, V Santa Ana, VI Reyes, VII Riberalta, VIII Guayaramerin), Rurrenabaque, San Borja, Santa Rosa y el Barco médico del SEDES-JICA. El propósito máximo de los números de ÍTEMs para el Estudio Piloto está en el Tabla 8.7. El Comité de Dirección revisara y finalizara el considerado número óptimo del Estudio Piloto, tomando sus consideraciones.

- 1) Abastecimiento y demanda del balance de los servicios de salud.
- 2) Definición de los niveles de servicios de los hospitales y CS/PS.
- 3) Definición del sistema referido en los hospitales, CS/PS.
- 4) Incentivar al cuerpo médico /personal de salud como: a) sueldo adicional y estímulo pecuniarios en áreas remotas, y, b) aplicación a los métodos de los turnos de trabajo.

8.1.3 Desarrollo Deseable para Propósitos Sectoriales

- 1) Administración del Hospital (Control de calidad de los recursos humanos, contables, información de pacientes y educación y capacitación)
- 2) Uso efectivo del Sistema de Seguro Básico de Salud
- 3) La asignación financiera eficaz en los niveles de la municipalidad, prefectura y hospital/CS/PS
- 4) Establecimientos intermunicipales para programas de salud / proyectos.
- 5) La salud relacionada en la infraestructura con cada nivel de servicio.
- 6) Abastecimiento y distribución de medicamentos.
- 7) O&M para el equipo médico.
- 8) APS y el programa de promoción de salud son una parte del Sistema de Salud Distrital.
- 9) Sistema de vigilancia epidemiológica.
- 10) Participación Comunitaria (especialmente grupo femenino)

8.1.4 Desarrollo de un Modelo de Educación y Entrenamiento para el Establecimiento del Sistema Distrital de Salud

Para cada uno de los ítems, mencionados en 9.1.3, educación y capacitación se llevará a cabo de acuerdo a lo detallado a continuación:

- 1) Grupo objetivo

Médicos, enfermeras, enfermeras auxiliares, trabajadores en salud

- 2) Método de educación/ capacitación
 - a. La inspección del sitio en Trinidad
 - b. Talleres en Santa Cruz para la dirección del hospital,
- 3) Contenido de educación/ capacitación.
 - Administración
 - Operación y mantenimiento
- 4) Número y duración de los eventos.
 - Trinidad 10 personas 1 semana
 - Santa Cruz 10 personas 1 semana

8.2 Programa prioritario Objetivo para el Estudio Piloto- Alcance en Base al Área

(1) Modelo Urbano (desarrollo del hospitales):

Se desarrollará un Modelo de Desarrollo de la de administración del hospital tomando para Hospital General y Materno-Infantil.

- 1) Administración del Hospital (Control de calidad de los recursos humanos, contables, información de pacientes y educación y capacitación)
- 2) El suministro y distribución de la medicina
- 3) O&M para el equipo médico.

(2) Área de Pobreza Urbana: Modelo del Servicio de Salud

Un Centro de Salud completamente nueva será establecida en Nueva Trinidad.

- 1) Administración del CS (Control de calidad de los recursos humanos, contables, información de pacientes y educación y capacitación)
- 2) El uso eficaz del Sistema de seguro de salud
- 3) La asignación financiera eficaz a la municipalidad y niveles de CS/PS
- 4) Infraestructura relacionada a la salud a cada nivel de servicio
- 5) El suministro y distribución de la medicina
- 6) O&M para el equipo médico
- 7) APS como una parte de sistema de salud distrital
- 8) El sistema de vigilancia epidemiológico
- 9) Participación comunitaria (especialmente grupo femenino)

(3) Área de Pobreza Rural: Modelo de salud comunitaria.

El CS existente será actualizado al nivel más alto de calidad de CS en Santísima Trinidad.

- 1) Administración del CS (Control de calidad de los recursos humanos, contables, información de pacientes y educación y capacitación)
- 2) El uso eficaz del Sistema de Seguro Básico de Salud
- 3) La asignación financiera eficaz a la municipalidad y niveles de CS/PS
- 4) Infraestructura relacionada a la salud a cada nivel de servicio
- 5) El suministro y distribución de la medicina

- 6) O&M para el equipo médico
- 7) APS como una parte de sistema de salud distrital
- 8) El sistema de vigilancia epidemiológica
- 9) Participación comunitaria (especialmente grupo femenino)

La posición administrativa ha sido aclarada por parte del Prefecto del Beni. Se ha autorizado a Santísima Trinidad como área objetivo del Estudio Piloto, al no existir problemas limítrofes para la conducción del Estudio Piloto.

(4) Modelo de Desarrollo Integral y Comprensivo

El sistema actual de Barco Médico será fortalecido con la introducción de un nuevo bote y un apoyo institucional a CARITAS/EPARU en el río Mamoré. Este nuevo sistema será mejorado a un nivel de Centro de Salud.

- 1) Administración del sistema móvil (Control de calidad de los recursos humanos, contables, información de pacientes y educación y capacitación)
- 2) El uso eficaz del Sistema de Seguro Básico de Salud
- 3) La asignación financiera eficaz a la municipalidad y niveles de CS/PS
- 4) El establecimiento de programas/proyectos de salud Inter.-municipales
- 5) Infraestructura relacionada a la salud a cada nivel de servicio
- 6) El suministro y distribución de la medicina
- 7) O&M para el equipo médico
- 8) APS como una parte de los sistema de salud distrital
- 9) El sistema de vigilancia epidemiológico
- 10) Participación comunitaria (especialmente grupo femenino)

8.3 Roles y Funciones de las Agencias Involucradas

Las Agencias involucradas en la implementación del Estudio Piloto tomaran acción y tendrán la responsabilidad conforme a las siguientes materias de la instrucción del Comité de Dirección del Estudio Piloto.

	Recursos Humanos	SBS	El institucional de Aspecto	El físico de Aspecto
Prefectura	Coordinación /Equipo de la Contraparte/ Presupuesto de la asignación			
Municipalidad	1) Autorización en conexión con el POA 2) Presupuesto de la asignación en la dirección y O&M del hospital y las CS/PS - HIPC/FPS (by DUF) 3) Asignación y selección de los Recursos Humanos e ITEMS 4) Supervisión del la dirección y las O&M de los hospitales y las CS/PS ejecución de los presupuestos de los hospitales y CS/PS 5) Unidades y evaluación después del presupuesto de asignación			
SEDES	1. Asignación y Selección de Recursos Humanos 2. Supervisión 3. Evaluación	1. Asignación de medicinas y los recursos APS- 2. Supervisión 3. Evaluación	1. Planificando ITEM/SBS y APS/Programas Nacionales 2. Educación y entrenamiento (1) Personal propio (2) Tecnología transferida a un blanco de grupos	-

Hospital/CS/PS	1. Distribución igual y efectiva del humanos del recursos 2. Supervisión y evaluación propia	El Igual al ITEM	1. Desarrollo del hospital y las CS/PS dirección sistema 2. Desarrollo del sistema de dirección de hospitales y CS/PS: El comité, las reglas activas, la acción de la medicina, contabilidad, etc. 3. Desarrollo de educación y entrenamiento del programa	1. Preparacion de propuesta para los medios y equipo 2. Planeamiento de dirección y sistema de O&M de medios y equipo
Donantes	Soporte financiero 1. Educación y entrenamiento 2. Unidades y suministro de equipo			
ONG	1. Operación de unidades y equipamiento 2. Provisión para el personal experimentado para O&M			
OTB	1. Planificación del usuario (beneficiarios) Selección de Recursos Humanos 2. Participación en la selección de recursos humanos 3. Operación: Participación de los trabajadores en salud 4. Supervisión del desarrollo y la evaluación de los usuarios (Control Social) 5. Prestaran mano de obra como contraparte para la construcción de las unidades.			

8.4 Concepto del Diseño

8.4.1 Objetivos

El diseño físico e institucional será preparado por el estudio piloto con respecto a la dirección y las unidades de construcción y abastecimiento del equipo de las unidades de las CS/PS del equipo médico y el barco médico.

8.4.2 Criterio del Diseño

Diseñando se dirigirán en la consideración con el criterio del plan siguiente:

Modelo de servicio de salud:

- Definición de los papeles, niveles y funciones de hospitales y los CSs/PSs
- Prioridad de asignación de los recursos humanos
- Prioridad de las unidades y el equipo
- Prioridad de la demanda en medicina/ abastecido por el SBS

Las condiciones geográficas y medioambientales

8.4.3 Contenido del Diseño

- El diseño institucional será preparado en una organización implementada, propiedad, dirección, financiamiento y recursos humanos y la asignación de los recursos humanos y costo que comparten para los servicios de salud
- El diseño físico de medios y equipo se preparará para las CS/PS de Santísima Trinidad y Nueva Trinidad, y el barco médico.

(3) Los medios de entrenamiento

Consideraciones Costo-efectivas

8.4.4 Componentes del Diseño

El Estudio Piloto tendra efecto en las asignaciones de recursos humanos, asignaciones de SBS, actividades institucionales, y estructura fisica dentro del area limitada seleccionada para el studio (contribucion directa del Estudio Piloto). Después del Estudio Piloto, la contraparte boliviana aplicara estos modelos desarrollados por el Estudio Piloto a todas las areas en las 4 provincias(contribución indirecta del Estudio Piloto).

	Recursos Humanos	SBS	Aspecto Institucional	Aspecto Físico
1. Contribución Directa	El equipo de estudio preparará un diseño, y conducto monitoreado y una evaluación directa del estudio piloto.			
(1) Provincia Cercado	Asignación	Asignación De Medicinas APS	1. Comités 2. Dirección 3. Educación y entrenamiento	Tierra 1. Infraestructura básica 2. Unidades 3. Equipo
1) Hospital de Trinidad	Equipo de Direccion	*****	La aprobación de obreros de hospital Entrenamiento educacional	-
2) Nueva Trinidad	*****	*****	*****	PS
(2) Provincia de Moxos	Asignación	Asignación	1.Comités 2. Dirección 3. Educación y entrenamiento	Tierra 1. Infraestructura básica 2. Unidades 3. Equipo
1) Santísima Trinidad	*****	*****	*****	CS
(3) Mancomunidad	*****	*****	*****	Barco Médico
2. Contribución Indirecta	1. El Comité de Dirección aplicara los modelos desarrollados por el Estudios Pilotos para estas áreas para la preparación del diseño, y dirigiendo la supervisión y evaluación basada en P/M 2. Educación y entrenamiento (2002, 2003) serán propuestas para ser incluidas en los componentes directos de contribución			
(1) Cercado	Asignación	Asignación	Educación y entrenamiento	FSP
1) Otras áreas urbanas pobres				
2) Otras áreas rurales pobres				
(2) Moxos	Asignación	Asignación	Educación y entrenamiento	FSP
1) Hospitales Urbanos/CS/PS			Contribución Directa	
2) Área pobre urbana				
3) Otra área rural pobre				
(3) Vaca Diez	Asignación	Asignación	Educación y entrenamiento	FSP
1) Hospital Urbano/CS/PS			Contribución Directa	
2) Área pobre urbana				

Área rural pobre				
(4) Mamoré	Asignación	Asignación	Educación y entrenamiento	FSP
1) Urbano hospital/CS/PS			Contribución Directa	
2) Área de pobreza urbana				
3) Área de pobreza rural				

Observaciones:

1. Contribución directa: financiada por el JICA y la tecnología directamente transferida por el Equipo de Estudio JICA
2. Contribución Directa: financiado por y directamente transferido por el Equipo de Estudio JICA, pero directamente por el lado boliviano

8.5 Diseño – Diseño Preliminar

8.5.1 Diseño Institucional

En cuanto a la asignación de recursos humanos, asignación de SBS, actividades institucionales, y preparaciones físicas requeridas para el Estudio Piloto, estos artículos pueden ser recopilados por cada agencia responsable, institución y organización mostradas a continuación.

	Recursos Humanos	Seguro de Salud	El institucional de Aspecto	El físico de Aspecto
Prefectura Municipalidad	Coordinación /Equipo de la Contraparte/ Presupuesto de la asignación			
	1) Autorización en conexión con el POA 2) Presupuesto de la asignación en la dirección y O&M del hospital y las CS/PS - HIPC/FPS (by DUF) 3) Asignación y selección de los Recursos Humanos e ITEMS 4) Supervisión de la dirección y las O&M de los hospitales y las CS/PS ejecución de los presupuestos de los hospitales y CS/PS 5) Unidades y evaluación después del presupuesto de asignación			
SEDES	1. Asignación y Selección de Recursos Humanos 2. Supervisión 3. Evaluación	1. Asignación de medicinas y los recursos APS- 2. Supervisión 3. Evaluación	1. Planificando ITEM/SBS y APS/Programas Nacionales 2. Educación y entrenamiento (1) Personal propio (2) Tecnología transferida a un blanco de grupos	-
Hospital/1/CS/PS	1. Distribución igual y efectiva de los recursos humanos del 2. Supervisión y evaluación propia	El Igual al ITEM	1. Desarrollo del hospital y las CS/PS dirección sistema 2. Desarrollo del sistema de dirección de hospitales y CS/PS: El comité, las reglas activas, la acción de la medicina, contabilidad, etc.	1. Preparación de propuesta para los medios y equipo 2. Planeamiento de dirección y sistema de O&M de medios y equipo

	3. Desarrollo de educación y entrenamiento del programa
Donantes	Soporte financiero 1. Educación y entrenamiento 2. Unidades y suministro de equipo
ONG	1. Operación de unidades y equipamiento 2. Provisión para el personal experimentado para O&M
OTB	1. Planificación del usuario (beneficiarios) Selección de Recursos Humanos 2. Participación en la selección de recursos humanos 3. Operación: Participación de los trabajadores en salud 4. Supervisión del desarrollo y la evaluación de los usuarios (Control Social) 5. Prestarán mano de obra como contraparte para la construcción de las unidades.

8.5.2 Diseño Físico

Esta Tabla designa los delineamientos del diseño físico para el Estudio Piloto. Los detalles del equipamiento para las tres unidades se muestran en la Tabla 8.8. Una localización del sitio del proyecto y croquis de las unidades también se adjunta en la Figura 8.1 a 8.5.

	Santísima Trinidad	Nueva Trinidad	El barco médico
La definición de nivel de servicio de salud	CS	CS	CS
1. Infraestructura básica	1. La adquisición de las tierras y la preparación de ellas 2. Abastecimiento de agua y sanidad (drenaje/ baño) 3. Electricidad 4. Acceso a las carreteras/puentes 5. Comunicación: Línea telefónica/radio	Igual que el S.T.	Las unidades de los puntos del desembarco
2. Unidades de los CS/PS	1 Centro de salud 2. Viviendas para el personal médico	Centros de salud	-
3. Equipo	1. Cama 2. Cadena de frío 3. SISTEMA SOLAR, radio 4. Equipo médico 5. Laboratorio con un equipamiento básico 6. Servicio equipado con APS	Igual que el S.T.	1 Igual que el S.T. 2 Barco: Barco Madre, servicio de barco pequeño y bote rápido. 3. El artefacto/la maquina

8.6 Organización de la Implementación

- 1) SEDES/ Gobierno Municipal: la asignación de los ITEMS y del SBS a los CS/ PS, hospitales y barco médico del Estudio Piloto.
- 2) Gobierno municipal: los ITEMS asignados por el HIPC II, presupuestado por el coto de SBS/ O&M y las adquisiciones de las tierras por el CS/ PS y el barco médico. (Con los mayores componentes del Estudio Piloto).
- 3) Hospitales (el hospital General y el Materno Infantil en Trinidad): dirección del hospital, mantenimiento del equipo, medicamentos que se usan y contabilidad.

- 4) OTB
 - a. Contribución para el abastecimiento de los medios de construcción.
 - b. Supervisión de la dirección del hospital, CS/ PS, barco médico, medicamentos y equipos.
 - c. Costo compartido acorde con capacidad de pago
- 5) ONG: dirección y O&M para los PSs/ CSs y el barco médico.

La organización de la implementación esta ilustrada en la Figura 8.6.

	Recursos Humanos	SBS	Aspecto Institucional	Aspecto Físico
Prefectura	Coordinación			
Municipalidad				
SEDES				-
Hospital/I/CS/PS				
Donantes				
ONG				
OTB				

8.7 Programa de Implementación para el Estudio Piloto

Las principales actividades de los Estudios Pilotos serán divididas en los siguientes cinco componentes mayores. Programa de implementación de los Estudios Pilotos se muestra en el organigrama de trabajo en la Figura 8.7

- (1) Equipo de Estudio y Consultores Locales/ Contratistas
 - 1) febrero 2002
 - a. Explicación de las guías de diseño e implementación para los Estudios Pilotos
 - b. El Gobierno Municipal proveerá de terreno para la nueva construcción y ampliación del CS/PS
 - c. Fase 1 Contrato con los consultores locales en el diseño detallado y construcción/ instalación de unidades y equipamiento: El presupuesto será preparado por JICA solamente para la Fase 1 de la construcción de unidades e instalación de equipamiento.
 - d. Fase 1 Contrato con consultores locales en el monitoreo. El presupuesto será preparado solamente por JICA para la Fase 1 de preparación (diseño de encuesta de base)
 - 2) mayo/ agosto 2002
 - a. mayo 2002: Fase 2 Contrato con los consultores locales en la construcción/ instalación de unidades y equipamiento: El presupuesto sera preparado solamente por JICA para Fase 2 de construcción de unidades y la instalación de equipamiento
 - b. mayo 2002: Fase 2 Contrato con los consultores locales en la encuesta de base, monitoreo y capacitación/ entrenamiento para 2 hospitales. El presupuesto será preparado solamente por JICA para la Fase 2.
 - c. agosto 2002: Contrato con los consultores locales en la capacitación/ entrenamiento de APS. El presupuesto será preparado solamente por JICA.

- (2) Construcción de unidades y abastecimiento de equipamiento: Abril- Jun 2002
 Construcción de las unidades e instalación del equipamiento por los contratistas locales
- (3) Monitoreo y capacitación/ entrenamiento
- 1) Feb – Abril 2002
 - a. Las agencias ejecutoras involucradas prepararan los Estudios Pilotos basadas en el diseño institucional proveído y las guías del Equipo de Estudio.
 - b. Las agencias ejecutoras involucradas prepararan cuestionarios para la encuesta de base.
 - c. Las agencias ejecutoras involucradas monitorearán la influencia a través de la implementación de los Estudios Pilotos basado en el diseño institucional y las guías usando las unidades y equipamiento existentes en caso de que no hubiera la introducción de nuevas unidades y equipamiento.
 - 2) Mayo 2002
 - a. Implementación de la encuesta de base
 - 3) Julio- agosto 2002
 - a. Análisis de la encuesta de base
 - b. Capacitación/ entrenamiento para 2 hospitales (Hospital Presidente German Busch y Materno Infantil)
 - c. Primer monitoreo en caso de la falta de introducción de las nuevas unidades y equipamiento
 - d. Preparación e implementación del monitoreo en caso de la construcción de las nuevas unidades y equipamiento
 - e. Preparación del informe del progreso de a. a d.
 - 4) sept. – nov. 2002
 - a. Segundo monitoreo en caso de la introducción de las nuevas unidades y equipamiento
 - b. Capacitación/ entrenamiento de APS para 2 CSs y barco medico
 - c. Preparación del informe en el monitoreo y evaluación
- (4) Comités de Dirección y Técnico
- 1) Comité de Dirección (CD)
 - a. Primer Comité: dic. 2001 partida oficial y conclusión de la regulación del CD
 - b. Segundo Comité: enero 2002 selección preliminar del personal para la asignación de ITEM
 - c. Tercer Comité: ago. 2002 Primer monitoreo y Borrador preliminar del Informe Final
 - d. Cuarto Comité: enero 2003 Segundo monitoreo y Borrador del Informe Final incluyendo “Recomendaciones futuras para el desarrollo sostenible”
 - 2) Comité Técnico (CT)
 - a. Primer Comité: feb. 2002 Partida oficial y conclusión de la regulación del CT, y selección final para la asignación de ITEM
 - b. Segundo Comité: ago. 2002 Primer monitoreo en el análisis de la información de la encuesta base y operación de prueba de los Estudios Pilotos sin la nueva

- construcción y abastecimiento de equipo
- c. Tercer Comité: dic. 2002 Segundo monitoreo en la operación de los Estudios Pilotos con la nueva construcción y abastecimiento de equipamiento
- d. Cuarto Comité: enero 2003 Evaluación general en primer y segundo monitoreo

(5) Reporte por el Equipo de Estudio

- 1) dic. 2001: Informe Intermedio
- 2) feb. 2002: Informe del Progreso
- 3) ago. 2002: Borrador preliminar del Informe Final
- 4) ene. 2003: Borrador del Informe Final

8.8 Supervisión

(1) Objetivos: Progresos y efectividades a cargo del Estudio Piloto serán evaluados desde los puntos de vista técnicos, financieros, económicos e institucionales.

