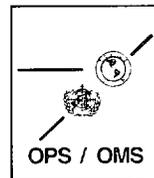


SINAR  
0097

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO  
SECRETARIA NACIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE PLANIFICACION  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



INDEXED

PROBLEMA DE PLANIFICACION EN SALUD  
**GUIA METODOLOGICA  
DE PLANIFICACION  
PARTICIPATIVA EN SALUD**



**MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO  
SECRETARIA NACIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE PLANIFICACION**

**GUIA METODOLOGICA  
DE  
PLANIFICACION PARTICIPATIVA  
EN SALUD**

**1996**

Editor

Depósito Legal 4-1-633-96

Impresores MUNDY COLOR, Industria Gráfica, Editora y Publicitaria

Av Mcal Santa Cruz 2150, 4to Piso, Of 2

Telf y Fax # 23303 - 376254

La Paz - Bolivia

# **AUTORIDADES NACIONALES**

**Lic. Freddy Teodovich Ortiz**  
**MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO**

**Dr. Oscar Sandoval Morón**  
**SECRETARIO NACIONAL DE SALUD**

**Dr. Javier Torrez Goitia**  
**SUBSECRETARIO DE SALUD PUBLICA**

**Lic. Guillermo Aponte**  
**SUBSECRETARIO DE SEGUROS**

**Dr. Ramiro Maldonado Cuenca**  
**DIRECTOR NACIONAL DE PLANIFICACION**

**GUIA METODOLOGICA DE PLANIFICACION  
PARTICIPATIVA EN SALUD**

**ELABORADO POR**

**Dr. Charles Pedregal Alcoreza  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
PLANIFICACION**

**Dr. Ramón Cordero Cuevas  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PROYECTOS**

**ASESORIA**

**Dr. Rigoberto Centeno  
OPS /OMS**

**Dr. Carlos Tamayo**

**Lic. Lucio Lantaron**

## AGRADECIMIENTOS

Los elementos conceptuales, instrumentales y políticos presentados en este documento ha sido el producto del rescate de la experiencia concensuada y de un proceso de validación técnica con los equipos de Planificación de cada una de las Direcciones Departamentales de la Secretaría Nacional.

Un agradecimiento especial al Dr. Javier Sandoval Palacios, en cuya gestión como Director Nacional de Planificación se dio el impulso para que el documento sea elaborado

Al Dr. Carlos Linger representante de la OPS-OMS, sin cuyo apoyo no hubiese sido posible la publicación del documento.

En igual forma a todos los equipos de planificación, de las 12 secretarías Regionales de Salud, cuya experiencia y participación fue preponderante en la validación de los instrumentos que se presentan.

### *PARTICIPANTES DEL SEMINARIO TALLER DE PLANIFICACION*

1 – DR. NATALIO RIVEROS	LA PAZ
2 – DRA. GRACIELA MINAYA	LA PAZ
3 – DR. HECTOR PEREZ	EL ALTO
4 – DRA. JULIETA TORRICO	EL ALTO
5 – DR. JORGE CUIZA	ORURO
6 – DR. WALTER HUMACAYO	ORURO
7 – LIC. CARLOS VILLEGAS	TUPIZA
8 – DR. OSCAR SORUCO	TUPIZA
9 – RD. OSCAR HERRERA	PANDO
10 – DR. JHONNY VELARDE	PANDO
11 – DR. FERNANDO CRUZ	RIBERALTA
12 – DR. JORGE CUBA	RIBERALTA
13 – DR. MIGUEL ANGEL CHAVEZ	SANTA CRUZ
14 – DR. JAIME QUINTEROS	SANTA CRUZ
15 – DR. EDUARDO SOLARES	BENI
16 – DR. GUILLERMO SALAZAR	BENI
17 – DR. GUSTAVO QUEVEDO	TARIJA
18 – DR. ORLANDO MAJLUF	TARIJA
19 – DR. FERNANDO VACA	CHUQUISACA
20 – DR. FERNANDO NAVA	CHUQUISACA
21 – DR. FLORENCIO MACHICADO	POTOSI
22 – DR. JORGE DELAGADILLO	POTOSI
23 – DR. TEDDY PEÑAFIEL	COCHABAMBA
24 – DRA. ROSARIO ZAMBRANA	COCHABAMABA
25 – DR. JORGE FLORES	COCHABAMBA

Al equipo de la Dirección Nacional de Planificación por el trabajo desarrollado durante todo el proceso de elaboración del documento

**Dr. Charles Pedregal Alcoreza**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION**

**Dr. Ramiro Zuleta Davalos**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS  
DE INFORMACION**

**Dr. Ramón Cordero Cuevas**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PROYECTOS**

**Dr. Luis Wayar Caballero**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RR.II. Y CONVENIOS**

**Dr. Armando Paredes Oblitas**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACION**

Bajo la coordinación del :

**Dr. Ramiro Maldonado Cuenca**  
**DIRECTOR NACIONAL DE PLANIFICACION**

## PRESENTACION

El desafío más importante que enfrenta el Gobierno Nacional del Señor Presidente Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, es el de satisfacer las necesidades básicas no atendidas del Pueblo Boliviano, producto de la deuda social acumulada en los últimos años.

Como respuesta a esta problemática, se asumen medidas de reordenamiento estructural que transforman, a un Estado conservador y descontextualizado del ámbito Nacional e Internacional, en un Estado capaz de enfrentar los períodos de crisis y dinamizar el desarrollo socio-económico.

La Reforma del Estado se traduce en las Leyes de Ministerios del Poder Ejecutivo, Capitalización, Participación Popular, Reforma Educativa y la Ley de Descentralización que apuntalan a generar mejores condiciones de vida para el hombre boliviano con Desarrollo Humano Sostenible y Sustentable

En este contexto, la Secretaría Nacional de Salud a través de la Dirección de Planificación y Relaciones Internacionales, elaboró la presente «*Guía Metodológica de Planificación y Programación de Operaciones en Salud*», cimentando las bases teóricas en el pensamiento estratégico y sus bases metodológicas en la Planificación Participativa, la misma que debe ser asumida para la Planificación en Salud en todos los niveles del Sistema, de acuerdo al Modelo de Atención y el Plan de Acciones Estratégicas en Salud.

Considerando la Planificación Participativa acorde con la transformación del Estado, es compromiso del sector salud utilizar este instrumento como herramienta de trabajo que le permita su accionar en el marco de la Participación Popular, el omitirlo, significaría un retroceso en el camino ya recorrido y un desconocimiento a la nueva visión y misión para el cambio, imprescindible para lograr mejores condiciones de salud y de vida para el hombre de la NUEVA BOLIVIA.



Dr. Oscar Sandoval Morón

SECRETARIO NACIONAL DE SALUD

# INDICE

INTRODUCCIÓN	17
I OBJETIVOS DE LA GUIA METODOLOGICA DE PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD	20
II. MARCO REFERENCIAL	21
II 1 Políticas de Salud	21
II.2. Plan Vida	23
II.3. Ley de Participación Popular	23
II.4. Ley SAFCO	32
II.5. Ley de Descentralización	
III. MARCOS CONCEPTUALES	34
III.1. Planificación	34
III.2. Planificación Participativa	35
III.3. Planificación Participativa en Salud	38
IV METODOLOGIA DE LA PLANIFICACION PARTICIPATIVA	39
IV. 1. Etapas de la Planificación	43
IV. 2. Etapa 1ra. La Preparación y Organización	43
IV. 3. Etapa 2da. El Diagnostico Participativo	46
IV. 4. Etapa 3ra. El Plan de Desarrollo Municipal Sostenible	55
IV 5. Etapa 4ta. Elaboración de la Programación Anual Operativa	57
IV. 6. Etapa 5ta. La Ejecución y Administración Participativa	62
IV. 7 Etapa 6ta. Evaluación y Ajuste del Plan	64
V. GLOSARIO DE TERMINOS	66
VI ANEXOS	69
VII. BIBLIOGRAFIA	71

# INTRODUCCIÓN

El proceso de cambio introducido por el actual Gobierno, con la aplicación de leyes que transforman las estructuras tradicionales del Estado y de la sociedad, han creado una nueva visión:

El Desarrollo Humano, basado en generar oportunidades que potencien al individuo integrado solidariamente en su sociedad, reconociéndolo como principal actor del proceso que busca mejorar su Calidad de Vida.

Consecuentemente, la Planificación Participativa, en el contexto definido por la Secretaría Nacional de Planificación, es un instrumento que permite al ciudadano, individuo y la comunidad participar, desde la identificación de sus problemas, hasta la solución de los mismos en los diferentes niveles de organización social, rompiendo los antiguos esquemas de planificar.

En este sentido la Secretaría Nacional de Salud como parte activa de este proceso contribuye con. «*La Guía Metodológica de Planificación Participativa en Salud*», que es un instrumento de apoyo técnico que introduce el enfoque de planificación estratégica local y los elementos del modelo sanitario, en la Planificación Participativa, para acelerar la aplicación de las Políticas, Planes, Programas y Proyectos de Salud que contribuyan al cambio generado por el Gobierno

En este momento de transición, se requiere de instrumentos que disminuyan la incertidumbre, el conflicto, permitan el manejo de las coyunturas y en general, orienten hacia el proceso del cambio a fin de consolidarlo, ¡eh ahí!, lo oportuno de la publicación de este instrumento

El presente documento ha sido elaborado, teniendo en mente los cambios necesarios para ser exitosa la aplicación de las nuevas leyes, buscando mejorar la eficiencia y la eficacia del proceso de planificación local, dentro del marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.

Otra característica de este instrumento es que esta explícitamente dirigido a los responsables y participantes de la Planificación en los diferentes niveles del sistema de salud, y con la orientación específica de facilitar la integración con todas las instituciones que buscan el desarrollo humano en los niveles local, regional y nacional

Se ha estructurado como una «Guía», porque da los elementos generales, para que sirvan de base al proceso de Planificación estratégica y participativa local «No es una camisa de fuerza ni una receta» La creatividad local, las características de los procesos sociales y los tipos de actores son los que determinaran las formas de uso de «los procesos y orientaciones contenidas en la Guía» Presenta 3 partes

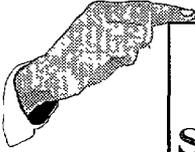
Primera parte. Describe los objetivos de la «guía»

Segunda parte Contiene el Marco Referencial, que enfatiza los puntos más importantes de Las Políticas de Salud, el Plan vida, la Ley de Participación Popular, Ley de Descentralización y la Ley Safco

Una tercera parte Donde se dan los Marcos Conceptuales básicos de planificación, el enfoque y pensamiento estratégico, el proceso de planificación local con sus diferentes etapas y algunos ejemplos con instrumentos de análisis y programación que pueden facilitar un desarrollo mas acelerado y eficiente del proceso

El documento se complementa con dos instrumentos El Manual de Elaboración de Proyectos y la guía con una metodología del Comité de Análisis de la Información (CAI), con información generada durante todo el proceso para el seguimiento de los planes y programas por la comunidad, los municipios y los otros niveles del sector.

Los elementos conceptuales, instrumentales y políticos presentados en este documento han sido el producto del rescate de la experiencia concensuada y de un proceso de validación técnica con los equipos de Planificación de cada una de las Direcciones Departamentales de la secretaria nacional.



**PARTIMOS DE LA  
SIGUIENTE PREMISA:**

Tenemos una deuda social acumulada expresada por necesidades básicas insatisfechas en general, una gran deficiencia en el acceso y calidad a la atención en salud en particular, y la falta de participación comunitaria.

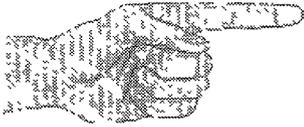
El Gobierno a través de la Secretaría Nacional de Salud, ante esta deuda social acumulada, enfatiza hacer de la participación popular un instrumento que posibilite la equidad en el acceso a los servicios de atención a la salud, siendo que el acceso a la atención es la forma concreta del hacer efectivo este derecho a la Salud.

# I. OBJETIVOS DE LA GUÍA METODOLOGICA DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD



Los objetivos son:

- ✓ Facilitar los procesos de Planificación Participativa
- ✓ Contar con elementos comunes en los niveles Nacional, Departamental y Municipal que permitan incorporar y facilitar la Planificación Participativa como el método de Planificación en Salud.
- ✓ Participar con los demás actores sociales en la elaboración del Plan de Desarrollo Municipal, en el marco de la Planificación Participativa
- ✓ Contar con el Plan Operativo Anual y Programación Presupuestaria desde el nivel local hasta el nivel Departamental.
- ✓ Establecer los elementos de Planificación, Monitoreo, Supervisión y Evaluación necesarios para la ejecución de las Políticas de Salud y la puesta en marcha del Sistema Público Nacional Descentralizado y Participativo en Salud.



## **II. MARCO REFERENCIAL**

### **II. 1. POLÍTICAS DE SALUD.-**

Los profundos cambios de la estructura del Estado generados a través del «Plan de Todos» como política vigente del actual gobierno, tienen como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los bolivianos. Dichos cambios han transformado al poder ejecutivo creando nuevos enfoques y nuevos Ministerios entre los cuales se encuentra el Ministerio de Desarrollo Humano del cual depende la Secretaría Nacional de Salud

Estas transformaciones calificadas como «La moderna revolución sin armas», después de 1952, buscan el beneficio de la población marginada y empobrecida para lograr su desarrollo con equidad y justicia social, a través de la participación. Son estos principios los que dan origen a las «Políticas Nacionales de Salud» que se reflejan en «La Visión» como respuesta emergente a la situación de salud, para reducir el costo social de las principales enfermedades. Estas políticas son el esfuerzo del Gobierno y dan los principios del proceso de la Planificación Participativa bajo 6 pilares fundamentales:

#### **1. Ejercicio del Derecho a la Salud**

Que tiene como propósito fundamental la Cobertura Universal de Salud con accesibilidad, calidad, racionalidad y continuidad, dando prioridad a los niños y mujeres particularmente del área rural, constituyendo estos grupos la población objetivo de la planificación participativa.

#### **2. Transformación y Desarrollo Sostenible del Sistema de Salud**

El Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud (SPDS), es un proceso de transformación para el cambio, al igual que el resto de las instituciones del Estado, busca la articulación funcional y regulación de los subsectores Público, de Seguridad Social, ONGs y Privados, promoviendo de ésta manera la Intersectorialidad.

Este proceso de transformación cambia los roles, funciones y actitudes; en suma se orienta hacia un nuevo pensamiento y actitud en salud. Al asumir este nuevo pensamiento se adopta la planificación estratégica, redefiniendo el modelo de atención y de gestión en salud, fortaleciendo la capacidad de conducir y regular el sector.

Busca la regionalización racional y unificada, (político, administrativa y social), el fortalecimiento de la capacidad gerencial de las Direcciones Departamentales de Salud (DIDES), a fin de implementar estos cambios, el nuevo modelo de atención y gestión y la Planificación Participativa a todo nivel que garantice la satisfacción de las necesidades sanitarias de la comunidad y el desarrollo de la capacidad nacional de financiar la atención de Salud.

### **3. Participación Popular como motor del cambio.**

Es el pilar fundamental sustentado a través de la Ley de Participación Popular que incorpora a los Municipios y la Sociedad Civil en el proceso de formulación, ejecución y fiscalización de la gestión en salud, educación y desarrollo social, siendo la comunidad la base y el principal partícipe del proceso de planificación.

### **4. Salud, Condición y Resultado Del Desarrollo Integral.**

El Sector Salud debe constituirse en el líder del desarrollo integral. La finalidad de todo proceso de desarrollo es mejorar las condiciones de vida de la comunidad, con recursos humanos sanos. Las acciones de salud pueden contribuir a un desarrollo más rápido y sostenible.

### **5. Desarrollo de la Solidaridad Nacional en Salud.**

Establece el financiamiento garantizado de las atenciones básicas en salud, desarrollándose mecanismos de solidaridad en la sociedad dentro de un esquema descentralizado y participativo, tanto en los niveles Nacional, Departamental y Municipal.

### **6. Cambio acelerado y Sostenible de la situación de Salud.**

Se logrará con la implementación del Plan de Acciones Estratégicas (PAE), entre las cuales se destacan las movilizaciones populares, la readecuación de las redes de atención materno-infantil y la adecuación del sistema Nacional de Salud a las leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa, todas estas acciones conllevan a

- ✓ El mejoramiento del estado nutricional de los niños y mujeres gestantes
- ✓ La disminución de la mortalidad materna e infantil, acortando las brechas urbano rurales
- ✓ A la disminución de la morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades y otros problemas de salud prevalentes
- ✓ La reducción de otros factores de riesgo individual, ambiental y ocupacional

## II. 2. EL PLAN VIDA.

La elevadas tasas de mortalidad materna e infantil y la falta de acceso a los servicios de salud, dan lugar a la priorización de la atención integral de la mujer y de los niños menores de 5 años, lo que se constituye en el eje vertebrador de la política de salud del Gobierno Central con los gobiernos Departamentales y Locales y el argumento de concertación para la acción interinstitucional y comunitaria, expresado en el «Plan Vida»

El Plan establece en el nivel local, urbano y rural, los sistemas de cuidado materno-integral y del menor de 5 años con acciones estratégicas concertadas con amplia participación popular y solidaridad entre el sector salud (SNS,CNS,ONGs, Iglesia y privados), Municipios y Comunidad. Estas acciones conformaran e integraran los planes de desarrollo municipal y departamental.

## II 3 LEYES DE PARTICIPACIÓN POPULAR Y DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La ley 1551 promulgada el 20 de abril de 1994, reconoce y articula a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas para mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, incorporando a la sociedad civil en la toma de decisiones, a partir de una justa distribución y mejor administración de los recursos, por su parte la ley 1654 de Descentralización Administrativa delega en el gobierno departamental (Prefectura) la responsabilidad de administrar supervisar y controlar los recursos humanos y partidas presupuestarias asignadas a los servicios personales de salud bajo políticas y normas nacionales, la función de planificar y ejecutar las acciones para el desarrollo socio- económico departamental, con un consejo departamental que supervisa y fiscaliza estas funciones.

En éste contexto las organizaciones comunitarias, los municipios y los gobiernos departamentales son los «nuevos» protagonistas del desarrollo regional y local.

Es importante reiterar que la Participación Popular en Salud, iniciada en 1983 a través de los Comités Populares de Salud, continúan siendo uno de los mecanismos y motor por el cual el sector popular se relaciona con el sector institucional induciéndolo a su favor, basado en el desarrollo de la solidaridad, con poder de crítica, derechos y como sujeto de cambio favorable para la mejora de su propia salud.

Las Secretarías de Desarrollo Humano y las Direcciones Departamentales de Salud, facilitarán y promoverán su organización como expresión legítima de todas las organizaciones populares de base juntas vecinales, sindicatos, organizaciones estudiantiles y otras, evitando toda actitud paternalista o de ingerencia político-partidaria.

El sector salud es uno de los responsables de participar en la consolidación de la estructura Municipal como gobierno local, responsable de dar soluciones técnicas y operativas a las necesidades en salud

Para la adecuada ejecución de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa es fundamental el desarrollo de la Gestión Compartida con participación Popular, que se expresa como el ejercicio de la responsabilidad conjunta en la gestión de la prestación de servicios para la atención de la salud; proceso que se desarrolla entre la Prefectura, los Gobiernos Municipales y las organizaciones comunitarias, para lograr la eficacia en ésta concertación se desarrollarán los directorios locales de salud (DILOS), que serán la instancia de gestión compartida con participación popular correspondiente a una jurisdicción municipal

Los directorios estarán presididos por el representante del gobierno municipal, con participación del responsable de salud de la DIDES (Dirección Departamental de Salud) y del Comité de Vigilancia.

A partir del Proceso de Planificación Participativa, el gobierno local, concertadamente con los sujetos de la Participación Popular con la asesoría y apoyo del sector salud elaborarán Planes y Programas locales, para asegurar que las inversiones y los programas estén dirigidos a la solución de necesidades priorizadas por la población.

En este proceso de planificación se deben considerar los siguientes aspectos definidos en la Ley de Participación Popular:

*Las Atribuciones y Competencias que mantiene la Secretaría Nacional de Salud, de acuerdo a las leyes de Participación Popular y Descentralización son:*

1.- Derecho a normar, definir, evaluar y controlar la aplicación de las Políticas Nacionales de Salud, velando por la mantención de la unidad e integridad en la prestación de servicios de atención a la salud

2 - Responsabilidad de regir los servicios médico-profesionales del Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud, delegados a los gobiernos departamentales

Esto incluye la obligación de remunerar al personal. Supone la capacidad de conducir el desarrollo del Sistema Descentralizado y Participativo en Salud.

3 – Obligación de financiar conducir y asignar a las prefecturas, los recursos para la ejecución de los programas nacionales prioritarios, incluyendo la provisión de los medicamentos esenciales para estos programas.

4 – Responsabilidad de normar, definir priorizar, evaluar y controlar los recursos provenientes de la cooperación internacional, en todas sus vertientes, destinados a programas, proyectos o acciones de salud, a nivel Nacional, Regional y Municipal.

5.– Capacidad de destinar recursos de origen interno, externo, crédito y cooperación internacional, para apoyar al ejercicio de las competencias en salud a los Gobiernos Municipales de acuerdo a las condiciones y contrapartes establecidas para su disponibilidad, dentro la red de Servicios de Salud.

6.– Obligación de Normar, Evaluar, prestar apoyo y asesoría técnica a los Gobiernos Departamentales y Municipales en todo lo concerniente a la construcción, adquisición, mantenimiento y administración de los recursos físicos en salud

7 – Obligación de Definir los criterios técnicos y sociales para la fijación y el Cobro de Tarifas por la prestación de los servicios de salud.

8.– Definir las políticas para el desarrollo de los recursos humanos incluyendo la coordinación en la formación y capacitación de los mismos.

9 – Definir las necesidades de cooperación externa en las áreas técnica y financiera para coordinar la misma a través de las instancias pertinentes.

10.- Elaborar la política y normas técnicas de acreditación de los servicios de salud, al cual deben dar cumplimiento obligatorio todos los integrantes del Sistema Público Descentralizado y Participativo en salud (SPDPS)

11 – Desarrollar y mantener el Sistema Nacional de Información en Salud con la finalidad de asegurar la equidad, la vigilancia de la situación, los riesgos a la salud, la orientación integral de las acciones y estrategias para el control de los problemas de salud. El sistema de información será accesible a todos los niveles y participantes de la gestión y control del sistema descentralizado y participativo de salud



*A nivel Departamental la Ley 1654 de Descentralización Administrativa delega a las Prefecturas:*

La organización de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano de la cual depende, la Dirección Departamental de salud (DIDES) que estará conformada por tres unidades:

- ✓ De vigilancia epidemiológica, supervisión y evaluación de la ejecución de los programas nacionales.
- ✓ De Planificación y Servicios, encargada de organizar y administrar las redes de servicios de salud del Departamento, velando por el desarrollo armónico y proporcional de las mismas.
- ✓ De gestión y capacitación de Recursos Humanos.



