

**CTB**



**MINISTERIO  
de SALUD**

# **INFORME FINAL**

**“FORTALECIMIENTO DE REDES DE SALUD  
DE LOS MUNICIPIOS UBICADOS EN LOS  
DEPARTAMENTOS DE CHUQUISACA,  
COCHABAMBA, LA PAZ Y POTOSI”**

## **FOREDES**



# INDICE

<b>FICHA DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>APRECIACIÓN GENERAL .....</b>	<b>6</b>
<b>PARTE 1: RESULTADOS LOGRADOS Y LECCIONES APRENDIDAS.....</b>	<b>8</b>
<b>1 APRECIACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>8</b>
1.1 CONTEXTO	8
1.2 CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	11
<b>2 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>23</b>
2.1 MATRIZ DE MONITOREO	23
2.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
<b>3 SOSTENIBILIDAD .....</b>	<b>57</b>
<b>4 APRENDIZAJE .....</b>	<b>59</b>
4.1 LECCIONES APRENDIDAS	59
4.2 RECOMENDACIONES	60
<b>PARTE 2: SÍNTESIS DEL MONITOREO (OPERACIONAL).....</b>	<b>61</b>
<b>1 SEGUIMIENTO DE LAS DECISIONES TOMADAS POR LA EMCL</b>	<b>61</b>
<b>2 GASTOS.....</b>	<b>65</b>
<b>3 NIVEL DE DESEMBOLSO DE LA INTERVENCIÓN.....</b>	<b>69</b>
<b>4 PERSONAL DE LA INTERVENCIÓN.....</b>	<b>71</b>
<b>5 LICITACIONES PÚBLICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>6 ACUERDOS DE EJECUCIÓN .....</b>	<b>78</b>
<b>7 EQUIPAMIENTO .....</b>	<b>84</b>
<b>8 MARCO LÓGICO ORIGINAL PROVENIENTE DEL DTF :.....</b>	<b>85</b>
<b>9 MATRIZ DE MONITOREO COMPLETO .....</b>	<b>85</b>
<b>10 HERRAMIENTAS Y PRODUCTOS .....</b>	<b>85</b>

## ACRONIMOS

<b>SIGLA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
AE	Acuerdo de Ejecución
AFP	Aportes al Fondo de Pensión
ANPE	Apoyo Nacional a la Producción y Empleo
ATI	Asistente Técnico Internacional
CAFC	Coordinador(a) Administrativo Financiero de Cierre
CACU	Cáncer Cérvico Uterino
CAI	Comité de Análisis de la Información
CES	Comité Especial de Socios
CIF	Convenio Interinstitucional de Financiamiento
COS	Comité Ordinario de Socios
CTB	Cooperación Técnica Belga, Agencia Belga de Desarrollo
DGD	Dirección General de Desarrollo
DGP	Dirección General de Planificación
DGPS	Dirección General de Promoción de Salud
DGS	Dirección General de Servicios
DN	Director(a) Nacional
DTF	Documento Técnico Financiero
EF	Evaluación final
EMCL	Estructura Mixta de Coordinación Local
EMT	Evaluación de Medio Termino
ENDSA	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
ES	Establecimientos de Salud
FCM	Fondo Concursable Municipal
FIT	Financial Tool Instrument
FM	Fondo Municipal
FOREDES	Programa de Fortalecimiento de Redes de Salud
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries
IND	Indicador
KOIKA	Cooperación Koreana
MIB	Módulo de Información Básica
MPD	Ministerio de Planificación del Desarrollo
M&E	Monitoring y Evaluación
MS	Ministerio de Salud
NO	No Objeción
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organismo Panamericano de la Salud
PDES	Programa de Desarrollo Económico y Social

PMDC	Programa Multisectorial Desnutrición Cero
PEI	Plan Estratégico Institucional
PGE	Presupuesto General del Estado
PIT	Programa de Intervención Trienal
PMDCERO	Programa Multisectorial Desnutrición Cero
POA	Programa de Operaciones Anuales
PSD	Plan Sectorial de Desarrollo
PROAGRIF	Proyecto de Agricultura Familiar
PRONACS	Programa Nacional Calidad en Salud
PTOIEM	Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico
RAF	Responsable Administrativo Financiero
RPA	Responsable del Proceso de Contratación ANPE
RPC	Responsable del Proceso de Contratación de Licitación Pública
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SAFCO	Sistema de Administración, Fiscalización y Control Gubernamental
SICOES	Sistema de Contrataciones Estatales
SISIN	Sistema de Información Sobre Inversiones
SOA	Sistema de Organización Administrativa
SOAPS	Sistema Operativo Anual de Planificación en Salud
TELESALUD	Programa de Atención en Salud a Distancia
TESA	Estudio Integral Técnico Económico Social y Ambiental
TGN	Tesoro General de la Nación
UMADIS	Unidad Municipal de la Persona con Discapacidad
UCP	Unidad Coordinadora del Programa
UMSA	Universidad Mayor de San Andres
UNIMED	Unidad de Medicamentos
VIPFE	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo
VMTI	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad

## Ficha de intervención

<b>Título intervención</b>	Fortalecimiento de Redes de Salud de los Municipios Ubicados en los Departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Potosí
<b>Código Intervención</b>	BOL0903011
<b>Lugar</b>	La Paz, Bolivia
<b>Total presupuesto</b>	11.000.000,00 Euros (donación Belga) + 500.048,60 Euros (Saldo Proyecto Chayanta Salud para el fortalecimiento de la Red de Salud Ocurí) + 690.266,67 Euros (Total contraparte nacional)
<b>Institución socia</b>	Ministerio de Salud
<b>Fecha inicio convenio específico</b>	13 de octubre de 2011
<b>Fecha inicio intervención /Apertura EMCL</b>	16 de diciembre de 2011 (primera reunión)
<b>fecha final planificada del periodo de ejecución</b>	12 de octubre de 2016
<b>Fecha final convenio específico</b>	12 de octubre de 2017
<b>Grupos meta</b>	10 Redes de Salud Integradas, instancias centralizadas y descentralizadas del MS, Población de los 43 Municipios priorizados
<b>Impacto</b>	Contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población de los Municipios beneficiados por el Programa
<b>Objetivo específico (Outcome)</b>	Fortalecer integralmente las redes de salud de los municipios beneficiados por el Programa
<b>Resultados (Outputs)</b>	La oferta de servicios de salud es mejorada en calidad, oportunidad, funcionalidad y efectividad en todos los niveles de atención de los municipios priorizados
	La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria
	La población y sus organizaciones ejercen adecuada y activamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud
	Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud, con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como municipal
	Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y excluidos tienen acceso adecuado a programas de protección social vigentes
	La Red de Salud Ocurí ha sido fortalecida en su capacidad de atención y gestión
<b>Periodo cubierto por el informe</b>	Octubre 2011 – Agosto 2017

## Apreciación General

<b>Describir</b> su apreciación general de la intervención (max. 200 palabras):	<b>Describir</b> su apreciación general de la intervención (max. 200 palabras):
<p>El Informe Final fue aprobado en la reunión de EMCL del 26 de septiembre 2016 por la anterior Directora Nacional a.i. Lic. Viviana Zegarra quien mencionó que “Se ha verificado que el personal del área financiera y de contrataciones del programa ha tenido sus debilidades, motivo por el cual varios procesos estuvieron estancados y se llevaron de manera deficiente.</p> <p>En la gestión 2016 se toma la decisión de reforzar el equipo administrativo y financiero situación que ha favorecido a la ejecución de recursos del programa que ha excedido lo esperado.</p> <p>Considero que la estabilidad y selección adecuada de recursos humanos se ha constituido en uno de los grandes problemas con los cuales el Programa se ha enfrentado.</p> <p>El tiempo ha sido insuficiente para concluir con un cierre adecuado del Programa en términos de actividades técnicas y de actividades del ámbito administrativo financiero. No ha existido un cierre técnico inicial para dar lugar luego a un cierre de gestión administrativa financiera.</p> <p>Por otra parte se han notado también varias debilidades al nivel de los técnicos del Programa y una gestión muy individualista por parte de ellos, lo que ha dificultado la solución de problemas y tener conocimiento a tiempo y de manera continua sobre el desarrollo y éxito de las actividades.</p> <p>La gestión de los SEDES para dar cursos a la ejecución delegada lamentablemente no ha sido de las más eficientes, lo que hace pensar que a esos niveles tampoco se ha contado con las capacidades deseadas y el equipo de personas contratadas por el Programa tampoco ha sido de los mejores”</p>	<p>El ritmo de la ejecución acumulada, con sus altos y bajos fue insuficiente durante la vida entera del FOREDES para seguir proyectando la posibilidad de alcanzar los resultados y objetivos del Programa antes de su cierre técnico financiero en agosto 2017.</p> <p>El Programa sufrió muchas demoras procedimentales en los procesos administrativos de adquisición de bienes y servicios y de tomas de decisiones. Estas demoras se debieron a una falta de autonomía de la UCP, ya que no se pudieron efectivizar las etapas necesarias para la desconcentración eficaz del Programa a pesar de los compromisos del MS y los esfuerzos de la CTB y del Programa FOREDES.</p> <p>La experiencia del Programa con la modalidad de Cogestión, agravada por la falta de una verdadera desconcentración del MS parece confirmar las reservas de evaluaciones anteriores respecto a la eficiencia de esta modalidad para intervenciones de la CTB en el país.</p> <p>La discontinuidad de los equipos permanentes departamentales, renuncias inesperadas de personal considerado clave para el desarrollo del Programa y procesos demasiados largos de selección de nuevo personal han afectado de manera persistente y considerada la estabilidad y la motivación del equipo.</p> <p>Se confirma una apropiación fuerte del Programa a los niveles de municipios y SEDES en los departamentos priorizados. La identificación se ratifica con el tema de salud para trabajar en estrategias de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y para alinearse a los ejes de trabajo, a los resultados y a los objetivos del Programa FOREDES.</p> <p>Frente al incumplimiento de la desconcentración del FOREDES, como única alternativa posible para garantizar</p>