(2) Información y supervisión de los datos

- 1) La colección de datos básicos: se identificarán las condiciones Existentes y la posibilidad futura sin el programa de prioridad designado de Estudio Piloto antes de que haya comenzado el Estudio Piloto.
- 2) Aspecto físico: La construcción procederá y se efectuara en el límite de los recursos para la construcción.
- 3) Planificación y presupuesto habilitado en el aspecto institucional, como la dirección del hospital, de la compra/ almacenamiento /uso /mantenimiento de la medicina y d el equipo, contabilidad y dirección del personal en su funcionamiento.
- 4) Implementación habilitada: decisión tomada y la oportuna acción en coordinación, dirección O&M
- 5) Progreso y efectividad por programas de sector y programas de área.
- 6) Recopilación de los datos del resultado del Estudio Piloto: la efectividad y posibilidad del futuro con el blanco en prioridad del programa del Estudio Piloto que será identificado después que sea realizado el Estudio Piloto.

(3) Responsabilidad

Las agencias involucradas tendrán la responsabilidad para preparar y supervisar el informe de la evaluación para ser sometido por el Comité Direccional y el Comité Técnico.

- 1) Evaluación propia por los entes de implementación (Hospitales, CS/PS y barco médico) de los programas prioritarios objetivo.
- 2) Evaluación de SEDES del procedimiento y la efectividad en el programa de ITEM, SBS y sector/ área.
- 3) Evaluación del Gobierno Municipal del procedimiento y efectividad en la asignación de recursos humanos y financieros para el SBS y O&M.
- 4) Evaluación de las OTB/ comunidades del procedimiento y efectividad del alcance participativo, beneficio/ no beneficio, costo compartido incluyendo su voluntad de pago
- 5) Evaluación de las ONG/ donantes en la operación y el beneficio por el sistema de barco médico

(4) Proceso de Monitoreo

- 1) 1 paso: Evaluación propia por los programas prioritarios objetivo de los Estudios

- Pilotos
- a. Modelo Urbano de Salud (Desarrollo del Hospital): Hospital Presidente German Busch y Materno-Infantil en Trinidad.
 - b. Modelo de Servicio de Salud del Área de Pobreza Urbana: PS en Nueva Trinidad
 - c. Modelo de Servicio de Salud del Área de Pobreza Rural: CS en Santísima Trinidad.
 - d. Modelo de Desarrollo Integrado y Comprensivo: Barco médico
- 2) 2 Paso: Evaluación a cargo de las agencias involucradas
 - a. SEDES
 - b. Gobierno Municipal
 - c. OTB/ Comunidades
 - d. ONG/ Donantes
 - 3) 3 Paso: Evaluación a cargo del Comité Técnico
 - 4) 4 Paso: Evaluación a cargo del Comité de Dirección
 - 5) 5 Paso: Revisión del P/M, Programas Prioritarios, Conclusión y Recomendación.
- (5) Beneficiarios

Tabla Proyección De Población Y % De Atención De Los Proyectos Pilotos Por Provincia

PROVINCIA	MUNICIPIO	HAB. CENSO	HAB.P.PILO TO	FAMILIAS	COMUNID.	OTB	%
CERCADO	2	83,014	3,729	151	4	6	4.49
MAMORE	3	12,362	1,296	146	7	0	10.48
MOXOS	1	22,038	3,440	591	24	0	15.61
VACA DIEZ	2	114,594	1,228	233	9	0	1.07
TOTAL GRAL.	10	274,758	9,693	1,121	44	6	3.53

Tabla Proyección de población y porcentaje de cobertura del Estudio Piloto por Municipios

PROVINCIA	MUNICIPIO	HAB. CENSO	HAB. P. PILOTO	FAMILIAS	COMUNID.	OTB	%
CERCADO	TRINIDAD	78,940	3,465	93	1	6	5.026
	SAN JAVIER	4,074	264	58	3	0	6.48
MAMORE	SAN JOAQUIN	5,489	434	77	3	0	7.9
	PUERTO SILES	1,035	862	79	4	0	83.28
MOXOS	SAN IGNACIO	22,038	3,440	591	24	0	15.61
VACA DIEZ	GUAYARAMERIN	40,921	1,228	233	9	0	3

Tabla Comunidades que serán atendidas por el barco médico (Estudio Piloto)

RIO MAMORÉ						
N°	PROVINCIA	MUNICIPIO	COMUNIDAD	FAMILIAS	HABIT.	DISTANC. Kms.
1	Cercado	Trinidad	Puerto Barador	93	465	844
2	Cercado	San Javier	Verdúm	13	64	
3	Cercado	San Javier	Las Tejerías	32	139	
4	Cercado	San Javier	Los Bambuses	13	61	690
5	Mamoré	San Joaquín	Bella Flor	25	150	550
6	Mamoré	Puerto Siles	Bolívar	21	105	320
7	Mamoré	Puerto Siles	Santa Rosa de Vigo	79	475	290
8	Mamoré	Puerto Siles	Altura del Carmen	17	82	260
9	Mamoré	Puerto Siles	Alejandría	33	200	240
10	Vaca Díez	Guayaramerín	San Lorenzo	50	326	150
11	Vaca Díez	Guayaramerín	San Francisco	8	54	120

12 Vaca Díez	Guayaramerín	Puerto Coimbra	11	148	110
13 Vaca Díez	Guayaramerín	Rancho Grande	13	56	100
14 Vaca Díez	Guayaramerín	Barranco Colorado	50	206	80
15 Vaca Díez	Guayaramerín	Palmazola	38	90	70
16 Vaca Díez	Guayaramerín	San Roque	17	115	52
17 Vaca Díez	Guayaramerín	Puerto Carrero	16	103	50
18 Vaca Díez	Guayaramerín	Primero de Mayo	30	130	20
RIO ITENEZ					
19 Mamoré	San Joaquín	Moré Monte Azul	28	168	20
20 Mamoré	San Joaquín	Vuelta Grande	14	116	35
RIO ISIBORO					
21 Moxos	San Ignacio	San Benito	15	90	
22 Moxos	San Ignacio	Sanandita	15	90	
23 Moxos	San Ignacio	San Miguel de Isiboro	35	210	
24 Moxos	San Ignacio	Limoncito	8	48	
25 Moxos	San Ignacio	Santa Teresa del Isiboro	39	233	
26 Moxos	San Ignacio	Centro de Gestión	3	18	
27 Moxos	San Ignacio	Naranjalito	8	45	
28 Moxos	San Ignacio	Carmen del Isiboro	9	52	
	TOTAL		733	4,039	

Tabla Comunidades del territorio indígena del Parque Nacional Isiboro Secure que serán atendidos por el Centro de Salud de Santísima Trinidad

Nº	PROVINCIA	MUNICIPIO	COMUNIDADES	FAMILIAS	HABITANTES
1 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Santísima Trinidad	100	490
2 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Santa Anita	15	90
3 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San Pedro de Buena Vista	30	180
4 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Fátima	10	70
5 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	La Angostura	15	90
6 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San Antonio	10	60
7 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San Jorgito	8	48
8 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	3 de Mayo Río Ichoa	10	60
9 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Buen Pastor	56	336
10 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San Ramoncito	40	240
11 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Concepción	40	240
12 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San Antonio del Imose	30	180
13 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Dulce Nombre	15	90
14 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Providencia	10	60
15 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	San José de Patrocinio	20	120
16 Moxos	San Ignacio	San Ignacio	Trinidadito	50	300
	TOTAL HABITANTES			459	2,654

(6) Criterio de Evaluación

El resultado del Estudio Piloto será evaluado en el entendimiento de los problemas a resolver. El monitoreo y evaluación del Estudio Piloto se enfocara en la sostenibilidad de la solución de problemas debido a la duración limitada del Estudio Piloto (un año). El criterio de evaluación para el nivel de solución de problemas es en tabla 8.9: a) Impacto a las condiciones de salud, b) Mejoramiento institucional, c) Mejoramiento técnico, d) Efectividad socio-económica y e)

Viabilidad financiera. Los contenidos de las soluciones de los problemas se categoriarán de la siguiente manera:

- 1) Condiciones generales de salud: influencia en la estructura de las enfermedades y causas de muerte y accesibilidad
- 2) Expansión de la cobertura de los servicios de salud: en cobertura en base al área (numero de beneficiarios por PS/CS y hospitales) y cobertura en base al sector (beneficiarios del SBS, consulta, genero, etc)
- 3) Institución y administración
 - a. Política municipal y administración: plan de acción en la reforma del sector de salud, interés en el sector de salud, alivio de pobreza en el nivel municipal
 - b. Sistema de Coordinación: un sistema de coordinación efectivo y activo entre las agencias involucradas relacionado con el sector salud
- 4) Recursos humanos: asignación de números de ITEM para dirigir la falta de balance de la demanda y la oferta de servicios de salud y resolver la inaccesibilidad y falta de disponibilidad para los habitantes
- 5) Costo compartido
 - a. Lado de la oferta: manejo de asignación de ITEM, seguro de salud y presupuesto de O&M apropiado entre las agencias involucradas
 - b. Lado de la demanda: voluntad de pago de los beneficiarios
- 6) Manejo de Hospital
 - a. Manejo de hospitales así como de CS/PS en el control de calidad de los recursos humanos, contabilidad, inventario de medicamentos e información del paciente, y capacitación/ entrenamiento
 - b. Extensión del papel del hospital para el manejo de la Salud regional
- 7) Unidades/ Equipamiento
 - a. Escala de las unidades existentes adecuada para la demanda
 - b. Balance de personal de salud asignado y la escala de unidades de salud
 - c. Suficiente abastecimiento de equipamiento en las unidades de salud
 - d. Disponibilidad de inventario de equipamiento y manual de operación
- 8) Medicamentos
 - a. Sistema de distribución de medicamentos efectivo y a tiempo.
 - b. Mejoramiento del sistema de control en el almacenamiento y uso de medicamentos abastecidos por el seguro de salud y otros recursos
 - c. Mejoramiento de la provisión y entrenamiento en el conocimiento del uso de medicamentos para los habitantes, trabajadores en salud y personal de salud/ médico.
 - d. Identificación de precios asequibles para los usuarios
- 9) Sistema de referencia: coordinación efectiva entre los diferentes niveles de salud, y el personal de salud
- 10) Salud de la comunidad
 - a. Promoción del registro de información en practica tradicionales (cuidado en el

- hogar)
 - b. Fortalecimiento de las parteras y promotores en salud para la integración en los servicios públicos de salud
 - c. Aplicación de mejores practicas atravesando las barreras sociales, culturales y económicas (ej. Hervir agua, etc.).
 - d. Sistema efectivo de IEC en salubridad, control nutricional, seguro de salud
 - e. Promoción del interés en las condiciones de salud
 - f. Promoción del manejo comunitario de medicamentos con micro-crédito
 - g. Promoción de la participación social en el sector salud organizando los comités locales y entrenamiento en liderazgo
- 11) SNIS
- a. Fortalecimiento de capacidad institucional en el SNIS en todos los niveles (PSs/CSs, hospitales, municipalidades y SEDES) para recolectar y procesar información
 - b. Aclaración de la capacidad adecuada del SNIS para analizar la información para la identificación de las principales causas de enfermedades
 - c. Aclaración de un ambiente suficiente, falta de instrumentos de procesamiento de información, laboratorios mal equipados para una implementación eficiente
- 12) APS
- a. Promoción del interés del personal de salud en la APS
 - b. Promoción del alcance de manejo de salud integral (AIEPI) para madres e hijos
 - c. Coordinación efectiva entre los diferentes programas de atención primaria de salud, y entre los programas de atención primaria de salud y otros programas de salud
- 13) Alcance epidemiológico
- a. Fortalecimiento del vínculo entre CENETROP y las unidades de salud en el Beni
 - b. Fortalecimiento del programa de control de enfermedades en tecnología, equipamiento y recursos humanos y financieros

9 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL ESTUDIO PILOTO

9 MONITOREO Y EVALUACION DEL ESTUDIO PILOTO

9.1 Evaluacion del Primer Monitoreo del Estudio Piloto

Los resultados del primer monitoreo del Estudio Piloto se resumiran en las tablas siguientes.

9.1.1 Hospital German Busch

Criterio	Contenido
1. Condición General de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Porque el hospital es sólo un hospital general público con los doctores médicos y enfermeras, los casos de tratamiento son varios como la lesión externa, enfermedades infecciosas y enfermedades estilo de vida-relacionadas. * Refiérase a la Tabla 9.1
2. Cobertura de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Hay confusión en la extensión de apoyo entre el Distrito de Salud, donadores la cooperación y el Gobierno Municipal así como la definición de papel entre el hospital y el Hospital Materno Infantil en ginecología-obstétrico e infantil. - Hay servicios para la emergencia, hospitalización y consultas externas en el caso de morbilidad. - El estado esperado del hospital está en el tercer nivel. Sin embargo el nivel real está en el primero o el segundo nivel por lo que se refiere a los recursos humanos y equipo. - La mortalidad en el hospital es bastante baja que el del promedio de todo Bolivia y Santa Cruz. * Refiérase a la Tabla 9.2
3. Institución y administración (1) La política (2) La coordinación (3) El sistema e Institución	<ul style="list-style-type: none"> - La relación formal con los centros de salud distrital no existe. - El hospital depende del Gobierno Municipal en la infraestructura y SEDES en el recurso humano. Sin embargo el ITEM de SEDES no es bastante para el hospital en su necesidad de personal (enfermeras y personales de apoyo). - Seguro encima de la edad de 65 por el Gobierno Municipal no es suficiente para cubrir las necesidades de estas personas. - Sólo un poco el apoyo de SUMI. Debiendo para cubrir proporción de pago de las personas pobres, la proporción de servicio libre se vuelve entre 50 y 70%. - Aunque la relación con el Gobierno Municipal está desarrollando, el apoyo financiero más eficaz del Gobierno Municipal y mejora de sistema de apoyo se requiere.
4. La dirección del hospital	<ul style="list-style-type: none"> - El Comité de Dirección de hospital se estableció en el 2001 de acuerdo con la Ley de Descentralización, pero el Comité no se ha operado debido a la falta de coordinación y responsabilidad de agencias involucrada. - Debido a la falta del sistema de dirección de hospital unificado, el hospital no define la red de función de servicio. - POA no se elabora. Sin embargo se llevan a cabo las actividades con las necesidades. - No hay ningún último organigrama. A pesar del hospital general, el organigrama viejo es dividido en sólo dos secciones, atención de salud y servicio de apoyo. - Hay el concilio técnico-administrativo entre los directores, administradores y jefes del hospital. - Seguimiento de historias clínicas que no se lleva a cabo aunque la regulación para el uso de historia clínica y archivos del registro existe. - Allí se programa vigilancia ni la vigilancia interior de los servicios. - La evaluación de dirección del hospital y continuación de actividades del hospital no se lleva a cabo. - Debido a la falta de una computadora personal, incluso una calculadora, la colección de los datos para la dirección del hospital no se lleva a cabo. - No hay ningún manual de dirección del hospital, procedimientos de dirección y atención. - Los varios tipos proporcionados de servicios médicos como un hospital general, es difícil enfocar en el cuidado de salud

	<p>especificado y tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay comunicación activa entre permanente (8 horas que trabajan) y temporal (4 horas que trabajan) los doctores médicos debido a ningún sistema del funcionamiento unificado. - La consultación externa sólo se ha abierto por la mañana. No hay ni consultación de la cirugía ni las consultaciones especiales sin embargo como urología. - Hay servicio de hospitalización en la medicina y cirugía. - Un comité de infecciones del hospital es organizado pero bien-funcionado. - La humanización de la atención, actitud y la información no se ha trabajado. Algunos personales no han estado reconociendo concepto de la atención del paciente. - Un sistema de control de personal no existe. El horario de doctores que trabajan para la atención de consultación externa, la hospitalización, la enseñanza, las actividades científicas, etc., no se regula.
5. Los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - No hay ninguna actitud profesional para el cuidado de salud y el tratamiento médico entre el personal médico. - Debido a la insuficiencia de ITEM, los personales especializados son escasos. Los jefes en la sección de la medicina interior y la sección de la cirugía no tiene el ITEM. - Un poco de entrenamiento técnico se ha llevado a cabo en la farmacia, contabilidad, enfermería y laboratorio. - No hay ni farmacéutico profesional ni un administrador comercial profesional.
6. Los recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - El costo del funcionamiento y mantenimiento de las facilidades/equipo, del Gobierno Municipal, no está próximo lisamente. - Debido a muchos paciente pobre, los insumos son pagados por el hospital aun cuando SUMI cubre el costo de la medicina. - Algunos Réditos se traen por los pacientes de la emergencia de CS/PS. - El presupuesto no está incorporado en el traslado de TGN No se unen la administración y mando de finanzas con el equilibrio anterior. Se ejecutan los gastos con las necesidades. - El arancel para los precios médicos y servicio era hace muchos años fijos y no se ha reajustado. El arancel no refleja el costo actual en los servicios diferentes. - Debido a ningún sistema de la evaluación y el único hospital general en Trinidad, el análisis del costo del hospital no se ha llevado a cabo. - No hay ninguna declaración de flujo de dinero en efectivo. El dato financiero crudo existe como un bulto de recibos pero no se ha manejado. Una declaración financiera no se prepara todavía y se analiza periódicamente. - El rédito: Debido a alguno transfiere de SUMI, Encima de 80% de rédito ha estado ocupado por el servicio del hospital y 20% de ellos viene de la farmacia. El rédito total es comparativamente más pequeño, como la mitad como el de Hospital Materno Infantil. - El gasto: la Mayoría de gasto, alrededor de 70-80%, se ha asignado para los materiales y insumos. <p>* Refiérase a la declaración financiera de hospitales.</p>
7. Los medios y equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Debido a la falta de un técnico profesional, los materiales han estado deteriorando antes de la vida física. - La infraestructura está obsoleta e inadecuada. El mantenimiento por construir y se reembolsan los medios escasamente la deuda a la falta de recursos financieros. - La construcción de tres cuartos está preparando para ecografía, radiología y tomografía. - El Gobierno Municipal es responsable para construir y no se cumplen O/M de infraestructuras y materiales.