*Esta Dirección Departamental será responsable de las siguientes funciones ante la Prefectura y los Municipios*

- ✓ Aplicar las políticas de salud, estrategias generales, programas nacionales y proyectos especiales en el Departamento
- ✓ Elaborar el Plan Departamental de Salud tanto en sus aspectos de inversión pública como de estrategias de intervención para el control de los problemas, en base a los planes de desarrollo municipal y las necesidades de coordinación y funcionalidad departamental.
- ✓ Apoyar técnicamente en la conformación y conducción de las Redes de Servicios de Salud dentro de su territorio

- ✓ Asignar a los municipios de su jurisdicción los recursos humanos para los Centros de Salud y Hospitales de Apoyo dentro de las normas y procedimientos establecidos por la Prefectura y en el marco de la Política Nacional de Recursos Humanos
- ✓ Asignar a los municipios de su jurisdicción los recursos de los programas nacionales definidos por la Ley de Participación Popular y su Reglamento
- ✓ Apoyar a los Directorios Locales de Salud (DILOS), Directorios de hospitales de apoyo y municipios en la definición de las tarifas y aranceles de los servicios de salud dentro del marco de los criterios técnicos nacionales.
- ✓ Desarrollar los procesos de información en salud para la vigilancia epidemiológica, análisis de situación municipal y departamental, supervisión, evaluación y seguimiento de las políticas, estrategias, programas, acceso seguridad y calidad de la atención tanto departamentales como locales.
- ✓ Apoyar a los municipios en contingencias de riesgo a la salud (epidemias, desastres, etc ), en la formulación y ejecución de programas intermunicipales para el control de problemas de salud
- ✓ Desarrollar los programas departamentales de capacitación y formación de recursos humanos en salud en el marco de sus competencias.
- ✓ Garantizar la funcionalidad del sistema de referencia departamental; acceso de cualquier ciudadano a los diferentes centros de referencia y tratamiento, adecuada gestión de los centros de referencia tanto de nivel departamental como municipal
- ✓ Implementar el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales y apoyar el desarrollo de subsistemas de suministros intermunicipal y departamental
- ✓ Apoyar técnicamente a los municipios, Directorios y otros actores departamentales en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos y programas en salud.



*Las competencias del responsable de salud de las DIDES en el Ambito Municipal.*

A nivel de Municipio, una mancomunidad de municipios, un Distrito Municipal o una agrupación de distritos municipales, se constituirán los directorios y las Direc-

ciones de Hospitales de apoyo en Salud, encargadas de gestionar los recursos para salud en el ámbito de su jurisdicción y velar por la ejecución de planes, programas proyectos así como la vigilancia de la situación de salud

Cada una de las unidades tendrá un responsable sectorial cuyas funciones básicas son las siguientes:

- ✓ Apoyar al Municipio, a las comunidades y Centros de Salud en la elaboración del componente de salud del Plan Municipal de Desarrollo y la consiguiente Programación Anual Operativa, incorporando la aplicación de las políticas, programas y estrategias nacionales y departamentales de acuerdo al perfil epidemiológico local.
- ✓ Identificar la coherencia del Plan de Desarrollo Municipal con el componente de salud del Plan, Programas de salud y lograr su potenciamiento recíproco.
- ✓ Supervisar y coordinar la adecuada ejecución de los programas y presupuestos de los Centros de Salud y Hospitales de Apoyo de su jurisdicción, informar a la DIDES de la evolución de los mismos
- ✓ Desarrollar el proceso de análisis de la situación de salud, riesgos, cumplimiento de las políticas, la calidad, cobertura, eficiencia y equidad de los servicios prestados por los centros y hospitales, apoyar al gobierno municipal en la identificación de necesidades de intervención en salud tanto programáticas como de inversión
- ✓ Apoyo continuo a los Centros de Salud a fin de garantizar su funcionalidad.
- ✓ Analizar las dificultades y restricciones que afectan a los habitantes del municipio en su acceso a las redes departamentales de referencia, presentar al municipio y la DIDES estas restricciones para su solución
- ✓ Elaborar los informes regulares de la ejecución e impacto de las acciones en la situación de salud. (organización técnica de la evaluación de las acciones y situación de salud del Municipio).
- ✓ Apoyar en la organización del programa de capacitación y educación en salud del Municipio, tanto al personal institucional como a la comunidad.
- ✓ Identificar las necesidades de acción intermunicipal en salud.

*Las Competencias en Salud transferidas a los Municipios por la Ley de Participación Popular son:*

1 – Propiedad sobre los bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los Servicios de Salud, que comprende: Hospitales de II y III nivel, Hospitales de Distrito, Centros de Salud de Area, Puestos Sanitarios, (sectores), que administrativamente están bajo la responsabilidad de los Gobiernos Municipales Excepto los Institutos (INLASA – IBBA)

2 – Obligación de administrar, mantener y renovar los bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los Servicios Públicos de Salud, tomando en cuenta el apoyo y asesoría técnica de la Secretaría Nacional de Salud

3 – Capacidad en el marco de las políticas nacionales y departamentales a tomar decisiones sobre la inversión social en salud.

4.– Administrar los recursos generados por la prestación de servicios y asegurar su uso exclusivo en la atención de salud.



Fiscalizar, Supervisar y Proponer el cambio o la ratificación de los funcionarios del sector salud, con arreglo a los reglamentos sobre la materia y precautelando la eficaz prestación del servicio, por gestión directa o a solicitud de las OTBs y del Comité de Vigilancia



La Participación Popular se manifiesta adicionalmente en salud a través de la puesta en marcha de la Gestión Compartida, la cual se define como el ejercicio de la responsabilidad conjunta en la prestación de servicios para la atención de la salud entre la prefectura, los gobiernos municipales y las organizaciones de base



***Organización Territorial de Base (OTB)***

Se otorga personería jurídica a las organizaciones sociales a través de su agrupación en organizaciones territoriales de Base con capacidad para:

- a) Proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras, su mantenimiento, protección y la prestación de servicios públicos entre ellos de salud, de acuerdo a las necesidades comunitarias
- b) Participar y cooperar en la administración de los servicios públicos de salud.

- c) Proponer el cambio de las autoridades sanitarias y funcionarios del sector salud dentro de su territorio, de acuerdo a los procedimientos establecidos por Ley.
- d) Los Comités Populares de salud, sin perder su esencia original, potenciarán a las OTBs para convertirse en activistas de la defensa colectiva de la salud

El Comité de Vigilancia de cada Municipio, es un nexo entre las OTBs y el Gobierno Municipal, para el ejercicio de los derechos de participación popular y como espacio de institucionalización del control popular sobre los servicios públicos de salud

En función a que estas leyes crean un marco donde la función de salud pública y la prestación de servicios son de responsabilidad compartida entre el gobierno nacional y prefectural, los municipios y las comunidades, obliga a que la gestión en salud sea de carácter compartido y participativo

Por lo cual en cada municipio o mancomunidad de municipios, se organizará un directorio local de salud DILOS, que será la instancia de gestión compartida correspondiente a una jurisdicción municipal



### *Funciones de los directorios*



Organizarse internamente elaborando sus propios estatutos y reglamentos en base a los criterios y lineamientos generales de la Secretaría Nacional de Salud.



Proponer al gobierno municipal el componente de salud del Plan de Desarrollo Municipal, así como el presupuesto correspondiente y apoyar la negociación y aprobación del mismo, así como velar por el cumplimiento de las partes



Aprobará la distribución de los recursos humanos de los centros de salud y hospitales en base a la propuesta elaborada por el responsable de la DIDES



Realizará el seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan Estratégico y Operativo de salud, así como el desarrollo de las acciones en cada uno de los centros de salud.



Proponer, analizar y aprobar las modalidades de atención y organización de la red local de salud

- ✓ La negociación de convenios en salud con los distintos actores sociales del municipio y someterlos a su aprobación final por el Honorable Consejo Municipal.
- ✓ Aprobar los distintos reglamentos de los establecimientos de salud tanto en los aspectos operacionales técnicos y financieros.
- ✓ Aprobar el área de influencia de los centros de salud.
- ✓ Vigilar el adecuado uso de los recursos en salud.
- ✓ Analizar los informes y situación de salud identificando necesidades de intervención.
- ✓ Los hospitales de apoyo podrán organizar instancias de gestión compartida con participación popular esto es directorios de los hospitales de apoyo con la misma estructura del DIDES. En el caso de que el hospital sea docente se podrá invitar a participar en el directorio a un representante de la Universidad. El Directorio del Hospital será responsable de la conducción y gestión del hospital, pero no de la ejecución de los programas operativos del mismo, función que le atañe a la Dirección del Hospital (vease competencias y funciones del directorio del Hospital señalados en el Reglamento Nacional de Hospitales).



### *Recursos Financieros*

Los Municipios cuentan con los siguientes recursos para los servicios de salud:

- ✓ Coparticipación Tributaria
- ✓ Recursos de Generación Local
- ✓ Ingresos Propios del Gobierno Municipal

#### *Coparticipación Tributaria:*

Son fondos del TGN transferidos a los Gobiernos Municipales distribuidos per cápita, según el número de habitantes del Municipio, de acuerdo al censo nacional de 1992, de los cuales el 90 % deberán ser utilizados en inversiones públicas. Los Gobiernos Municipales deciden la asignación global destinada a Salud y los Directorios su asignación a las distintas necesidades identificadas a través del proceso de Planificación Participativa

En salud estos fondos pueden ser utilizados para infraestructura, equipos, fondos de contrapartida, materiales y suministros correspondientes a proyectos de inversión, ejecutados mediante el contrato de obra, intereses y/o amortización de la deuda pública.

### ***Recursos de Generación Local:***

Reemplazan lo que antes se denominaban como recursos propios.

Estos ingresos generados por los establecimientos de salud serán administrados por los Municipios, pero se invertirán en un 100% en la red de servicios de salud. Los Directorios de Salud conformados por DIDES, MUNICIPIO Y OTBs decidirán las formas de generación, asignación y uso de estos recursos, que deben ser orientadas principalmente a Compra de insumos y suministros, pago de los servicios básicos

No serán objeto de recuperación de costos las atenciones básicas de Atención Prenatal, Crecimiento y Desarrollo, PAI, IRA, EDA y Cólera, Malaria, Tuberculosis, Micronutrientes.

### ***Ingresos Propios del Gobierno Municipal.***

Los ingresos generados por patentes municipales de locales que prestan servicios de salud· multas, inspecciones sanitarias, etc podrán de acuerdo a la voluntad municipal, ser invertidos en salud.

Los fondos obtenidos de la cooperación externa serán asignados a través de la Secretaría Nacional de Salud

## **II.4. LEY 1178 (SAFCO)**

Es el sistema de administración fiscal y control gubernamental establece aspectos normativos para:

Programar, Organizar, Ejecutar y Controlar el uso eficaz de recursos públicos, para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.

La ley 1178 a través del ordenamiento de la administración pública y de la información sobre su gestión, busca fijar responsabilidades como el mejor medio de lucha contra la corrupción e impunidad, apunta a corregir el desinterés ciudadano

mentos necesarios de información, permitiendo a las autoridades gubernamentales contar con los medios gerenciales fundamentales para la adecuada toma de decisiones, y permite a la comunidad estar informada de su gestión

Elaborado el Presupuesto Municipal, concordante con su Plan Operativo Anual, al final de gestión se debe rendir cuentas correspondientes a la ejecución presupuestaria por actividades, metas y responsables, (incluye los fondos de cooperación externa, crédito y donaciones) de acuerdo a disposiciones del sistema de administración y control establecidas por la Ley 1178 (Ley SAFCO); éstas normas se ejecutan por responsabilidades, el omitirlas privaría la asignación de recursos para la siguiente gestión.

Este marco referencial es la base ideológica para encarar un proceso técnico que constituye la planificación en salud, inmerso en el ámbito de la realidad nacional.



### III. MARCOS CONCEPTUALES

#### III. 1. PLANIFICACIÓN

La Planificación consiste en la aplicación de una secuencia lógica de pensamiento, en el cual se define a qué problemas se dará prioridad, el tipo de soluciones e intervenciones apropiadas, las estrategias y recursos, la mejor forma de organizarse, se definen cuantas y cuales actividades serán requeridas y seleccionadas, se estima la cantidad de recursos para ejecutarlas y se distribuyen las responsabilidades en el marco de los criterios de eficiencia, eficacia, efectividad y equidad

*Planificación es la reflexión para la acción*

#### III. 2. PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA.



Es un método democrático para intervenir y concertar las acciones de solución a los problemas o situaciones que afectan a la sociedad y le impiden lograr sus objetivos

Se concibe como el instrumento técnico que facilita la interacción social indispensable para llegar a un conocimiento e intervenciones de las necesidades, demandas y problemas de la población considerada como sujeto de su propia reivindicación. Junto con la población se deben definir además los recursos disponibles, los objetivos y metas factibles, la organización requerida y la participación que corresponde a cada uno de los actores, en un proceso de concertación social, para el

logro de metas concretas que contribuyan a mejorar los niveles de salud, al bienestar y desarrollo integral de toda la colectividad

Como se podrá apreciar por la descripción previa, el espectro de negociación del sector salud en esta nueva y revolucionaria estructura nacional se ha ampliado enormemente y nos permite actuar con mayor base de sustentación social en el planteamiento de la política de salud.

Es obligación del sector salud en general, de cada DIDES en particular y en especial del responsable municipal, establecer lazos profundos de coordinación con los Gobiernos Municipales, para así poder estructurar políticas locales de salud que respondan a las necesidades de la población, que sean sostenibles a través de la participación de los Gobiernos Locales, las OTBs y los Comités de Vigilancia.

El Lineamiento general para el proceso de Planificación Participativa Municipal en Bolivia, acordados por las distintas secretarías e instancias del gobierno, plantea que debe existir un único proceso de Planificación Participativa, conducido por el gobierno Municipal y el apoyo técnico de las prefecturas.

### **III. 3. PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD**

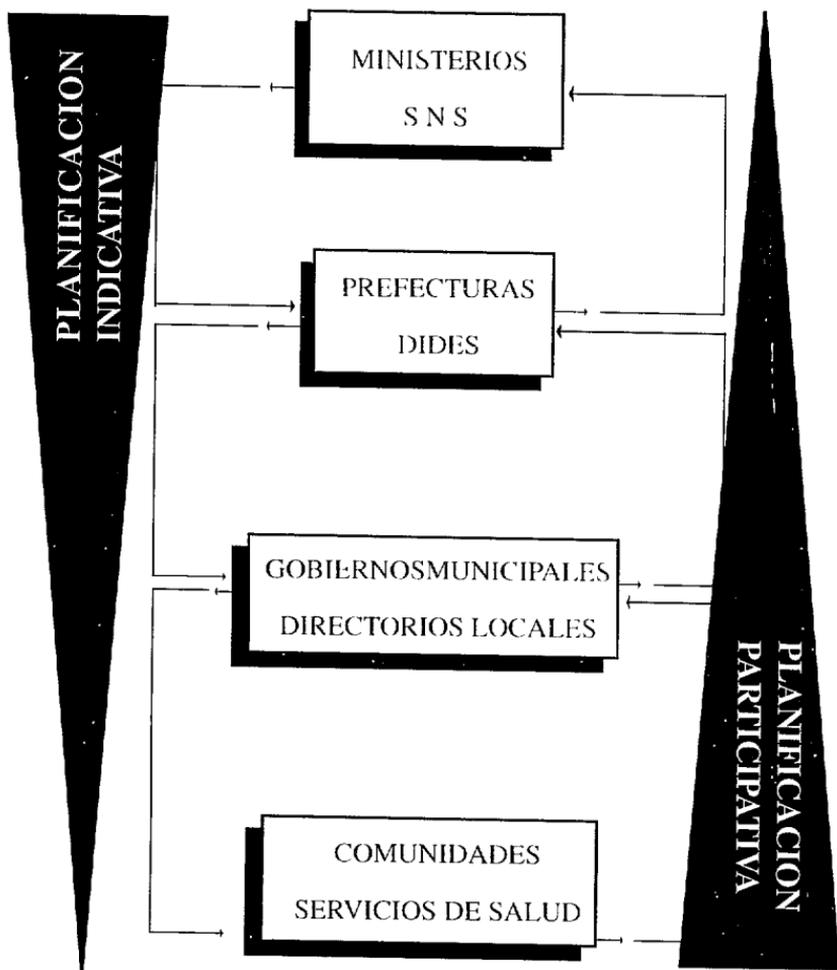
La Ley de Participación Popular, introduce la variable territorial en la sección de provincia (Municipio), otorga competencia en los ámbitos urbano y rural al gobierno municipal y crea mecanismos de control social sobre la inversión y el gasto municipal de los recursos.

Se inicia un «nuevo» proceso de planificación que articula la planificación indicativa, que baja de los Ministerios hacia los Gobiernos Municipales, con la Planificación Participativa Local, que sube de las OTBs hacia los Gobiernos Municipales, (ver cuadro flujo de planificación).

Los protagonistas del desarrollo municipal, (OTBs, sus Asociaciones y los Comités de Vigilancia) a través de la Planificación Participativa, conjuntamente con las instituciones gubernamentales, toman decisiones para la administración de los recursos de acuerdo a las necesidades que ellos prioricen.

Cada Sección de Provincia o Municipio es el marco geográfico político básico para la planificación y gestión de la atención a la salud. La instancia de Planificación Gestión compartida es el Directorio Local de Salud, conformado por: El representante del gobierno municipal, como presidente del directorio, la DIDES o su delegado en representación de la Prefectura y de la Secretaría Nacional de Salud y

# FLUJO DE PLANIFICACIÓN (INDICATIVA - PARTICIPATIVA)



un representante del comité de vigilancia por delegación de las Juntas Vecinales, de las comunidades campesinas y/o pueblos indígenas

La LPP crea la mancomunidad de municipios, que permite a dos o más municipios encarar la solución conjunta, de problemas comunes.

Una mancomunidad en el contexto de la LPP es conformada entre municipios de menos de 5000 habitantes y Municipios de mas de 5000 habitantes, pero para efectos de la Planificación Participativa en Salud, varios Municipios indistintamente de su población pueden asociarse libremente para resolver problemas comunes en Salud, por ejemplo, el financiamiento de un Hospital, la lucha contra el cólera, Malaria, Chagas, etc. en ese caso dicha asociación de Municipios es apoyada por la DIDES.

El proceso de Planificación Participativa es el método que permite el máximo de integralidad, equidad, sostenibilidad para la optimización del impacto en las inversiones y el uso de los recursos, permite la concertación democrática

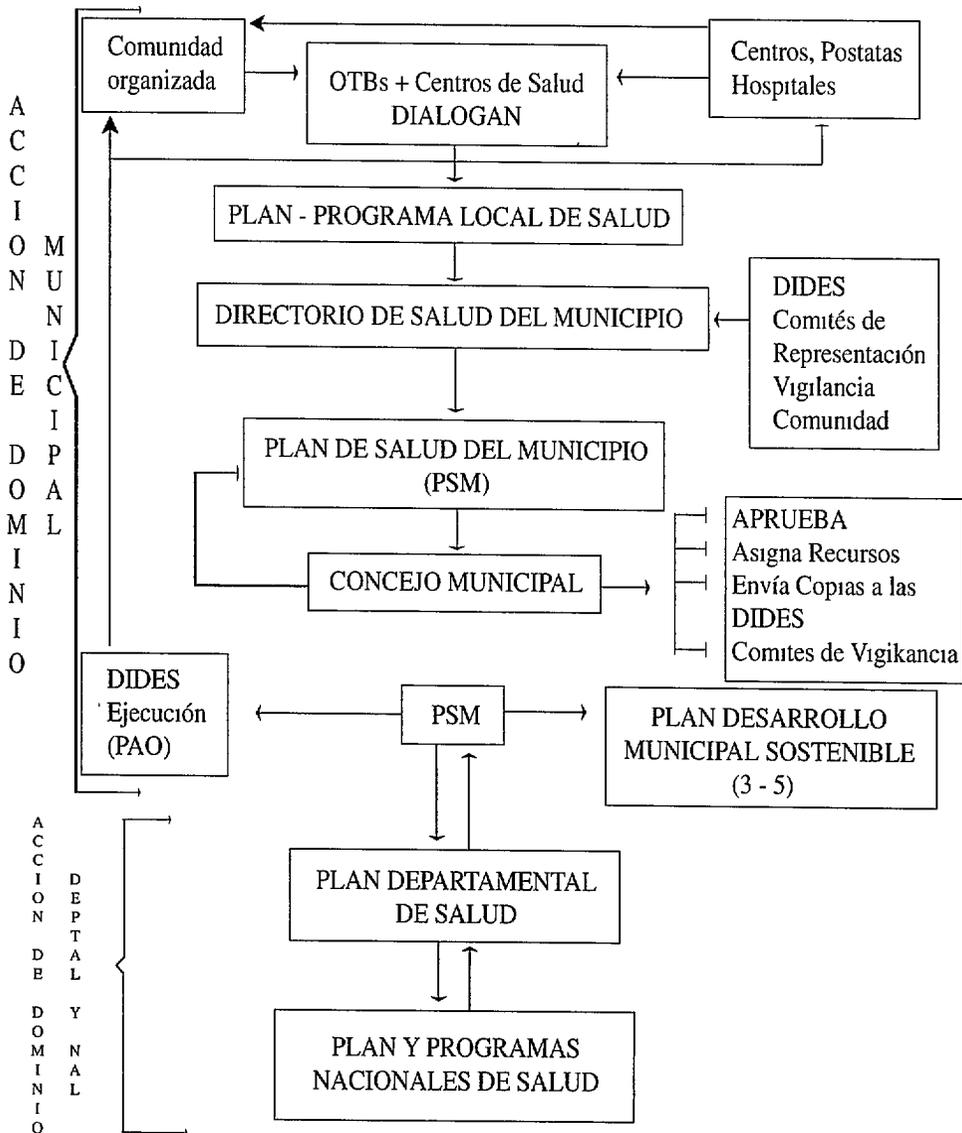
Es claro que una planificación participativa y estratégica conllevan a una administración participativa y estratégica, lo que obliga a un nuevo estilo de gestión en salud, concertador, movilizador de voluntades, con excelencia técnica para asegurar la eficiencia y eficacia social en el uso de los recursos.

EL Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República (PGDES) supera los enfoques reduccionistas y sectorialistas de desarrollo, en éste marco las normas básicas de los sistemas de planificación (SISPLAN), de inversión pública y de Programación de Operaciones permiten operar la nueva estructura del Estado de una forma coordinada en adecuación de las competencias claramente establecidas .

Política y administrativamente, la ampliación de competencias municipales y la definición de un nuevo ámbito territorial de jurisdicción, obliga al Gobierno Municipal, a la Secretaria Nacional y Direcciones Departamentales de Salud (DIDES) a velar por la integralidad del desarrollo local y por la interconectividad en la planificación, no sólo a nivel intersectorial, sino en los niveles intermunicipales, departamentales y Nacional.