<p>Como nueva Directora a.i. del Programa FOREDES designada a inicios del año 2017 me es difícil dar una apreciación general sobre la intervención dado que asumí mi función durante la fase de cierre técnico financiero del Programa.</p> <p>Durante este periodo hice el seguimiento a todos los procesos en curso con el fin de garantizar que el equipo de consultores contratado para el cierre del programa cumpla con todas las actividades de cierre previstas por la norma en cogestión y emití los informes respectivos.</p>	<p>una ejecución óptima del Programa y mejorar los avances del Programa, la decisión de la EMCL del 6/10/15 y del COS del 20/11/15 fue acertada y necesaria. Sin embargo, la ausencia en la toma de decisión de la voz de los frentes de ejecución con los 4 SEDES y los 43 Municipios ha sido remarcada.</p> <p>Un rigor administrativo ampliado y sostenido respecto al seguimiento administrativo-financiero fue importante, pero no existieron medidas masivas aplicables de la misma manera a todas las intervenciones.</p> <p>Para una mayor eficiencia y eficacia del Programa con respecto a su ejecución, hubiera sido imprescindible fortalecer la autonomía de gestión de la Unidad Coordinadora del Programa</p>
<p><b>Anotar su apreciación general de la intervención <sup>1</sup>:</b></p>	<p><b>Anotar su apreciación general de la intervención <sup>2</sup>:</b></p>
<p>El programa logro priorizar las actividades más importantes y ejecutarlas así como cumplir con el programa de cierre técnico financiero.</p>	<p>El Programa fue reestructurado después de una evaluación de medio término realizada en el año 2014 con el fin de poder priorizar el alcance de los resultados más importantes. A pesar de la no desconcentración del Programa se pudo lograr varios objetivos y alcanzar una ejecución de Euro 7.187.495 equivalente al 62% de ejecución acumulada al 31 de agosto 2017.</p>
<p><b>Funcionario ejecución MS</b></p>	<p><b>Funcionario ejecución CTB<sup>3</sup></b></p>
<p> <b>Katherine Hinojosa</b> <b>Directora Nacional a.i.</b> <b>Programa FOREDES</b></p>	<p> <b>ATI - Codirector Internacional</b> <b>Programa FOREDES</b></p>

<sup>1</sup> Muy Satisfactorio - Satisfactorio - Insatisfactorio, pese a ciertos elementos positivos - Insatisfactorio

<sup>2</sup> Muy Satisfactorio - Satisfactorio - Insatisfactorio, pese a ciertos elementos positivos - Insatisfactorio

<sup>3</sup> Nombre y firma

# PARTE 1: Resultados logrados y lecciones aprendidas

## 1 Apreciación de la estrategia de intervención

### 1.1 Contexto

Sobre el periodo de 2011 a 2016 el país ha manifestado una de las economías con mayor crecimiento en el continente. En contraste con el crecimiento económico persisten niveles altos de desigualdad en las zonas rurales, donde la población indígena es predominante y continúa teniendo problemas a integrarse en el proceso económico, contrastando los resultados significativos en la lucha del país contra la pobreza.

A partir del segundo semestre 2016 se anuncian sin embargo las características de una profunda crisis económica en el país por la baja de los precios de venta de los productos de exportación más importantes del país: gas y petróleo. Esta crisis económica, caracterizada por una baja considerada de ingresos y presupuesto, afectó de sobremanera a los niveles subnacionales.

El clima político sobre este periodo fue caracterizado por estabilidad política, traducida por procesos electivos con tranquilidad y madurez al nivel nacional (2014) y subnacionales (2015), referéndums (2016), donde se ejerce cada vez más la realidad de pluralidad política del país.