	<ul style="list-style-type: none"> - El número de identificación de materiales no es registrado. - El cuarto de la cirugía: los Filtros de radiación no permiten la iluminación apropiada un acto quirúrgico. Apoye bote o base de válvulas en el equipo de la anestesia está roto. El sensor de dedo para el amonestador de FG también está roto. Las Tablas quirúrgicas no están en la condición buena debido a la falta de partes. - La esterilización: hay un esterilizador para el material duro (la estufa de la esterilización) y un autoclave obsoleto. - ICU: hay un defibrillador. El servicio de la garantía ya ha expirado. - Los rayos de X: hay el equipo de 200mA, 50-60 KVA sin el sistema del colimador, transferido del ejército de EE.UU.. El apoyo repara, como oxígeno, se usa en las pelotas con las medidas defectuosas. - Hay varias opciones para mejorar las condiciones. Ellos son: un. Para emplear a técnicos como el personal permanente por la asignación del ITEM. b. Para avisar con el Hospital Japones para proporcionar el servicio de mantenimiento periódico. c. Avisar con el sector privado como los proveedores de equipo en el mantenimiento periódico reparan.
8. Las medicinas y Insumos	<ul style="list-style-type: none"> - Se depositan las ventas de medicinas en una cuenta del "Paititi" (la organización de ahorro), no en la cuenta general del hospital. - Enfermera autorizado, asignada por el ITEM, es sólo un personal y responsable para la administración en la farmacia. El sueldo de este personal viene del fondo rotatorio. - El personal compra las medicaciones. La fuente financiera viene de los fondos de la autorización de dirección. - La farmacia no contribuye a los pacientes pobres. Ellos reciben las medicinas principalmente de asistente social, personas voluntarias y CIESS. - No se han puesto al día las tarjetas del inventario durante estos dos meses. Por consiguiente la acción de medicinas no se controla. - La medicina repara de secciones médicas diferentes es independientemente organizado sin coordinar. Una regla frecuentemente no alcanza a la farmacia. La farmacia depende de los pacientes ' el orden verbal. - Se utilizan medicinas en la farmacia a cura esencial y " anuncio venda. 10% de las gananciases totales son consagrado para el servicio social del Hospital. Los precios de medicina son más bajo que aquéllos de farmacias privadas. - Se procuran Insumos en la farmacia con el requisito y prontitud de dinero. No se reflejan orden pasado y registro a la procuración. - El estante para libros de farmacia es pequeño para guardar las medicinas. - Hay dos oficiales en la mercancías alaje que es el nuevo personal y no sabe la organización y manejando.
9. El sistema de la referencia	<ul style="list-style-type: none"> - No hay ningún sistema de la referencia entre los hospitales y CS.
10.Salud Comunitaria,APS	<ul style="list-style-type: none"> - Hay accesibilidad social pequeña debido a la falta de conocimiento entre los personales médicos.
11. SNIS	<ul style="list-style-type: none"> - Allí se graba datos de morbilidad y mortalidad. Pero es difícil para doctores identificar la causa de enfermedad debido a la falta de información científica del laboratorio. - El hospital lleva a cabo ni una reunión periódica de CAI (el Comité de análisis de la información) ni una reunión de análisis en los servicios diferentes. - Está en la condición muy pobre debido a una computadora " ni sistema de la regeneración.

12.Alcance epidemiologico	<ul style="list-style-type: none">- La coordinación con CENETROP y su entrenamiento no se observa.- Debido a la falta de equipo, tecnología, los recursos del human/financiamiento, es difícil para el hospital desarrollar el estudio epidemiológico.
---------------------------	---

9.1.2 Hospital Materno Infantil

Criterio	Contenido
1. Condición General de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - ARI y AGREGA de infante es casos principales tratados en este hospital. * Refiérase a la Tabla 9.1
2. Cobertura de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Hay confusión en la extensión de apoyo entre el Distrito de Salud, donadores la cooperación de ' y el Gobierno Municipal. - El hospital se denomina como tercer nivel pero realmente apropiado como primero nivel. - Después de introducir el sistema de SUMI, la proporción de la ocupación del hospital saltada a sin embargo la proporción está todavía bajo que la proporción de la ocupación en la maternidad de todo la Bolivia y Santa Cruz. * Refiérase a la Tabla 9.2
3. Institución y administración (4) La política (5) La coordinación (6) El sistema e Institución	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital se estableció por la Ayuda de Concesión japonesa en 1984 con despachar al voluntario japonés. - El Gobierno Municipal tiene ninguna conciencia de la educación y entrenando al hospital proveen de personal. El Gobierno Municipal entiende que estas actividades se dirigen bajo SEDES. - El hospital tiene un papel importante para el sistema de salud distrito, pero no hay ninguna unión con los centros de salud. - SUMI se ha asignado fácilmente al hospital, porque el Gobierno Municipal tiene un interés en la propiedad de hospital. - El Gobierno Municipal contribuye al reembolso estable del SUMI. Sin embargo el recurso financiero en la Ley de la Participación Popular no es estable. - No hay ningún sistema de coordinación entre agencias relacionadas y sector de salud.
4. La dirección del hospital	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital, certificado el hospital infantil maternal bien-funcionado por UNICEF, se opera totalmente debido a la proporción de crecimiento alta de población, el desarrollo de camino del tronco e introducción de sistema de SUMI. - El Comité de Dirección de hospital se estableció en el 2001 de junio de acuerdo con la Ley de Descentralización, pero el Comité no se ha operado debido a la falta de coordinación y responsabilidad de agencias involucrada. - Sólo sectores médicos bilaterales, pediatría y ginecología –obstetrics, es útil para la dirección del hospital. - POA, aplicación que se elaboran declaraciones protocolares, financieras y los casos/historias Clínicos. La calidad de servicio de salud ha sido la deuda avanzada a publicación mensual que supervisa las actividades por la administración del hospital. Sin embargo decisión que todavía hace sistema y estructura de la organización permanece a un nivel primitivo. - El manual de funciones existe pero ni no se revisa ni se practica. Los manuales de SUMI, EDA, IRA, PAI e infecciones también existen. - El personal del hospital participa la reunión de evaluación sostenida por SEDES y el Distrito. - Se disocian los servicios de la emergencia en dos líneas, pediatría y -obstetricias de la ginecología. Un organigrama muestra el concilio administrativo técnico a una revista. La consultación externa abre de la mañana a tarde. El deber nocturno contribuye 24 horas que abren del hospital. En caso de la emergencia, los personales médicos son llamados por el teléfono. - Allí se integra el sistema entre los doctores médicos permanentes y temporales. Funciona eficazmente para el cuidado maternal e infantil y reducción de enfermedades en Trinidad a pesar de ninguna dirección del hospital unificada y sistema de administración. - Un comité de infecciones y aplicación de las normas se ha desarrollado. A pesar de la falta de calidad, humanización y

	<p>atención a los pacientes se completa entre el personal y voluntarios en el servicio de la pediatría.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El programa de vigilancia externo para el mando no existe excepto la lactancia.
5. Los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Allí no se califica ni contabilidad " ni el personal administrativo. Los personales cambian muy a menudo su trabajo en un periodo corto. - El ITEM se maneja fundamentalmente con el acercamiento político y asignación del ITEM para los personales de tiempo llenos está muy limitado. - No hay ningún ITEM para doctor del jefe en las ginecología-obstetricias, neonatology, anestesiología y traumatology. - Se minimizan los servicios porque casi personales todo médicos sólo están trabajando en tiempo de la mañana.
6. Los recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - La mejora de accesibilidad a SUMI dramáticamente las reformas la condición financiera del hospital. - SUMI cubre el costo para la entrega del niño. Pero los insumos son llevados a hombros por el servicio del hospital. - "El buena gana para Pagar" no existe entre la población porque los usuarios de SUMI no entienden el fondos y sistema de SUMI. - TGN (el Nacional la Tesorería General) es para el pago de sueldos al personal con el ITEM. - El datos financiero crudo existe como un bulto de recibos pero no se ha manejado. Una declaración financiera no se prepara todavía y se analiza periódicamente. - SUMI realiza fuente principal de rédito del hospital así como el servicio del hospital hace. El rédito total es dos veces alrededor más grande que eso del Hospital Busch alemán. <p>* Refiérase a la declaración financiera de hospitales.</p>
7. Los medios y equipo	<ul style="list-style-type: none"> - Un sueldo, patrocinado por el ITEM, es demasiado bajo para emplear al ingeniero mecánico profesional, US\$100/day. - El hospital no se ha guardado la información fundamental sobre los materiales como fabricante, manuales y número de identificación. - De mantenimiento preventivo se ocupa defectuosamente y el funcionamiento no se ajusta. - El cuarto de la cirugía: Debido a la falta de mantenimiento, se han deteriorado los materiales. Por ejemplo, anestesia, oxigene, Tablas, el equipo de la succión portátil, las camillas para los partos e intercomunicadores. - La esterilización: hay dos autoclave sin el mantenimiento. - Los Rayos X: hay dos materiales de la Radiografía. El equipo del grande-tamaño existe durante varios años en el proceso de la reparación. La función y capacidad de otro uno, 300 MA móvil, están limitadas. - El laboratorio: la Utilización y función de materiales, como el espectrómetro, microscopios binoculares, pared centrífuga, trabajo cámara humo capuchas y centrífugo, están totalmente limitadas. Debido a la falta de mantenimiento, el destilador no se usa. - La estación de poder de energía: La estación se daña en por más caluroso de agua y aceite. Sin el mantenimiento, electricidad no está próximo. - La estación de poder telefónica: La estación está fuera de servicio debido a la falta de mantenimiento. La campanilla paciente para llamar a enfermeras no es activa. - El sistema de O/M permanece en las condiciones pobres debido a la falta de técnicos profesionales. Hay varias opciones para mejorar las condiciones. Ellos son: un. Para emplear a técnicos como el personal permanente por la asignación del ITEM. b. Para avisar con el Hospital Japones para proporcionar el servicio de mantenimiento periódico. c. Avisar con el

	sector privado como los proveedores de equipo en el mantenimiento periódico reparan.
8. Las medicinas y Insumos	<ul style="list-style-type: none"> - La farmacia se fundó en 1996 por la concesión de SEDES. El suministro oportuno y la distribución eficaz de la medicación traídas por SUMI se llevan a cabo. Sin embargo una pérdida de Bs. se grabaron 28,459 en el 2002 de septiembre debido a la expiración de medicinas. - El personal de farmacia, graduado una sección de administración, no tenga la calificación de farmacéutico. Los pagos de medicina son reunido por la farmacia y los arreglaron al final de día. El sistema de mando de inventario no se prepara. En el deber nocturno, una cantidad pequeña de equipo del primeros auxilios ha preparado bajo la responsabilidad de enfermeras. - El hospital no tiene un plan de la compra para las medicinas y insumos. Éstos se piden con las necesidades. Una aplicación se envía de la farmacia a la administración cuando ellos compran las medicaciones. Se sobrecargan medicinas que están fuera del fondos de seguro 15% sobre del costo de la compra de hospital. - Se han puesto al día las tarjetas del inventario todos los días por controlar las medicaciones. - La distribución de medicinas ha sido en parte experta. (la manera farmacéutica y administrativa, y dosificación) El hospital cumple la norma de usar las medicinas esenciales. - Hay tres estantes y un congelador para guardar las medicinas. Pero una computadora no está provista. - Los registros de regla y guardando de estos datos se llevan a cabo de acuerdo con el manual. - El almacén es el espacio muy diminuto y no apropiado para el almacenamiento de medicinas. - El código de la medicina en la forma terapéutica nacional y organigrama de sección de la farmacia ha sido la figura a.
9. El sistema de la referencia	<ul style="list-style-type: none"> - No hay ningún sistema de la referencia integrado entre los hospitales y CS. Sin embargo algún esfuerzo de referencia se ha llevado a cabo en parte entre el hospital y CS en Nueva Trinidad.
10. Salud Comunitaria, APS	<ul style="list-style-type: none"> - Se han llevado a cabo algunas funciones de cuidado de salud primario, como la vacunación de OMS y planificación de la familia. - El cuidado preventivo básico para las mujeres embarazadas se ha desarrollado sin el equipo médico modernizado. - Se han llevado a cabo los entrenamientos y promociones de desarrollo del recurso humano en una sala de conferencias y entrenando el centro. Por ejemplo, partera tradicional, los voluntarios responsables de salud, orientación y promoción para la salud sexual y reproductor, la promoción con la información material, educación y comunicación (IEC) en la consultación externa y la hospitalización se aloja, evaluación de programas de salud en la coordinación con SEDEES, programa de educación de lactancia materna y URO (la Unidad de Rehydration Oral) y entrenando para la prevención de infecciones del hospital.
11. SNIS	<ul style="list-style-type: none"> - Hay un datos grabado en la morbilidad y mortalidad, pero es difícil para doctores identificar la causa de enfermedad debido a la falta de información científica del laboratorio. - El personal estadístico participa CAI (el Comité de Análisis de Información) sin el personal médico y administrativo. - La producción de los datos de HMI se lleva a cabo en la forma oportuna a través del SNIS. Pero no hay ni un cuarto " ni una asistencia técnica logística para la prosecución correcta de la información.
12. Alcance epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - El programa VALA (la Vigilancia la Acción Alerta) se desarrolla para la notificación inmediata de infecte las enfermedades contagiosas.

9.1.3 CS in Nueva Trinidad

Criterio	Contenido
1. Condiciones Generales de Salud	ARI, EDA, la Anemia y Desnutrición son casos principales diagnosticados en el CS. * Refiérase a la Tabla 9.3
2. Health services coverage (1) Area y población cubierta	Se ha mejorado -accesibilidad al CS por lo que se refiere a tiempo de transporte debido a situación más íntima comparada al Hospital Infantil Maternal. Pero el CS se aísla más bien, cuando el área del fondo ha estado ocupada por el hospital privado. Se espera que -el CS sirva a 2,086 personas de 5 comunidades. Pero ha habido ninguna población designada bien definido y áreas de servicio de salud por el CS. Había personas que no conocieron la existencia del CS y no podrían identificar la situación del CS a pesar de su conocimiento de su existencia. Este desconocimiento se causa principalmente por la falta de diseminación de actividad de la vacunación o servicios de SUMI. * Refiérase a la Tabla 9.4
3. Institución y administración (1) Coordinación	No hay coordinación entre el CS, el Gobierno Municipal, el Distrito de Salud y donadores en la dirección de CS y funcionamiento. Por ejemplo, aunque la asignación de recursos humanos al CS estaba satisfactoria en el momento, el Gobierno Municipal y SEDES no coordinaron a la dotación para materiales apropiados requeridos por el CS. Falta de coordinación también se vio entre SEDES / la Salud Distrito 1, el Gobierno Municipal y Comunidades para la promoción de primer salud cuidado programa nacional y SUMI. -ningún Gobierno Municipal ni los SEDES le proporcionan los suministros necesarios al CS para registrar a los usuarios de los CS y actividades del CS.
(2) Ley e institución	-el Gobierno Municipal es responsable para el mantenimiento de la salud repara y pago de sueldos a enfermera auxiliar y vigilante, y ha pagado según el compromiso. -SEDES Beni está la institución al cargo de cuidar la salud de la comunidad directamente. Pero SEDES sólo cumple el EPI y asigna dos recursos humanos para la salud de la comunidad.
4. Manejo de CS	El -dirección de la dirección de CS no ha autorizado todavía bajo la consideración. Hay dos doctores médicos. El uno se ha asignado por el ITEM de SEDES y el otro se asigna por HPICII para el Estudio Modelo. Porque papel-compartiendo no se clarifica entre ellos, el uno es responsable para SEDES y el otro para el JICA Estudio Equipo.
5. Recursos humanos	Los recursos -humanos al nuevo CS han sido asignados por el ITEM de SEDES, HIPC II. El presupuesto se financió por el Gobierno Municipal de Trinidad. La asignación de los personales médicos al CS se dirigió bien en abril, 2002, Para que los personales son muy motivados. -médico provee de personal las actividades de ' serán extendidas por la asignación del ITEM más calificada que los servicios voluntarios en el pasado. Se sostienen los servicios de la consultación médicos durante 5 días por semana al CS temporal que comparó con 2days por semana en el pasado cuando estaba antes de la construcción del nuevo CS. Pacientes que vienen a este

	<p>CS temporal son casi los mismos números, alrededor de 10 personas por día como el caso de servicios voluntarios en el pasado. Por otro lado, algunas personas de la comunidad indican la actividad de promoción de salud en la comunidad que no ha sido bien organizado porque los recursos humanos no se educan todavía y se entrenan.</p>
6. Recursos financieros	<p>-debido al problema financiero, algunos de los pacientes tienen que rendirse para consultar al doctor de CS. -costo que comparte para el funcionamiento del CS era convenido en entre agencias involucradas. -para el funcionamiento de CS, el pago del sueldo de HIPC-II no es ninguna deuda lisa al retraso procesando para el pago. -O&M costó que es fuera de fondos de SUMI se compromete por agencias involucradas (SEDES, Municipalidad de Trinidad). Los -pacientes pagan 5 Bs. para consultación médica que indica sólo 10% de gastos totales. Y otro 10% fueron exentados por los Servicios de Bienestar y 80% por SUMI.</p>
7. Medios y equipo	<p>Hay muy pocos equipos requirieron en el CS. Los doctores médicos y dentista trajeron sus propios materiales y han pagado por el insumos por su propio dinero de bolsillo o el fondo rotativo pequeño bajo CEASS. -el CS es corto de materiales médicos que incluyen aquéllos para el laboratorio.</p>
8. Medicinas	<p>-SUMI se funciona en parte pero el progreso significativo no se observó antes de la inauguración del nuevo CS. El suministro del -droga por SUMI y otras fuentes no se ha dirigido debido a los problemas administrativos. Los personales de salud están especializados repartiendo las drogas. Las drogas -esenciales están teniendo suerte.</p>
9. Sistema de referencia	<p>-doctores han dirigido consultación de referencia a los hospitales en caso del tratamiento esencial. -aunque el sistema de la referencia existe, no está funcionando bien debido a la falta de coordinación entre los CS y los hospitales nivelados superiores. -los personales médicos se refieren a los pacientes al hospital superior con una forma específica del SUMI, pero los personales médicos en los hospitales normalmente no envían atrás a los pacientes al CS como una forma de referencia de contador.</p>
10. Salud comunitaria y APS (1) Oferta	<p>El -mayoría de personal no está familiarizado con las pautas para la salud de la comunidad y APS y ellos utilizan sus propios materiales. El área de fondos de -servicio y ITEMS para APS son demasiado anchos pero no hay educación y entrenando los materiales para la aplicación. La educación y entrenando en APS son eficaces mejorar tales servicios proporcionados por el personal experimentado.</p>
(2) Demanda	<p>Las personas del -comunidad son sumamente pobres con una proporción alta de fertilidad, instrucción baja y analfabetismo. Las enfermeras -auxiliares han dirigido las visitas de casa en casa y con tal de que la información de a los habitantes. Los personales médicos se aceptan por las personas de la comunidad. Pero la participación social para la promoción de salud no es consolidada totalmente en la comunidad. Las personas del -comunidad saben sobre las vacunas y la mayoría de las madres puede identificar el registro de la vacunación de sus niños con la tarjeta de la vacunación. Las personas del -comunidad están familiarizadas con el programa de ARI, ellos normalmente deciden ir al CS cuando sus niños tosieron y tienen las fiebres durante muchos días. -casi todas las madres saben la terapia del rehydration oral (ORT), sin embargo, se identificaron directamente como un remedio para la diarrea y no para la deshidratación.</p>

	<p>-pocos mima puede relacionar la diarrea con la incidencia de otras enfermedades como el parasitosis intestinal y desnutrición. Ellos prefieren asocie la enfermedad con la higiene condiona, consumo de comida y contaminó el agua.</p> <p>-con respecto a la Planificación de la Familia, casi de hembras conoce algunos métodos por el mando del nacimiento, pero ellos no lo practican porque estos métodos no están disponibles o sus maridos no son afirmativos a su uso.</p> <p>La -mayoría de las personas de la comunidad sabe de SUMI. Algunos de ellos agujerean la tarjeta de identificación respectiva. No obstante, la mayoría no puede especificar los beneficios de SUMI o la diferencia entre tenerlo o no.</p>
11. SNIS	Tarda mucho tiempo para llenar a la forma de SNIS debido a ninguna comunicación de SEDES y el worksheet complejo.
12. Alcance epidemiologico	-conforme a los trabajos de VALA (el Programa de Vigilancia Alerta y Acción), el CS informa SEDES sobre sospechoso embala entonces SEDES envía la muestra respectiva a CENETROP para el diagnóstico. Hay un datos grabado en la morbilidad y mortalidad en el CS, pero es difícil para doctores identificar la causa de enfermedades debido a la falta de información científica del laboratorio.