El Sector Salud, (SNS, CNS, Iglesia, ONGs, etc), debe estar articulado en éste proceso de Gestión y Planificación Participativa, a fin de que este tenga un carácter integral.

# PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD



El elemento central de este proceso es la gestión compartida con participación popular, dentro de un esquema de control social y administrativo cruzado (comite de vigilancia, concejos, OTBs, usuarios, gobierno central, entre otros)

Igualmente, los planes integrales participativos Municipales, deben incorporarse y relacionarse con los planes y programas estratégicos departamentales y nacionales de mediano y largo plazo.

Finalmente la Planificación Participativa es el instrumento ideal para el desarrollo del nuevo modelo sanitario, que surge como una respuesta institucional de salud al proceso de transformación del Estado y del sector salud.

#### **IV. METODOLOGIA DE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD**

##### *Conceptualización Metodológica*

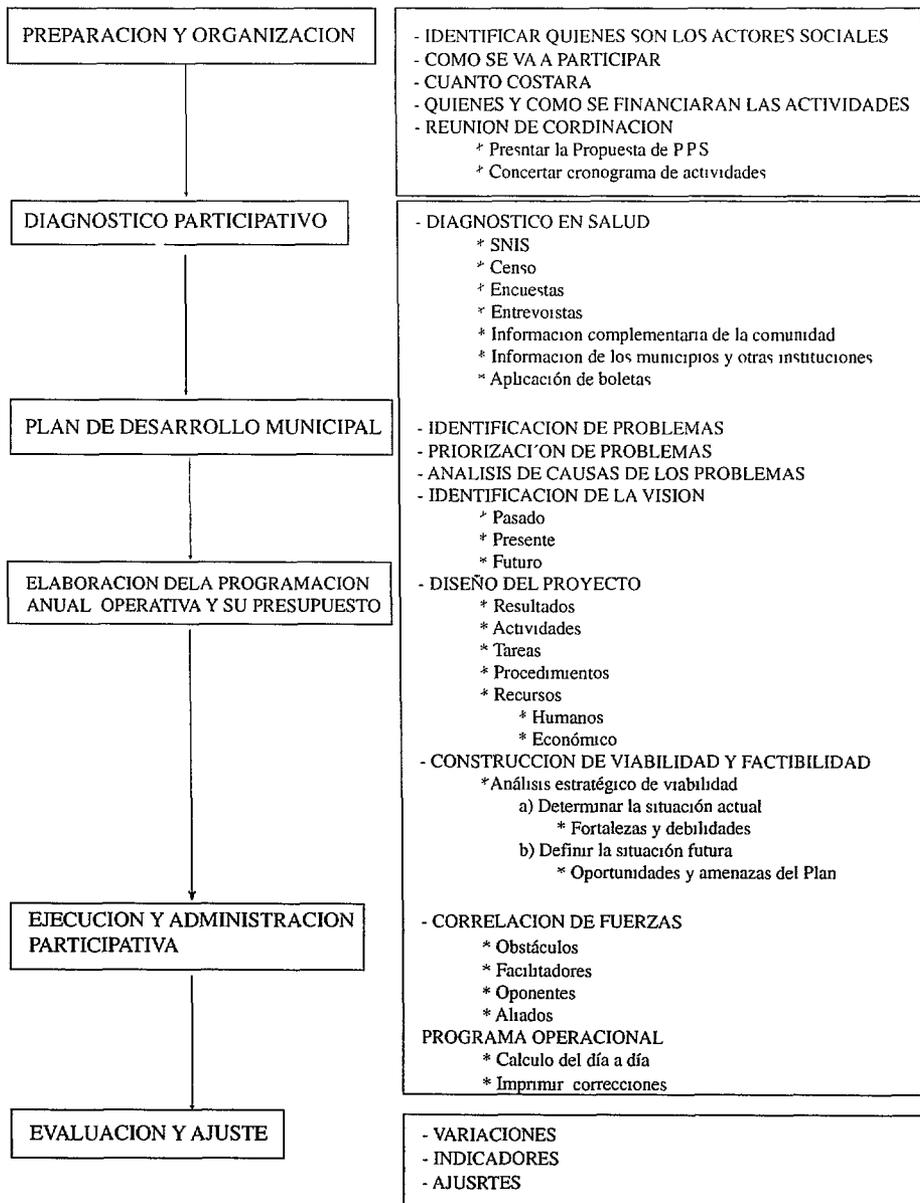
La propuesta metodológica de la planificación participativa para la formulación de planes operativos municipales de salud, considera las siguientes bases conceptuales

- a) Es la aplicación de una metodología que permite (antes de adoptar), analizar críticamente y comprender la realidad de la situación de salud del municipio, debiendo desarrollarse un proceso lo suficientemente flexible como para ser construido paso a paso, en la realidad cambiante en que nos movemos, sin perder de vista, los objetivos y metas propuestos por las Políticas de Salud
- b) Se conceptualiza la Planificación Participativa local dentro del campo de la Planificación Estratégica, desarrollada de forma participativa con los diferentes actores sociales comunitarios e institucionales, estableciendo momentos secuenciales lógicos, con la utilización de instrumentos diseñados en formatos sintéticos y sencillos.

El concepto «Estratégico» se utiliza en el campo de la planificación con un sentido mayormente instrumental, respondiendo al «Como» operativizar políticas. El lineamiento «estratégico» fue pensado partiendo del supuesto que deberíamos actuar en situaciones de conflicto y eventual enfrentamiento, considerando los cambios propuestos por la Ley No. 1551 de Participación Popular en la realidad comunitaria, Municipal e Institucional.

- c) Consideramos la Planificación como «Una reflexión antes de la acción». Tradicionalmente la Planificación se ha asentado sobre oficinas especializadas de

# FLUJOGRAMA DE METODOLOGIA



# CONTENIDOS MINIMOS DE LAS ETAPAS

ETAPAS	RESULTADOS	MODALIDADES
1 Preparación/Organización	* Firma Convenio Municipal Institucional (Plan de trabajo Concentrado)	Proporción para la participación de los sujetos de la PP Acuerdo entre G M y representantes de los sujetos de la PP
	* Firma del Convenio Interinstitucional	Acuerdo entre G M representantes locales de los sectores e Instituciones de Desarrollo
	* Firma del Contrato de Ejecución	Negociación entre G M, con financiadores representantes de los sujetos de la PP y la entidad de ejecución
2 Diagnóstico	* Aprobación de cuadros de salida	Asentamiento de los representantes de los sujetos de la PP
2.1 Diagnóstico Participativo	* Diagnóstico por OTB	Diagnóstico Participativo en cada OTB facilitado por un hombre y una mujer
2.2 Diagnóstico indicativo y del marco institucional	* Capítulos Correspondientes del PDM	Elaboración por su equipo técnico
2.3 Informe de Diagnóstico	* Diagnóstico consolidado según índice y contenido mínimo	Elaboración por su equipo técnico
3 - Plan de Desarrollo Municipal Sostenible	* Validación del diagnóstico consolidado	Concertación entre G M y representantes de los sujetos de la PP con participación de Sectores y la CORDE
	* Formulació y aprobación de objetivos y estrategias	
	* Priorización de la demanda	
	Propuesta del Plan de Desarrollo Municipal (PDM), contenido	Elaboración por su equipo técnico
	* Diagnóstico Validado	
	* Objetivos y estrategia de Desarrollo	
	* Plan de Inversiones	
	* Acciones Asociadas	
* Identificación de temas pendientes		
* Estrategias y acciones de financiamiento		
* Medidas para la institucionalización del PDM		
Propuestas para la compatibilidad del PDM con las políticas sectoriales y regionales	Informes de las autoridades sectoriales y de la CORDE con sus observaciones y acuerdos	
Concentración Social del PDM	Informe del comité de Vigilancia con sus observaciones y acuerdos	
Concentración inter-municipal del PDM	Consulta con los G M colindantes para formular propuestas de compatibilización al PDM	
Aprobación del PDM	Consideración y aprobación del Consejo Municipal de la propuesta de PDM, armonizándola con las observaciones sectoriales, de la CORDE, del C V y de los G M colindantes	
Compromiso Inter- Institucional para la ejecución del PDM	Reuniones de concertación a iniciativa del Consejo Municipal	
4 - Planes Anuales Operativos del PDMS	PAO GM en conformidad al PDM	* Pronunciamiento del C V
	PAO's Sector Público en conformidad al PDM y al PAO del GM	* Aprobación del Consejo Municipal * Negociación en función del convenio Inter-Institucional
5 - Ejecución y Administración participativa	* Participación Social de los beneficiarios	* Según tipo y características por proyecto
	* Transferencia total o parcial de la administración de los proyectos * Control Social de la ejecución de los proyectos del PDM	* Informe del seguimiento y avance de las OTB's Asociados * Pronunciamiento sobre la rendición de cuentas del GM
6 - Evaluación y ajuste	Implementación de ajuste al PDM	* Elaboración de informes de evaluación y segmentaciones por la adm. municipal * Reunión interinstitucional para análisis y evaluación de informes * Pronunciamiento por el C V * Aprobación del Informe y definición de medidas de ajuste por el Consejo Municipal

Planificación Participativa Municipal

Planificación, con profesionales entrenados para tal efecto, en éste sentido se debe considerar más cercana la Planificación, al cálculo intuitivo de quienes efectivamente toman decisiones, antes que un mero cálculo de escritorio de quienes tienen poco que ver con la acción, es decir planifican los actores sociales.

La Ley de Participación popular determina que las OTBs tienen como deberes « Identificar, priorizar, participar y cooperar en la ejecución de obras para el bienestar colectivo . » (Art 8vo del capítulo II) Quiere decir »PLANIFICAR«

El proceso de planificación es continuo No tiene un comienzo ni un final claramente diferenciados; pasa por distintas etapas No obstante ciertos pasos son más estratégicos que otros o hay elementos de ciertas etapas que requieren mayor análisis y conducción por lo que se utiliza el concepto de momento, para identificarlos.

**VER/SER – DEBER/SER – PODER/SER**, bajo el siguiente esquema

<b>Ver/Ser</b>	<b>Deber/Ser</b>	<b>Poder/Ser</b>
Análisis de situación 1	Identificación de la visión 3	Construcción de Viabilidad 5
Investigación de problemas 2	Diseño de Proyectos 4	Programa Operacional 6

**EL VER/SER**, (momentos 1 y 2 Planificación Estratégica), se refiere fundamentalmente a la claridad sobre la situación actual del municipio, o el diagnóstico participativo que se construye con la información primaria e información secundaria obtenidas mediante técnicas participativas.

**EL DEBER/SER**, (momentos 3 y 4 Planificación Estratégica), se refiere a la claridad sobre la visión o la proyección a futuro del municipio o mancomunidad objeto del proceso, construyendo finalmente diseños o perfiles de proyectos como instrumentos de viabilización de la Visión en base a la nueva realidad, con la Ley de Participación Popular.

**EL PODER/SER**, (momento 5 y 6 Planificación Estratégica), se refiere al análisis de la viabilidad y factibilidad de las propuestas de mejora de la situación de salud que parten de la visión, considerando Fortalezas y debilidades internas y oportunidades y amenazas externas, institucionales y municipales que permitirán la concertación, ejecución y control de los planes operativos de salud, articulados al plan de desarrollo municipal.

La Planificación Participativa local, por el cambio que promueve, requiere durante todo el proceso la aplicación del Enfoque Estratégico.

El proceso de Planificación Participativa en Salud utilizará las mismas etapas propuestas por la Secretaría de Participación Popular, pero se fortalecerá con la lógica e instrumentales del Enfoque Estratégico de Planificación

#### **IV. 1 ETAPAS DE LA PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD**

-  Etapa 1ra. La Preparación y la Organización.
-  Etapa 2da El Diagnóstico Participativo
-  Etapa 3ra. El Plan de Desarrollo Municipal Sostenible
-  Etapa 4ta La elaboración de la Programación Anual Operativa y su Presupuesto
-  Etapa 5.ta. La Ejecución y Administración Participativas
-  Etapa 6ta. La Evaluación y Ajuste

#### **IV. 2 Etapa 1ra. La Preparación y Organización**



Esta etapa se refiere a «Ponernos en condiciones de desarrollar la Planificación Participativa en Salud». Debemos identificar:

- ✓ Quienes son los actores sociales comunitarios e institucionales o participantes
- ✓ Cómo se va a participar?
- ✓ Qué se va a obtener?
- ✓ Qué actividades se requieren hacer?
- ✓ Cómo y quién las hará?
- ✓ Cuándo y dónde se ejecutarán dichas actividades?
- ✓ Cuánto costará? y
- ✓ Quienes y cómo financiarán dichas actividades?

En Salud, este se constituye en un primer momento organizacional, porque de la manera como se organice, existirá o no la posibilidad del Liderazgo de la Salud

Para el proceso de Planificación Participativa en Salud (PPS) se debe contar con la participación de todas las organizaciones de la comunidad (OTBs, Comités Populares de Salud, Juntas de vecinos, sindicatos, comunidades campesinas, etc ) y los proveedores de la atención en Salud

Es en este momento en que se definirán los roles de cada uno de los actores sociales o participantes: OTBs , Municipios, ONGs. y otros, bajo la presidencia y conducción de los Directorios de Salud de cada Municipio, los cuales, conjuntamente con el equipo técnico local de la Secretaría, serán los responsables de dirigir y desarrollar el proceso de Planificación Participativa en Salud (PPS).

Una manera de lograr esta participación, es que cada establecimiento de salud desarrolle el proceso de la PPS, cuyos resultados se elevaran al Directorio. Por lo tanto cada establecimiento (unidad de producción de servicios según la Ley Safco), deberá tener un plan operativo y programación presupuestaria

*El proceso de la PPS, a nivel del Municipio  
como a nivel de establecimiento, deberá contar con  
el apoyo logístico y técnico de las  
DIDES - PREFECTURAS*

Instrumentos:

- ✓ Reunión de Coordinación
- ✓ Talleres de concertación
- ✓ Talleres de capacitación
- ✓ Asambleas comunitarias
- ✓ Convenios interinstitucionales

### **Proceso de Organización**

- a) Los responsables del proceso de la Planificación Participativa municipal (PPM) bajo la conducción del Gobierno municipal, deberán tomar contacto personal o por escrito con los actores sociales comunitarios e institucionales, a fin de establecer una reunión de coordinación, fijando fecha, hora y lugar. El sector Salud debe participar
- b) Presentarán en la reunión de coordinación la propuesta de Planificación Participativa en Salud (PPS), y se concertará la capacitación de todos los actores ya sea en reuniones o en seminarios talleres, para propiciar la discusión, modificación y apropiación de la propuesta en base a las experiencias locales
- c) Concertar el cronograma de actividades que propone la metodología de la Planificación Participativa.

Es importante definir todos los mecanismos de consulta popular (Ejemplo: Asambleas Municipales y locales).

Los resultados de esta etapa se centran en lograr el conocimiento de la LPP, la adecuación y apropiación de la PPM, el compromiso de participación de todos, organizar un grupo interinstitucional de apoyo a la Planificación participativa y un programa de trabajo para desarrollar la PPM concertado, y refrendar este compromiso con un convenio

El convenio deberá explicitar como participará cada actor, el financiamiento y las responsabilidades de mantener la integralidad y equidad en el proceso de PPM.

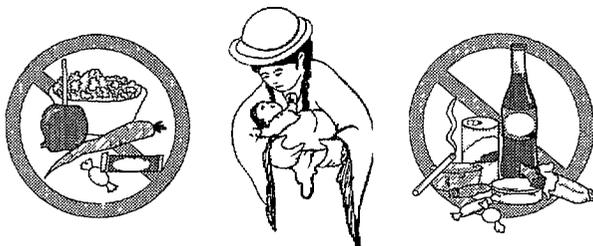
Todos estos documentos y/o resultados se presentarán para su discusión y aprobación a la asamblea municipal, la cual culminará con el plan de trabajo ajustado y aprobado.

En este momento el directorio de salud del municipio organizará el equipo de trabajo en salud y establecerá, en coordinación con el grupo interinstitucional, su cronograma de actividades.

Ejemplo: Matriz de Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES	TAREAS	CALENDARIO	RESPONSABLE

### IV. 3 Etapa 2da.. El Diagnóstico Participativo



Constituye la base de la Planificación Participativa Salud (PPS) y permite identificar los problemas más relevantes de salud en la comunidad (este es el momento del Análisis de la Situación).

El análisis de la situación de salud se desarrollará a través del autodiagnóstico en cada OTB o conjunto de OTBs de cada Centro de Salud utilizando técnicas participativas propias de la comunidad que permitan el conocimiento compartido tanto de los problemas y necesidades, los funcionarios de salud constituyen el apoyo técnico y metodológico del proceso. Esta responsabilidad implica que todos los funcionarios de salud participen en los talleres de facilitadores que el PPM organizara para capacitar al personal en las técnicas y utilización de instrumentos diseñados para desarrollar los autodiagnósticos.

La recolección de información podrá ser realizada a través de

- ✓ Asambleas Comunales,
- ✓ Entrevistas a informantes claves y otras
- ✓ Utilización de encuestas, investigaciones
- ✓ Aplicación de matrices de identificación de problemas, priorización de problemas y análisis de causas.

✓ Base de datos del SNIS por Municipio y Centro de Salud.

Esta etapa es alimentada con la información básica generada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y los diagnósticos locales

La sistematización, el análisis y comparación de la información constituirá una aproximación diagnóstica de la situación general y particular en Salud del Municipio

Cada Centro de salud con sus OTBs realizará su propio diagnóstico, lo discutirá y lo consensuará

Los distintos diagnósticos serán armonizados a nivel del Municipio, los mismos deben mostrar claramente las debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas (análisis FODA) que tiene en Salud el Municipio y qué se requiere.

*La comunidad debe cambiar su rol de receptor de los servicios, por el rol de protagonista en la toma de decisiones, en el diseño y selección de sus propias opciones en salud*

### **Identificación de Problemas:**

Se realizará a partir de la información recolectada en base al análisis de las condiciones de vida en que se desarrolla el proceso salud– enfermedad; no olvidemos que estas determinan en última instancia, el nivel de salud.

La Planificación Participativa en Salud (PPS) asume que la comunidad organizada, no sólo percibe sus necesidades, sino que las siente y puede contribuir a resolverlas

A través de la Planificación Participativa en Salud (PPS) se le crean condiciones de acceso a instrumentos técnicos para optimizar esas formas de solución, las que articuladas con la Ley de Participación Popular, constituyen el poder concreto para revertir las condiciones adversas de desarrollo local y de salud específicamente

Las carencias que los Municipios necesitan satisfacer (necesidades, obstáculos, conflictos, aspiraciones, valores, daños, tipos y niveles de riesgo), para efectos de la programación los designaremos con el término genérico de «Problemas». Su precoz identificación permite que el sistema se anticipe iniciando su solución antes de que estos afecten a los usuarios

**Problema** es un estado de insatisfacción de personas o grupos ante hechos reales, presentes o anticipados, que no permiten llegar a un fin o meta. Está fundamentado en

experiencias, conocimientos y expectativas. Es una situación de incompatibilidad de objetivos, conocimientos y emociones, dentro o entre individuos, o grupos que conducen a interacción antagonista y oposición.

Los elementos del problema son el conflicto, los desacuerdos, las discrepancias, los sentimientos, las diferencias, que dependiendo de las circunstancias generan algún tipo de conducta positiva o negativa.

La identificación, definición y explicación de los problemas obedece a un proceso lógico. Entonces en esta etapa se identificarán el problema, las causas, la cadena causal y los nudos críticos causales.

Para la identificación de los problemas hay que aceptar primero que estos existen y responden a la pregunta, ¿Cuál es el problema? (ver cuadro N° 1)

*La negación del problema lleva a la inacción  
El consenso positivo en cuanto a la identificación  
de un problema es movilizador de acciones concertadas  
para enfrentarlo*

**Definición del problema.**— Debe responder a la pregunta; ¿Cómo es el problema? Consiste en enunciar el problema que ha sido identificado, describirlo, en cuanto a la dimensión y valor que tiene para nosotros, así como el valor que tiene para los diferentes actores sociales, además identificar el significado o valor que representa para los diferentes actores.

### **Explicación de las Causas del Problema:**

La explicación de las causas del problema mediante análisis, los antecedentes, la situación actual, los escenarios presentes, futuros y las circunstancias, debe responderse a la pregunta ¿Por qué se produjo? y entonces, hay que identificar las causas y los efectos. Es importante discriminar las causas de las manifestaciones.

El problema puede ser una causa, manifestación, señal o una consecuencia observable o identificable.

La determinación de los factores causales se deriva de la identificación del problema y de los denominados nudos críticos, o sea aquellos causales de varios problemas.

Existen determinantes que afectan la situación de salud, estas determinantes requieren ser analizadas para conocer su contribución o impacto sobre esta situación de salud.

**CUADRO N°1**  
**IDENTIFICACION DE PROBLEMAS EN SALUD**

<b>DENOMINACION DEL PROBLEMA EN SALUD</b>	<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA</b>	<b>PRINCIPALES GRUPOS AFECTADOS POR EL PROBLEMA</b>

A continuación les ofrecemos una clasificación y listado de las mismas con sus posibles efectos

<b><i>DETERMINANTES</i></b>	
<p><b>A) Estructura Socio Económica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para la producción de bienes y servicios</li> <li>- Relaciones de producción entre el trabajador y el propietario de los medios de producción</li> <li>- Organización de la producción y distribución de las mismas</li> <li>- Comercialización de los excedentes y consumo</li> </ul> <p><b>B) Geográficos- Naturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores climáticos</li> <li>- Recursos Naturales existentes</li> <li>- Comunicaciones Accesibilidad</li> <li>- Desastres naturales (sequías, inundaciones, etc )</li> </ul> <p><b>C) Producción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agrícola</li> <li>- Ganadera</li> <li>- Pecuaria</li> <li>- Consumo alimentario</li> </ul>	<p><b>D) Demográficos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distrib. Geográfica</li> <li>- Población y su dinámica</li> <li>- Crecimiento poblacional</li> <li>- Movimientos migratorios</li> <li>- Mortalidad y Natalidad</li> </ul> <p><b>E) Sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizaciones de base</li> <li>- Instituciones existentes Estatales, Privadas ONGs, Iglesia y otras</li> </ul> <p><b>F) Culturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costumbres y creencias</li> <li>- Festividades locales cívicas y religiosas</li> </ul> <p><b>G) Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasas de Mortalidad y Morbilidad</li> <li>- Enfermedades prevalentes</li> <li>- Mortalidad Materna</li> <li>- Personal de salud existente Formal y Tradicional</li> <li>- Servicios de Salud</li> <li>- Coberturas de vacunación, EDA, IRA, etc</li> <li>- Tasas de Desnutrición</li> </ul>

***Estructura Socioeconómica.-***

Que permite explicar la influencia determinante que tienen las diferentes formas de producción relacionadas con el consumo y la capacidad adquisitiva, lo que incide sobre la nutrición de la familia además de la distribución de la producción, cuales productos y en qué cantidad se destinan para el consumo? Estos factores determinan las

diferentes maneras de enfrentarse a los riesgos y determinarán los diferentes grados de vulnerabilidad, ello nos sirve para focalizar las acciones en éstos grupos, bajo el principio de equidad

### *Los factores Geográficos y Naturales.*

Afectan el perfil epidemiológico de cada OTB Ejm Malaria en el Oriente, Chagas en el Valle, Leishmaniasis en los Yungas. El analizar la situación de salud de cada OTB, es la base para definir los problemas prioritarios de salud que deben ser atendidos y las posibles intervenciones y soluciones

Otro efecto de estas determinantes es sobre el acceso a los servicios de salud El acceso es una de las variables que debemos cuantificar para cada OTB ya que es crucial para el programa de intervención, no solo a nivel de los servicios y programas de salud, sino también para la infraestructura vial y el transporte

*El garantizar el acceso a la atención de salud es uno de los objetivos fundamentales del proceso de Planificación Participativa en Salud*

*El acceso a los servicios de salud sin capacidad y calidad de resolver el problema de los mismos, es ineficiencia e ineficacia*

### *La producción.-*

Nos permite el análisis de las causas y efectos determinantes que inciden en varios aspectos por ejemplo para el caso de la nutrición y en la disponibilidad de alimentos Ejm Si en la OTB y el Municipio existe un grado significativo de desnutrición habrá que analizar, modos de producción, tipos de productos, comercialización, disponibilidad de los alimentos, patrones y hábitos alimentarios, de tal manera que se puedan identificar las causas y sus posibles soluciones sostenibles.

### *Los factores demográficos.*

En este grupo de determinantes habrá que analizar la estructura poblacional, la migración y sus riesgos, su dispersión y distribución en el ámbito municipal, las causas de muerte, y los nacimientos

El análisis de la mortalidad materna e infantil es obligatoria y su reducción acelerada

es una de las políticas prioritarias del Gobierno y la sociedad boliviana

*Por lo tanto otro de los objetivos fundamentales de la planificación participativa es la identificación y puesta en marcha de estrategias locales, para la reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil*

#### ***Los factores sociales.***

Permiten conocer con qué instancias organizadas de la comunidad contamos para establecer niveles de coordinación y de acciones intersectoriales, además de concertar acciones con las mismas

#### ***Factores culturales.***

Este aspecto es sumamente importante analizarlo a nivel local ya que una de las principales restricciones al acceso y utilización de servicios es la falta de adecuación cultural del servicio. La identificación de estos elementos restrictivos conllevan a la reorganización del modelo de atención a nivel local

La planificación Participativa es el instrumento adecuado para concertar cambios que eliminen la brecha cultural entre la comunidad y los técnicos

Existen algunas determinantes en el sistema de salud que deben ser identificados y analizados ya que pueden constituirse en el obstáculo más grande para el cambio social y la transformación del sistema de salud

Algunas de estas variables podrían ser

\* El financiamiento de la atención en salud, (puede ser un financiamiento no solidario, uso de los recursos en las acciones o problemas de salud no prioritarios, Ejm construcción de un nuevo hospital, cuando no se tienen los servicios básicos o cuando se requiere un centro de salud que preste servicios de atención primaria)

\* La distribución y uso de los recursos humanos (contratar médicos cuando se requieren auxiliares de enfermería, concentrar los médicos en el área urbana, cuando se requieren en el área rural, contratar especialistas cuando se requieren médicos generales o viceversa)

\* La falta de medicamentos esenciales (compra de medicamentos de marca, cuando

existen esenciales de bajo costo y gran seguridad, la no provisión de medicamentos en los centros de salud y otros)

\* Y por último es importante analizar la cobertura de los programas para identificar quienes tienen acceso a ellos y quienes no lo tienen, y quienes lo necesitan y no lo tienen

### *Priorización de Problemas:*

Un punto clave del proceso de planificación es la asignación de prioridades a los problemas identificados. Esta priorización, permite dirigir los esfuerzos, por el conjunto de actores sociales del Municipio, hacia los problemas más importantes.

Todos los actores sociales que intervienen en el proceso, deben realizar el ejercicio de Priorización, el listado de prioridades es un producto concertado.

Es posible realizar el ejercicio de priorización a través de varios métodos, por ejemplo asignando distinto peso a las opiniones de los diferentes actores, según alguna valoración del papel más o menos importante o por el peso específico del daño a la salud, esto definirá la toma de decisiones

Estos refinamientos del método, sin embargo, deben ser encarados con cautela para evitar introducir sesgos ocultos bajo una apariencia de «cientificidad»

Para seleccionar los problemas, estos deben priorizarse de acuerdo a la estructura del daño, la tecnología disponible y los recursos existentes.

Los criterios de priorización son: Lo más frecuente sobre lo menos frecuente, lo más grave sobre lo menos grave; lo más fácil sobre lo más difícil, lo que va en aumento sobre lo estático o en descenso, lo modificable sobre lo inmutable o inmodificable, lo aceptado contra lo rechazado; lo de fácil registro sobre lo de difícil registro, lo que se resuelve con los recursos disponibles sobre lo que requiere recursos extras, los problemas más relevantes sobre los menos

Es decir, la priorización puede hacerse utilizando los criterios de:

-  vulnerabilidad,
-  magnitud,
-  trascendencia,
-  impacto político
-  percepción de su necesidad o voluntad de la comunidad para su solución

La selección de problemas dependerá del valor que los diferentes actores sociales le asignen concertadamente y de la capacidad para enfrentarlos con éxito, a través de acciones eficaces, eficientes y efectivas, bajo el principio de equidad

En este momento del proceso estamos en condiciones de saber cuáles son los problemas realmente importantes que afectan a la comunidad y por lo tanto, tendremos un listado de problemas descritos, explicados y priorizados

Realizado el Diagnóstico, se buscan las posibles soluciones y estrategias a ejecutar para cambiar la situación de Salud Operativamente se buscan las distintas alternativas de solución para cada uno de los problemas priorizados

Esta selección se basa en el menor costo posible, la máxima eficacia con la mayor participación, la mayor aceptabilidad y factibilidad técnica y operativa.

Para ayudar en la priorización de los problemas, se pueden hacer uso de algunos instrumentos tal como presentamos en el Cuadro N° 2

El diagnostico municipal, es decir la consolidación de los autodiagnósticos por OTBs, y Centros de salud, será un trabajo del grupo técnico de salud a nivel del directorio de salud del municipio, además podrán participar los facilitadores del proceso de PPS.

### CUADRO N°2

TABLA DE PRIORIZACION

PROBLEMA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL

### REFERENCIAS

Cada criterio tiene hasta un máximo de 10 pts (total pts ) los 10 restantes hasta 100 se asignan al criterio, de la comunidad considere el mas relevante

- A· Frecuencia con que se presenta el problema
- B. Gravedad del problema
- C Características de la solución
- D· Tendencias del problema
- E Posibilidad de incidir sobre el problema
- F Posición de quien jerarquiza el problema
- G Facilidad para registrar el evento
- H Disponibilidad de recursos para la intervención
- I Accesibilidad al lugar donde el problema se manifiesta

Se recomienda que las acciones a presentar para el Plan Municipal de Salud y de Desarrollo Municipal sean aquellas que requieran apoyo municipal o interinstitucional, es decir aquellas fuera del dominio de la OTB y de la red de servicios

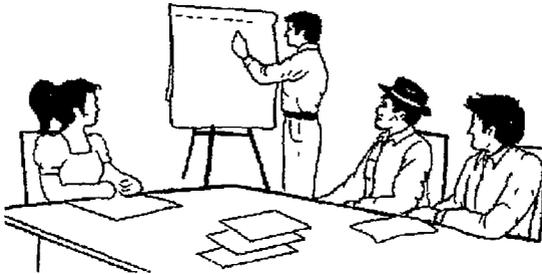
Es posible que para algunos problemas se requiera validación de las estrategias de ataque o profundización en la información, en ese caso el equipo del Centro de Salud y sus OTBs realizaran los muestreos e investigaciones necesarios y presentara los resultados al directorio

Resultados de esta etapa

Facilitadores y personal de salud capacitados en autodiagnósticos comunitarios

- ✓ Autodiagnósticos a nivel de OTBs
- ✓ Diagnóstico municipal de salud
- ✓ Probables estrategias de solución o intervención.

#### IV. 4 Etapa 3ra . El Plan de Desarrollo Municipal Sostenible (PDMS)



Esta etapa tiene como eje fundamental la formulación y elaboración concertada de un plan de salud como uno de los componentes del plan del PDMS

Una vez que cada Centro de Salud y la(s) OTB(s) han identificado, analizado, y concertado las posibles soluciones a su problema, identificando acciones de dominio y no dominio, se hayan identificado las prioridades locales y municipales, se haya consolidado el diagnostico a nivel municipal, se proseguirá con el diseño del Plan de Desarrollo Municipal que comprende

##### *Identificación de la Visión*

Este momento permite en base a la situación objetivo, (situación que se desea alcanzar), precisar el sentido general, la dirección, el tiempo y escenarios en el que busca desplazarse una determinada fuerza social que planifica viendo el futuro

- ✓ Es una técnica de planificación
- ✓ Es una manera de pensar en el futuro
- ✓ Nos permite formular el futuro o identificar las alternativas posibles y deseables para alcanzar el futuro.
- ✓ Es un instrumento que analiza y resume un futuro con base a una visión integral (pasado, presente y futuro) de la comunidad
- ✓ Es un instrumento que permite elegir una visión de consenso, a la cual se llega en forma participativa y con la cual la comunidad se compromete

Se recomienda que esta visión de consenso se obtenga a través de un taller municipal, donde además del directorio y representantes de las OTBs, deberá participar el comité de vigilancia y otros participantes o técnicos de apoyo

### *Diseño de Proyectos*

El diseño de Proyectos, del Plan de Desarrollo Municipal, es un momento de concebir formas concretas y específicas de intervención sobre aquellos problemas que han sido previamente priorizados por su importancia

En el proceso de Planificación Participativa en Salud un diseño de proyecto, es el conjunto de acciones destinadas específicamente a resolver o vulnerar un problema, que fue descrito y analizado en el momento de la investigación de problemas (Ver Manual de Elaboración de Proyectos)

El directorio y el equipo técnico concertará con las OTBs las prioridades finales, y someterán los Proyectos y programas, incluidos en el Plan de Salud del Municipio, al Concejo Municipal para su aprobación, e incorporación al Plan de Desarrollo Municipal Este Plan durará de 3 a 5 años, debiendo ser revisado anualmente o cada vez que sea necesario Su Ejecución se hará a través del Plan Anual Operativo y su programación presupuestaria

Las acciones con un componente intermunicipal tales como la lucha contra las enfermedades (malaria), financiamiento del nivel hospitalario, referencia y contrareferencia, salud ambiental, entre otras, serán objeto de formulación y concertación a nivel del Plan de salud de la Dirección Departamental de Salud

## IV.5 ETAPA 4ta.. Elaboración de la Programación Operativa y su Presupuesto



Todos los años el Gobierno Municipal elaborará la Programación Anual Operativa Municipal, en el que está incluido la Programación Operativa Anual de Salud y su presupuesto por establecimiento, que deberá ser aprobado por el Directorio Local de Salud y el Concejo Municipal.

El resultado de las decisiones en Planificación, se plasman en Planes y estos en Programas y Proyectos, en los que se estipulan muy claramente las metas. En esencia se trata de definir cuales serán las actividades a realizar cada año y que resultados se obtendrán.

La programación trata de, qué vamos a hacer?, donde?, a quienes?, cuando?, cómo y quienes serán los responsables de hacer cada actividad.

El objetivo de esta programación es diseñar en forma participativa, un modelo de acción que permita lograr la mayor aproximación posible al modelo de situación deseada, en correspondencia con el Plan de Desarrollo Municipal Sostenible (PDMS) y los recursos locales disponibles, crear las posibilidades y condiciones de llevar a cabo las concertaciones interinstitucionales que pongan a disposición recursos adicionales, para lo cual es importante construir viabilidad y factibilidad tanto al PDMS como al PAO.

### *Viabilidad y Factibilidad.*

Este es un momento estratégico, en el que habitualmente las situaciones objetivo adquieren un carácter conflictivo y en el que con frecuencia los proyectos más significativos pueden ser inviables, es cuando se necesita encontrar, descubrir o diseñar estrategias que permitan hacerlas viables y factibles.

Considera los siguientes elementos

- ✓ Los actores sociales de la situación de salud
- ✓ Sus relaciones y comunicación

✓ Sus competencias (saber y saber hacer)

En base a estos elementos, determinar

✓ Fortalezas y debilidades de la institución

✓ La relación de poder: Quién gana y quién pierde?, quién domina y quién es dominado?.

Definir la situación futura deseada

✓ Las oportunidades y amenazas que tiene el plan en el futuro

✓ Cuáles serán las líneas de relación de poder?

✓ Qué sustenta este cambio? (Liderazgo)

Analizar algunos aspectos de la cultura organizacional en relación a

✓ Imagen que tienen las instituciones participantes

✓ Concepto sobre la misión o tarea de la institución, del plan o de los proyectos

✓ Comportamiento de los integrantes visibles al exterior e interior de la institución

✓ Tipos y relaciones entre el personal y los actores

✓ Valores declarados, planes explícitos frente a las actividades programadas

✓ Un método que permite hacer éste análisis de viabilidad es la de obstáculos, facilitadores, oponentes y aliados (FODA)

### *Obstáculos:*

Se refiere a la existencia de hechos de ocurrencia no intencionada que existan o puedan existir dificultando o impidiendo la trayectoria, desde la situación actual hacia las situaciones objetivo

### *Facilitadores:*

Se refiere a hechos o circunstancias cuya ocurrencia no se encuentra controlada por nadie, y que la fuerza social que planifica podría usar en su beneficio para el alcance de la situación objetivo.

Por ej. Una fuerza social que pugna por un hecho epidemiológico podría aprovechar la presencia del cólera y convertirlo en facilitador del saneamiento ambiental

### ***Oponentes:***

Se refiere a los actores sociales detectados como fuerzas que real o potencialmente puedan oponerse al logro de las situaciones objetivo y que controlan los recursos de poder suficientes como para frustrar estos objetivos (es importante identificarlos y caracterizarlos para establecer alianzas o neutralizarlos).

### ***Aliados:***

Actores o fuerzas sociales que comparten el interés por el alcance de la situación objetivo con la fuerza que planifica

### ***Conclusión:***

Lo importante de esta técnica es lograr que los obstáculos se conviertan en facilitadores y los oponentes en aliados

Si el Plan tiene mayores obstáculos y más oponentes no será viable, en este caso revisaremos el proceso y los momentos anteriores, sin perder el objetivo, o la visión del plan

Si el Plan tiene menores obstáculos y más aliados, será viable

Una vez analizada la viabilidad y factibilidad del proyecto del Plan de Salud pasemos a formular la Programación Anual Operativa en la Matriz de Programación en base a la Ley Safco (Ver Cuadro Nro 4)

### ***Reunión de Concertación de la Programación Anual Operativa (PAO)***

Un momento importante es el de la concertación entre los actores sociales participantes (estatales y privados) para garantizar su efectiva participación en la ejecución de los proyectos y actividades enmarcadas en el PDMS (momento de la construcción de la viabilidad)

Es importante hacer notar que la preparación del PAO de salud es una responsabilidad compartida entre salud y la municipalidad, por lo que la DIDES deberá capacitar a los DILOS y Directorio de Hospitales, en este tipo de tareas, a fin de que elaboren una propuesta preliminar de PAO, programación presupuestaria por Establecimiento y por red de servicios, con los mecanismos de transferencia financiera y de evaluación pertinentes

Una copia del PAO aprobado será enviado a la DIDES.



## Elementos a tener en cuenta para la formulación de la Programación Anual Operativa

El PAO debe contener los elementos estratégicos, definiciones, criterios y normas que orienten su ejecución

Contener las actividades, tareas y recursos,(la actividad es un conjunto de tareas necesarias para obtener el (los) resultado(s) esperado (s)

Cuantificar por actividad los insumos necesarios para realizar las tareas

Las metas y beneficios a obtener con las realización de las tareas y actividades, los períodos en que se realizara y quien es el responsable.

Se adjunta una matriz que pudiese ser de ayuda; no obstante el municipio podrá definir de acuerdo a el proceso general de planificación y programación local municipal, las matrices o instrumentos que más le facilite la programación, (ver anexos)

El Censo Nacional de Población y Vivienda 1992 y sus estimaciones constituyen la fuente oficial de información de Población

*Para fines de programación, en el caso de que la disparidad entre el censo y los datos locales sea grande, se tomara como referencia el censo local*

Para el manejo técnico administrativo del sector salud en el municipio es necesario contar con instrumentos que permitan el control adecuado de los recursos Por ello:

*Toda la programación de actividades deberá enmarcarse en la ley SAFCO , la Ley de Participación Popular y de Descentralización.*

*El SNIS se constituye a nivel Nacional en un instrumento para la planificación y programación de las acciones de salud, complementado con información generada en la comunidad*

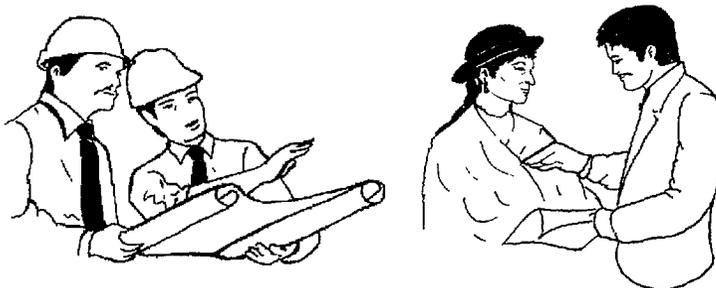
Un documento marco para el desarrollo de actividades en salud es el Plan Vida. Este se enmarca en las políticas de salud y fija metas para disminuir la mortalidad de la mujer y el niño.

Consecuentemente la elaboración del Plan local y la Programación de actividades de Salud tienen como objetivo central, implementar el «Plan Vida»

Existen criterios normativos de carácter universal y principios como los de equidad, eficacia, cobertura universal y eficiencia, en las que se asienta el Modelo Sanitario, por ello:

*Para la programación local se tomarán en cuenta  
los principios de Equidad, Eficacia, Eficiencia  
y Cobertura Universal*

#### **IV . 6 Etapa 5ta.. La ejecución y Administración Participativas.**



Este momento es denominado también táctico operativo, es un recurso de cálculo a la vez flexible y preciso que permite conducir nuestras intervenciones sobre la realidad, tratando de verificar a tiempo real las consecuencias directas de nuestra acción a fin de imprimir correcciones y ajustes

Todos debemos participar en las obras y acciones del Plan de Salud y en el Plan de Desarrollo Municipal.

Para controlar que se están haciendo bien, las obras y los Proyectos en Salud habrá un seguimiento e informe por parte del Directorio de Salud al Comité de Vigilancia y a las OTBs y el Gobierno Municipal, los cuales independientemente podrán hacer los controles que sean necesarios

También se controlará la ejecución a través de las DIDES y los mecanismos nacionales de supervisión y vigilancia, obviamente a través de los informes o revisiones que haga el Comité de Vigilancia, de la rendición de cuentas del Gobierno Municipal

El directorio en forma periódica se reunirá para evaluar el avance de las distintas actividades, identificar cuellos de botella, analizar y resolver problemas emergentes y coyunturas y hacer los ajustes tanto técnicos, económicos como políticos. A su vez cada establecimiento de salud, con sus respectivas OTBs hará lo propio a nivel local.

A partir de la afirmación de que la política, la estrategia y el plan de salud se prueban en la práctica y que la misión social de las instituciones del sistema de salud se verifica en la entrega concreta de servicios a la población, se concluye: que es crucial el conocimiento social de la comunidad sobre los establecimientos y la atención a la salud.

Cada Centro de Salud y su conjunto articulado funcionalmente (red de servicios y población), se constituyen en los protagonistas centrales que confieren realismo y viabilidad a la Planificación y administración, ya que su desempeño construye la imagen del proceso frente a los demandantes concretos del servicio y la opinión pública en general.

Ahora se trata de que en la práctica el médico atienda bien y eficazmente, de que la auxiliar vacune bien, de que el administrador administre bien y que el técnico de saneamiento básico asegure la protección del medio. De eso se trata ahora la gerencia y de ello depende la viabilidad del Proceso, es decir que los distintos actores cumplan su rol a cabalidad.

La estrategia, que nos permite multiplicar el efecto de nuestras acciones, la constituye el interrelacionamiento con otras instituciones oficiales y no oficiales.

*La Intersectorialidad, el fortalecimiento de las Organizaciones de Base, la Educación en salud y la Atención Básica a los daños, constituyen los principios estratégicos de la programación local.*

Los mecanismos propios del control de gestión son la evaluación, supervisión y el monitoreo.

#### *SUPERVISIÓN*

*Es la observación directa que permite identificar los avances y las dificultades para su inmediata resolución por tanto constituye una acción capacitante.*

## MONITOREO

*Es el control periódico, basado en recursos secundarios de información, en forma sistemática, que nos permite conocer los avances cuanti y cualitativos de desarrollo del programa o actividad que conlleva al cumplimiento de las políticas de Salud*

Tanto la SUPERVISIÓN como el MONITOREO están orientados al control de la programación en términos de eficiencia, efectividad y equidad

Para fines metodológicos y normativos de evaluación, supervisión y monitoreo, revisar la documentación pertinente

### IV.7. Etapa 6ta. Evaluación y Ajuste del Plan



En la Planificación Participativa, cada año el Directorio de Salud y los servicios sanitarios enviarán al Gobierno Municipal y a la Dirección Departamental de Salud, un informe que diga cómo se invirtieron los recursos financieros, cuáles fueron las metas obtenidas, la cobertura de los servicios, el avance en la solución de los problemas, quiénes fueron beneficiados por las acciones de salud, quiénes cumplieron correctamente las responsabilidades concertadas, cuál fue la participación de las OTBs, cuál es la satisfacción de la comunidad con la calidad de los servicios de salud prestados, entre otros

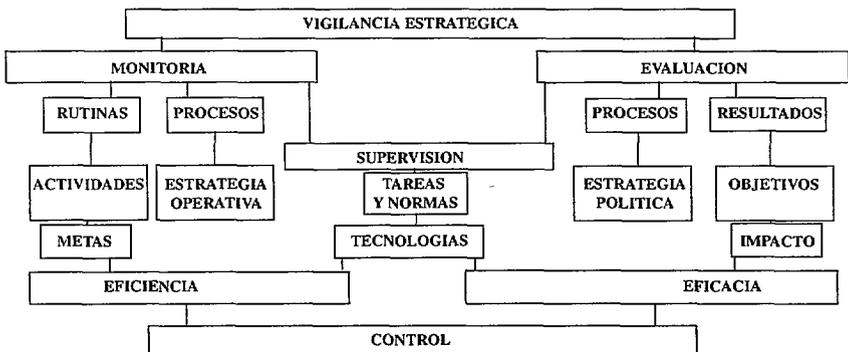
Este informe será evaluado por el Concejo Municipal, por el Comité de Vigilancia, las OTBs y la Dirección Departamental de Salud, quienes estudiarán el informe y propondrán los ajustes pertinentes, para mejorar el plan y su ejecución

Para que este proceso sea mas fácil en el momento estratégico de decidir las intervenciones en salud, se habrán definido las variables e indicadores que permitirán conocer el éxito de las acciones

No obstante, se recomienda utilizar las siguientes variables e indicadores nacionales básicos entre otros, que permiten comparar el grado de ejecución de las políticas entre los distintos municipios y su situación de salud

- ✓ Mortalidad materna
- ✓ Mortalidad infantil
- ✓ Mortalidad por causa específica Inmunoprevenibles, CACU, Fiebre Amarilla, EDAS e IRAS, etc
- ✓ Prevalencia e incidencia de Tuberculosis, Malaria, Inmunoprevenibles, Sífilis, SIDA, etc
- ✓ Cobertura del Parto
- ✓ Tasa de desnutrición en menores de 5 años
- ✓ Cobertura y utilización de servicios , de la población en general y de los grupos más postergados en particular (sobre todo atención prenatal, planificación familiar y crecimiento y desarrollo)
- ✓ Grado de aceptación y calidad de los servicios
- ✓ Gasto per-cápita en salud.
- ✓ Cobertura de saneamiento básico
- ✓ Porcentaje de ocupación Hospitalaria y egresos por cada 1000 habitantes

Se adjunta el esquema general para el proceso de Vigilancia Estratégica, a fin de facilitar permanentemente el control y orientar la direccionalidad de las acciones.