9.1.4 CS in Santisima Trinidad

Criterio	Contenido
1. Las condiciones de salud generales	-ningún sólo ARI y el EDA los casos pero también se han diagnosticado casos de la enfermedad del la vector-nacido la Malaria de la de como y el Lesishmania en el CS. * Refiérase un la Tabla 9.3
2. Cobertura de servicios de salud (1) Area y poblacion cubierta	No hay ninguna área de servicio bien definido. -el CS cubre la mayoría de 58 comunidades (4,653 personas). El CS es la única una facilidad de salud pública en el área, y ha estado en el servicio para más de 5 años. -la población del fondos es mucho en el área poblada de Santísima Trinidad. Al contrario, las áreas remotas están en el problema con la accesibilidad al CS, debido a la falta de apoyo de humano y los recursos financieros por el Gobierno Municipal de San Ignacio de Moxos. * Refiérase a la Tabla 9.4
(2) el nivel de servicio de salud	-el CS ha empezado a extender el fondos de servicio por lo que se refiere a la calidad de cuidado a través de la red de servicio de médico-salud por el sistema de la radio y el sistema móvil proporcionó por PROSIN.
3. La institución y administración (1) la coordinación	El -pago para los personales médicos por HPICII restringe el trabajo eficaz, porque estos personales tienen que ir a TDD / San Ignacio por el viaje de la manera largo y se queda para los sueldos receptores.
(2) la ley e institución	-con respecto al fondos de SUMI, el CS ha cubierto 52% de población bajo 5 años (478), y 24% de mujeres en la edad fecunda (732).
4. La dirección de CS	-el CS se maneja bien debido a la experiencia pasada del personal médico.
5. Los recursos humanos	La asignación de los recursos -humana al CS era bien el conducteded en April,2002. Las -actividades serán animadas y se mejorarán asignando el adicional HIPIC-II (es decir auxiliary nurse and dentist). La -salud provee de personal del CS no puede cubrir el área entera debido a encima del trabajo. Entrenando por consiguiente de habitantes en las áreas remotas contribuye para su salud buena.
6. Los recursos financieros	-costo que comparte para el funcionamiento del CS era convenido en entre agencias involucradas. -en los medios de comunicación el gobierno anuncia que la población nativa entera se titula a SUMI, pero SEDES sólo asigna el SUMI a las madres y niños bajo cinco años viejo. Bajo la tal confusión entre el gobierno, la salud provee de personal y usuarios, el personal de salud decidió aplicar SUMI a todos. La cuota de la consultación -médica es 5 bolivianos que se usan para el mantenimiento del CS. El Comité de Salud, organizado por OTB, también ejecuta el fondo rotativo para el mantenimiento. -el Comité de Salud maneja un fondo rotativo. Las personas de demanda de comité sin SUMI para depositar Bs.10 por la publicación mensual de la familia. Pero la mayoría de las familias es demasiado pobre para pagarle publicación mensual.
7. Los medios y equipo	-a pesar de la falta de y condición pobre de materiales médicos modernos, el CS ha podido proporcionar los servicios de salud al

	<p>TIPNES entero durante 5 años.</p> <p>-los habitantes están satisfechos con los medios y materiales del CS porque ellos enlatan el CS cuando es necesario.</p>
8. Las medicinas	<p>Normalmente se compran los -medicina al CS, pero el CS no guarda cantidad suficiente de drogas esenciales.</p> <p>-SUMI se opera en parte pero allí no era ningún progreso significativo antes de la inauguración del nuevo CS.</p> <p>-el Comité de Salud es responsable para la procuración de drogas financiada por SUMI y el fondo rotativo para la consultación médica.</p> <p>-el sistema de comunicación periódica entre los CS y comunidades mejora nivel técnico de ocuparse de las drogas y conocimiento de varios tipos de enfermedades dos veces por semana.</p>
9. El sistema de la referencia	<p>-el CS guarda la relación con los centros de salud cercanos como la Villa Tunari, Shipiriri, e incluso las instituciones superiores como el Hospital el infantil maternal y el Hospital Busch alemán.</p>
10. La salud de la comunidad & APS (1) el lado del suministro	<p>-el CS ha llevado a cabo los servicios de APS por sus propias estrategias como las visitas constantes a las comunidades más cercanas, aunque no ha tenido los materiales esenciales.</p> <p>La campaña de la -vacunación es el único servicio de salud disponible para las más más comunidades de áreas remotas. La salud que también se esperan que los personales médicos proporcionen otros servicios de salud.</p> <p>Los personales del -original han entrenado al nuevo personal médico como dentista y hembra la enfermera auxiliar. El Estos nuevos personales dirigidos la casa para alojar visitan para educar un habitantes del los APS sobrio. Los habitantes se han vuelto más entendible en APS y más cerca a los personales de CS.</p> <p>No hay educación y entrenando en las actividades de APS por SEDES y Enfermera School.</p> <p>No hay entrenamiento práctico para TBA excepto la orientación para la información general y entrega limpia y vacunación.</p> <p>-los personales médicos estaban al principio calificados del año 2001 según la dirección Íntegra de Enfermedad de Niñez (IMCI), ellos también recibieron el entrenamiento en las inmunizaciones. Y el CS ofrece el cuidado íntegro a aquéllos bajo 5 años viejo y a las mujeres en la edad fecunda.</p> <p>Las enfermeras -auxiliares de la comunidad pueden comunicar fácilmente con mujeres que no pueden usar español. A pesar de sólo trabajar temporalmente en la comunidad para la vacunación bajo el contrato con SEDES en 2001, ella se ha asignado por HPICII para todas actividades de APS. Así se han extendido las actividades de APS por lo que se refiere al nivel de servicio.</p>
(2) el lado de la demanda	<p>-si los personales médicos tienen más comunicaciones con parteras y doctores de medicina tradicional en cada comunidad, los habitantes sienten la satisfacción y rompen las barreras culturales y socio-económicas.</p> <p>-OTB ha estado planeando organizar el Comité de Salud (Defensoria de Salud) y mima ' apalean para el cuidado de salud como una parte de funciones de OTB. Y también está planeando establecer el sistema de almacenamiento de droga en pequeña escala al nivel de la comunidad en la cooperación con CS introduciendo el sistema del crédito microscópico. Algunas Madres los clubes de ' eran organizados en las comunidades diferentes, Sin embargo, el apoyo de la comunidad para el club es muy débil y el funcionamiento del club depende del entusiasmo de sus líderes hembras.</p> <p>-el Comité de Salud (Defensoria del la Salud) era organizado en el 2002 de julio a través de la comunidad que se encuentra con el director del área.</p> <p>El caseros de -Remedios se usó ampliamente antes de consultar el CS. Cuando el tratamiento no es eficaz, ellos deciden consultar el CS.</p>

	<p>Los -comunidad son visitados periódicamente por equipos de mando de Malaria que fumigan las casas y sus ambientes. Aunque los equipos también promueven el uso de precios netos del mosquito, no se ha puesto exitoso.</p> <p>Los -habitantes saben sobre OREGÓN y algunos métodos de planificación familiar. Sin embargo, su conocimiento es muy superficial porque ellos no saben los beneficios concretos utilizando estos métodos y disbenefits sin ellos. Se atribuye para mugir logro de adiestrar (en muchos casos, analfabetismo).</p> <p>Los promotores de -salud en el área rural, parteras y personal de salud tienen que ser entrenados en la base regular.</p>
11. SNIS	El -notificación de información al Distrito de Salud fue dirigido. Pero poniendo al día la información del personal entera y establecimiento de sistema en línea no se llevan a cabo.
12. El acercamiento epidemiológico	Hay un datos grabado en la morbilidad y mortalidad en el CS, pero es difícil para doctores identificar la causa de enfermedad debido a la falta de información científica del laboratorio.

9.1.5 Barco médico

Criterio	Contenido
1. Las condiciones de salud generales	Aunque hay varios casos tratados por el barco médico, las enfermedades infecciosas como la malaria y pulmonía y varicela del pollo etc. es notable. * Refiérase a la Tabla 9.5
2. Cobertura de servicio de salud (1) cubrió la población & el área	La -actividad se ha extendido por lo que se refiere al área del fondos y volúmenes de servicio. -el barco médico cubre 34 comunidades (4,048 personas) de 5 Municipalidades (San Javier, Santa Ana, Exaltación, Puerto Siles y San Joaquín) en 3 distritos de Salud (Trinidad, Santa Ana y San Joaquín). Pero hay ninguna población designado bien definido y áreas de servicio. * Refiérase a la Tabla 9.6
3. La institución y administración (1) la coordinación	Se asignaron los recursos -humanos y financiaron por varias agencias a finales del 2002 de julio. No había ninguna oportunidad para participar en la educación y entrenando el programa por SEDES, debido a ningún apoyo financiero para la participación del seminario.
(2) la ley & la Institución	-el barco médico se ha financiado por las agencias relacionadas como las Municipalidades de acuerdo con la ley de Descentralización y la ley de la participación Popular, EXTENSA de Banco Mundial y PROSIN de USAID. Por otro lado, desde que el gobierno central piensa integrar la actividad de barco médico en la estructura centralizada, los donadores están confundiendo.
4. La dirección del barco médica	-antes del Estudio, CARITAS llevó a cabo que el cuidado de salud repara solo. Desde febrero de 2002, CARITAS, SEDES, 3 gobiernos municipales, EXTENSA y PROSIN colaboran en la dirección de barco médico.
5. Los recursos humanos	-sólo un ITEM se ha asignado para una enfermera auxiliar. EXTENSA del Banco Mundial asignó el fondo para doctor médico, dentista, técnicos del nurses/malaria y piloto. Los gobiernos municipales financiaron el sueldo de piloto, cocinero y marinero. Casi todos los personales eran el mismo miembro como antes de empezar el Estudio Modelo. Su experiencia pasada eficaz y útil para la aplicación del Estudio Modelo. * Refiérase a la Tabla.
6. Los recursos financieros	El -costo compartir era convenido en para el funcionamiento de barco médico entre agencias involucradas. -el costo del funcionamiento fue decidido ser financiado por PROSIN, CARITAS y Gobiernos Municipales en el 2002 de febrero. Sin embargo, el desembolso del presupuesto no fue comprendido a tiempo. El desembolso lleno se esperó en el 2002 de agosto. Por consiguiente, las actividades de CARITAS estaban limitadas antes de la realización de construcción e instalación de materiales médicos. -porque sólo un presupuesto limitado se financió de las agencias pertinentes debido al retraso de procesar entre ellos, el periodo de funcionamiento del barco médico se ha acertado, comparó al funcionamiento en 2001. CARITAS pagó el costo del funcionamiento incluso el sueldo y consumo de combustible. El costo del funcionamiento reembolsado por agencias responsables basadas en el acuerdo firmado a la entrada el 2002 de febrero. -SEDES, tres Gobiernos Municipales, EXTENSA y PROSIN contribuyeron para preparar el presupuesto para el segundo viaje

12. El acercamiento epidemiológico	<p>La -coordinación de CRS (los Servicios de Alivio católicos) se logró con CENETROP para el entrenamiento de la malaria unza en el manejo del ICT (el diagnóstico rápido de malaria), investigación de la malaria en Puerto Siles, Guayaramerín y Riberalta en la coordinación con CENETROP.</p> <p>Es notable que el personal en el cargo de epidemiología del SEDES Beni permitió al personal de CARITAS participar entrenando en el manejo del sistema nacional de vigilancia epidémica, durante la administración 2002.</p> <p>CARITAS salud programa incluye el Sistema de Vigilancia Epidemiológico (llamó el Escudo Epidemiológico). Por consiguiente CARITAS envían un informe semanal a SEDES, sin embargo, que cualquier enfermedad a ser informada se ha diagnosticado este año.</p>
------------------------------------	--

9.2 Evaluacion en el Segundo Monitoreo del Estudio Piloto

(1) El hospital Materno Infantil y Hospital German Busch

1) El hospital Materno Infantil

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 se genera en el director, jefes de servicio y administración para la reorganización del hospital. El comité administrativo técnico ha sido organizado para la dirección del hospital. El comité se ha sostenido cada primeros martes por cada mes y el adhoc-comité es organizado si es necesario. Un interés principal del Comité es el SBS. El hospital se ha re-estructurado por el Comité de Consejería. El sistema subalterno de administración, el sistema de red de computadora en la dirección, secretaria, 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 puede 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 todavía está en el nivel preliminar. Los medicamentos son 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 no se ha comprendido todavía debido a la falta de eficacia del Distrito 01 y SEDES.

2) El hospital German Busch

El hospital empezó funcionando como 2 y 3 nivel por el entrenamiento educativo por el Hospital Japonés en Santa Cruz. No hay todavía sin embargo ninguna definición clara del papel del hospital. El apoyo de las autoridades superiores no se observa. El cambio frecuente de régimen y perturbación del Gobierno ha perturbado el desarrollo normal del hospital. La relación política específica entre las uniones y un partido político impide función eficaz de recursos humanos. Los personales en la posición director no tienen un fondo suficiente. No hay apoyo del Director del Hospital para las decisiones directivas. La reunión regular se celebra por el Concilio Administrativo Técnico. Debido a la falta de dirección de personal del centro como gerente, el sistema para la dirección del hospital no se ha establecido. Muchos personales médicos están trabajando como el personal demedio tiempo y ellos trabajan durante 3 horas por día de lunes a viernes. Porque el hospital no tiene un técnico calificado para O&M de materiales médicos, el Hospital Japonés entrena el personal. Pero la actuación de aprendiz todavía esta en el nivel preliminar. Los medicamentos no son manejadas por los personales calificados y ellos sólo verifican almacenamiento de medicamentos en el proceso de contabilidad. El sistema de referencia no está funcionando bien. SNIS está funcionando.

(2) CS en Nueva Trinidad

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 con los nuevos CS y materiales se ha reforzado y varios servicios de salud están disponibles. La accesibilidad al CS (tiempo de transporte) es adecuado. La municipalidad ha pagado electricidad y agua, y el CS no ha sido afectado por la influencia política. Porque el papel del CS no se define, el apoyo del Distrito 1 todavía es débil. El pago del sueldo por HIPC-II no es suave debido al retraso en el pago de los sueldos. Las relaciones entre los personales de salud y la comunidad

son adecuadas. Las consultas pagadas se han aumentado. Generalmente, los personales médicos del CS están usando muy bien este edificio considerado el espacio limitado preparado por el Equipo del Estudio. Pero fue informado que el edificio tiene los problemas en el sistema de tratamiento de aguas servidas, y el sistema de distribución de agua esta mal. El aprovisionando de los medicamentos se lleva a cabo principalmente en el CEAS con un fondo rotatorio. La farmacia proporciona las medicinas esenciales a los habitantes al precio más barato, por consiguiente la población se muestra satisfecha. Los medicamentos se guardan en un estante y las enfermeras usan un método de registro para cada medicamento. Ellos verifican mensualmente y la fecha de expiración se controla. De todos los 34 casos de referencia, 21 casos son cubiertos por consiguiente por SBS que ellos envían al Hospital Materno Infantil. Los otros 13 casos se han enviado al otro Hospital. Es notable antes del primer monitoreo el CS no tenia ningun caso de contra referencia solo tenia 3 casos de contra referencia del Materno Infantil y 1 del otro Centro de Salud. El número más grande de pacientes del CS está entre las edades de más joven que 5 años y entre 15 a 45 años. Las consultas del dentista están aumentando y ésta es la propia fuente financiera más grande del CS. El personal de salud está trabajando muy duro para el cuidado de las mujeres embarazadas. Las enfermeras auxiliares han llevado a cabo la orientación de planificación familiar en la comunidad. El CS participó en dos campañas de vacunacion del AIEPI. El fondo de vacunación se ha aumentado con el equipo de la cadena frío instalado en la facilidad de salud. El ir casa por casa es una manera eficaz de descubrir a las mujeres embarazadas, los niños bajo 5 años, pacientes con el riesgo más alto, y también es la oportunidad buena para educar a los habitantes y prevenir las enfermedades. El comité de salud y los grupos de OTBs recolectan dinero, compran medicamentos y visitan diferentes instituciones, como CARITAS, buscando a los habitantes que necesitan ayuda. Con respecto al llenado del SNIS, el personal de salud ha mejorado comparado con los primeros cuatro meses de trabajo. Pero el personal médico implica que tarda mucho tiempo para llenar al SNIS y reduce la calidad y el tiempo para proporcionar el servicio de salud a los pacientes. El CS trabaja con el VALA (el Programa de Vigilancia Alerta y Acción) para la actividad epidemiológica. El CS informa a SEDES sobre casos sospechosos, SEDES envía la muestra respectiva a CENETROP para el diagnóstico. Hay unos datos grabados en la morbilidad y mortalidad en el CS.

(3) CS en Santisima Trinidad

El comité de Salud y el Club de Madres ha llevado a cabo su actividad positivamente. El CS extendió sus fondos a otras comunidades (Isiboro, Secure, Ichoa, Imose, Moletto etc.) de TIPNIS y el CS proporciona información de salud dos veces a la semana a las comunidades rurales por medio de la radio con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad en los niños y madres. El comité de Salud ha participado en las reuniones de la comunidad y tiene la relación excelente con el personal de salud en cada comunidad, consejos de salud y municipalidad. Ambos edificios de un centro de salud y un dormitorio están funcionando bien, pero el dormitorio tienen problemas en el sistema de entrega de agua. Con respecto al equipo médico, un refrigerador y una silla dental tienen los mismos problemas. Se proporcionan los medicamentos gratis a los niños y madres con SBS. Hay todavía sin embargo dificultad para ayudar esos más viejso que 5 años y adultos. El CS ha reducido las enfermedades notablemente como ARI, 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 llena las formas del SNIS, el flujo de información solo llega al distrito de salud y SEDES y no hay ninguna regeneración al CS.

(4) El barco médico

El barco Médico tiene cobertura de salud de 28 comunidades de 5 municipalidades (3159 habitantes). El sistema de comunicación de radio se usa para coordinar las actividades dentro de la comunidad y con las otras comunidades. El Concilio de Salud y el Comité Municipal no funciona. El personal de salud del barco médico no ha sido afectado por la influencia política. Hay algunos problemas del pago debido al tipo diferente de contrato por los costos del ITEM. El contrato con el proyecto de EXTENSA no completa el pago regularmente debido a los procedimientos. Las municipalidades pagan los medicamentos del SBS por las madres y niños. El Barco médico tiene una farmacia que trabaja con un fondo rotatorio. Las actividades de APS por CARITAS son eficaces. Cuando el Barco Médico está ausente, los promotores de salud salen fuera para la vigilar la salud de las personas de la comunidad y personales médicos de CS dan la guía a los promotores de salud por la comunicación de radio. Los resultados del Segundo monitoreo se resumiran en las tables siguientes.