## V GLOSARIO DE TERMINOS

<b>SAFCO:</b>	Sistema Administrativo Fiscal y Control Gubernamental
<b>SERVIDOR PUBLICO:</b>	Persona que presta sus servicios personales en relación con autoridades estatales
<b>AUTORIDADES O EJECUTIVOS:</b>	Funcionarios que ejercen jerarquías y los principales responsables de la administración pública
<b>CLASES DE RESPONSABILIDAD:</b>	Administrativa, civil, penal, ejecutiva y profesionales
<b>OPERACIÓN:</b>	Es la categoría central de la programación de operaciones
<b>PRODUCTO:</b>	Bien, servicio o norma que se produce
<b>RECURSOS:</b>	Humanos, materiales y financieros para lograr los productos
<b>AGENTE (S):</b>	Responsable de planificar, ejecutar, controlar y evaluar la operación
<b>INSUMO:</b>	Recursos humanos, materiales, equipos y servicios que se requieren para el logro de un producto.
<b>RELACIÓN INSUMO-PRODUCTO:</b>	Relación técnica que expresa una determinada combinación de diversos insumos en cantidades y calidades adecuadas y precisas para obtener un determinado producto
<b>RELACIÓN DE CONDICIONAMIENTO:</b>	Relación técnica por la cual determinados productos condicionan, y a la vez, son condicionados por la producción y características de otros

<b>ACCIÓN PRESUPUESTARIA:</b>	Es un tipo especial de relación insumo-producto, a la cual se puede asignar recursos en el presupuesto.
<b>OPERACIÓN DE PRODUCCIÓN:</b>	Originan bienes y servicios utilizando recursos reales o financieros
<b>OPERACIONES DE INVERSIÓN:</b>	Implican incremento de la capacidad instalada.
<b>OPERACIÓN DE REGULACIÓN:</b>	Contienen normas dirigidas a afectar el comportamiento de personas e instituciones (Ej. modificación tasa de interés)
<b>OPERACIONES FINANCIERAS:</b>	Implican transferencia de recursos financieros, respondiendo a políticas y objetivos definidos.
<b>CATEGORÍA PROGRAMÁTICA:</b>	Constituyen la formalización y expresión en el presupuesto de las acciones presupuestarias.
<b>PROGRAMA:</b>	Es la categoría programática cuya producción es terminal de la red de acciones presupuestarias de una institución.
<b>SUBPROGRAMA:</b>	Es la categoría programática, cuyas relaciones de condicionamiento son exclusivas con un programa; cada subprograma, por sí solo origina producción terminal
<b>PROYECTO:</b>	Es la categoría programática que expresa la realización de un bien de capital, el que, una vez puesto en funcionamiento es capaz de producir bienes y servicios.
<b>OBRA:</b>	Es la categoría programática de mínimo nivel e indivisible a los propósitos de la asignación formal de recursos, que origina la inversión
<b>ACTIVIDAD:</b>	Es la categoría programática del menor nivel, cuyo producto es siempre intermedio e implica producir bienes o prestar servicios con la capacidad instalada.

<b>TAREA O TRABAJO:</b>	Es una relación insumo–producto a la cual no se le asigna formalmente recursos en el presupuesto, o sea, no es una categoría programática
<b>UNIDAD EJECUTORA:</b>	Unidad administrativa responsable en forma total o parcial de la gestión a nivel de una categoría programática.
<b>META:</b>	Expresa la cantidad de los bienes o servicios terminales que realiza una institución durante un ejercicio presupuestario
<b>PRODUCCIÓN BRUTA TERMINAL.:</b>	Expresa el volumen total de producción terminal que se ejecuta durante un ejercicio presupuestario
<b>PRODUCCIÓN INTERMEDIA:</b>	La cuantificación de los bienes y servicios intermedios, se denomina «Volumen de Trabajo» que en la producción de las actividades y de las obras
<b>INDICADORES DE EFICIENCIA:</b>	Son indicadores que permiten efectuar análisis y adoptar decisiones tendientes a lograr la mejor combinación posible en la utilización de los elementos componentes de los productos
<b>INDICADORES DE EFICACIA:</b>	Indicadores conocidos como de realizaciones cuyo objetivo es medir la contribución que las instituciones realizan para satisfacer necesidades expresada en políticas, planes y operaciones
<b>PAO:</b>	Programación Anual Operativa.
<b>DIDES:</b>	Dirección Departamental de Salud
<b>DILOS:</b>	Directorio Local de Salud.

# PROGRAMA ANUAL DE OPERACIONES 1996

UNIDAD EJECUTORA -----  
 PROGRAMA -----  
 RESPONSABLE -----  
 FECHA -----



## VI ANEXOS

N°	ACTIVIDAD	TAREA	META		COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO		ORGANISMO FINANCIADOR	CRONOGRAMA				OBSERVACIONES	
			REGIONAL NACIONAL	B.		TGN	TGN		1er TRIMESTRE	2do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE		

## INSTRUCTIVO INTERNO PARA EL LLENADO DE FORMULARIO DE PROGRAMACION ANUAL DE OPERACIONES 1996.

El llenado del presente formulario es esencial para elaborar los lineamientos fundamentales de la programación de operaciones de la Secretaría Nacional de Salud para la gestión de 1996, por lo tanto es de primordial importancia el llenado correcto y real de los datos.

Unidad ejecutora	Especifique cual es la unidad ejecutora responsable del programa
Programa	Señale el programa del cual está llenado la información
Responsable	Señale en esta casilla cual es el técnico responsable que monitorea o esta a cargo del programa.
Fecha	Indique en esta casilla el día y mes de llenado de formulario
Nº	Anote en esta casilla el número de actividad correlativa que tiene esa dependencia y/o dirección correspondiente
Actividad	Describir las actividades a realizar en el programa
Tareas	Escribir las tareas a realizar dentro de la actividad
Meta Regional	Detallar lo logros físicos que se programaa a nivel regional en la gestión Ej Cobertura de vacunaciones, tratamientos, etc
Meta Nacional	Detallar los logros físicos que se programa a nivel nacional en la gestión Ej Cobertura de vacunaciones, tratamientos, etc
Costo Total	Detallar en esta casilla la programación presupuestaria para cumplir con las metas establecidas para la gestión (solo monto global) por actividad y tareas
Fuente de Finan	Especificar e indicar en esta casilla, cual es el componente por fuente de financiamiento del costo total, que se programara para las metas a lograr
Organ Finan	Indicar en esta casilla el organismo internacional o nacional que financia la actividad o tarea, sustentado con el convenio respectivo
Cronograma Trim	Anote en esta casilla el logro físico por trimestre, que se programaron a nivel nacional y regional, indicando la unidad de medida (física) de las metas anotadas
Observaciones	Señalar e indicar en esta casilla información adicional que la unidad ejecutora vea la necesidad de incluir

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD, Conceptos, Métodos y Experiencias (Publicación Científica No 519) OPS/OMS 1990
- 2.- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD  
Rovere Mario Serie Desarrollo de Recursos Humanos No 96 OPS/OMS
- 3.- LINEAMIENTOS PARA LOS PROCESOS DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA MUNICIPAL REPÚBLICA DE BOLIVIA Comité Intersectorial 1994
- 4.- LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR. GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Ley No 1551 21 de abril 1994
- 5.- REGLAMENTO DE LA LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR GACETA OFICIAL DE BOLIVIA D.S No 2383 / 30 de junio de 1994. Pub 1 de julio 1994
- 6.- REGLAMENTO DE LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE GACETA OFICIAL DE BOLIVIA D S No 23858 / 9 de septiembre 1994. Pub 13 de sept. 1994
- 7.- PROGRAMACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS J Carbonel V. año 1990 Lima Perú
- 8.- «MANUAL DE FORMULACIÓN PRESUPUESTARIA» Secretaría Nacional de Salud, 1995, S.N.H
- 9.- BASES PARA LA FORMULACION DEL PLAN DE OPERACIONES Ministerio de Previsión Social y Salud Pública – Oficina Sectorial de Planificación, Proyectos y Recursos Humanos
- 10.- «RESPONSABILIDAD POR LA TRANSPARENCIA Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN PÚBLICA» Contraloría General de la República
- 11.- DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD
- 12.- «NORMAS BASICAS DE LOS SISTEMAS DE PLANIFICACION , INVERCION PUBLICA Y PROGRAMACION DE OPERACIONES M D S , septiembre 1995
- 13.- PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA MUNICIPAL S N P P , S D S , S.N P , Bolivia, 1995
- 14.- LA ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA OPS/OMS 1992
- 15.- PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE LA REPUBLICA Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, 1995

***MANUAL DE ELABORACION DE PROYECTOS  
PARTICIPATIVOS EN SALUD***

***ELABORADO POR***

***Dr. Ramón Cordero Cuevas***

***JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PROYECTOS***

***ASESORIA***

***Dr. Gregorio Mendizabal***

***OPS/OMS***

# INDICE

INTRODUCCION	77
OBJETIVOS DEL MANUAL	79
<b>CAPITULO I</b>	<b>82</b>
I 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	82
I 2 PLANIFICACION EN SALUD	83
I 3 PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD	83
I.4 PROGRAMA DE SALUD	83
I.5 PLAN DE SALUD	83
I 6 PROYECTO	84
<b>CAPITULO II</b>	<b>87</b>
II. 1. DISEÑO DEL PROYECTO	87
II 2. PROCESO DE ELABORACION DE UN PROYECTO	88
II 3 ETAPAS DEL CICLO DEL PROYECTO	90
<b>CAPITULO III TECNICO METODOLOGICO</b>	<b>91</b>
III 1 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ENCONTRADA	91
III 1 1 Necesidades de salud de la población	92
III 1 2 Disponibilidad de servicios	92
III 1 3 Problemas socio-culturales condicionantes de la Situación	93
III. 2. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS CENTRALES Y SU RELACION CON LAS CAUSAS Y EFECTOS	93
III 3 FIJACION DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	93
III 4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	94
III 5 CALENDARIO DE EJECUCIÓN	94
III. 6 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	94
III 6. PROGRAMACION PRESUPUESTARIA	94
III 7. EVALUACION	94
<b>CAPITULO IV PRACTICO OPERATIVO</b>	<b>95</b>
IV 1 PRESENTACION DEL PROYECTO	95
ANEXOS	101

# INTRODUCCION

La elaboración de proyectos como componente del proceso de planificación en salud viene a constituirse en un área de importancia vital de la Secretaría Nacional de salud en sus diferentes niveles de ejecución Nacional, Regional y especialmente Local

Este componente tiende a conformarse en un potencial operacional dentro del proceso de gestión que coadyuve al desarrollo de los planes y programas nacionales en el ámbito de Participación Popular principalmente

En el sector salud desde hace años, las agencias de cooperación orientan sus acciones hacia el cuidado de la salud, considerándola como una inversión, Este enfoque cobra especial relevancia dentro de las políticas de Desarrollo Humano, establecida por el actual Gobierno, al considerar al individuo parte vital del desarrollo económico

Los proyectos financiados por los fondos de la cooperación multilateral o de países y/o instituciones fraternas, con la ejecución de la Participación Popular deben cumplir su rol protagónico en el nivel local, para lo cual y con el propósito de orientar adecuadamente estas inversiones se debe fortalecer la capacidad de respuesta del personal de salud y de los municipios en el proceso conjunto del desarrollo administrativo, en sus fases de Planificación, Ejecución y Control

El fortalecimiento de la capacidad de respuesta debe basarse principalmente en el conocimiento no solo de la formulación de proyectos, sino en su naturaleza, origen, características y el nivel de coyuntura en la que se va a actuar para contribuir a la solución de los problemas que impiden alcanzar los objetivos de los programas y el propósito del plan que supone su evaluación

La necesidad de contar con un documento guía, y adaptado a las actuales exigencias que oriente las características de la formulación de proyectos, respetando los estilos individuales e institucionales, por el personal de salud, la comunidad y los organismos contribuyentes han hecho que la Secretaría Nacional de Salud, a través de la Dirección de Planificación, elabore éste manual, específicamente dedicado a la formulación de proyectos.



## **OBJETIVOS DEL MANUAL**

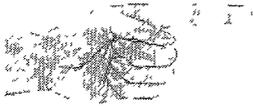
- ✓ Facilitar al personal de los Servicios de Salud y del Municipio, la formulación y elaboración de proyectos
- ✓ Facilitar el análisis, evaluación y monitoreo de los proyectos en ejecución en los diferentes niveles del sistema.
- ✓ Contribuir a alcanzar el impacto de las acciones de salud en la comunidad.
- ✓ Contribuir a la movilización de recursos para la salud a través de los proyectos.
- ✓ Facilitar la autoevaluación de los proyectos en el desarrollo de los servicios de salud.

## ***EL MANUAL CONSTA DE CUATRO PARTES:***

-  En la primera parte se desarrolla el espacio Teórico Conceptual, considerando al proyecto como una estrategia de acción que contribuye al proceso de Planificación Participativa en Salud, e instrumento de la política de salud estableciendo claramente sus relaciones con los otros componentes del proceso.
-  Una segunda parte que establece los criterios fundamentales en el diseño del proyecto, el proceso, la secuencia que éste sigue en el marco de la participación (elaboración del proyecto participativo)
-  En la tercera parte se desarrolla el espacio técnico metodológico sobre la base de experiencias nacionales de formulación, ejecución y evaluación de proyectos, se plantea los pasos y desarrollo de una metodología como consecuencia de esas observaciones
-  En la cuarta parte, que corresponde al espacio Práctico operativo se analizan los requisitos para la formulación de un proyecto y se propone una guía para su elaboración, como consecuencia de la uniformización y compatibilización de una muestra representativa de guías de varias instituciones.

Actualmente, tanto la Secretaría nacional de Salud como las Direcciones Departamentales, reciben propuestas de proyectos, las que no obedecen a una metodología común y los que forzosamente deben ser volcados a las guías correspondientes, obligatorias para su presentación a los organismos financiadores o cooperantes

El presente manual permitirá utilizar una metodología común, accesible a los niveles de quienes lo formulan y presentan, personal de salud comunidad, municipios, técnicos de las ONGs, y una metodología uniforme, que permitirá estrechar el amplio campo de la diversidad de las diferentes guías que han sido analizadas.



# CAPITULO I

## I. I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

El proyecto para efectos del presente manual, es considerado como un componente de apoyo a los programas, identificado en la visión o proyección al futuro del municipio o mancomunidad, en ésta etapa se diseñan los proyectos como instrumentos de viabilización de la visión en base a la nueva realidad con la ley de Participación Popular VER SER, DEBER SER

El proceso de Planificación en salud, consiste en una secuencia lógica de pensamiento, por aproximaciones sucesivas, lo que busca es que frente a la realidad de una situación de salud encontrada (análisis de situación) detallada en el Ver/Ser (documento de planificación), formular a nivel de decisión, políticas y estrategias que generen a nivel técnico administrativo normas y procedimientos con los que se realicen acciones para la oferta de servicios.

El propósito es modificar la situación encontrada, mediante el enfrentamiento de problemas que surjan de la visión estratégica, Este enfrentamiento de problemas se realizará a través de proyectos y otras acciones que nos permita desenvolvernos en el conflicto, la coyuntura, la estructura y la incertidumbre, la orientación apropiada de los recursos según las prioridades (Priorización de problemas) y la medición de esta nueva situación para la formulación consiguiente de nuevas políticas, estrategias, normas y procedimientos y tipo de servicios

V  
I  
S  
I  
O  
N  
  
E  
S  
T  
R  
A  
T  
E  
G  
I  
C  
A



Esta concepción integral de la formulación de proyectos nos supone definir aspectos conceptuales en relación al proceso de planificación que nos permita ubicar el proyecto en este ámbito

## **I. 2. PLANIFICACION EN SALUD**

Es el conjunto de decisiones, acciones y utilización de medios (niveles políticos, técnicos, administrativos y operacional) a través de los cuales se pretende introducir racionalidad a las decisiones, la organización y asignación de recursos para lograr un mayor grado de eficiencia y eficacia con criterios de equidad en el desempeño del sistema de servicios de salud para contribuir a modificar la realidad sanitaria en función a los objetivos y políticas de salud

## **I. 3. PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD**

*Se concibe como el instrumento técnico político que facilita la interacción social necesario para llegar a un conocimiento a fondo de las necesidades, demandas y problemas de salud en la comunidad considerada com sujeto de su propia reivindicación y la concertación de las posibles intervenciones.*

## **I. 4. PROGRAMA DE SALUD**

*Es el conjunto de actividades agrupadas convencionalmente y dirigidos a una población determinada (pob total o por grupos etareos) con el fin de satisfacer las demandas y necesidades de atención en salud de la población.*

Se expresa en un documento que pormenoriza su contenido traducidos en conceptos, objetivos y estrategias que señala sus metas por alcanzar, los plazos e itinerarios a cumplir, los recursos y mecanismos para desarrollar las acciones y controlar la ejecución. Esta diseñada para plazos medianos y largos (3 a 5 años)

La programación en salud constituye un proceso permanente, donde el equipo de salud conjuntamente la comunidad establece una relación entre las necesidades de la población, los conocimientos existentes para resolver las necesidades y la infraestructura de salud disponible para invertir esos conocimientos en acciones

## **I. 5. PLAN DE SALUD**

Es el conjunto de decisiones articuladas y debidamente implementadas desde el punto de vista político, técnico, administrativo y operacional, tendientes a modificar la situación de salud en el corto, mediano y largo plazos Esta constituido por una serie de programas armónicamente integrados con el fin de alcanzar ciertos objetivos generales que les son comunes

## I. 6. PROYECTO

*Es un conjunto de acciones destinadas específicamente a resolver o vulnerar un problema de los que han sido priorizados (Rovere Mario 101/93)*

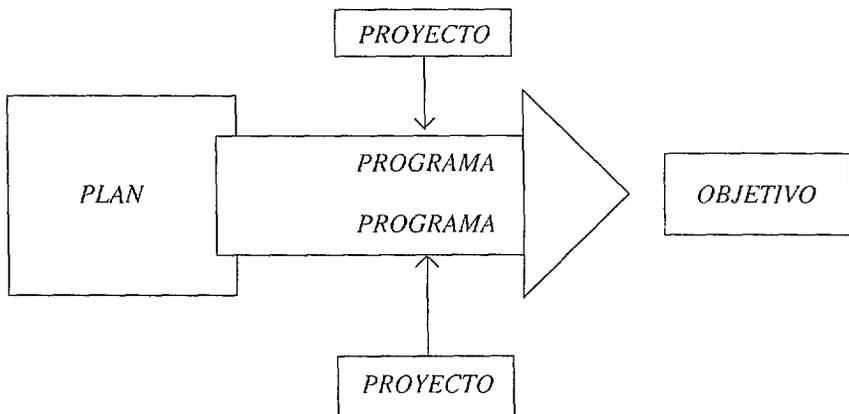
Según la Ley SAFCO, Proyecto en una categoría programática inferior al programa y subprograma Ejemplo

<b>Programa</b>	<b>Atención al menor de 5 años</b>
<b>Sub-programa</b>	<b>Control de EDA</b>
<b>Proyecto</b>	<b>Dotación de agua potable a la comunidad objetivo</b>

«Es la probabilidad de ejecutar algo en base a la priorización de problemas implica realizar los análisis necesarios y pertinentes respecto a las probabilidades e imposibilidades que ordenados racionalmente están dirigidos a la consecución de los objetivos formulados»

Desde el momento que en el proceso de planificación participativa Municipal toma parte activa la comunidad a través de sus representantes en la priorización de problemas, los que canalizados a través de planes, programas y proyectos, el PROYECTO se hace participativo

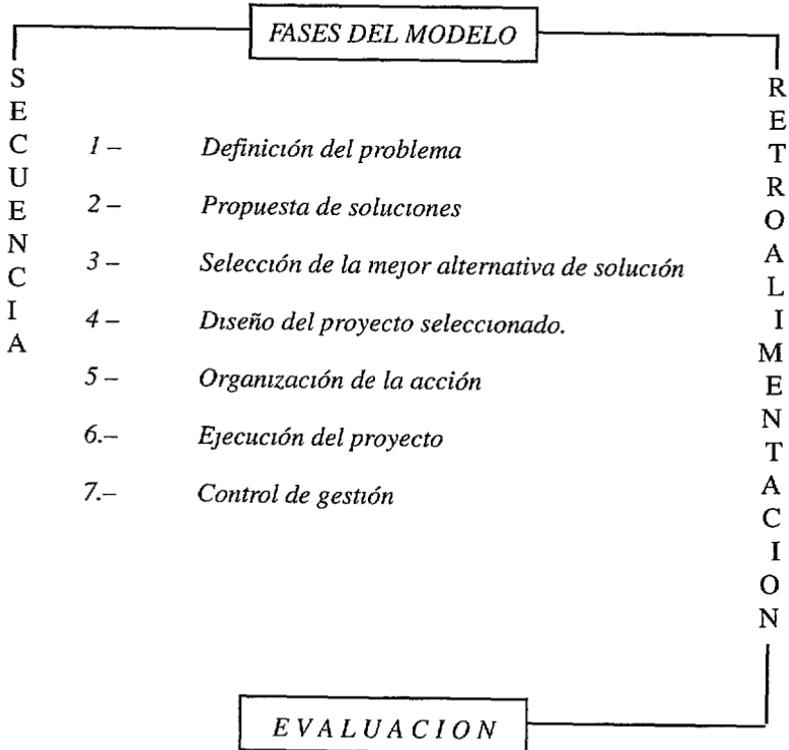
Para efectos del manual consideraremos al proyecto como un componente que forma parte de un programa y debe ser coordinado con otros proyectos