9.2.1 Hospital German Busch

Criterio	Contenido
1. Condición general de salud	
2. Cobertura de servicios de salud (Accesibilidad física y social)	<ul style="list-style-type: none"> - El cobertura de la población no se ha identificado claramente
3. Institución y administración (7) Política (8) Coordinación (9) Institución	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital se trata como el 2 y 3 nivel de la referencia de las capacidades de patologías comunes. Sin embargo una definición clara del hospital es inexistente - El apoyo de las autoridades superiores no se observa, sobre todo en los campos de la vigilancia, mando y continuación de normas / las normas y apoyo de mecanismos básicos como la provisión de personal necesario. - El cambio frecuente de régimen y perturbación del Gobierno ha perturbado el desarrollo normal del hospital como el abuso de decisión que hace y el personal corrige por oficiales. - La relación política específica entre las uniones y un partido político impide función eficaz de recursos humanos.
4. Manejo de hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Los personales en la dirección no tienen un fondo suficiente (especializó la formación) para trabajar en las posiciones. - No hay ninguna definición en la posición de un administrador. - No hay ningún sistema de apoyo en el orden el director para tomar las decisiones directivas. - Los entrenamientos del hospital japonés hicieron los varios cambios como la mejora de base regular, la dirección de Concilio Administrativo Técnico regular, los informes regulares de las secciones diferentes, la procuración de donaciones, el mando del personal, los acuerdos con las instituciones, que entrena curso y mando de salud a los personales.
5. Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - La condición del empleo es el inestable. - Después del entrenamiento, la motivación excelente se observó entre todas las personas involucradas. - Muchos personales médicos están trabajando como un medio personal de tiempo, 3 horas por día de lunes a viernes. Las emergencias en las fiestas, se han ejecutado consultación externa y hospitalización bajo el acuerdo. - Se asignan los doctores de tiempo llenos para guardar a doctores encima de que están dos veces comprometido en que los horas de trabajo regulares debido a la falta de personal. Ellos no se dan ni fiestas " ni domingos. Los otros tiempos llenos son los anestesiistas y dos cirujanos que también son activos excesivamente desde que ellos tienen guardias pasivos de 24 horas. - El personal administrativo tiene muchos privilegios porque ellos terminaron ocupando esto posiciona sin certificados que justifican su capacidad; es debido a que cuando uno quiere hacer rotaciones o mejora de sus funciones, se está debido a lo antes de que se mencionó; sin embargo, algunos obreros tienen el testamento y el deseo de cambio y mejora para el hospital.
6. Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Refiérase a la declaración financiera del hospital
7. Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Casi todas partes de equipo ya han completado su uso de vida. - El hospital no tiene un técnico profesional calificado para llevar a cabo O/M.

	<ul style="list-style-type: none"> - Debido a la falta de conocimiento técnico, la actuación de aprendiz, durante el entrenamiento y sigue al periodo, era muy bajo. - Los pocos materiales médicos se reparan por los personales de acuerdo con su pocos conocimiento. Un técnico que tiene más conocimiento es necesario reparar los materiales sofisticados como un tomography y X Ray.
8. Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - La farmacia institucional ha sido organizada de acuerdo con las normas requeridas por el MSPS. - La dirección de tarjeta del inventario, el mando de inventarios mensuales y expiración fecha de medicinas y colección de dinero se ha logrado en el Cajero Central. - La dirección de medicinas y el uso racional de medicinas se ha logrado por el personal en la farmacia. - Hay algunos problemas en el personal para el entrenamiento y trabajando en esta sección. Sin embargo la centralización de informes económicos se ha emitido. La atención de la farmacia y coordinación de servicio social se ha tratado. - La compra de medicinas se ha allanado de acuerdo con las necesidades. Las medicinas vienen directamente de los proveedores.
9. Sistema de referencia	<ul style="list-style-type: none"> - El sistema de la referencia está abajo fijo con una forma regulada. Sin embargo debido a la falta de conciencia, el sistema ha activado apenas.
10. Salud comunitaria APS	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque el German Busch se posiciona al segundo y tercer nivel, las actividades de APS no se llevan a cabo.
11. SNIS	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital ha grabado más información de hormigón de pacientes debido a la mejora y aplicación de registros simples y los libros personalizados por cada profesional médico, registro diario de pacientes hospitalizados, la radiología, el laboratorio y de todas las secciones, tomando un informe estadístico bueno.
12. Alcance epidemiológico	

9.2.2 Hospital Materno Infantil

Criterio	Contenido
1. Condición general de salud	
2. Cobertura de servicios de salud (Accesibilidad social y física)	
3. Institución y administración (1) Política (2) Coordinación (3) Institución	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital depende del MSPS en los recursos humanos y el Gobierno Municipal de Trinidad en la infraestructura y equipo.
4. Manejo de Hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas siguientes están bajo la ejecución: IMCI, ARI, ORU (la Unidad de Rehidratación Oral), Prueba de PAP, la salud sexual y reproductor, la promoción del amamantamiento. - La motivación se genera en el director, jefes de servicio y administración para la reforma del hospital. - La construcción de la junta de instrumentos de trabajo: Planeando las Guías, programando, el uso de indicadores en la dirección de servicios. - El comité administrativo técnico ha sido organizado para la dirección del hospital. El comité está abriendo cada primeros martes por cada mes y las reuniones especiales son organizadas si es necesario. Uno de los intereses principales del Consejo es el SBS. - El hospital ha re-estructurado el Mapa de la Organización, base adelante el Lineal y Oficial de estado mayor I, incluso el Comité. - El subalterno-sistema de administración, el sistema de red de computadora en la dirección, secretaria, administración, contabilidad y estadística, se trajo por la donación de la Sociedad canadiense. - El Operario Plan anual (AOP) ya se ha elaborado. El POA en el año de 2003 ha integrado todo el hospital repara: Pediatría, Gineco-obstetricias, Neonatología, Cuarto de la Cirugía, Almacén Principal, Administración, Contabilidad, Lactancia, Laboratorio, Rayos de X, Patología, Ecografía, Estadística, Succión de Comida, Nutrición, Economía, Mantenimiento, Aclaramiento y Residencia Médica.
5. Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Un nivel excelente de motivación se logró entre todo el personal después del programa de entrenamiento. - Los personales en las estadísticas, personal y asistente social, se incorporó a la dirección del hospital el equipo activo.
6. Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque el hospital no puede llevar a cabo un análisis del costo, ellos han llevado a cabo registro de un índice libre o servicio social. <p>Refiérase a la declaración financiera del hospital.</p>
7. Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> - La formación (la educación) de O/M todavía está al nivel elemental.
8. Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - La formación (la educación) de manipulación de suministros de la medicina todavía está al nivel elemental.

	<ul style="list-style-type: none"> - Las medicinas son traídas por los distribuidores locales diferentes de acuerdo con una recomendación del MSPS y la finanzas condicione con el apoyo de SBS del Gobierno Municipal. - La compra de medicinas se examina en el Comité de Adquisición de Medicina con la condición de fondo rotativo. La compra se une con la lista de la medicina.
9. Sistema de referencia	- Este sistema no trabaja debido a la falta de eficacia de Distrito 01 y SEDES.
10. Comunidad health, APS	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital ofrece los servicios del cuidado íntegros a las mujeres en el pre-entrega, entrega y el poste-entrega escalona, y a la niñez y adolescencia en la prevención, cuidado de salud, rehabilitación de salud y también la orientación en la salud sexual y reproductor. - Se han elaborado los protocolos clínicos para las patologías más frecuentes en las secciones de: las ginecología-obstetricias, peditry y neonatologia. - Hay una responsabilidad por las infecciones del en-hospital en las ginecología-obstetricias y área del peditry. - En el laboratorio clínico el hospital ha llevado a cabo 2 bacteriología prueba: Uro-cultivo y Co-procultivo; pero no está con el hemo-cultivos o el descubrimiento de la bacteria prueba porque el hospital no tiene bastante humano / los recursos financieros.
11. SNIS	- El Sistema de Información integrado no se ha llevado a cabo.
12. Alcance epidemiológico	

9.2.3 CS en Nueva Trinidad

Criterio	Contenido
1. Condiciones generales de salud	-EDA, ARI, la Desnutrición, que el dermatological enferma, infecciones del tracto Urinario, STD, los parásitos intestinales, la anemia, las infecciones del salmonella, las infecciones respiratorias agudas con la pulmonía, la hipertensión arterial, artritis, el endometritis, las conjuntivitis, las alergias, las transgresiones alimentarias etc. -la frecuencia de Desnutrición en los niños más pequeño que 5 años son más altos.
2. Health services coverage (1) Covered population & area	Se espera que -el CS sirva a 2,086 personas de 5 comunidades. Pero ha habido ninguna población designado bien definido y áreas de servicio de salud por el CS.
(2) Health service level	-el nuevo CS empezó su actividad con nuevo equipo donado por JICA el 8 de agosto de 2002. La oportunidad y calidad de los cuidados de salud ofrecidas a los habitantes del blanco son se ha aumentado. -los servicios de salud ofrecidos con el nuevo CS han reforzado porque ahora el personal de salud tiene el equipo necesario para la ginecología repara, servicios dentales, medicina general, lactancia, y pruebas del laboratorio. - Los programas de salud que se han llevado a cabo en el CS son: La dirección íntegra de Enfermedad de Niñez (IMCI) Alimentando y Nutrición La dirección íntegra a la mujer, la Salud Sexual y Reproductor La dirección íntegra del Estudiosos y Adolescente La dirección íntegra a la Tercera Edad Los hábitos y los estilos de vida Saludables La salud oral. -la diferencia con los primeros cuatro meses de trabajo es que estos programas de salud nacionales no eran muy desarrollados por el equipo y las infraestructuras inadecuadas; hoy los CS tienen 70% del equipo lo que permite ofrecer una calidad buena de servicio del cuidado.
3. Institucion y administracion (1) Coordinacion	La oficina de -el Alcalde Municipal de Trinidad, como en los primeros cuatro meses de trabajo, muestra interés y colaboración en todas las actividades de CS.
(2) Low and Institution	El -municipalidad es responsable del pago para electricidad; la dotación permanente de agua por medio del traslado con las cisternas, desde que no se tiene el agua por las cañerías. -el número más grande de pacientes del CS está bajo 5 años y entre 15 a 45 años. Esos números se comparan más a aquéllos supervisando primero. Este resultado significa que una aceptación buena del SBS existe.
4. CS management	Es importante resaltar el apoyo de la Municipalidad, SEDES BENI y la Prefectura; ellos han asignado a los ITEMS del Estudio Modelos para el personal de salud.
5. Recursos humanos	-de septiembre, el CS ha contratado el personal del laboratorio (la Bioquímica) y el personal de limpiador con los propios cobertura de CS. -el número de personal del CS es adecuado.
6. Recursos financieros	-el CS ha tenido asignación buena del número de ITEMS, y en el respeto al funcionamiento y mantenimiento del nuevo centro de

	<p>Salud por parte de las agencias interesadas (SEDES, la MUNICIPALIDAD, la PREFECTURA), pero todavía no ha sido hecho el pago de los cobertura del Seguro Básico de Salud de ninguno de los meses de trabajo.</p> <p>-para el funcionamiento de CS, el pago del sueldo por HIPC-II no es ninguna deuda lisa al retraso procesando para el pago.</p> <p>-las consultaciones pagadas aumentaron notablemente comparado con el principio del trabajo de CS.</p>
7. Recursos financieros	<p>-las consultaciones del dentista han aumentado con los nuevos materiales.</p> <p>-a el presente el CS no ha tenido cualquier tipo de problemas con el nuevo equipo del centro de salud.</p>
8. Medicamentos	<p>-por el medio de agosto un fondo rotativo se llevó a cabo con medicinas dadas.</p> <p>-la farmacia proporciona las drogas esenciales a los habitantes al precio más barato, por consiguiente la población se muestra satisfecho.</p> <p>-las medicinas se guardan en un estante y las enfermeras usan un método del registro para cada medicina. Ellos se verifican mensual y la fecha de expiración se controla.</p> <p>-la comunidad tiene el apoyo del SBS y también tiene una farmacia popular con el sistema del fondo rotativo, al CS. Este sistema beneficia a los pacientes porque las medicinas son más barato que en las farmacias de la ciudad.</p>
9. Sistema de referencia	<p>-de toda la 34 referencia embala, 21 casos son cubiertos por consiguiente por SBS que ellos se envían al Materno Infantil Hospital. Los otros 13 casos se han enviado al Hospital de Trinidad. Es notable que el supervisando el CS primero cualquier contador-referencia no tenía pero el CS tenía 3 casos de referencia de contador del Hospital Materno Infantil y 1 del otro centro de salud.</p>
10 . Salud comunitaria y APS (1) Lado de la oferta	<p>-el de casa en casa es una manera eficaz de descubrir a las mujeres embarazadas, los niños bajo 5 años, paciente con el riesgo más alto, y también es la oportunidad buena para educar a los habitantes y prevenir las enfermedades.</p> <p>-las enfermeras auxiliares han llevado a cabo la orientación de planificación de familia en la comunidad.</p> <p>-el CS participó en dos vacunación hace campaña del PAI. El cobertura de la vacunación se ha aumentado con equipo de la cadena frío instalado en la facilidad de salud.</p> <p>-el comité de Salud es el colaborador principal del CS en las actividades de promoción de salud.</p>
(2) Lado de la demanda	<p>-las relaciones con la comunidad son adecuadas; hay aceptación mutua (las doctor-paciente-habitante-organizaciones).</p> <p>Hay un aumento notable de usuarios de píldora oral de usuarios del condón comparado con el periodo primero supervisando.</p> <p>-el comité de salud popular y los grupos de OTBs han hecho muchas actividades en la coordinación con el personal de salud en el orden apoyar a las personas enfermas, sobre todo los niños. Estas organizaciones coleccionan el dinero, medicinas de la compra e instituciones diferentes visitadas, como CARITAS, buscando a los habitantes de ayuda.</p>
11. SNIS	<p>-con el respeto al relleno del SNIS forma, el personal de salud ha mejorado comparado con los primeros cuatro meses de trabajo.</p> <p>-el sistema de colección de los datos se lleva a cabo por medio de libro de texto llamado "Sistematizando la guía."</p> <p>-la información se analiza de nuevo en CAI, (el Comité de Análisis de Información) qué es cada cuatro meses y semestral.</p> <p>-el personal médico implica que tarda mucho tiempo para llenar al SNIS forma y reduce la calidad y el tiempo para proporcionar el servicio de salud a los pacientes.</p>
12. Alcance epidemiológico	<p>-el CS trabaja con el VALA (el Programa de Vigilancia Alerta y Acción).</p> <p>-el CS informa SEDES sobre sospechoso embala entonces SEDES envía la muestra respectiva a CENETROP para el diagnóstico. Hay un datos grabado en la morbilidad y mortalidad en el CS</p>

9.2.4 CS en Santísima Trinidad

Criterio	Contenido
1. Condiciones generales de salud	-el CS ha reducido las enfermedades notablemente como ARI, las infecciones de diarrea, los gusanos intestinales, etc., entre el supervisor primero y segundo uno.
2. Cobertura de servicios de salud (1) Covered population & area	-el CS cubre las comunidades rurales completamente (3,600 habitantes) fijo alrededor de los ríos como Isiboro, Afiance, Ichoa, Imose, Moletto y otros.
(2) Nivel de servicio de salud	-porque el nuevo CS tiene los materiales modernos, ofrece varios servicio de salud, como la medicina general, maternal y salud del niño, cirugía dental y laboratorio clínico. -a el momento, hay aumento en el cobertura de los programas maternales e infantiles, sobre todo la inmunización a los niños y las mujeres embarazadas, las consultas médicas para ARI, EDA y desnutrición. Sin embargo, todavía es necesario mejorar el cobertura de mandos prenatales y las actividades de la planificación familiares. -
3. Institucion y administracion (1) Coordinacion	
4. CS management	
5. Recursos humanos	-el personal de salud se motiva principalmente después de que los entrenamientos recibieron por CENETROP / SEDES.
6. Recursos financieros	
7. Recursos financieros	-ambos edificios de un centro de salud y un dormitorio están funcionando bien, pero el dormitorio construyendo tiene los problemas en el sistema de entrega de agua (la pérdida de corriente de la cañería de la entrega), el sistema de ducha de agua caliente, y tejado que impermeabiliza (rainwater que gotea). -con respecto al equipo médico, un refrigerador y una silla dental tienen los mismos problemas como el barco médico. También es necesario para el proveedor verificar las condiciones y dar los tratamientos apropiado a estos materiales.
8. Medicamentos	-la farmacia tiene bastantes medicinas como los antibióticos, analgésico y anti-parásitos y el director del CS maneja proporcionarlos bien. Se proporcionan las medicinas -libres a los niños y madres con SBS. Hay todavía sin embargo dificultad para ayudar esos más viejo que 5 años y adultos (los hombres y mujeres) eso no se cubre por el SBS y que ellos no tienen el dinero para pagar las medicinas. En estos casos, el personal del uso de CS para dar las medicinas como un préstamo, con un riesgo alto de no

	recuperar el costo del mismo.
9. Sistema de referencia	-el sistema de la referencia no siempre funciona debido al aislamiento geográfico y la falta de recursos financieros.
10 Salud comunitaria y APS (1) Lado de la oferta	-el CS proporciona el servicio de salud incluso las fiestas locales y nacionales. Aunque hay un horario organizado para los servicios de cuidado de salud regulares, los casos de la emergencia se tratan cuando quiera desde que las vidas del personal médicas cerca del CS en la comunidad. -los personales de salud han llevado a cabo las visitas de casa en casa, la vacunación hace campaña y otras actividades de promoción de salud en las comunidades rurales.
(2) Lado de la demanda	-el comité de Salud ha participado en las reuniones de la comunidad diferentes y tiene la relación excelente con el personal de salud en cada comunidad, consejos de salud y municipalidad. -las comunidades rurales reciben el entrenamiento dos veces por sobre los varios temas de salud con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad en los niños y madres.
11. SNIS	-aunque la hartura de los personales médica al SNIS forma, el flujo de información es sentido único al distrito de salud y SEDES y no hay ninguna regeneración al CS.
12. Alcance epidemiológico	-los personales de salud emprenden la vigilancia y las actividades del mando epidemiológicas, sobre todo las actividades de la anti-malaria incluso el mando del vector.

9.2.5 Barco Médico

Criterio	Evaluador	Contenido
1. Condiciones generales de salud	Eval.Propia	-la morbilidad más prevaeciente es ARI, la diarrea, la desnutrición, los gusanos intestinales, las enfermedades de la piel,. Las causas principales de mortalidad son ARI y diarrea.
2. Cobertura de servicios de salud (1) Poblacion y area cubierta	Eval.Propia	-el barco Médico tiene un cobertura de salud de 28 comunidades de 5 municipalidades (San Javier, Santa Ana, Exaltación, San Joaquin, Puerto Siles); sirve a 3159 habitantes de la ribera de río de Mamore. -el problema principal es que ese personas de la comunidad no saben cuando el barco llega a la ribera cerca de la comunidad. Por consiguiente, la accesibilidad a los servicios de salud todavía está muy limitada. En caso de la emergencia, los pacientes se toman a Puerto Siles o a Guayaramerín.
3. Institucion y administracion (1) Coordinacion	Vista General	-el sistema de comunicación de radio se usa para coordinar las actividades dentro de la comunidad y con las otras comunidades. Los Distritos de salud, informar oportuno al SNIS, en los casos de emergencia, las consultaciones de casos en salud que el promotor de salud no puede resolver, etc.
(2) Ley e institución	Eval.Propia	-el Concilio de Salud y la Salud el Comité Municipal no funciona.
4. Manejo del barco medico	JST	
5. Recursos humanos	Eval.Propia	-a el principio del Proyecto los personales médicos enteros eran muy motivados trabajar. Pero después de que los personales pagaron por EXTENZA entienda sobre seguro social cubrió por el contrato abajo que su motivación fue, porque ellos tienen que pagar más seguro social comparó al ARTÍCULO. -los personales de salud han mejorado el servicio de cuidado de salud después del entrenamiento en CENETROP. -después de un viaje, la toma de personal de salud la educación que se encuentra con los temas según las necesidades de la comunidad.
6. Recursos financieros	Vista General	Hay algunos problemas del pago debido al tipo diferente de contrato. El contrato con el proyecto de EXTENZA no completa el pago regularmente debido a los procedimientos.
7. Recursos financieros	Vista General	-todos el requisito para la vida en el río se preparó por CARITAS-Beni, el barco médico KENKO-GO no tenga ningún problema ahora. Con respecto al equipo médico, casi todos ITEMS están funcionando bien, pero un refrigerador (eléctrico / el tipo de gas-absorción) y una parte del mano-taladro de la silla dental tiene los problemas. Es necesario para el proveedor verificar las condiciones y dar los tratamientos apropiado a estos materiales.
8. Medicamentos	Vista General	-las municipalidades pagan las medicinas del SBS por las madres y niños.

		-el Barco médico tiene una farmacia que trabaja con un fondo rotativo. Sin embargo, debido a la pobreza extrema de los habitantes, ellos no pueden pagar por las medicinas. En estos casos, ellos pagan por las medicinas con los productos de la granja (la yuca, el plátano, arroz etc.).
9. Sistema de referencia	Eval.Propia	-el barco médico tiene toda la referencia y formas de referencia de contador. En el último viaje los casos de la emergencia se enviaron al hospital más cercano. Pero cuando el barco médico no se queda a la comunidad, no siempre se arbitran los pacientes la deuda a los recursos financieros.
10 Salud comunitaria y APS (1) Lado de la oferta	Eval.Propia	-la visita de casa en casa es una oportunidad buena de entender la realidad de cada comunidad, obtener su confianza, dar la educación a los habitantes. -las parteras son mucho apreciados en la comunidad, algunos de quien ha recibido el entrenamiento básico en la entrega limpia.
(2) Lado de la demanda	Comunidad	-cuando el Barco Médico está ausente, las organizaciones bajas y los promotores de salud parecen fuera para la salud de las personas de la comunidad. Ellos llaman CARITAS o los hospitales de Santa Ana y San Joaquin por la radio, para que ellos puedan conseguir alguna orientación en el caso de una enfermedad seria. Se exigía mejorar las habilidades de APS de los promotores de salud y comedero de las parteras tradicional que entrenan durante el tiempo sin el servicio de salud por el barco médico. Mejorando la red de comunicación de radio es facilitará sus actividades.
11. SNIS	Eval.Propia	-después del cuidado de salud en la comunidad concluya, el datos se recoge y transcribió a la forma de SNIS y entonces los envía a cada distrito de salud.
12. Alcance epidemiológico	Eval.Propia	Se ha fortalecido la vigilancia -epidemiológica con el nuevo equipo del laboratorio, principalmente en los casos de tuberculosis y malaria.

9.3 La construcción de unidades y abastecimiento de equipos por JICA

9.3.1 Primer monitoreo

Para la aplicación de programas de prioridad, a saber: i) modelo de salud de área de pobreza urbana, ii) modelo de salud de área de pobreza rural e iii) el modelo de salud Comprensivo a lo largo de Río Mamoré, se requirió a el Equipo de Estudio JICA construir nuevas unidades de CS en Nueva Trinidad en la Ciudad de Trinidad y Santísima Trinidad en la provincia de Moxos, construir un nuevo barco médico, y procurar el equipo médico básico para antedicho CSs y el barco médico. Estas actividades se completaron a través del contrato de construcción, y la vigilancia periódica e inspección por el Equipo del Estudio. Una serie de trabajos se llevó a cabo del principio de febrero a mediados de agosto del 2002. Todos los arreglos para la construcción de CS se llevaron a cabo por el Equipo de Estudio JICA. Con respecto a la construcción naval de barco médico y la procuración de equipo médico, la Oficina de JICA-Bolivia era responsable con la ayuda del Equipo de Estudio JICA.

Para la aplicación de programas de prioridad: i) modelo de salud de área de pobreza urbana, ii) modelo de salud de área de pobreza rural e iii) el modelo de salud Comprensivo a lo largo de Río Mamoré, se requirió a el Equipo de Estudio JICA construir nuevas unidades de CS en Nueva Trinidad en la Ciudad de Trinidad y Santísima Trinidad en la provincia de Moxos, construir un nuevo barco médico, y procurar el equipo médico básico para antedicho CSs y el barco médico.

Todos los arreglos para las construcciones de CSs se llevaron a cabo en la responsabilidad de Equipo de Estudio JICA. Con respecto a la construcción naval de barco médico y la procuración de equipo médico, JICA-Bolivia había hecho estos arreglos con la ayuda del Equipo de Estudio JICA directamente. Estos trabajos de los arreglos consistieron principalmente de "el trabajo de la selección de contratista local", "negociación del contrato", y "la vigilancia periódica y trabajo de la inspección" Una serie de estos trabajos de los arreglos se llevó a cabo del principio de febrero a mediados de Agosto del 2002. Con respecto a la condición de trabajo del subcontrato, refiérase a tabla 9.1.

(1) El Trabajo de la construcción de "Centro de Salud" Nueva Trinidad y Santísima Trinidad

El nuevo CS construido tiene la estructura de pared de albañilería de ladrillo con el dintel de concreto y el braguero de madera con cemento arrugado que cubre la hoja, y consiste principalmente en un cuarto de la enfermera, un laboratorio, un dispensario farmacéutico, un cuarto de la consultación general, un cuarto de la consultación dental, un cuarto de la consultación obstétrica, y un cuarto de la recuperación. Su superficie del edificio (el área del suelo total) es 144 m² en CS Nueva Trinidad, y 226 m² en CS Santísima Trinidad (incluyendo 3 unidades del dormitorio y una cocina pública).

El Equipo de Estudio seleccionó ALFA Ltda. como un contratista y confió el plan de aplicación y trabajo de la construcción de medios de CS a este contratista. El plan de aplicación, preparatorio / el trabajo misceláneo para el trabajo de la construcción se hizo del 20 de febrero al 18 de marzo (con respecto a los dibujos de plan de aplicación). ALFA empezó la parte principal del trabajo de la construcción al final de abril del 2002 en Nueva Trinidad en la Ciudad de Trinidad después de recibir la aprobación para el plan de aplicación del Equipo de Estudio JICA, pero debido a la lluvia fuerte al final de la estación lluviosa en / alrededor de Cochabamba, no hasta mediados de mayo del 2002, pudieron ellos empezar en

los trabajos de la construcción mayores en Santísima Trinidad de Moxos. El trabajo de la construcción en el sitio anterior se completó en Julio 17, 2002, y el último estaba acabado a mediados de agosto del 2002 (en caso de Santísima Trinidad, era muy difícil para el contratista terminar el exterior / los trabajos de la pintura interiores debido a la humedad alta extrema en Julio 2002.). Se dejaron las llaves de ambos nuevos medios respectivamente inmediatamente al alcalde de la ciudad de Ciudad de Trinidad y el representante de OTB de Santísima Trinidad después de la realización de los trabajos de la construcción. El periodo de trabajo real en ambos sitios era aprox. 3 meses (con respecto al informe de progreso mensual del trabajo de la construcción).

(2) Construcción de Barco Médico

El nuevo barco médico es un barco del 3-historia de madera con un motor de diesel de 114 cv, con la anchura de 4.5 m, y longitud 18 m, y dibuja 1.2 m de agua. El primer suelo consiste principalmente en un cuarto de la consultación, un dispensario farmacéutico, un cuarto de la consultación dental, un cuarto del artefacto, y ducha / el baño. El segundo suelo consiste principalmente en 6 unidades de cabaña, un comedor, y una cocina / almacén. El tercer suelo sólo está ocupado por un cuarto del timón / el cuarto de capitán.

El Equipo de Estudio JICA seleccionó CARITAS-Beni y recomendó esta organización como un contratista a JICA-Bolivia. Durante la negociación del contrato, CARITAS-Beni exigió el sistema del pago de JICA (2 veces de pagos de las instalaciones: 40% de adelanto y 60% final) no es conveniente para este tipo de trabajo de la construcción naval porque no es un trabajo simple como el tipo normal de procuración de equipo sino complicado y casi similar al trabajo de construcción de edificio (en caso del trabajo de la construcción, varios tiempos de instalaciones son normalmente aplicados), pero en vano. Sin embargo, JICA-Bolivia confió el plan de aplicación, vigilancia y trabajo de la construcción naval del barco médico a esta organización el 22 de marzo de 2002. Al principio de abril, CARITAS-Beni formuló el plan de aplicación, y ellos empezaron en el trabajo de la construcción naval dentro del astillero en Guayaramerín después de ordenar un artefacto del diesel al fabricante brasileño. Ellos movieron el "barco" de Guayaramerín a Puerto Almacén en Julio 2002 después de terminar los trabajos mayores de construcción naval, y acabado / los trabajos misceláneos. La fecha de la realización de este trabajo era Julio 19, 2002, y este barco médico se nombró ("KENKO-GO" / BARCO de SALUD) por JICA-Bolivia.

(3) La Procuración de Equipo médico para 2 "Centros de Salud" y el Barco Médico

Se seleccionaron cuarenta y cinco artículos de equipo médico básico para los 2 CSs antedichos y el barco médico.

El Equipo de Estudio JICA seleccionó "San Martín de Porres" (el proveedor de equipo médico en Santa Cruz), y recomendó esta empresa como un contratista a JICA-Bolivia. JICA-Bolivia confió este trabajo de procuración de equipo médico a la empresa arriba expresado en Julio 8, 2002, después de evaluar los volúmenes solo después de recibir antedicho la recomendación del Equipo de Estudio JICA. La entrega, instalación, y explicación del manejo del equipo se llevaron a cabo en CS Nueva Trinidad y en el barco médico el 7/8 de agosto de 2002, y en CS Santísima Trinidad el 16 de agosto de 2002.

9.3.2 El segundo monitoreo

Con respecto a los edificios de CS, barco médico, y el equipo médico para el Estudio Piloto, cada cuerpo del funcionamiento comenzaron usando estos medios simplemente para el desarrollo de las actividades del Estudio Piloto después de las realizaciones de cada trabajo de construcciones, e instalaciones de equipo el agosto, Generalmente, estos medios han estado funcionando muy bien durante la 2 fase, pero se informa por cada cuerpo del funcionamiento que estos medios tienen unos problemas. Las condiciones de detalle de cada medios se muestran como sigue.

(1) El Barco médico

Todos los requisitos para la vida en el río se prepararon por CARITAS-Beni, el barco médico KENKO-GO no tenga ningún problema ahora. Con respecto al equipo medico, casi todos artículos están funcionando bien, pero un refrigerador (eléctrico / el tipo de gas-absorción) y una parte del mano-taladro de la silla dental tiene los problemas. Es necesario para el proveedor verificar las condiciones y dar los tratamientos apropiado a estos materiales.

(2) CS Nueva Trinidad en la Ciudad de Trinidad

Generalmente, los personales médicos del CS están usando muy bien este edificio considerado el espacio limitado preparó por el Equipo del Estudio y función de CS. Pero fue informado que el edificio tiene los problemas en el sistema de tratamiento de agua desechado, y la distribución de agua. En este momento del 15 de diciembre de 2002, los síntomas obvios de problemas no es inveterado, pero estos problemas deben verificarse y deben resolverse por el contratista. Acerca del equipo médico, un refrigerador tenía un problema, pero ya se resolvió por los trabajos de la reparación de proveedor.

(3) CS Santísima Trinidad en Moxos

Ambos edificios de un centro de salud y un dormitorio están funcionando bien, pero el dormitorio tiene los problemas en el sistema de entrega de agua (la pérdida de corriente de la cañería de la entrega), el sistema de ducha de agua caliente, y tejado que impermeabiliza (gotea). Es necesario para el contratista verificar la condición y trabajos de tratamiento de conducta a estos problemas. Con respecto al equipo médico, un refrigerador y una silla dental tienen los mismos problemas como el barco médico. También es necesario para el proveedor verificar las condiciones y dar los tratamientos apropiado a estos materiales.

Con respecto al antedicho problemas confirmados en los edificios de CS y equipo médico, Equipo del Estudio y su colega el contratista ALFA Ltad pidió oficialmente. y el proveedor San Martin de Porres para verificar las condiciones y dirigir los tratamientos apropiados a los problemas el 10 de diciembre de 2002.

10 IMPLEMENTACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

10 IMPLEMENTACION DE LA TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIA

10.1 El Traslado de Tecnología al Personal del Colega

Este Estudio dirigido tres tipos de traslado de tecnología al colega en el momento del estudio trabaja en Bolivia: un) OJT (en-el-trabajo que entrena), b) los seminarios y Tallers, y c) entrenando del colega en Japón. En OJT, las reuniones semanales han sido celebradas por el Equipo del Estudio y los colegas bolivianos. También, preparando los informes juntamente y localmente para cada Fase, entendiendo del proyecto formulado se han verificado. Aparte de los tres tipos de traslado tecnológico mencionados, con respecto a médico y técnico aconseja se ha proporcionado al personal salud-relacionado.

Se ha logrado la coordinación pequeña entre personal del colega asignado de la Prefectura de Beni y SEDES. También, se ha observado que la asignación jornada completa de personal del colega es sumamente difícil. Semejante situación ha estorbado traslado eficaz de tecnología del Equipo del Estudio que será logrado del funcionamiento diario.

10.2 El Traslado de Tecnología al Personal Relacionado al Estudio Modelo

El traslado de tecnología en la formulación del proyecto, preparaciones, planeando / la aplicación, y supervisando se llevó a cabo para el personal relacionado, como el gobierno central (MSPS y Ministerio de Finanzas), el gobierno de la Prefectura, SEDES, gobiernos municipales, NGOs, y OTBs a través de las discusiones en Lapaz y las varias actividades del Comité Dirigiendo y Comités Técnicos (Refiérase a "2. La coordinación y Participatory Approach").

10.3 El Traslado de Tecnología al Personal Médico Relacionado al Estudio Modelo

Para todo el componente del Estudio Modelo (i. el modelo de salud urbano, el ii. el pobreza área salud servicio modelo urbano, el iii. el pobreza área salud comunidad modelo rural, el iv. integrado y el modelo de desarrollo comprensivo), tipos siguientes de educación / entrenando se llevaron a cabo para el personal médico de 2 hospitales en Trinidad, CSs en Nueva Trinidad en Trinidad la ciudad y Santísima Trinidad de Moxos, y barco del tmedical.

- a. La educación / entrenando dirigieron por el Hospital de la Universidad japonés en Santa Cruz para el personal de Hospital Busch alemán y Hospital Materno Infantil en Trinidad para la mejora en la dirección del hospital / el funcionamiento.
- b. Entrenamiento de cuidado de salud primario dirigido por CENETROP y SEDES-Beni para el personal de nuevos medios de centro de salud de Nueva Trinidad y Santísima Trinidad, y el nuevo barco médico.

El contorno de éstos la educación / entrenando se muestran como sigue, y sus resultados de entrenamiento se muestran en "10. Supervisando de Estudio Modelo."

10.3.1 La educación / Entrenando para el Personal de Hospitales en Trinidad

- (1) Los objetivos

- 1) La identificación del problema de la dirección de los dos hospitales en Trinidad (el Hospital Presidente Busch alemán y Hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas) en la Prefectura de Beni (después llamado el "Trinidad los hospitales") y propuesta de una educación y entrenando el sistema para la mejora.
 - 2) La identificación del problema del funcionamiento y mantenimiento de equipo médico de la Trinidad los hospitales y education/training del personal administrativo y médico para la mejora.
 - 3) La identificación del problema de la dirección de consumables médico de la Trinidad los hospitales y education/training del personal administrativo y médico para la mejora.
- (2) Los volúmenes de Entrenar
- 1) La consultación de dirección de hospital:
 - Dirija un estudio de la entrevista a directores y personal de dirección de la Trinidad los hospitales para identificar y evaluar sus problemas de dirección
 - La revisión e identifica los problemas con respecto a los medios y el equipo condiciona, actitud del personal hacia los pacientes, nivel técnico de personal médico, eficacia financiera, y la eficacia de archivos pacientes
 - Desarrolle que el entrenamiento programa basado en los hechos identificados a través de los estudios anteriores
 - El entrenamiento del instrumento en un hospital avanzado en Santa Cruz y la Trinidad los hospitales
 - Repase los resultados e impacto de entrenar y prepara la parte respectiva del Informe de Progreso
 - 2) La consultación de dirección de drogas y uso del consumables:
 - Dirija un estudio de la entrevista al personal responsable de la Trinidad los hospitales para identificar y evaluar sus problemas de dirección
 - Analice los datos existentes en la ejecución de 'Seguro Basico de Salud ' para su eficacia
 - Desarrolle el entrenamiento programa basado en los hechos identificados a través del estudio anterior y análisis, sobre todo en el desarrollo y poniendo al día del inventario de drogas (la compra, acción, el consumo, el etc)
 - El entrenamiento del instrumento en un hospital avanzado en Santa Cruz y la Trinidad los hospitales
 - Ayude Trinidad que los hospitales proveen de personal compilando una "pauta" para el inventario de consumables médico
 - Repase los resultados e impacto de entrenar y prepara la parte respectiva del Informe de Progreso
 - 3) El funcionamiento y consultación de mantenimiento de equipo médico:
 - Dirija un estudio de la entrevista al personal responsable de la Trinidad los hospitales para identificar y evaluar sus problemas de dirección
 - Analice los datos existentes en el equipo use para su eficacia
 - Desarrolle el entrenamiento programa basado en los hechos identificados a través del estudio anterior y análisis, sobre todo en el desarrollo y poniendo al día del inventario de equipo existente (la compra, mantenimiento, el registro del funcionamiento, el etc)
 - El entrenamiento del instrumento en un hospital avanzado en Santa Cruz y la Trinidad los hospitales
 - Ayude Trinidad que los hospitales proveen de personal compilando una "pauta" para

- el inventario de equipo médico
 - Repase los resultados e impacto de entrenar y prepara la parte respectiva del Informe de Progreso
- (3) El Horario entrenando
 - 1) Mayo - el 2002 de junio
 - El estudio y valoración de las condiciones existentes de los hospitales
 - El desarrollo del entrenamiento programa en Santa Cruz
 - La aplicación del entrenamiento de los directores del hospital y provee de personal en Santa Cruz
5 aprendices por cada hospital (la dirección del hospital 1 persona, mantenimiento de equipo 1 persona, el consumables médico 1 persona, y otros 2 personas)
 - 2) Julio 2002
 - El desarrollo del en-el-trabajo que entrena el programa en la Trinidad los hospitales
 - 3) Julio - el 2002 de agosto
 - La explicación del estudio de condiciones existentes y el progreso de entrenar al Comité Técnico del Estudio Modelo
 - La aplicación del en-el-trabajo que entrena a los directores y personal de la Trinidad los hospitales en Trinidad
 - La recopilación de "pautas"
 - 4) El 2002 de noviembre
 - La evaluación de la educación y entrenando
 - La explicación de la evaluación al Comité Técnico
 - La preparación y sumisión del Informe de Progreso al Equipo de Estudio JICA

10.3.2 El Entrenamiento de Cuidado de Salud Primario para el Personal de Nueva Salud Centra y el Barco Médico

(1) El objetivo

Para integrar las actividades de PHC en el barco médico y 2 Centro de la salud del Estudio Modelo, entre el entrenamiento PHC-relacionado a los obreros médicos y comunidades

(2) Las actividades

1) El seminario

- La preparación de pauta de actividades de PHC en CSs para regularizar las actividades de obrero médico en CSs.
- Dirigiendo el más Alto a los obreros médicos y comunidades para la introducción de general y las actividades de PHC específicas en CSs.

2) El entrenamiento técnico

- La introducción de flujo de examen de laboratorio eficaz en CSs
- La preparación de libro de texto para las prácticas
- La práctica de métodos del diagnóstico específicos que usan el equipo
- El informe de la evaluación de entrenar

3) El sistema de O/M para el nuevo equipo

- La preparación de entrenar los programas como el inventario y lista de cheque de mantenimiento, el etc,
- La aplicación del en-el-trabajo entrenando y entrenando a cada sitio

- 4) La asistencia e informa al Comité Técnico
 - La sumisión del informe de la evaluación en los resultados de educación y entrenando
- (3) El Horario entrenando
 - 1) El 2002 de septiembre
 - La preparación del entrenamiento programa para la dirección de equipo
 - El seminario en Trinidad por SEDES-Beni
 - El entrenamiento técnico a CENETROP en Santa Cruz
 - La evaluación de la educación y entrenando
 - 2) El 2002 de noviembre
 - El desarrollo del en-el-trabajo entrenando el programa y supervisando a cada sitio
 - El ajuste del inventario y hoja de mantenimiento
 - 3) El 2002 de diciembre
 - La explicación de la evaluación al Comité Técnico
 - La preparación y sumisión del informe al Equipo de Estudio JICA

11 COOPERACIÓN TÉCNICA PROPUESTA

11 LA COOPERACIÓN TÉCNICA PROPUESTA

Según el P/M, el sistema de salud distrital 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 serán llevados 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.