**EL PROYECTO SE DEFINE COMO**

- Un conjunto de actividades interrelacionadas
- A llevarse a cabo bajo una dirección de Unidad de mando
- Para alcanzar un objetivo específico
- En una fecha determinada
- Mediante la movilización de determinados recursos
- En un lugar y población definidos

**EL PROYECTO COMO MODELO DE SOLUCION DE PROBLEMAS**



El proyecto ataca uno o más problemas, con la idea de modificarlos o resolverlos en forma definitiva, *por lo tanto la lógica de un proyecto es la de intervenir y salir, es transitorio se agota al alcanzar el objetivo* (Educación Permanente en Salud Serie de desarrollo de RR HH No 100 pág 97)

Un proyecto se hace sustentable, es decir se afirma, cuando se incorpora en el programa al que contribuye, pero se hace sostenible, que persiste en el tiempo, en la medida en que involucra a otros actores y sobre todo a los beneficiarios, quienes al verse involucrados en el diseño del proyecto desde la idea, se apropiaron del mismo convirtiéndolo en su PATRIMONIO

Muchos proyectos pueden tener fallas e incongruencias metodológicas en el diseño, sin embargo ello no descalifica su viabilidad, pues si la necesidad concreta de resolver un problema originó su diseño, es en la ejecución a través de un monitoreo constante que puede corregirse o minimizar estas fallas

«Si se van a cometer errores es mejor que se lo haga en los papeles, cuesta menos» (Carbonel pág 18)



## CAPITULO II

### II. 1. DISEÑO DEL PROYECTO

El diseño de un proyecto expresa la lógica de intervención en la que pueden ser incorporadas una variedad de estrategias que respondan a dicha lógica, no hay una secuencia lineal y rígida, sino que estas se adecuan en función a las necesidades, tomando en cuenta las Facilidades, Oportunidades, Dificultades y Amenazas

Para el diseño del proyecto se toman en cuenta

#### *La focalización*

La focalización permite la identificación con mayor precisión al conjunto de beneficiarios potenciales, por lo que amerita conocer al detalle las características del grupo objetivo, permite determinar la oferta de servicios a los más necesitados, una oferta homogénea a toda la población independientemente de sus diferencias puede significar una inadecuada utilización de recursos a costa de los que más necesitan, el criterio de focalización es de equidad

Es necesario focalizar debido a que:

- \* Los recursos son limitados
- \* Hay crecientes necesidades insatisfechas
- \* Se debe procurar aumentar la eficacia de los proyectos.
- \* Es importante incrementar el impacto de los proyectos sobre la población objetivo

#### *La Viabilidad.*

La que está determinada por:



Apoyo político, en función de las políticas del sector y de las fuerzas sociales con los niveles de decisión, si el proyecto se desarrolla con la participación de la comunidad a través de las OTBs su viabilidad es más evidente



El apoyo institucional necesario para el desarrollo de los programas y las estrategias de negociación apropiadas para conseguir el apoyo de las jerarquías directas a los proponentes del proyecto



El apoyo de materiales, de recursos humanos y financieros disponibles en la institución y los existentes en la comunidad (**CONTRAPARTE**) La contraparte es esencial por que determina una participación de otras instituciones y principalmente de la comunidad haciendo que la misma se sienta comprometida con el proyecto y la haga sostenible y sustentable



El apoyo social, es decir de la población involucrada como protagonista y beneficiario del proyecto (Hacer participar a la comunidad a través de sus representantes en el diseño del proyecto es estratégico)

### Oportunidad



Es aprovechar el potencial de la situación de trabajo, de los espacios del propio ambiente de trabajo y del contexto



Aprovechar las coyunturas en que se establece una prioridad concreta de resolver que requiera ser identificado La idea de un proyecto surge ante una necesidad concreta y más o menos urgente de intervenir sobre un problema para ser modificado o cambiado, oportunidad que debe ser aprovechada para la formulación del proyecto, en éste momento no existe mucha oposición

## II. 2. PROCESO DE ELABORACION DE UN PROYECTO.



El proyecto como todo proceso intelectual se basa en una realidad concreta para resolver necesidades, comienza con una **IDEA** que se convierte en una **CONCEPCION** clara y requiere fundamentación, un planteamiento concreto para su realización, la pertinencia de su ejecución en el tiempo, lugar y recursos, y la sostenibilidad frente a un objetivo determinado



Posterior a la **IDEA** está el **PERFIL**. En ésta fase del proceso se trata de recopilar toda la información de fuente secundaria posible que sea necesaria como insumo del proyecto, es en ésta fase en que se descartan alternativas no viables, la información necesaria será de la magnitud que permita encarar el problema, debiendo evaluarse cada alternativa



En éste proceso es necesario mejorar la calidad de la información del perfil, lo que se puede conseguir con el estudio de **PREFACTIBILIDAD** se profundizan diferentes aspectos del estudio, se realizan los siguientes análisis



Estimaciones de costos



Análisis de Costo – impacto

los costos de acuerdo al resultado esperado y a los alcances del proyecto. Los proyectos de salud al considerarse del área social se evalúan sus impactos sobre los grupos poblacionales objetivo, en ésta etapa se toma la decisión de elaborar el estudio de factibilidad.

Estudio de **FACTIBILIDAD**, éste estudio es similar al de Prefactibilidad y desarrolla más aún la información, profundiza y precisa la misma a través de fuentes de información primaria a través de encuestas dirigidas, censos, trabajos de campo e investigaciones operativas, en esta etapa se definen las características de la población, tamaño, ubicación, etc. Bajo criterios que aseguren la eficacia, eficiencia, equidad y la optimización de los recursos.

**DISEÑO FINAL.**—Es una etapa donde se ajustan los detalles previos a la ejecución del proyecto, se definen los aspectos administrativos para determinar la disponibilidad de los recursos, áreas de influencia, los criterios para la contratación de personal, los términos de referencia para su ejecución, el Proyecto está en su fase de presentación.

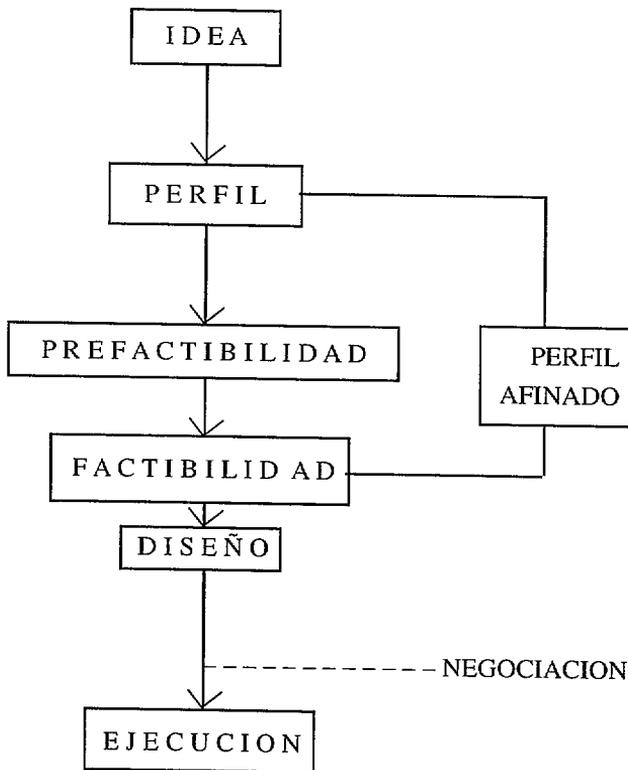
A partir de esta fase se entra a la negociación del proyecto, si el proyecto es factible, se facilita, más aún si en el ámbito de negociación la participación de la comunidad a través de sus representantes traduce las necesidades sentidas en demanda.

**EJECUCION** Es la concreción del proyecto en acciones con la materialización física, técnica y financiera a través de actividades que tienden a modificar la situación encontrada o cambiarla, concretando los beneficios ofertados para tal fin.

### II. 3. ETAPAS DEL CICLO DEL PROYECTO



P  
R  
E  
I  
N  
V  
E  
R  
S  
I  
O  
N  
I  
N  
V  
E  
R  
S  
I  
O  
N



*No todos los proyectos son de dimensión nacional o regional, es de esperar que los proyectos que se propongan en los municipios tengan el carácter más concreto por lo que las fases del proyecto pueden ser limitadas, no necesariamente deben cumplir todas las fases, pudiendo obviarse en muchos casos el estudio de factibilidad, e inclusive de prefactibilidad*



## CAPITULO III

### TECNICO METODOLOGICO

La metodología para la elaboración del proyecto debe contemplar los siguientes aspectos

Definición del sujeto y área de intervención del proyecto y su ubicación Geográfica

Tomando en cuenta los criterios de Vulnerabilidad, Trascendencia y Magnitud, se establecen conjuntamente con los representantes de la comunidad a través de las OTBs, los ámbitos de intervención del proyecto

MAGNITUD	Que afecta a un gran número de personas. (alta frecuencia)
TRASCENDENCIA	Que haga daño seriamente a ese grupo de personas
VULNERABILIDAD	Que el problema sea susceptible de ser modificado a través de acciones de intervención adecuadas

Asimismo deben tomarse en cuenta criterios de

- ✓ Motricidad. Que al resolver el problema resuelven sus problemas Ej Si se resuelve el problema de saneamiento básico se resuelve el de diarrea
- ✓ Viabilidad Que para ser ejecutado el proyecto exista voluntad y compromiso de los involucrados sorteando los obstáculos (Análisis FODA. ver doc. de Planificación).
- ✓ Factibilidad Que pueda hacerse con todos los recursos disponibles, económicos, Recursos Humanos, materiales y tecnológicos

### III. 1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ENCONTRADA

En el universo de acción donde nuestra gestión tiene influencia, es de esperar que tengamos un conocimiento práctico, producto del vivir cotidiano de la comunidad, la situación en la que nos encontramos esta llena de problemas y conflictos que ponen en riesgo la salud en toda su dimensión, existen también grupos poblacionales de mayor riesgo ej los menores de 5 años, las mujeres en edad fértil, etc y otros problemas circundantes que configuran una situación (Situación encontrada)

Como quiera que ésta situación está involucrando a una población es entonces necesario contar con datos estadísticos que nos permita identificar los grupos etareos para el análisis de los riesgos a que está sometido cada grupo, en esa perspectiva podemos encarar la misma con acciones dirigidas a disminuir estos riesgos. Para ello utilizaremos una matriz para sistematizar los datos de población

GRUPO ETAREO	Nº TOTAL	SEXO		PORCENTAJE
		M	F	

### III. 1. 1 Necesidades de salud de la población.

Una vez obtenidos los datos poblacionales, identificados los grupos de riesgo y otros datos que nos permitan una visión más integral del problema, haciendo uso de los datos que se obtienen de diversas fuentes, una de ellas el SNIS y principalmente la que genera la propia comunidad, establecemos las necesidades de salud de la población objetivo, si en ésta fase es la comunidad que identifica estas necesidades, estaremos en el camino correcto, podemos considerarla demanda.

Tradicionalmente las necesidades las determinaba el personal de salud, pueden ser necesidades de la comunidad pero que ellos no las sienten así, ahora con la participación de la comunidad a través del marco jurídico que le otorga la ley, estas necesidades pueden ser manifestadas o exteriorizadas por la propia comunidad, por lo que se traducen en demanda

### III. 1. 2. Disponibilidad de servicios

Las necesidades de salud de la población pueden no estar en relación y coherencia con los servicios que se oferta la Secretaría Nacional de Salud a través de los establecimientos, lo que amerita un conocimiento de otras instituciones que desarrollan acciones de salud directamente y otras que lo hacen indirectamente, tal el caso de las ONGs, otros proyectos de desarrollo, Instituciones religiosas, etc lo que nos configura un diagnóstico de la oferta de servicios en primera instancia, para establecer luego la coordinación con éstas instituciones y hacerlas partícipes del proyecto «El proyecto no debe ser patrimonio del o los proyectistas», sino de todos los agentes involucrados tanto comunitarios como institucionales

Partiendo de ésta disponibilidad de servicios ya podemos diseñar el o los proyectos sin el peligro de duplicar acciones y maximizando esfuerzos

### **III. 1. 3. Problemas socio–culturales condicionantes de la Situación**

Uno de los problemas con que es posible enfrentarse está referido a la diversidad de costumbres y creencias los que se traducen en comportamientos, actitudes y prácticas en algunos casos negativos que influyen en la salud. En tal sentido el conocimiento y su análisis es de vital importancia, la concepción mágico religiosa de la salud y enfermedad, la existencia de medicina tradicional presente históricamente como parte de la cultura de los pueblos ameritan un enfoque más integral del proceso salud–enfermedad.

Este problema, no visualizado por la concepción médica vigente no permitió hasta ahora franquear la barrera cultural existente entre el personal de salud y la comunidad particularmente rural, ahora con el instrumento que constituye la Ley de Participación Popular y la Planificación Participativa Municipal, esta debilidad se convierte en fortaleza, la que al ser volcada en proyectos concretos podrán modificar la situación encontrada.

### **III. 2. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS CENTRALES Y SU RELACION CON LAS CAUSAS Y EFECTOS.**

De todos los problemas que influyen sobre la salud de la población es necesario realizar un análisis conjunto con la comunidad, identificar los más preponderantes analizar el por que se presentan los mismos, cuales son sus causas y como afectan a la salud individual, de la familia y de la comunidad. El que la comunidad participe en el análisis de los problemas y sobre todo en los aportes que hagan para encarar éstos problemas, determinará la apropiación del proyecto por parte de la población, aquí la comunidad se constituye en contraparte ideológica del proyecto lo que significa el éxito previo.

*Jerarquización de los problemas por parte de actores sociales y el personal de salud*

Una vez identificados los problemas más preponderantes que afectan a la población se jerarquizan en base a criterios de Magnitud Trascendencia y Vulnerabilidad, y sobre todo de factibilidad.

### **III. 3. FIJACION DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**

Es la razón de ser del proyecto, una vez identificados los problemas, priorizados y jerarquizados se plantean objetivos para modificar la situación encontrada, estos objetivos deben estar en relación con las posibilidades reales de éxito, significa que espera-

mos al finalizar las acciones del proyecto con la inversión de determinados recursos

### **III. 4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES**

Una vez establecidos los objetivos generales y específicos, para su concreción se desarrolla un proceso de planificación a través de la movilización de recursos diversos, su interacción para conseguir los objetivos propuestos, concretando las acciones en un programa operativo

### **III. 5. CALENDARIO DE EJECUCIÓN**

Este programa operativo, debe ubicarse en el tiempo, es decir asignar un cronograma de actividades para desarrollar sistemáticamente cada actividad, el mismo que debe ser de consenso con la comunidad, con el cumplimiento del mismo, este cronograma además de organizar las acciones en el tiempo facilita el proceso de monitoreo para corregir a tiempo las dificultades encontradas

### **III. 6. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS**

Establecido el cronograma de ejecución, se asignará los recursos indispensables para el desarrollo del proyecto, éstos recursos son: los recursos humanos que serán los responsables de la ejecución del proyecto, los recursos físicos necesarios, es decir la infraestructura e insumos necesarios, y los recursos financieros para la movilización y ejecución del proyecto

En este proceso la contraparte comunitaria y otras contrapartes determinan el éxito del proyecto, además de constituir el pilar en que se asienta la sostenibilidad del mismo

### **III. 7. PROGRAMACION PRESUPUESTARIA**

Programación del presupuesto que significa asignar fondos a cada actividad, a los insumos, al pago de servicios personales y no personales, gastos operativos y gastos de contingencia necesarios para el desarrollo normal de las actividades del proyecto.

### **III. 8. EVALUACION**

Indicadores de evaluación

Calendario de evaluación

*Este capítulo está desarrollado  
en el manual de evaluación*



## **CAPITULO IV**

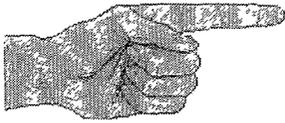
### **PRACTICO OPERATIVO**

#### **IV. 1. PRESENTACION DEL PROYECTO**

##### **GUIA DE CONTENIDOS**

###### **PRESENTACION**

- 1 RESUMEN EJECUTIVO
- 2 ANTECEDENTES
- 3 MARCO INSTITUCIONAL
- 4 LOCALIZACION CARACTERISTICAS DEL PROYECTO, SITUACIÓN ANTES DEL PROYECTO
- 5 DISEÑO
- 6 FIN, PROPOSITOS Y PRODUCTOS ESPERADOS
- 7 ACTIVIDADES
- 8 METODOLOGIA
- 9 SUPOSICIONES
- 10 PERSONAL
- 11 SISTEMA DE INFORMACION Y VIGILANCIA Y EVALUACION
- 12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 13 PROGRAMACION PRESUPUESTARIA O DE OPERACIONES
- 14 OTRAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO
- 15 COMPLEMENTARIEDAD DE ACCIONES



## **PRESENTACION.**

En la presentación debe consignarse los siguientes elementos:

### **INFORMACION GENERAL**

Que deberá adaptarse a las características de cada proyecto, esta puede ser presentada a través de un marco lógico, lo que permitirá un análisis más organizado y rápido, ello facilita también estandarizar las propuestas y facilitar el proceso de revisión

### **RESUMEN EJECUTIVO.**

Este resumen dependiendo de la extensión del proyecto debe ser conciso, no pudiendo abarcar más de dos páginas

El orden de los contenidos podrá ser

Nombre del proyecto

Ubicación geográfica (Municipal, Regional ó Nacional)

Población beneficiaria, Directa e indirecta

Tiempo de duración del proyecto

Objetivos- Metas en general

Productos esperados

Principales actividades

Financiamiento solicitado, aporte propio

Estrategias de sostenibilidad del proyecto

Forma de transferencia del proyecto a la comunidad

Cronograma.

### **MARCO INSTITUCIONAL**

Describir el ámbito institucional o contexto del solicitante o ejecutor del proyecto y la dependencia del mismo, identificando a la vez los niveles de intervención

Es en éste momento en que se justifican y fundamenta la pertinencia del proyecto, si es producto de necesidades concretas para revertir una situación determinada

Si se trata de un proyecto que da continuidad a uno precedente o se trata de una continuación con ajustes, describir las características del proyecto «madre»

Si se trata de un proyecto complementario de otro mayor, detallar ésta complementariedad

Debe también describirse el aporte del proyecto a los logros de los objetivos institucionales y su articulación a las políticas y su desarrollo para fortalecer éstas

## **LOCALIZACION DEL PROYECTO**

Se debe señalar claramente el área geográfica de intervención, las características de ésta los elementos que concurren a configurar la misma, Línea de base, que permita conocer los elementos más importantes que se tiene como ser producción, ocupación de la mayoría de la población, servicios básicos, si es urbano o rural comercio, vías camineras acceso características culturales, costumbres, tipos de organizaciones naturales y formales, otros proyectos que se desarrollan, describiendo la COMPLEMENTARIEDAD a ellos

Adjuntar mapas y croquis

## **DATOS DEMOGRAFICOS**

Población directa e indirecta a ser atendida por el proyecto por grupos etareos en función a la priorización de acuerdo a las políticas de Salud

## **DISEÑO DEL PROYECTO**

El diseño del proyecto no debe sobrepasar de 5 páginas, en el que contemple

**(Fin, Propósito y Productos). en el caso que se adopte el marco lógico.**

En ésta etapa del diseño del proyecto, debe considerarse claramente el objetivo final del proyecto, el problema que se pretende resolver a través del proyecto, su integración al Plan Nacional de Salud de la Secretaría Nacional, Su aporte a la política de salud en particular y a la política nacional en general

Los resultados que se esperan obtener al finalizar el proyecto

Debe considerarse el tiempo de duración del mismo en años o meses, compatible con la obtención de resultados, los mecanismos de sostenibilidad en el tiempo

Debe remarcarse la transferencia del proyecto al finalizar el mismo, ello en función a que tanto el control y la administración de los proyectos en los niveles locales deben constituirse en patrimonio de la comunidad

Todo lo anterior debe sistematizarse ordenada y secuencialmente de acuerdo al siguiente detalle

### **Objetivo General.**

Este viene a ser la razón de ser del proyecto, éste debe nacer de una necesidad concreta y prioritaria, enmarcada a la significación de la Participación Popular, su priorización debe ser compatible además con el criterio de la comunidad, es decir que ésta priorización si es en el nivel local debe ser analizada con la comunidad

Las metas del propósito La cuantificación del objetivo

Estas metas deben ser planteadas en términos de cantidad, calidad y tiempo, la determinación de éstas nos dan a conocer la situación final del proyecto

### **Objetivos específicos.**

Estos son los productos esperados al finalizar al proyecto

#### *Metas –*

La metas deben estar desglosadas para cada producto, los mismos deben contener elementos de calidad y cantidad

#### *Actividades*

Para el logro de los productos esperados del proyecto se debe describir claramente cada uno de ellos en forma jerárquica, remarcando como cada uno de ellos se enmarcan dentro los planes y programas que establece la política de salud vigente

#### *Metodología –*

Descripción de la metodología de trabajo que se piensa seguir, como espera integrarse a las demás acciones que se desarrollan en la comunidad donde se desarrollará el proyecto, cual la COMPLEMENTARIEDAD con otros proyectos que desarrollan acciones compatibles con el proyecto y cual la participación de la comunidad o de sus representantes

#### *Suposiciones –*

En el entendido de que todos los proyectos enfrentan riesgos que desestabilizan la consecución del mismo se debe describir los mismos, analizar sus causas eje Sectas religiosas, costumbres, mitos, etc los que constituyen factores limitantes y la forma que se plantea para reducir los mismos

### *Personal –*

Describir el personal que se involucra en el proyecto, describiendo las funciones de cada uno de ellos y su perfil profesional.

Además se debe describir de manera muy general los términos de referencia productos y tiempo de trabajo de cada uno de ellos.

### *Cronograma –*

El cronograma de actividades debe ser desglosado de manera que permita tener una idea clara de las actividades y los tiempos asignados a cada uno de ellos, este rubro será realizados en un cuadro (adj).

### *Presupuesto –*

El presupuesto constituye uno de los rubros más importantes para el desarrollo de los proyectos para ello es preciso que el mismo deba enmarcarse dentro de parámetros de racionalidad de gasto, con el propósito de que se obtenga un impacto máximo con un presupuesto mínimo, Eficiencia. Un parámetro muy general constituye la relación de la inversión en el objetivo del proyecto y el gasto administrativo.

### *Activos fijos –*

Este rubro representa los gastos a realizarse en la adquisición de equipos, maquinarias, muebles, enseres, herramientas, etc.

### *Gastos de personal –*

Coherente con los criterios de eficacia y eficiencia se deberá programar los gastos de personal de acuerdo al perfil profesional de los funcionarios, tiempo de contratación, niveles salariales, beneficios sociales por categoría de personal

### *Sueldos y salarios –*

Son los gastos programados para personal estable por concepto de pago salarios por servicios

### *Gastos operativos directos –*

Son gastos inherentes al desarrollo de las actividades del proyecto como gastos para la capacitación, material educativo, construcciones, publicaciones y todos lo gastos realizados para el desarrollo de la fase operativa del proyecto

## **Investigaciones**

Entrenamiento y capacitación de recursos humanos

Asistencia técnica (consultoría)

## **Evaluaciones.**

### *Gastos Operativos Indirectos –*

Se incluyen todos los gastos administrativos que apoyan al desarrollo de las actividades del proyecto Pasajes, viáticos, mantenimiento de vehículos combustibles, lubricantes, materiales de oficina, suministros, alquileres comunicaciones, etc

Estas categorías de gastos deberán enmarcarse en la Ley SAFCO

# ANEXOS

**ANEXO I**  
**MATRIZ DE PROYECTO**

PROGRAMA -----  
 SUBPROGRAMA -----  
 NOMBRE DEL PROYECTO -----

PROBLEMA	OBJETIVO	META	ESTRATEGIAS	TAREAS	AMBITO		PRESUPUESTO	RESPONSABLE
					GEOGRAFICO	POBLACION		

## **ANEXO II**

### **A CONTINUACION EN EL SE DETALLAN FORMATOS DE DISEÑO DE PROYECTOS DE INSTITUCIONES FINANCIERAS MAS IMPORTANTES QUE DESARROLLAN ACCIONES DE SALUD.**

#### **MODELO DE ELABORACION DE PROYECTOS OPS/OMS**

##### **I.- Datos del perfil**

- 1 – Problema específico de desarrollo que abordará el proyecto
- 2 – Pertinencia del proyecto para la política de salud del país y de las prioridades establecidas por la OPS/OMS
- 3 – Meta del proyecto (objetivo de desarrollo)
- 4 – Propósito del proyecto (objetivo de desarrollo)
- 5 – Estrategia del proyecto
- 6 – Descripción sumaria del proyecto
- 7 – Partes interesadas
- 8 – Area geográfica del proyecto y grupo beneficiario
- 9 – Situación actual y situación al finalizar el proyecto
- 10 – Consideraciones especiales
- 11 – Otros donantes o programas en el mismo campo
- 12 – Supuestos y riesgos (factores externos)
- 13.- Esquema del presupuesto
- 14 – Análisis de los costos recurrentes
- 15 – Compromiso del país anfitrión
- 16 – Aspectos desconocidos y posible necesidad de otros estudios

##### **II ANEXOS**

**GUIA PARA LA FORMULACION DE PROYECTOS DEL  
CURSO DESCENTRALIZADO DE PLANIFICACION Y GERENCIA  
PARA EL DESARROLLO DE LOS DISTRITOS DE SALUD**

- I Cuerpo del proyecto.–
  - 1 – Aspectos Generales.
    - 1 1 Nombre del Proyecto
    - 1 2 Nombre y Dirección de los responsables del proyecto
    - 1 3 Presentación del Proyecto
  - 2 – Antecedentes
  - 3 – Descripción
    - 3 1 Diagnóstico de situación
    - 3 2 Aspectos sociales del proyecto
    - 3 3. Oferta de Servicios de Salud
    - 3 4 Demanda real y potencial de servicios de salud
    - 3.5 Situación base optimizada
    - 3 6 Comparación de la demanda actual con la demanda potencial
  - 4 – Justificación
  - 5 – Marco institucional
  - 6 – Objetivos
  - 7 – Metas
  - 8.– Cronograma de actividades
  - 9 – Recursos
    - 9 1 Humanos
    - 9.2 Físicos
    - 9 3 Financieros
  - 10 – Programación presupuestaria
  - 11 – Mecanismos de autoevaluación
    - 11 1 Tipos de evaluación
      - 11 1 1 Ex– ante
      - 11 1.2 Ex–post
    - 11 2 Anexos

## **FONDO DE INVERSION SOCIAL**

Parte I Formulario Datos básicos del proyecto

### **CAPITULO I**

#### **IDENTIFICACION Y CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO.**

Nombre del proyecto

Datos técnicos relevantes.

- 1 – Estructura programática
- 2 – Organización del proyecto
- 3 – Localización del proyecto
- 4 – Sectorialización
- 5 – Interrelación con otros proyectos
- 6 – Grupos beneficiarios
- 7 – Objetivos del proyecto
- 8 – Efectos e impactos esperados
- 9 – Carácter de la inversión
- 10 – Frecuencia de la inversión
- 11 – Mecanismos de la recuperación en la inversión
- 12 – Fuentes de financiamiento compatibles
- 13 – Avance en la captación de apoyo externo
- 14 – Fases del proyecto
- 15 – Modalidad bajo el cual se ejecuta
- 16 – Resultados esperados por fases
- 17 – Actividades por fases .

## **CAPITULO II**

### **DEMANDA DE RECURSOS Y FINANCIAMIENTO DE LA INVERSION**

- 1.- Recursos financieros
- 2.- Recursos financieros externos
- 3 – Asistencia técnica
- 4 – Recursos humanos
- 5 – Recursos físicos relevantes

#### **TABLAS**

- 1.- Programas subprogramas
- 2 – Sectores y subsectores
- 3.- Modalidad de ejecución
- 4 – Item presupuestario de gastos
- 5 – Estructura salarial

# GUIA DE PRESENTACION DE PROYECTOS ONAMFA

## 1.- INTRODUCCION

- 2.- Requerimiento correspondientes a la negociación de proyectos
- 3.- Antecedentes y elementos básicos para la elaboración de proyectos
  - 3 1 Etapas del ciclo del proyecto

## 4.- EL PROYECTO

- 4 1 – Formato requerido
- 4 2 – Ordenamiento de la información básica que debe suministrarse
- 4 3 – De la responsabilidad del proyecto
  - 4 3 1 Idoneidad y experiencia del proyecto
  - 4 3 2 Antecedentes jurídicos institucionales
- 4 4 Justificación del proyecto
  - 4.4 1 Planteamiento del problema
  - 4 4 2 Propuesta de solución
- 4 5 Objetivos
- 4 6 Plan de trabajo
  - 4.6 1 Descripción del plan
  - 4 6 2 Cronograma de actividades
- 4 7 Programación Presupuestaria
- 4 8 Plan de supervisión evaluativa
  - 4 8 1. Supervisión
  - 4 8 2. Evaluación
- 4 9 Informes
  - 4 9 1. Programático
  - 4 9 2. Cumplimiento del cronograma y metas
  - 4.9 3. Financiero

# CUESTIONARIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTOS A MEDICOS MUNDI

- 1 – Titulo del proyecto
- 2 – Descripción sucinta de la acción
- 3 – Localización detallada
  - 3 1 Situación geográfica de la zona
  - 3.2 Mapas País, continente, región, de la infraestructura
  - 3 3 Distribución geográfica Ciudad, pueblos caseríos, comunidades
- 4 – Historia de la acción
  - 4 1 Origen de la iniciativa
  - 4 2 Convenio con el ministerio
  - 4 3 Antecedentes generales del país
    - 4 3 1 País Extensión geográfica
      - Población
      - Tasas Demográficas
      - Idioma
      - Salud Tasas.
      - Educación Tasas
      - Economía
    - 4 3 2 Departamento Misma información de 4.3 1
    - 4 3.3 Area de acción del Distrito
      - Mismo del punto 4 3 3 Excepto salud y añadiendo
      - Reseña histórica
      - Núcleos poblados
      - Descripción de servicios administrativos
      - Descripción de instituciones religiosas jurídicas, etc
- 5 – Beneficiarios de la acción
  - 5 1 Beneficiarios directos
  - 5 2 Indirectos
  - 5 3 Participación de beneficiarios
  - 5 4 Posibles criterio de selección de beneficiarios
  - 5.5 Participación de la mujer
- 6 Socio local, Organización responsable del proyecto
  - 6 1 Identidad
    - Nombre
    - Dirección
  - 6 2 Fecha de creación, régimen jurídico
  - 6 3 Nombre y cargo del Responsable
  - 6 4 Experiencia, actividades del socio local
  - Objetivos

- Zona de intervención
- Relación con beneficiarios
- Relación con otras instituciones
- Copia del último informe de actividades
- 7 – Descripción de la situación de salud existente en el área de acción
  - 7.1 Diagnóstico de salud
    - 7 1.1 Indicadores de salud
    - 7 1.2 Infraestructura. Red de Servicios
    - 7.1.3 Recursos humanos
    - 7 1 4 Programas de salud desarrollados
    - 7 1 5 Sistema de aprovisionamiento de medicinas
    - 7 1 6 Sistema de referencia
    - 7 1 7 Sistemas de información
    - 7 1 8 Medicina tradicional en la zona
    - 7 1 9 Existencia de otros proyectos sanitarios
    - 7 1 10 Organización del área de acción
  - 7 2 Análisis de la situación encontrada
- 8 – Objetivos de la acción
  - 8.1 Objetivo general
  - 8 2 Objetivos específicos
- 9.– Planificación de actividades para alcanzar los objetivos Plan de acción
  - 9 1 Actividades a realizar
  - 9 2 Calendario de acción
  - 9 3 Plan de evaluación de la acción
  - 9 4 Recursos humanos, materiales y técnicos previstos para realizar el plan de acción
  - 9 5 Presupuesto detallado por partidas financiamiento de acción
    - 9 5 1 Partidas generales
      - a) Costos directos
      - b) Costos Indirectos
    - 9 5.2 Fuentes de financiamiento
- 10 Aceptación de la acción por una autoridad local competente
- 11 Viabilidad e la acción después de su realización
  - 11.1 Responsable de la acción tras su realización
  - 11 2 Medidas previstas durante la acción
  - 11 3 Viabilidad técnica
  - 11 4 Viabilidad sociocultural
  - 11 5 Viabilidad financiera
  - 11 6 Perspectivas de los beneficiarios
- 12 Sensibilidad de la opinión pública si la hay.

# ANEXO III MATRIZ DE VIABILIDAD

PROBLEMA	RECURSOS														
	COMUNIDAD			INSTITUCIONAL			OTROS								
	ECON	FISCO	RR-HH	ECON	FISCO	RR-HH	ECON	FISCO	RR-HH	ECON	FISCO	RR-HH			

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1 – J Carbonel. Programación y Control de Proyectos /1990
- 2 – Alarid Humberto J Bases para la programación de los Sistemas Locales de Salud Sistemas Locales de Salud Publicación Científica 519 OPS
- 3 – Rovere Mario La Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud Serie de Desarrollo de RR HH N 96–1993
- 4 – Paganini José María Programación de los Sistemas Locales de Salud Los Sistemas Locales de salud Publicación Científica N 519
- 5 – Organización Mundial de la Salud Proceso de gestión para el Desarrollo Nacional de Salud Normas Fundamentales Serie Salud Para Todos N. 5
- 6 – Organización Mundial de la Salud Evaluación de Programas de Salud Normas Fundamentales Serie Salud Para TodosN 6
- 7 – Desde la Idea, Hasta la Realización de un Proyecto Folleto de Información N 3, GTZ/1988
- 8.– Formato Normalizado para el Diseño de Perfiles y Documentos de Proyectos de la OPS OPS/OMS 1993
- 8 – Guia Para la Presentación de Proyectos Ministerio de Desarrollo Humano FIS
- 9 – Guia Para la Presentación de Proyectos de ONAMFA Edna Rivas H, Carlos Alarcón E enero 1994
- 10 – Gamboa Miriam OPS/OMS «Perfil Comunitario de Salud» A Través del Método de la Investigación Acción Participativa Planificación Participativa
- 11 – Documento de Difusión Presentación de Proyectos Médicos Mundi Navarra, Delegación Bolivia
- 12 – Plan Vida. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño Bolivia 1994–1997
- 13 – Guia de Presentación de Proyectos PROCOSI
- 14 – Cohen Ernesto, Franco Rolando, 1993 Evaluación de Proyectos Sociales Madrid España, Ed Siglo XXI Editores
- 15 – CUADERNOS DE LA CEPAL, Focalización y Pobreza, NNUU 1995

**GUIA METODOLOGICA  
PARA EL FUNCIONAMIENTO DE COMITES  
DE ANALISIS DE INFORMACION  
(C.A.I.)**

***ELABORADO POR***

***Dr. Ramiro Zuleta Davalos***

***JEFE DEL DEPARTAMENTO  
DE SISTEMAS DE INFORMACION***

***ASESORIA***

***Dr. Christian Darras***

***OPS/OMS***

***Dr. Rigoberto Centeno***

***OPS/OMS***

# **GUIA METODOLOGICA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE COMITES DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.)**

## **1. ANTECEDENTES**

Los Sistemas de Información como parte de sus procedimientos contemplan el análisis y utilización de la información. En el caso del Sector Salud y tomando en cuenta los ajustes permanentes y la toma de decisiones en los diferentes Niveles, es necesario dotar al personal de una metodología de análisis e interpretación de la información, la misma que sin entrar en un plano de rigidez, contemple la estandarización de ciertos aspectos que permitan su comparabilidad y medición.

La Secretaría Nacional de Salud a fin de contar con un Sistema de Información ágil, oportuno y confiable, que sirva de insumo para la toma de decisiones, viene desarrollando varios Subsistemas de Información dentro de los cuales se encuentra el Subsistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que recaba información de Actividades en Salud y parte de la Vigilancia Epidemiológica, dicho Subsistema viene cumpliendo con los objetivos para los que fue creado y se constituye en el eje para el desarrollo e implementación de un Sistema de Información en Salud adecuado a las necesidades y requerimientos actuales.

Dentro de las normas y procedimientos definidos en el SNIS, se contempla la instauración de los Comités de Análisis de la Información (CAI) en los diferentes Niveles del Sistema de Salud, los mismos se constituyen en instancias de análisis y evaluación de la información generada en la prestación de servicios y actividades en salud, los resultados alcanzados al ser medidos y comparados, permiten obtener una visión global y desagregada de las acciones en salud y al mismo tiempo servir de insumo para la toma de decisiones, adecuación de planes y programas y ajuste de las Políticas de Salud. Por otra parte la coordinación Intra e Intersectorial, al igual que la difusión de la información a la comunidad, son aspectos que al ser encarados en las reuniones de los Comités de Análisis de Información, permiten orientar las acciones conjuntas a fin de modificar las condiciones de vida de la población.

Los Comités de Análisis de la Información (CAI) deben conformarse y funcionar en los diferentes niveles de la estructura de la Secretaría Nacional de Salud, descrita en el Modelo Sanitario.

La disponibilidad de datos de cada Establecimiento de Salud, permite un máximo de desagregación de la información, facilitando el análisis de acuerdo a las necesidades de cada instancia de prestación de servicios o de gestión. En este sentido el Modelo Sanitario define a los Centros de Salud como unidades productoras de servicios y a las DIDES como instancias de gestión, las mismas que tienen bajo su responsabilidad el control del adecuado funcionamiento del Subsistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y otros subsistemas desarrollados por la Secretaría Nacional de Salud.

## **2. METODOLOGIA DE ANALISIS**

La metodología que a continuación pasaremos a describir debe ser adecuada a los diferentes niveles, en ella haremos mención a parámetros orientados a un análisis de información nacional, aspecto que no difiere en gran medida del análisis que se debe realizar en otros niveles.

Por otra parte los parámetros mencionados servirán como modelo sin interferir en la creatividad y especificidad requerida por los diferentes usuarios.

## **3. FASES DE LA METODOLOGIA**

-  Fase de preparación
-  Fase de desarrollo de la Reunión
-  Fase de seguimiento

### **3.1. FASE DE PREPARACION**

Esta fase comprende a su vez varias etapas o actividades, la primera consiste en definir el equipo de conducción o responsable del desarrollo de la reunión, este equipo puede estar constituido por personal de Sistemas de Información u otro personal definido en cada nivel o instancia de análisis.

Los equipos de conducción o de organización de las reuniones de los Comités de Análisis de Información (CAI), tienen como funciones la organización, desarrollo y seguimiento de las reuniones, la responsabilidad de dirigir las reuniones recae en las autoridades de las diferentes instancias de análisis.

Las tareas que deben realizar los equipos de conducción o responsables de la organización de las reuniones de los Comités de Análisis de la Información en los diferentes niveles son las siguientes:

-  Elección del o los temas de análisis
-  Preparación de documentación
-  Envío de documentación e invitaciones
-  Preparación del ambiente

### **3.1.1. ELECCION DEL O LOS TEMAS DE ANALISIS**

Se deben identificar los temas o programas a ser analizados, estos pueden ser desde la totalidad de las actividades reportadas en el SNIS, hasta un solo aspecto identificado como prioritario o por bloques de actividades o programas (Ej Atención al Menor de 5 Años, Atención Integral a la Mujer)

Tampoco se descarta que el análisis de información incluya otros aspectos no reflejados en el SNIS y que requieran su incorporación en el análisis, estos pueden ser aspectos Administrativos de Recursos Humanos, Suministros, etc.

Por otra parte la elección del o los temas puede ser privativo del equipo organizador o ser de elección conjunta a la finalización de cada reunión

### **3.1.2. PREPARACION DE DOCUMENTACION**

Esta actividad está sujeta a la determinación de la modalidad de la reunión, la misma que puede obedecer a las siguientes características:

-  Reunión con documentación preparada por el equipo de organización
-  Reunión con documentación preparada por los participantes

En el primer caso el equipo organizador deberá elaborar cuadros y/o gráficos comparativos (entre Direcciones Departamentales de Salud, DILOS o entre Centros de Salud), cuadros y/o gráficos evolutivos (de meses anteriores o relacionados con la gestión o gestiones anteriores) Para este objetivo se dispone de los reportes del SNIS emitidos directamente por el paquete computarizado o en su defecto se pueden obtener manualmente de acuerdo a las necesidades y requerimientos, cabe recalcar que la documentación preparatoria no debe limitarse a la información recabada por el SNIS, sino también a otro tipo de información complementaria proporcionada por las instancias correspondientes

En el segundo caso, los participantes son los responsables de elaborar cuadros y/o gráficos evolutivos o comparativos, según sea necesario o pertinente

En ambos casos es necesario realizar procesos de control de calidad de información, los cuadros elaborados deben ser verificados tomando en cuenta las sumas u otras operaciones aritméticas que se utilizaron en su elaboración

Se puede elegir al azar una o mas columnas de cifras y verificar los resultados, el mismo procedimiento se puede utilizar en forma horizontal, en ambos casos se debe identificar correctamente las operaciones aritméticas que se realizaron en la elaboración del cuadro ya que las cifras no siempre son totalizadas especialmente en forma horizontal

### **3.1.3. ENVIO DE LA DOCUMENTACION E INVITACIONES**

En este aspecto, es necesario tomar en cuenta la incorporación de los nuevos actores relacionados con el Desarrollo Humano, para tal efecto se debe promover y asegurar la participación de representantes de los Municipios, OTBs, Comites de Vigilancia y otras Organizaciones Comunitarias en las reuniones de los Comites de Análisis de la Información (C A I )

El envío de la documentación e invitaciones, debe ser realizada con la debida anticipación y respetando cronogramas establecidos

Se deben identificar los medios mas adecuados a cada circunstancia. las invitaciones pueden ser en forma escrita o verbal (personal, teléfono o radio), de a acuerdo a cada circunstancia, esto con la finalidad de no burocratizar demasiado los eventos y las invitaciones se constituyan en obstáculo para la realización de las reuniones

### **3.1.4. PREPARACION DEL AMBIENTE**

Esta actividad comprende la elección del ambiente adecuado al número de participantes y a los medios disponibles, al mismo tiempo se debe pensar en la dotación de equipo y suministros como ser proyectora de transparencias, pizarra, etc

Estos aspectos son recomendables pero no imprescindibles, dejamos esta elección a criterio de los organizadores de las reuniones y a la disponibilidad de medios en cada instancia de realización de las reuniones.

## **3.2. FASE DE DESARROLLO DE LA REUNION**

Esta fase comprende las siguientes etapas

-  Etapa informativa
-  Etapa de Análisis
-  Etapa de identificación de alternativas de solución y toma de decisiones

### 3.2.1. Etapa informativa

En esta etapa pueden realizarse las siguientes actividades:

Presentación de los participantes (en caso necesario) Esta actividad puede ser obviada en la medida que los participantes se conozcan o sean los mismos en cada reunión

Explicación de la metodología de trabajo

Consiste en dar a conocer a los participantes la metodología de trabajo, la misma que puede estar orientada hacia un trabajo conjunto o trabajo de grupos

Las dos modalidades deben ir acompañadas de la suficiente documentación y los insumos necesarios para el cumplimiento de los objetivos trazados

En el caso de realizarse un trabajo conjunto se deberá nombrar un moderador o responsable de la presentación de los resultados obtenidos en el área de análisis elegida, así mismo el moderador deberá orientar y facilitar el desarrollo adecuado de la reunión y sistematizar las diferentes intervenciones

En el caso de realizarse trabajo de grupos, se deberá proporcionar las guías de trabajo correspondientes y nombrar un moderador y un relator por grupo

En esta etapa también es necesario nombrar a un Secretario(a) de actas a cuyo cargo estará la elaboración del acta correspondiente

### 3.2.2. Etapa de Análisis

Esta etapa esta orientada íntegramente al análisis de la información, la misma que requiere de una sistematización adecuada para permitir su análisis, interpretación y posterior utilización

Para este objetivo, sugerimos el siguiente ordenamiento o sistematización de la información:

-  Información básica
-  Información de resultados

3 2 3 Información Básica

Esta información puede ser obtenida del Módulo de Información Básica del SNIS o de otras fuentes disponibles y debe consignar datos de

- ✓ Población
- ✓ Recursos Humanos
- ✓ Recursos Físicos
- ✓ Presupuesto

### **3.2.4. Población**

Esta información debe ser proporcionada en forma global y desagregada, es decir población total y por grupos etareos

También se debe proporcionar información de la población atendida por la Seguridad Social, esta información puede ser obtenida en las instancias correspondientes ya que cada Establecimiento de la Seguridad Social tiene una población asignada de asegurados. En el caso de los otros Subsectores (ONGs, Iglesia y Privados), no se tiene datos de población ya que estos desarrollan actividades y brindan servicios a la misma población atendida por la S N S

### **3.2.5. Recursos Humanos**

Al igual que la población, la información de Recursos Humanos debe ser proporcionada en forma global y desagregada, esto implica la totalidad de Recursos Humanos y por categorías

### **3.2.6. Recursos Físicos**

Esta información consigna datos sobre infraestructura y equipamiento, dadas las características de esta información no es necesario realizar análisis permanentes y debe ser utilizada de acuerdo a necesidades o ser un tema de análisis específico

### **3.2.7. Información de Resultados**

Esta información puede ser obtenida de los formularios del SNIS (Informe Mensual de Actividades en Salud e Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica), los consolidados se pueden realizar de acuerdo a necesidades o nivel en el que se realice el análisis, los mismos pueden ser realizados en forma manual o en el sistema computarizado de acuerdo a la disponibilidad del mismo

Por otra parte la utilización de la información recabada por el SNIS no invalida la utilización de información adicional que sea considerada de utilidad en el análisis

Entrando al análisis mismo de la información, es necesario proporcionar a los participantes datos sobre la integridad y oportunidad de la información

La integridad se refiere a la cobertura de información del período analizado. Esta información debe consignar el porcentaje de establecimientos que informaron, en relación al total de los establecimientos que deben informar mensualmente.