11.1 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 maternal, 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.

Ingreso	Atencion Primaria de Salud	Atencion Secundaria de Salud	Atencion Terciaria de Salud
Organizacion objetivo	OTB/ Comunidad	Escuela de enfermeria	Trabajadores de hospital
Unidad objetivo	Puesto de Salud (PS) Barco Medico	Centro de Salud (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 FIS / 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 German Busch y hospital Materno Infantil 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 German Busch y Hospital Materno Infantil en el estudio Piloto.

Ingreso	Atencion Primaria de Salud	Atencion Secundaria de Salud	Atencion Terciaria de Salud
Organizacion objetivo	OTB/ Comunidad	Escuela de enfermeria	Trabajadores de hospital
Unidad objetivo	Puesto de Salud (PS)	Centro de Salud (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
- 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 FIS / FPS

(3) Programa en el Área sur

San Ignacio de Moxos es el centro en Moxos y Distritos 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.

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

Para cumplir el concepto, se levantan las actividades siguientes;

- Entrenamiento de dirección del hospital institucionalmente y mantenimiento de equipo
- La transferencia tecnológica 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 FIS / FPS

11.2 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 japonés. 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.

11.3 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

11.4 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.

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.																																						
Manejo hospital	■	■					■	■			■	■	■	■					■	■			■	■	■	■							■	■			■	■
Manejo O&M		■					■				■			■					■				■			■							■			■		
Control/vigilancia enferme.																																						
APS																																						
Coordinado																																						

11.5 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,

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

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

11.7 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 distrital 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 distrital
- 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

11.8 El Método de Cooperación Técnica

(1) El tipo del proyecto

1) Estudio de desarrollo ,Fase II: “El Estudio sobre el Fortalecimiento del Sistema Distrital 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 Distrital 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 propondrán 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 Distrital que incluye un sistema sustentable “la mancomunidad” y transfiere la tecnología desarrollada en el Estudio de Desarrollo Fase 1 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.

3) Cualificación de la persona enviada

1) Roles compartidos entre los personales 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/ organizacion						
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	Administracion de Hospital	O/M de la unidad/ equipamiento medico	Control de enfermedades infecciosas	APS	Coordinador
Consultores internacionales	Experiencia de PM en el area relevante	Suficiente experiencia en el puesto en Sudamerica	Experiencia en el puesto	Experiencia en el puesto en Bolivia o Sudamerica	Experiencia en el puesto en Bolivia o Sudamerica	Experiencia en el puesto en el area relevante
Consultores locales						

12 COSTO DEL PROYECTO Y EVALUACION

12. Costo del Proyecto y Evaluación

12.1 El Costo del proyecto

12.1.1 Plan Maestro y Proyecto de Mejora para la Salud / Unidades de Salud

Se describen programas de desarrollo basados en la zona para el sistema de salud distrital integrado en el capítulo 7.7.1 - (2) como el Plan Termino Medio (2004 - 2007) de Plan Maestro.

Con respecto a la estimación del costo total para el proyecto de mejora de salud / los medios médicos, se seleccionaron los artículos mayores siguientes de los programas basados en la zona arriba expresados.

- A. La Zona norte: (mayor cobertura – Provincia Vaca Diez y Prefectura de Pando)
 - a) Los hospitales actualizados: el Nuevo hospital general y transferencia de funciones del hospital existente en Riberalta
 - La Nueva facilidad del hospital
 - El equipo médico actualizado
 - b) El Hospital General fortalecido en Guayaramerín
 - La Nueva provisión de equipo
 - c) APS fortalecido: Fortaleciendo los servicios de salud en las áreas de pobreza urbanas y rurales
 - La construcción y provisión de equipo de CS

- B. La Zona central (mayor cobertura–Cercado incluso Yacuma y Marbán):
 - a) Actualización de los hospitales German Busch y Materno Infantil a 3 nivel
 - La rehabilitación y extensión de los dos hospitales
 - El equipo médico actualizado
 - b) APS fortalecido:
 - La construcción y provisión de equipo de CS

- C. La Zona del satélite 1 y 2 (mayor cobertura: Mamoré y Moxos):
 - a) APS fortalecido:
 - La construcción y provisión de equipo de CS

- D. La educación y entrenamiento
 - a) APS: Fortaleciendo los recursos humanos y educación / entrenamiento por la Escuela de Enfermería y Escuela de auxiliares de Enfermería

12.1.2 Los detalles del Proyecto de la Mejora para la Salud / los Medios Médicos, Costo de Proyecto de Total, y Costo de Mantenimiento

Detalle de los volúmenes del proyecto de mejora se muestra como sigue, y su costo total se estima para ser aprox. US \$21,470,000.00 , y el costo se estima en la asunción para adoptar los precios internacionales de equipo y trabajo de la construcción.

Con respecto al costo de mantenimiento anual de medios y equipo mejorado por este proyecto, se estima para ser aprox. US. \$764,000.00 / año (aprox. 4% de costo total) en la asunción que el medio palmo de vida de la facilidad y la salud / los equipos médicos son respectivamente 50 años y 15 años.

(1) La Renovación de los medios / la Construcción y Suministro de Equipo:

1) Los equipos Proporcionados y Renovación de los Medios:

Los Medios designado y Sus Direcciones:

El hospital Materno Infantil Dr. Jesús Vargas (la Dirección: Av. Japón, Trinidad)
y Hospital Presidente German Busch (la Dirección: C. Bolívar entre Carmelo
Lopez y José Natusch, Trinidad)

Los volúmenes de los Trabajos

La salud / los equipos médicos e interior / la renovación exterior de edificios del
hospital para ambos hospitales

2) La Construcción de los medios y Suministro de Equipo:

i) La Nueva Construcción de los Medios y Equipos para los Centros de Salud

a. Cercado, Yacuma y Marbán

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nuevos medios de Centro de Salud (CS) con el área de suelo
total de m² de approx.104 y Puesto de Salud (PS) con el área de suelo total de 74
m² y el suministro de equipo médico

Los Medios designado y Su Dirección (7 Centro de Salud y 3 Puesto de Salud):

Centro de Salud (el área del suelo total: aprox. 104 m²)

- CS Mangalito (Trinidad / Cercado, establecimiento de nuevo CS)
La dirección: Calle 24 de Agosto, entre en Estudiante y 1ro de Mayo
- CS San Vicente (Trinidad / Cercado, renovación de CS existente)
La dirección: el s/n de Machetero, Trinidad,
- La Villa de CS Vecinal (Trinidad / Cercado, renovación de CS existente)
La dirección: Principal de Calle, Villa Vecinal, Trinidad,
- CS San Javier (Cercado, renovación de CS existente)
La dirección: C. Principal, frente un escuelas del la, San Javier,
- CS Exaltación (Yacuma, renovación de CS existente)
La dirección: Zona 16 de Julio
- CS Loreto (Marbán, renovación de CS existente)
La dirección: Municipio de Loreto
- CS San Andrés (Marbán, renovación de CS existente)
La dirección: Municipio de Loreto

Puesto de Salud (el área del suelo total: aprox. 74 m²)

- PS El Carmen (Trinidad / Cercado, renovación de PS existente)
La dirección: Motacú (el vecinal de la SEDES-junta), Trinidad
- PS Puerto Almacén (Cercado, renovación de PS existente)
La dirección: el Av. Trinidad, Puerto Almacén,
- PS San Pedro Nuevo (Cercado, renovación de PS existente)
La dirección: Principal de Calle, San Pedro Nuevo,
- La Villa de PS Bancer (Marbán, establecimiento de nuevo PS)
La dirección: la Municipalidad de San Andrés

b. Moxos y Mamoré

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nuevos medios de Centro de Salud (CS) con el área de suelo
de total de m² de approx.104 y Puesto de Salud (PS) con el área de suelo de total
de 74 m² y salud / el suministro de equipo médico

Los Medios designado y Sus Direcciones (1 Centro de Salud y 2 Puesto de Salud):

Centro de Salud (el área del suelo total: aprox. 104 m2)

- CS Puerto Siles (Mamoré, renovación de CS existente)

La dirección: Puerto Siles, Mamoré,

Puesto de Salud (el área del suelo total: aprox. 74 m2)

- PS San Miguelito de Isiboro (Moxos, establecimiento de nuevo PS)

La dirección: Comunidad San el del de Miguelito Isiboro

- PS Santa Rosa de Vigo (Mamoré, renovación de PS existente)

La dirección: C. Pedro Ignacio el esq de Muiba. 6 del agosto, Santa Rosa de Vigo

c. Vacadiez

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nuevos medios de Centro de Salud (CS) con el área de suelo de total de m2 de approx.104 y Puesto de Salud (PS) con el área de suelo de total de 74 m2 y salud / el suministro de equipo médico

Los Medios designado y Sus Direcciones (2 Centro de Salud y 4 Puesto de Salud):

Centro de Salud (el área del suelo total: aprox. 104 m2)

- CS Los Tajibos (Vacadiez, establecimiento de nuevo CS)

La dirección: la Municipalidad de Riberalta

- CS el del de Rosario Yata (Vacadiez, renovación de CS existente)

La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín

Puesto de Salud (el área del suelo total: aprox. 74 m2)

- PS Warnes (Vacadiez, renovación de PS existente)

La dirección: la Municipalidad de Riberalta

- PS Peña Amarilla (Vacadiez, renovación de PS existente)

La dirección: la Municipalidad de Riberalta

- PS Buen Distino (Vacadiez, renovación de PS existente)

La dirección: la Municipalidad de Riberalta

- La Villa de PS Bella (Vacadiez, renovación de PS existente)

La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín

ii) la Nueva Construcción de los Medios y Equipos para la Educación / Entrenamiento de la Organización

a. El laboratorio

La Facilidad designado y Su Dirección:

El Curso de enfermería, la Facultad de Ciencia de Salud, la Universidad Técnica de Beni (la Dirección: Calle Cochabamba #675, Trinidad)

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nueva facilidad del laboratorio con el área de suelo de total de aprox. 200m2 y salud / el suministro de equipo médico

b. La Escuela enfermeras auxiliares

La Facilidad designado y Su Dirección:

La Escuela de enfermeras auxiliares de SEDES-Beni Trinidad (la Dirección: Avenida el s/n de Japón, Trinidad)

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nueva facilidad de escuela de enfermeras auxiliares con el

área de suelo de total de aprox. 600 m2 y salud / el suministro de equipo médico

iii) la Nueva Construcción de los Medios y Equipos para el Hospital

La Facilidad designado y Su Dirección:

El hospital Riberalta (la Dirección: la Ciudad de Riberalta, Vacadiez)

Los volúmenes de los Trabajos

La construcción de nuevos medios del hospital con el área de suelo de total de aprox. 3,200m2 y salud / el suministro de equipo médico

3) Los equipos Proporcionados a los Centros de Salud Existentes:

a. Cercado, Yacuma y Marbán

Los volúmenes de los Trabajos

La salud / los equipos médicos proporcionados a los centros de salud existentes

La Facilidad designado y Su Dirección (1 Puesto de Salud):

Puesto de Salud

- PS COQUINAL (EXALTACIÓN, YACUMA)

La dirección: la Municipalidad de Exaltación

b. Moxos, Mamoré e Iténez

Los volúmenes de los Trabajos

La salud / los equipos médicos proporcionan a los centros de salud existentes

Los Medios designado y Sus Direcciones (18 Centro de Salud y 7 Puesto de Salud):

Centro de Salud

- CS DESENGAÑO (MOXOS)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS San Lorenzo (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- El CS El retiro (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS el del de Mercedes Cabito (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS LITORAL (MOXOS)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS San Ignacio (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS Santa Rita (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS San Juan de Cuberene (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS Florida (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS MONTE MAE (MOXOS)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- La Villa de CS Esperanza (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS el del de San Miguel Cabito (Moxos)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS ALGODONAL (MOXOS)

La dirección: la Municipalidad de San Ignacio

- CS CHONTAL (MOXOS)

- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- CS CHANEQUERE (MOXOS)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- La Villa de CS Brisa (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- CS el del de Mercedes Apere (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- CS REMANZO (BAURES, ITÉNEZ)
- La dirección: la Municipalidad de Baures

Puesto de Salud

- PS Puerto San Borja (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS Santa del de Rosa Apere (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS Monte el del de Grande Carmen (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS FATIMA (MOXOS)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS San José el del Cabito (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS Argentina (Moxos)
- La dirección: la Municipalidad de San Ignacio
- PS El Cairo (Baures, Iténez)
- La dirección: la Municipalidad de Baures

c. Vacadiez

Los volúmenes de los Trabajos

La salud / los equipos médicos proporcionan a los centros de salud existentes

Los Medios designado y Sus Direcciones (6 Centro de Salud y 2 Puesto de Salud):

Centro de Salud

- CS San Isidoro (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín
- CS San Joaquín (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín
- CS 1 de Mayo (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín
- El Contralto de CS Ivon (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Riberalta
- CS Nazaret (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Riberalta
- CS LA ESPERANZA (VACADIEZ)
- La dirección: la Municipalidad de Riberalta

Puesto de Salud

- PS CACHUELA ESPERANZA (VACADIEZ)
- La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín
- PS Más Monte Azul (Vacadiez)
- La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín
- PS San Lorenzo (Vacadiez)

La dirección: la Municipalidad de Guayaramerín

4) Los equipos Proporcionados al Hospital Existente:

La Facilidad designado y Su Dirección:

El hospital Guayaramerín (la Dirección: la Ciudad de Guayaramerín, Vacadiez)

Los volúmenes de los Trabajos:

La salud / los equipos médicos proporcionados al hospital existente

12.1.3 Costo de manejo de equipo y unidades

(1) El Hospital Materno Infantil

El costo de funcionamiento de total para MIH en TDD se estima Bs 916,000 compuesto de Bs 146,000 para los sueldos y Bs 770,000 para el otro costo del funcionamiento basado en la declaración financiera de MIH en 2002.

(2) El Hospital general

El costo de funcionamiento de total para GBH en TDD se estima Bs 450,000 compuesto de Bs 80,000 para los sueldos y Bs 370,000 para el otro costo del funcionamiento basado en la declaración financiera de GBH en 2002.

12.1.4 La educación y Entrenamiento

Según el capítulo 11 " Cooperación Técnica Propuesta", educación / entrenamiento de la dirección del hospital de administración, el servicio médico, el servicio del laboratorio, O/M, y el servicio de APS se pide ser hecho por la ayuda técnica que guarda la relación fuerte con el Hospital japonés en Santa Cruz, CENETROP y las otras agencias.

El costo total de educación / entrenamiento se estima para ser americano \$300,000.00 incluso el transporte / alojamiento de aprendices, y se estima en la asunción que éstos la educación / entrenamiento se delegue al Hospital japonés, CENETROP y otros.

12.2 La Demanda futura y Requisito para los Recursos Humanos

El requisito de recursos humanos para 2010 se muestra en la Tabla de abajo, asumiendo que el No. de personal médico se persistirá en el mismo nivel de 2001. Los recursos financieros al sector de salud son limitados en Bolivia así como Beni. La asignación del ITEM debe ser lo conducida para considerar el uso eficaz del recurso.

Provincia	Poblacion		Personal medico(2001)			Personal medico (2010)		
	2001	2010	Doctor/ dentista (por 1,000 Poblacion)	Enfermera/ enfermera auxiliar/tec nico de lab(por 1,000 Poblacion)	Total	Doctor/ dentista (por 1,000 Poblacion)	Enfermera/ enfermera auxiliar/tec nico de lab(por 1,000 Poblacion)	Total
1.Vaca Diez	115	152	59(0.5)	138(1.2)	197(1.7)	83	180	263
2.Cercado	83	110	84(1.6)	147(1.8)	231(3.4)	119	192	311
3.Mamore	12	16	10(0.8)	14(1.1)	24(1.9)	14	18	32
4.Moxos	22	28	9(0.4)	22(1.0)	31(1.4)	13	29	42
Sub-total	232	306	162(0.7)	321(1.4)	483(2.1)	229	419	648
5other Provincias	133	177	43(0.3)	85(0.6)	128(1.0)	61	112	173
Beni total	365	483	205(0.6)	406(1.1)	611(1.7)	290	531	821

Observaciones 1: Poblacion future en el 2010 fue estimada basada en los Censos de poblacion 1992 y 2001.

Observaciones 2: El No. de personal medico por 1000 habitantes es en promedio 0.6 para el doctor y dentista, 1.1 para Enfermera/enfermera auxiliar y tecnico de laboratorio y 1.7 para todo el personal medico en el Beni el 2001. Este promedio de unidad fue aplicado a la proyeccion al 2010. La repartición del personal medico por provincia se mantuvo en el nivel del 2001.

12.3 Evaluación del Proyecto

El método de la evaluación económico no es aplicable en el sector social como la mejora de salud. Por consiguiente, en este Capítulo, se evaluaron los Proyectos de PS del punto de vista de distribución igual del humano limitado y recursos financieros a los beneficiarios.

Del punto de vista de uso eficaz del recursos financieros y humanos limitados, centralización de estos recursos al hospital sera un acercamiento economico eficaz mejor de diversificar los recursos a los CSs.

Por otro lado, la asignación de recursos a CS que es mas accesible por los habitantes que el hospital será más eficaz para la gente pobre desde el punto de vista de la mejora del bienestar social.

El uso eficaz o igual de los recursos limitados depende favorablemente del fortalecer de sistema legal e institucional. El anterior es el mando central de recursos por el hospital y el último es traslado de funciones de servicio de salud médicas a la comunidad esté al lado de fortalecimiento de APS.

12.3.1 Evaluación general por el Plan del Sector

(1) Solucion de constreñimiento de las condiciones naturales

Este plan del sector se cubre por la implementacion de los siguientes planes del sector

(2) Cobertura del área de servicios de salud

1) Cobertura(Mejora del área de accesibilidad)

Las economías de Costo/tiempo por el sistema de la radio sin la inversión del costo alta para la red de transporte como el puente/camino y sistema de transporte de río

2) Cobertura de SUMI

La disminución de proporción de mortalidad infantil maternal por más participación de mujeres al cuidado preventivo y su aceptación de servicios consultas por medio de

los CS sin problemas de género (SUMI más eficaz)

(3) Institución y Organización

1) La administración a la Prefectura y municipalidad

Las economías de Costo/tiempo de servicios de salud por la clarificación de responsabilidades en cada organización administrativa y establecimiento de distribución igual de servicios de salud

2) La institución y administración en la organización médica

Los ahorros de Costo/tiempo al hospital y CS, y más contribución de servicios de salud a los beneficiarios

(4) Recursos Humanos

1) la distribución de recursos humanos

La distribución igual de los recursos humanos limitados de servicios de salud sin la intervención política

2) el uso eficaz de recursos humanos

El uso eficaz de los recursos humanos asignados y más contribución a las personas de pobreza

(5) Recursos financieros y costo compartido

1) el rédito

El aumento del rédito por el incremento de la voluntad de pagar de los habitantes y afianzando de fondo de SUMI

2) el gasto

afianzando ITEM y HIPCII para los sueldos del medico y medicinas por SUMI

3) consolidando

La salud eficaz y más mejora de salud por el arreglo del fondo oportuno para la medicina y costo de O&M

4) la economía del costo

Costo por el mantenimiento bueno de equipo médico

5) costo compartido entre las agencias involucradas

La mejora de salud para los habitantes que no son apoyados por la salud en-tierra pero a través de los servicios municipales por el barco médico

6) el plan anual

El establecimiento de dirección financiera sustentable

(6) los medios / el Equipo

1) la construcción de los medios / el suministro de equipo

Más distribuciones de servicios de salud y beneficio al área de pobreza

2) O&M de equipo médico

Los usos mas eficaces benefician para los pacientes y costo que ahorran de los medios y equipo

(7) la Dirección del hospital

El uso eficaz de recursos financieros y humanos limitados y más beneficio a los pacientes

(8) las medicinas

Costo/tiempo y uso eficaz de medicina

(9) SNIS

el control eficaz de la enfermedad por la elección correcta del tratamiento médico

(10) el Sistema de la referencia

Uso efectivo de los recursos y reducción de enfermedad y la tasa de mortalidad por medio de la promoción de sistema de la referencia por decisión activa realizada por el personal médico Personal en la referencia y contra-referencia

(11) APS

Costo por la reducción de solapar de servicios de salud entre las agencias involucradas y expansión de beneficiarios.