A continuación presentamos un ejemplo para orientar en la obtención de estos datos

Un Municipio tiene 10 Establecimientos de Salud, el período de análisis es de un año, durante este período 5 establecimientos informaron los 12 meses, 3 establecimientos informaron 10 meses y 2 informaron 8 meses

Con estos datos se realiza el siguiente análisis

5	por	12 meses	=	60
3	por	10 meses	=	30
2	por	8 meses	=	16
				106

La cifra 106 corresponde a los meses informados en el período de análisis, si esta la relacionamos con el total de meses que debían ser informados tendremos lo siguiente:

$$\frac{106}{120} \times 100 = 88.3\%$$

Este análisis nos sirve para determinar el porcentaje de información sobre el que se deberá trabajar en los análisis posteriores

El mismo procedimiento se puede aplicar para determinar la cobertura de información de los Subsectores.

La oportunidad de la información se refiere al número de establecimientos que informaron dentro del plazo establecido en el cronograma de recepción de información, en relación al total de establecimientos.

Esta información esta disponible en los diferentes niveles, ya que en cada uno de ellos se realiza el Monitoreo de Información Oportuna

Es de esperar que los problemas en relación a la oportunidad de la información serán encarados en las primeras reuniones de análisis de información, ya que debe ser una prioridad para todos los niveles el contar con información oportuna

En la medida en que se regularice el envío de información dentro de los cronogramas

establecidos en cada uno de los niveles, se puede dejar de analizar este aspecto, el cual dejamos a criterio de los organizadores y participantes de las reuniones de los Comités de Análisis de Información en los diferentes niveles

Una vez realizados los análisis arriba mencionados pasaremos a detallar el análisis de la información recabada en los formularios del SNIS y otra información considerada de utilidad

Para este objetivo es necesario contar con la información organizada y sistematizada, la misma que debe ser presentada en cuadros resumen que sean fáciles de interpretar y contengan el detalle necesario sin entrar en la minuciosidad

Dejamos a criterio de los organizadores y participantes la elaboración de gráficos, los mismos que son de utilidad pero no imprescindibles, además este aspecto esta relacionado con la utilización de equipos de computación los mismos que no están disponibles en todas las instancias de análisis de información

Los cuadros a ser analizados deben reflejar la información del o los temas elegidos, se sugiere presentar cuadros de cifras absolutas y cuadros de indicadores, estos pueden ir en forma separada o en el mismo cuadro

Cabe recalcar que el paquete computarizado del SNIS permite la emisión de reportes de cifras absolutas, cuadros de indicadores y gráficos de indicadores, este aspecto constituye una ventaja en la medida de la disponibilidad de equipos de computación en las instancias de análisis de información

Una alternativa de solución a este aspecto esta planteada en los procedimientos del SNIS, estos identifican como una necesidad la realimentación en los diferentes niveles

La realimentación para cumplir con su cometido debe ser realizada regularmente y con la debida oportunidad a fin de no retrasar el análisis de la información en las instancias correspondientes

Otra alternativa constituye la organización y sistematización de la información en forma manual, la misma que implica mayor esfuerzo pero al mismo tiempo permite el adiestramiento del personal en el manejo de la información

Además de la información arriba mencionada, se sugiere proporcionar a los participantes la información de la gestión o gestiones anteriores correspondiente al mismo período de tiempo definido para el análisis

Otra información adicional que sugerimos, es un detalle de la utilidad de cada indica-

dor, y si se considera necesario la construcción o fórmula de cada uno de ellos, esta información puede ser proporcionada en forma global o en grupos de indicadores. es decir se puede dar un listado de la mayor cantidad posible de indicadores o realizar listados de indicadores de acuerdo al tema de análisis

Esta última posibilidad puede motivar al personal en la búsqueda de otros indicadores de utilidad para cada análisis, dejamos esto a criterio de los organizadores y participantes

En base a la información detallada anteriormente, se sugiere la siguiente metodología

### **3.2.8. Análisis de información de cifras absolutas**

Este análisis puede ser realizado en forma global (Ej. total Dirección Departamental de Salud) o desagregada (Ej. por Municipio) o el análisis de ambos (global y desagregado).

Por otra parte, las cifras absolutas nos permiten realizar un análisis evolutivo, esto implica comparar las mismas unidades de análisis en diferentes gestiones, por ejemplo, comparar el número de primeras dosis de vacuna DPT aplicadas en una Dirección Departamental de Salud en el primer semestre de la gestión 1994, con el número de dosis de la misma vacuna en la misma Dirección Departamental, en el primer semestre de 1993

Estas comparaciones nos permitirían determinar los incrementos o disminuciones de las actividades medidas, estas pueden ser expresadas en porcentajes, mencionando el aumento o disminución de una determinada actividad realizada en una gestión en relación a otra

El análisis comparativo entre unidades de análisis no es aconsejable realizar en base a cifras absolutas ya que las unidades de análisis difícilmente tienen las mismas características en relación a población, recursos humanos, físicos, etc. Este análisis se puede realizar siempre y cuando las unidades de análisis tengan características comunes o parecidas, es mejor el análisis comparativo en base a la utilización de indicadores

En las cifras absolutas resulta más útil realizar comparaciones evolutivas, es decir ver los cambios de una misma unidad de análisis en gestiones diferentes o comparando con meses anteriores

Se deben observar los incrementos o disminuciones y sacar los porcentajes de los mismos, las diferencias grandes nos deben llamar la atención y orientar nos para realizar un análisis más exhaustivo, tomando en cuenta el subregistro e incluso errores en el procesamiento de datos y elaboración de cuadros

Es necesario también tomar en cuenta la cobertura de información, si tenemos una cobertura mínima de información esta repercutirá en una disminución de las cifras absolutas, este aspecto si no es analizado nos puede llevar a conclusiones erróneas y por consiguiente a la toma de decisiones erróneas

### 3.2.9. Análisis de indicadores

Para el análisis de indicadores, sugerimos dotar al personal de referencias sobre las características de los indicadores, su utilidad y categoría (cobertura, calidad rendimiento, etc.).

En este análisis se pueden incorporar indicadores de estructura relacionados con recursos físicos y humanos, los mismos que servirán para orientar las acciones en el mejoramiento de la prestación de servicios

A continuación mencionamos algunos de estos indicadores

- ✓ Establecimientos por habitantes
- ✓ Camas por 1000 habitantes
- ✓ Médicos por 1000 habitantes
- ✓ Enfermeras por 1000 habitantes
- ✓ Auxiliares de enfermería por 1000 habitantes
- ✓ Odontólogos por 1000 habitantes
- ✓ Relación personal administrativo con personal médico y paramédico.
- ✓ Relación horas contratadas con horas trabajadas

Los datos para la construcción de estos indicadores pueden ser obtenidos de los formularios del SNIS y otras fuentes disponibles en cada instancia de análisis

Para el recurso humano, la medición del rendimiento se hace relacionando la producción de una actividad con el tiempo dedicado a esta actividad. En el caso de los médicos, se utiliza la actividad de base que es la consulta, incluyendo en esta todo tipo de consulta realizada por los médicos (consulta externa, prenatal, de salud infantil, etc.)

El indicador es el siguiente

$$\frac{\text{Número total de consultas}}{\text{Días laborables}}$$

El número de días laborables depende del período considerado y del número de médicos que realizaron las consultas registradas

En un mes, se considera que hay 25 días laborables si se trabaja el sábado, o 20 si no se trabaja ese día. En el año, el número es de 300 o 250 respectivamente

El resultado indica el número promedio de consultas cada día por cada médico

En un establecimiento de salud X se dispone para todas las consultas de 8 Médicos

Durante el año 1995, se realizaron 11 421 consultas externas (nuevas y repetidas), 1 207 controles prenatales y 4 065 consultas de control de salud infantil, o sea un total general de 16.693 consultas

El indicador de rendimientos es igual a

$$\frac{16\ 693}{8 \times 250} = \frac{16\ 693}{2\ 000} = 8.3 \text{ consulta /día}$$

Es decir que cada uno de los médicos del establecimiento realizó en promedio un poco mas de 8 consultas por día de trabajo

Para interpretar este indicador, hay que considerar el número de horas que normalmente cada Médico debería dedicar a la consulta por día, tomando en cuenta que un médico puede atender entre 4 a 6 consultas por hora (norma).

Para que el indicador guarde su validez, se debe considerar en el numerador solamente las consultas realizadas por el Médico si se incluye las consultas realizadas por Auxiliares u otro personal de salud, en el denominador se deberá incluir el número de Auxiliares u otro personal que realizan las consultas

El análisis de indicadores de recursos físicos y humanos esta supeditado a los requerimientos de cada instancia de análisis, el mismo puede ser realizado con la misma periodicidad de análisis de otros indicadores o cuando las circunstancias así lo ameriten

### **3.2.10. Análisis de indicadores de la producción de servicios**

Estos indicadores ameritan una mayor frecuencia de análisis en relación a los arriba mencionados, el análisis debe ser realizado por temas, grupos de temas o programas

En estos se incluyen los indicadores de Atención al Menor de 5 años, Atención a la Mujer, Servicios, etc

El análisis debe ser realizado de acuerdo los parámetros definidos por el equipo orga-

nizador o definidos en reuniones anteriores por ejemplo el análisis de un tema (Atención al Menor de 5 años), análisis por grupos de temas (Atención al Menor de 5 años y Atención a la Mujer), análisis por Programas (el PAI).

El análisis de indicadores nos permite realizar comparaciones en el tiempo y entre unidades de análisis

El análisis evolutivo (tiempo) puede ser realizado comparando la información recabada en un período de tiempo en una unidad de análisis con el mismo período de tiempo y la misma unidad de análisis en otra gestión Ej indicadores del primer trimestre de 1993 con indicadores del primer trimestre 1994

O realizarse la comparación con meses anteriores Ej indicadores del mes de Abril de 1995 de una unidad de análisis con indicadores de los meses anteriores ( Enero, Febrero y Marzo de 1995 ) de la misma unidad de análisis

El análisis comparativo puede ser realizado entre Direcciones Departamentales de Salud, entre Municipios y entre Centros de Salud, tomando en cuenta el mismo período de tiempo.

Una vez realizado el análisis evolutivo (tiempo) y el comparativo entre unidades de análisis, se sugiere la agrupación de indicadores por categoría y su respectiva comparación, el mismo puede ser relacionando indicadores de cobertura con indicadores de seguimiento

- Ej: Relación entre controles nuevos de crecimiento y desarrollo y controles repetidos
- Relación entre primeras dosis de vacunación antipolio y/o DPT con terceras dosis
- Relación entre cuatro controles y controles prenatales nuevos
- Relación entre consultas post parto y partos atendidos
- Relación entre visitas domiciliarias y consulta externa

En estas comparaciones es de esperar que exista un cierto equilibrio ya que muchas de estas actividades requieren de un adecuado seguimiento para hablar de calidad de la prestación de servicios

Otra relación entre indicadores o grupos de indicadores que se puede realizar es la comparación entre las actividades de predominio preventivo con aquellas de predominio curativo

- Ej: Relación entre coberturas de vacunación, controles de Crecimiento y Desarrollo, controles prenatales con la consulta externa

Existen otros tipos de comparaciones o análisis que son de mayor utilidad en los Centros de Salud que en instancias de gestión.

A continuación mencionamos algunos de estos indicadores y su utilización

La cobertura efectiva del servicio se estima midiendo la proporción de la población que requiere el servicio según normas con las que utiliza el servicio. Se calculan los siguientes indicadores.

✓ Para las actividades curativas promedio de consultas médicas por habitante, promedio de consultas odontológicas por habitante, porcentaje de partos institucionales atendidos

✓ Para las actividades preventivas Porcentaje de mujeres embarazadas en control prenatal, cobertura de primeras dosis de vacuna antipolio, porcentaje de captación de menores de dos años al programa de control de crecimiento y desarrollo.

✓ Para analizar la oportunidad de la atención se mide la proporción de problemas de salud detectados en una etapa inicial de su desarrollo, cuando estos son todavía incipientes y de buen pronóstico, utilizando en este caso los siguientes indicadores porcentaje de inscripción a la consulta prenatal antes del quinto mes de embarazo, porcentaje de casos de tuberculosis diagnosticados en la consulta general y promedio de obturaciones por exodoncias (odontología)

✓ La continuidad de la atención se estima midiendo la proporción de pacientes que terminan con el esquema completo programado para su situación de salud, previniendo la falta de cumplimiento, en este sentido se utilizan los siguientes indicadores Promedio de consulta repetida, Promedio de consulta prenatal repetida, Porcentaje de aplicación completa de vacuna antipolio y porcentaje de alta en tratamiento antituberculoso.

✓ Medios de Apoyo: para interpretar el uso de los medios de apoyo, su utilidad y para mejorar la calidad de la atención, evitando a la vez las consecuencias del abuso. Se mide la intensidad de la utilización de los mismos así como su efecto sobre la salud de los pacientes. Los medios de apoyo analizados son: el laboratorio, el hospital y la maternidad, con los siguientes indicadores: Promedio de exámenes de laboratorio por consulta, promedio de hospitalización por consulta, promedio de días de estada hospitalaria, tasa de mortalidad hospitalaria, tasa de cesarea y tasa de mortalidad perinatal

- ✓ Los indicadores de rendimiento Reflejan el grado de utilización de ciertos recursos claves en función de su disponibilidad Los indicadores a ser utilizados pueden ser tasa de ocupación hospitalaria y promedio de consultas por personal (médicos y auxiliares de puestos de salud)
- ✓ El funcionamiento del Sistema de Salud como tal, puede ser apreciado midiendo la magnitud de los intercambios operativos (pacientes) y administrativos (recursos) entre los diferentes niveles Para tal efecto se pueden utilizar los siguientes indicadores Referencias atendidas, promedio de visitas de supervisión por Centros de salud y porcentaje de meses informados

La utilización de estos indicadores y sus respectivas comparaciones, dejamos a criterio de las instancias de análisis correspondientes

### **3.2.11. Etapa de identificación de alternativas de solución y toma de decisiones**

Es importante ya que se le dé la utilidad a la información, es decir que se constituye en el insumo para la toma de decisiones.

En este sentido sugerimos maximizar la capacidad del personal para identificar problemas, alternativas de solución, decisiones a ser tomadas y acciones a ser realizadas

Las alternativas de solución deben enmarcarse dentro de la mayor realidad posible, es decir que no deben ser soluciones inalcanzables o que requieran grandes inversiones

Por otra parte se sugiere identificar las alternativas de solución empezando por las que están dentro del dominio local para luego recurrir a otras instancias

Las alternativas de solución pueden ser identificadas en grandes grupos o en alternativas desagregadas, a continuación mencionamos algunas de ellas

- ✓ Capacitación
- ✓ Investigación
- ✓ Control
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Organización de los Servicios
- ✓ Participación Popular

Las decisiones a ser tomadas deben ser registradas y ser objeto del seguimiento correspondiente, ya que no solo es necesario identificar alternativas de solución sino también tomar las decisiones para su aplicación

Estas pueden ser de orden Técnico, Administrativo, de Coordinación, Motivación, Control y otras que nos permitan aplicar y ejecutar las alternativas de solución

Siguiendo con la metodología de análisis, motivo del presente documento, sugerimos la elaboración de matrices que en forma sintética reflejen el trabajo realizado en las reuniones de los Comités de Análisis de Información. Así mismo estas matrices pueden constituirse en las actas del evento y servir como instrumento de seguimiento

### 3.2.12. Matriz de análisis

En la elaboración de esta matriz se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

✓ Identificación de la instancia de análisis

Esto se refiere a la instancia que realizó el análisis, las mismas pueden ser CAI Nacional, CAI Departamental, CAI de DILOS o CAI de Centro de Salud.

✓ Identificación del o los temas de análisis

Pueden ser un tema o grupos de temas y/o programas

✓ Número del indicador.

Se debe asignar un número correlativo a cada indicador seleccionado para el análisis

✓ Nombre del indicador

✓ Valores del indicador.

Se refiere a los valores alcanzados en la o las unidades de análisis en los períodos comparados, estos pueden ser entre períodos análogos de diferentes gestiones (Ej 1993–1994) o períodos de una misma gestión (Ej los meses de enero a marzo de 1995).

✓ Análisis evolutivo.

Consigna en forma resumida el análisis o comparaciones en el tiempo de las mismas unidades de análisis, puede ser realizado para cada indicador y en forma global o desagregada, en el primer caso pueden ser datos globales de la instancia de análisis por ejemplo datos totales de la Secretaría Nacional de Salud en los períodos 1993 y 1994 para el indicador de cobertura de control prenatal, se puede anotar que existe un incremento en la cobertura de control prenatal de 1994 en relación a 1993

De igual manera se puede proceder para el análisis desagregado por ejemplo tomando en cuenta el mismo indicador por Dirección Departamental de Salud tendríamos: en 1994 se registró un incremento del 10% en la cobertura de control prenatal en 2 Direcciones Departamentales de Salud y una disminución del 5% en 7 Direcciones



## Análisis comparativo entre unidades de análisis

Consigna en forma resumida el análisis o comparaciones entre las diferentes unidades de análisis en el mismo período de tiempo o en relación a otro período

En este caso el análisis debe ser desagregado por unidades de análisis, por ejemplo si tomamos el mismo indicador del análisis evolutivo y comparamos los resultados de la gestión 1994, encontrando que existen diferencias en los porcentajes alcanzados por cada Dirección Departamental de Salud

El resultado podemos anotar en la matriz de dos formas

La primera tomando en cuenta solo el valor mínimo y el máximo (el valor mínimo encontrado corresponde a la Dirección Departamental de Salud X y el valor máximo a la Dirección Departamental de Salud Y)

La otra forma de registrar sería asignando rangos a los valores, estos pueden ser

- A) Entre 0 a 24 malo
- B) 25 a 49 regular
- C) 50 a 74 bueno
- D) de 75 a 100 muy bueno.

Podemos anotar de las 9 Direcciones Departamentales de Salud, tres se encuentran dentro del rango «A», dos se encuentran dentro del rango «B», tres dentro del rango «C» y una dentro del rango «D»

En este análisis es necesario tomar en cuenta el tipo de indicador utilizado ya que algunos indicadores mientras rangos mas altos alcanzan, son mas negativos para las acciones en salud (Ej porcentaje de bajo peso al nacer, porcentaje de niños que no aumentan de peso), etc



## Posibles explicaciones o causas

Se refiere a anotar en forma resumida las posibles explicaciones o causas de los diferencias entre los indicadores sean estas positivas o negativas

A este respecto es necesario recalcar que en muchos CAI son POSIBLES explicaciones de las causas y en otros NO, por ejemplo en un análisis realizado en una Dirección Departamental de Salud se encuentra coberturas bajas de vacunación en un Municipio y la posible explicación brindada por el Jefe Regional de Epidemiología es la falta de biológicos. Realizado el análisis del Municipio, se determina que la posible explicación es similar a la ofrecida en la Dirección Departamental de Salud

En cambio, en el análisis realizado en 3 establecimientos de ese Municipio se determina que los mismos disponían de los biológicos correspondientes, pero por razones de accesibilidad en tiempo de lluvias no realizaron la vacunación correspondiente

Con este ejemplo que nos muestra un extremo muy forzado, pretendemos explicar la diferencia entre posible explicación o causa y explicación o causa real, pero insistimos en que el registro de las mismas es importante en el análisis ya que en la mayoría de los casos las posibles explicaciones pueden aproximarse a la realidad, en cualquier situación deben investigarse.

 Análisis entre cobertura y seguimiento

Como este análisis involucra a 2 o mas indicadores, los resultados del mismo no deberán ir en cada indicador, sino en una casilla distinta que resuma el análisis. Se debe anotar brevemente el resultado del análisis comparativo entre las actividades de cobertura y las de seguimiento, el número de indicadores utilizados dependerá del tema o los temas seleccionados para el análisis.

 Análisis entre preventivo y curativo

Al igual que el análisis anterior, este involucra 2 o más indicadores, por lo que el procedimiento debe ser similar al anterior

 Otros análisis.

Dejamos a criterio de las instancias de análisis correspondientes la elección de otros análisis que complementen los arriba mencionados

### **3.2.13. Matrices de identificación de alternativas de solución y decisiones a tomar**

Para la elaboración de estas matrices sugerimos la utilización de las siguientes variables

-  Problemas
-  Alternativas de solución
-  Decisiones a tomar
-  Acciones a realizar
-  Responsables

Las matrices que arriba mencionamos acompañadas de una hoja de identificación de las características del evento, los participantes y la firma de los responsables de la

elaboración de las mismas, pueden servir de acta de la reunión del Comité de Análisis de Información

### **3.3. Fase de seguimiento**

Esta fase comprende tres actividades

- (1) Elaboración, revisión y aprobación de actas
- (2) Envío de actas al nivel inmediato superior
- (3) Monitoreo de las acciones definidas

La elaboración, revisión y aprobación de actas puede realizarse en la misma reunión de análisis y así contar con el apoyo y consenso de los participantes

El envío de las actas al Directorio y a otros niveles del SPDPS debe realizarse en el menor tiempo posible y tiene la finalidad de promover el trabajo coordinado y mantener actualizadas a las diferentes instancias de análisis de información y de gestión, a fin de que se tomen las decisiones que a ellos corresponda

El monitoreo de las acciones definidas para la solución de problemas es una actividad que conlleva a una mayor responsabilidad y compromiso de parte de los actores en salud y por consiguiente a promover el cambio para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población





# ACTA DEL COMITE DE ANALISIS C.A.I.

Identificación de la instancia de Análisis

---

Lugar de Realización

Fecha

## **PARTICIPANES**

**Nombre**

**Institución**

**Cargo**

## **COMENTARIOS**

**NOMBRE DEL RESPONSABLE**

**ELABORACION DEL ACTA**

**FIRMA**

El presente libro se terminó de  
imprimir el día 31 de Mayo de 1996,  
en los Talleres Gráficos de Mundy Color  
Se imprimieron 1.000 ejemplares



**SEMINARIO TALLER DE METODOLOGIAS EN PLANIFICACION, EVALUACION,  
PROYECTOS, SISTEMAS DE INFORMACION E INVESTIGACION .**

Cochabamba, 8 al 13 de Mayo de 1995