(12) el Acercamiento epidemiológico

1) el programa nacional

La aplicación eficaz y expansión de beneficiarios de programa Nacional por las personas experimentadas y los recursos financieros de SEDES, hospital y CS

2) Apoyo del laboratorio

El tratamiento correcto por la clarificación de la causa de enfermedad por la prueba del laboratorio

(13) la Salud de la comunidad

1) Comunidad

Las economías del costo por el gobierno y aumento de oportunidad del empleo en las comunidades

2) la salud primaria servicio del CS

Más efectividad en el uso del CS que está cerca de los habitantes reduciendo la barrera social de habitantes

3) el plan anual

El uso eficaz y más beneficios de salud pública a las comunidades a través de la atención oportuna de las demanda de las comunidades a la organización pública de salud

12.3.2 La Evaluación económica y Financiera

(1) Los beneficiarios y el Personal de 2 hospitales de TDD consideran que los beneficiarios son la Población entera del departamento del Beni. Sin embargo, mayoría de los pacientes son de la ciudad de TDD Fondos de beneficiarios depende del servicio integrado a nivel de hospital compuesto de nivel de servicio en la cantidad y calidad de médico, la accesibilidad el desarrollo de infraestructura y equipo, habilidad de dirección de hospital.

Beneficiarios serán 83,014 personas que es una Población total de TDD en 2001. No. de médico Personal por Población 1.1 personal/1,000 es Población (0.3 de Doctores/dentista, 0.8 de Enfermera/enfermera auxiliar/tecnico lab) para MIH y 0.8(0.3 de Doctores/dentista, 0.5 de Enfermera/enfermera auxiliar/tecnico lab) para GBH. En CS de Nueva TDD para la P.D., los beneficiarios serán 3,465 en 2001. No. de médico por Población 2.0 personal/1,000 es Población (0.9 de Doctores/dentista, 1.2 de Enfermera/enfermera auxiliar/tecnico de lab). En CS de Santísima Trinidad, los beneficiarios serán 2,653. No. de médico por Población 2.3 personal/1,000 es Población (0.8 de Doctores/dentista, 1.5 de Enfermera/enfermera auxiliar/tecnico lab) .En el barco médico, los beneficiarios serán 4,048. No. de médico por Población 1.2 personal/1,000 es Población (0.5 de Doctores/dentista, 0.7 de Enfermera/enfermera auxiliar/tecnico de lab).

La asignación de los recursos humanos es bastante alta en dos CSs comparado con dos hospitales en TDD y el barco médico.

(2) La contribución de costo del funcionamiento a beneficio: Operación económica de MIH es Bs 3796,000 por año (Bs 3,026,000 para el sueldo, Bs770,000 para el otro costo de operación: Costo por el beneficiario (Poblacion) es Bs 45.7/año (Bs36.5 para el Sueldo, Bs9.2 para el otro costo). En GBH, él Bs 3,330,000 está por año (Bs 2,960,000 para el sueldo, Bs370,000 para el otro costo de operación). Costo por el beneficiario (Poblacion) es Bs40.1/año (Bs35.7 para el Sueldo, Bs4.5 para otro costo). En el caso de Cs en Nueva Trinidad los costos totales de operación es de Bs 162,000/año (Bs 156,00 para los salarios, Bs para otros costos de operación) costo anual por población es de Bs 46,8/año (Bs 45,0 para salarios, Bs 1,7 para otros costos) Los pacientes de estos dos hospitales son diferentes. Las mayorías son mujeres embarazadas y niños en MIH y requiere el costo alto para los sueldos del medico Personales y el costo bajo del otro costo. en el otro hospital, GBH proporciona los servicios a los varios tipos de pacientes en GBH. Y requiere costo bajo de sueldos del medico Personales y el costo alto del otro costo del funcionamiento. Con respecto al barco médico, el costo del funcionamiento total es US\$70,000 en caso de 5 Viajes (Bs 48,000 para el sueldo, Bs22,000 para el otro costo de operación). El costo anual por Poblacion es US\$17=Bs127.55 (US\$11 = Bs82.5 para el sueldo, US\$6 = Bs45.0 para el otro costo). La contribución del costo de los beneficiarios al barco médico es mas baja que a los hospitales, sobre todo en el sueldo. De los puntos de vista económicos, los recursos humanos serán centralizados bien al hospital y sólo se asignarán al barco médico en la contestación al requisito sin el empleo permanente para los servicios del barco médico. Del punto de vista de igualdad, deben especificarse los Personales para el tratamiento médico en el hospital y aquéllos de barco médico se asignen sobre todo para los servicios de APS. La demarcación funcional de hospital y el barco médico será recomendable lograr la efectividad económica y equidad.

Proyectos modelo	Beneficiarios (Poblacion)	Personal medico (No.de personas)			Costo operativo (1,000Bs)		
		Doctor/ Dentista	Enfermera/enfermera auxiliar/ tecnico de lab	Total (No./1,000 Poblacion)	Salario	Otro costo operativo	Total (Bs/beneficiarios)
1.CS de Nueva Trinidad	3,465	3(0.9)	4(1.2)	7(2.0)	156,000 Bs 45,0	Bs 6,000 Bs 1,7	Bs 162,00 Bs 46,8
2.Barco medico							
(1)Presupuesto requerido por PS (casos de 5 viajes por año)	4,048	2(0.5)	3(0.7)	5(1.2)	\$48,000 (\$11=Bs82.5)	\$22,000 (\$6=Bs45.0)	\$70,000 (\$17=Bs127.5)
(2)Presupuesto requerido por PS (por viaje)	4.039	2(0.5)	3(0.7)	5(1.2)	\$4,000 (\$1=Bs7.5)	\$1,800 (\$0.4=Bs3.0)	\$5,800 (\$1.4=Bs10.5)
(3)Costoactual de PS(por viaje)= costo de 2do viaje por CARITAS)	4.039	2(0.5)	3(0.7)	5(1.2)	\$7,815 (\$1.9=Bs14.3)	\$3,240 (\$0.8=Bs6.0)	\$11,055 (\$2.7=Bs20.3)
3.Hospital Materno Infantil de Trinidad (por 1 año)	83,014	25(0.3)	64(0.8)	89(1.1)	Bs 3,026,000 (Bs 36,5)	Bs 770,000 (Bs9.2)	Bs 3,796,000 (Bs 45,7)

4.Hospital German Busch de TDD (por 1 año)	83,014	26(0.3)	44(0.5)	70(0.8)	Bs 2,960,000 (Bs 35,7)	Bs 370,000 (Bs4.5)	Bs 3,330,000 (Bs 40,1)
Departamento del Beni	365,281	205(0.6)	406(1.1)	611(1.7)	-	-	-

Observaciones1:Beneficiaries de TDD2 fueron asumidos para ser Poblacion total de TDD.

Observaciones2: () muestra No. de medico Personal y funcionamiento costados por el beneficiario.

Observaciones3:Costo operativo de barco médico muestra la cantidad total en el caso siguiente.

Salario se pagará como el costo fijo por año.

Otro costo del funcionamiento se pagará por 5 Viajes por año.

Observaciones4:Costo operativo del hospital por año estimado basado en el medio costo durante enero y Febrero en 2002.

1) MIH de TDD: el costo Total durante 6 meses (el salario del ITEM = estimado para ser casi el mismo monto del GHB, salario fuera del ITEM= Bs72,989 (16%) el funcionamiento de otro costo = Bs385, 088 (84%) Costo total = Bs458,077(100%)

2) GBH de costo de TDD:Total durante 6 meses (el salario del ITEM = bs 240,000/mes*12= Bs 2880,000, salario excluyendo el ITEM =Bs39,902 (18%) el funcionamiento de otro costo = Bs184,993 (82%) Costo Total = Bs224,895 (100%))

Observaciones 5: El costo de operación del CS de NTDD es de Bs 13,500/mes para salario Bs500/mes para otros costos de operación en promedio del 2 monitoreo

Observación 6: El tipo de cambio es de: Bs7.5 en el 2003 de enero.

La fuente: el Estudio Piloto para 4 proyectos prioritarios en 2002 e información de SEDES en el total Departamental en 2001.

Fuente:Censo de población de2001 y equipo de estudio JICA en 2002, 2003

(3) Costo igual compartido (por municipios que depende en No. de beneficiarios para el Barco Médico)

Funcionamiento costado para el barco médico de P.S está alrededor de US. \$2 a US\$5 por los beneficiarios (Población cubierta) para cada municipalidad. Esta unidad costada por el beneficiario debe asignarse de la contribución igual de municipalidad.

COSTOS COMPARTIDOS DE LA OPERACIÓN DEL BARCO MEDICO POR EL GOBIERNO MUNICIPAL

Provincia/ Municipio	Beneficiarios (Poblacion)	Area cubierta (kilometros cuadrados)	Costo operativo compartidos			Costo operative/ben eficiarios
			Salario	Otro costo operativo	Total	
I Rio Mamore						
1.Cercado						
a.TDD	465	844	-	-	-	0
b.San Javier	264	690	-	-	-	0
2.Mamore						
a. San Joaquin	150	550	-	2,100	2,100	\$2.6/persona
b.Puertos Siles	862	1,110	2,600+ Beneficio social(550)=3, 150	800	3,950	\$4.6/persona
3.Vaca Diez						
a.Guayaramerin	1,228	602	-	-	-	0
Sub total	2,969	3,796	3,150	2,900	6,050	\$2.0/persona
4.Santa Ana	****	***	3,900+S.B.(800)=4,700	2,820	7,520	***
5. Exaltacion	****	***	2,600+S.B.(550)=3,150	1,000	4,150	***
Total	***	***	9,289	6,720	16,009	***

II Rio ITENEZ						
Mamore (San Joaquin)	284	55	-	-	-	-
III Rio ISIBORO						
Moxos(San Ignacio))	786	-	-	-	-	-
Total	4,039	3,851	9,289	6,720	16,009	

Observaciones: la Cantidad de esta tabla muestra el presupuesto que sera preparado por los gobiernos municipales para la operación del barco medico, basado en el acuerdo entre municipalidades logrado en febrero de 2002

Fuente: datos obtenidos por CARITA, feb., 2002

(4) Evaluacion Financiera

1) Hospital

Se evaluaron las condiciones financieras en el Hospital Materno Infantil y el Hospital German Busch en TDD excluyendo los ITEM.

Redito: la media cantidad Mensual Bs 67,685 está en MIH y Bs 40,474 en GBH. Las fuentes mayores de rédito de MIH son los subsidios de H.A.M. (la Oficina de Alcalde Municipal) y pago de los pacientes para los servicios del hospital. La fuente mayor de GBH es principalmente el pago de los pacientes para los servicios del hospital. Con respecto al gasto, el gasto total es Bs76,346 en MIH y Bs Bs37,483 en GBH. MIH es más activo que GBH en su funcionamiento debido a las condiciones ventajosas en el apoyo financiero de H.A.M. principalmente como el fondo de SUMI. Los artículos mayores de gasto son materiales e insumos ambos en MIH y GBH. El costo personal es 18% de gasto total ambos en MIH y GBH.

El servicio del hospital es un componente importante para la dirección buena, y el gasto de materiales e insumos también es un factor limitado para la dirección del hospital.

T.G.N = Torsoro General de la Nacion, H.A.M. =Honorable Alcaldía Municipal

La Declaración financiera para la Dirección del Hospital

La unidad:BS

	El hospital Materno Infantil		El hospital German Busch	
	Total (Ene-Jun 2002)	Promedio mensual	Total (Ene-Jun 2002)	Promedio mensual
1.Redito				
Servicio de Hospital	169,275	28,213	198,695	33,116
Enseñanza	0	0	0	0
Farmacia	46,123	7,687	44,149	7,358
Otros ingresos	0	0	0	0
Cuentas recibidas del banco	0	0	0	0
Transferencia del TGN	0	0	0	0
Transferencia de H.A.M.	190,713	31,786	0	0
Total	406,111	67,685	242,844	40,474
2. Gastos				
Costo de personal	72,990	12,165	39,902	6,650
Costo no personal	11,542	1,924	4,744	791
Materiales e insumos	342,838	57,140	179,880	29,980
Activo real	2,177	363	370	62
Activo financiero	0	0	0	0

Prestamos y otros activos	28,530	4,755	0	0
Total	458,077	76,346	224,896	37,483

Observaciones 1: US\$ 1=Bs 7.5

Observaciones 2: T.G.M.= Tesoro General de la Nacion, H.A.M. =Honorable Alcaldia Municipal

Fuente: MIH y GBH IN 2002

Observación 3: gastos de esta tabla no incluyen transferencias del TGM(salario del ITEM) y pagos no pagados por los pacientes por servicios. Los gastos no incluyen pagar los salarios por ITEM el pago de salarios por ITEM es de Bs. 232,000 por mes.

2) Centro de Salud Cs

a) Nueva Trinidad

la mayor fuente de gasto se obtiene por el SBS y el servicio dental Cs esta aumentando sus ingresos mediante su funcionamiento, la supervision y monitoreo de sus reditos y gastos debera ser realizado por el Comité técnico para alcanzar el optimo nivel de costos compartidos entre el manejo del CS, gobiernos municipales y habitantes.

	Abr.	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Total
Reditos										
Consulta	80	150	105	175	280	284	305	133.5	263	1775.50
Inyectables sueros, curaciones	2	12	22	10	66	50	128	44	36	370.00
Servicio dental	0	0	0	82.5	45	317	255	300	650	1649.50
S B S	0	217.5	316.5	428.5	729	574	895	428	691	4279.50
Otros	0	0	0	0	0	36	58	0	0	94.00
TOTAL	82	379.5	443.5	696	1120	1261	1641	905.5	1640	8168.50
Gastos										
Insumos	35	33.5	0	0	39	222.5	38	28.5	145	541.50
Servicios	0	15	36.5	22	69	95	138	60	80	515.50
Materiales	47	64	85.5	25.5	323.7	208	257.1	158.9	190	1359.70
Otros	0	49.5	0	17	119.8	0	409.5	51	83	729.80
TOTAL	82	162	122	64.5	551.5	525.5	842.6	298.4	498.0	3146.50

Fuente: datos obtenidos del CS Nueva Trinidad en enero 2003

Salario del personal medico en Nueva Trinidad (Bs)

Personal	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	Total (Bs.)
Doctor medico	3021	3021	3021	3021	3021	3021	3021	3021	3021	27189
Doctor mmedico	0	2899	2899	2899	2899	2899	2899	2899	2899	23192
Dentista	1415	1415	1415	1415	1415	1415	1415	1415	1415	12735
enfermera	0	1925	1925	1925	1925	1925	1925	1925	1925	15400
Enfermera auxiliar	0	1335	1335	1335	1335	1335	1335	1335	1335	10680
Enfermera auxiliar	0	1260	1260	1260	1260	1260	1260	1260	1260	10080
Bio quimica	0	0	0	0	0	1456	1456	0	0	2912
guardia	0	0	0	0	1300	1300	1300	1300	1300	6500
limpieza	0	0	0	0	0	80	80	80	80	320
TOTAL	4436	11855	11855	11855	13155	14691	14691	13235	13235	109008

Fuente: dato obtendio del CS Nueva Trinidad en enero 2003

b) SantisimaTrinidad

Servicios de salud que han sido realizados por el CS en Santisima Trinidad se han mejorado en la implementacion dle estudio piloto apoyado por SEDES y PROSIN.

1ST MONITOREO DEL ESTUDIO PILOTO

Redito	Moonto	%	Gasto	Monto	%
Servicio C/S					
Farmacia SBS	1.000	67	Por prescripcion	800	67
H.A.M.					
Laboratorio					
Fondo rotatorio	500	33	Medicine Reposicion	400	33
Otros					
PROSIN	3.556		Campana de vacunacion	3.556	
TOTAL	1.500	100		1.200	100

Fuente: datos de CS of Santisima Trinidad

2ND MONITOREO DEL ESTUDIO PILOTO

Reditos	Monto	%	Gasto	Monto	%
Servicios C/S	2.130	9	Medicina y insumos	298	1
farmacia SBS	2.859	11	Por prescripcion	1285	6
H.A.M.	3.307	13	Lab insumos	3.307	17
laboratorio	75	0		0	0
Fondo rotatorio	790	3	Reposicion de medicinas	790	4
Otros	5.952	24	Leishmaniasis programa de asistencia	4.524	23
PROSIN	9.760	39	Campana de vacunacion	9.760	49
TOTAL	24.873	100		19.964	100

Fuente: datos proveidos por CS Santisima Trinidad

3) Barco Medico

El barco médico se operó sólo 3 Viajes que incluyen servicios limitados de los primeros Viaje debido a ningún apoyo financiero de EXTENSA y PROSIN. Había algunas dificultades en el arreglo financiero porque el presupuesto y procedimiento del desembolso entre agencias involucradas son diferentes. El Plan del Funcionamiento anual (POA) por cada agencia debe ser oportuno controlado y debe ajustar según los servicios y horario del pago. El costo de funcionamiento de barco médico de 3 Viaje es casi mismo al presupuesto requerido por Viaje que corresponde a US. \$11,050/Viaje y serán un modelo para la asignación financiera para el funcionamiento del barco en el futuro.

Costo Financiero para la Operacion del Barco Medico

Unidad:US\$

	Presupuesto Requerido		Gasto actual (desembolsado)			
	2002 (total anual)	Por viaje	1 st Viaje	2 nd Viaje	3 rd Viaje	Total
1.Salarios						
EXTENSA	28,250	5,650	0	4,200	6,300	10,500
SEDES	2,600	520	379	758	379	1,516
CARITAS	5,850	1,170	728	1,455	941	3,124
Municipios	10,996	2,199	722	1,401	1,000	3,124
Sub-total	47,696	9,539	1,829	7,814	8,620	18,264
1. Costo operativo						
PROSIN	10,043	2,009	0	1,829	1,591	3,421
CARITAS	4,118	824	1,824	449	312	2,585
Municipios	7,563	1,513	1,278	962	525	2,765
Sub-total	21,674	4,346	3,102	3,240	2,430	8,772
Total	69,370	13,876	4,931	11,055	11,050	27,036

Observaciones: El presupuesto requerido es una cantidad anual de 5 viajes acordada entre las agencias involucradas en feb. 2002 a traves del Comité Técnico del Estudio Piloto.

Fuente: CARITAS

13 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

13 LA CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

13.1 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) Dos comites se han establecidos para coordinar con las agencias concernientes y supervisar el Estudio piloto Basado en el censo alcanzado en estos comites, el gobierno de Bolivia ha comprometido recursos humanos y financieros por medio del MSPS y gobiernos municipales, mientras que JICA proveyó infraestructura en salud y equipos médicos Los agentes de este Estudio piloto fueron los recientemente asignados personal médico, que fueron entrenados por medio del esquema técnico por prestigiosas instituciones técnicas en Bolivia (i.e., Hospital Universitario Japonés y CENETROP en Santa Cruz). El monitoreo se realizó dos veces, demostrandose los muchos beneficios en el área de infraestructura, financiera y de recursos humanos invertido Este estudio piloto realizó una contribución significativa al construir un centro de salud modelo para el area empobrecida del departamento del Beni .

13.2 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 regionales por el distrito y municipalidad.

1. Modelo urbano de salud(desarrollo de hospital y del CS-hospital)
2. Modelo de desarrollo del area de pobreza urbana
3. Modelo de desarrollo del area 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 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 al 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.

Donantes deben monitorear y seguir las actividades de la operación y manejo del Estudio piloto basándose en la entrega de información por el lado boliviano

(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 Japones, 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.