#### Inversión pública en la salud

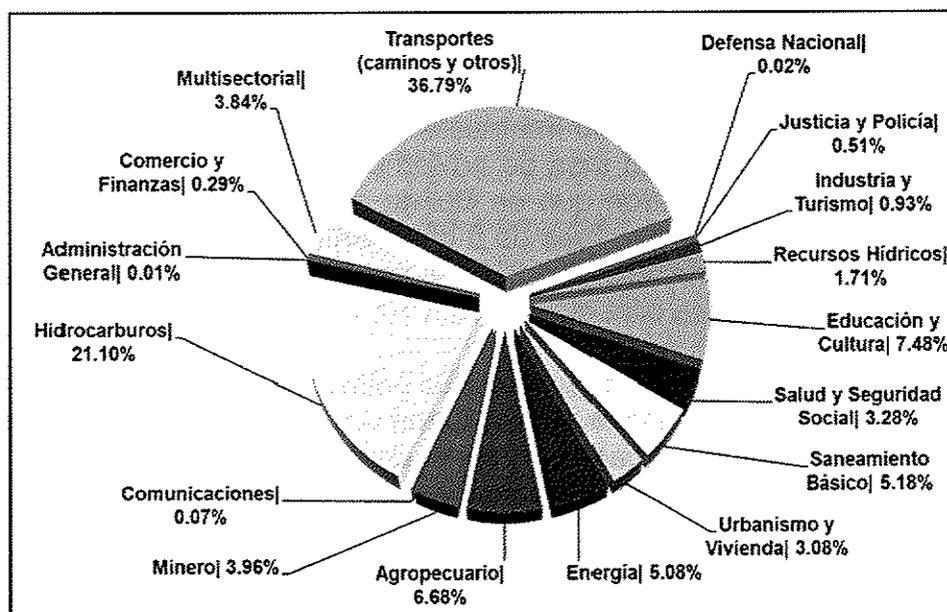
(Fuente: <http://www.cedfa.org>; <http://www.americaeconomia.com>)

El Presupuesto General del Estado (PGE), sin incluir el presupuesto de las empresas estatales, durante el periodo de 2011 a 2016 mostró una inversión pública en pleno crecimiento. De 2.182 en 2011 subió a 6.395 millones de dólares americanos (PGE planificado) en 2016 (Fuente: SISIN, VIPFE-MPD). Una característica llamativa de la inversión pública es que la proporción financiada por el gobierno central ha ido aumentando, de casi 50% en 2014 hasta 80% en 2016 (programado), a detrimento de los gobiernos departamentales y locales.

También llama la atención para la gestión 2016 que la proporción de recursos externos (donaciones, recursos HIPC II, créditos externos) para la inversión pública no sube de 23%, en su mayor parte en forma de créditos externos (95% de los recursos externos) y muy poco bajo la forma de donaciones externas (alrededor de 3%). Los fondos belgas, de donación como proporción del PGE total de Bolivia para inversión pública no suben por encima de 0,43%.

Del PGE total planificado sobre este periodo del 2011 al 2016, las mayores proporciones de los recursos para inversión pública se han destinado al sector productivo (de 30 a 47% sobre el periodo de 2014 a 2016) y de infraestructura (camino, puentes, aeropuertos, entre otros: alrededor de 30%) y en menor proporción (de 30% a 20% mismo periodo) al sector social. Del PGE total para la inversión pública del estado en el mismo periodo, la proporción que fue destinada para el sector salud varía según los fuentes: de 3,28% en 2011 (ver abajo) hasta 5,5% en 2016 (Fuente: VIPFE).

**Figura 1: Situación del PGE del año 2011 por proporciones de inversión pública por sectores**



Fuente: Fundación Jubileo. 2011

Para la gestión 2016, de los 185 millones de dólares americanos de presupuesto del cual dispone el Ministerio de Salud para proyectos de inversión pública, solamente 25,1 millones de dólares americanos provenían de recursos externos (13,5%) y 160 millones de dólares americanos de fondos propios del gobierno boliviano.

Sin embargo, la ejecución estatal de la inversión pública se observa con altos y bajos: para la gestión 2015 fue de 64%, en 2014 de 99,7% del PGE total para inversión pública. Los gobiernos subnacionales en general demuestran niveles más bajos de ejecución que el nivel central.

Dentro del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 se anuncia una inversión ampliada para el sector salud, elaborada en el marco de los postulados de la Agenda Patriótica. Aparte de los US\$ 1.689 millones ya comprometidos para la puesta en marcha de 46 hospitales de II, III y IV

nivel; además, para garantizar la atención de estos nosocomios el MS se encuentra formando 50 especialistas en las áreas de anatomía patológica, cirugía cardiovascular, cirugía, pediátrica, endocrinología, hematología, inmunología, neurocirugía, oncología y urología.

US\$ 1.700 millones más se compromete para el sector salud para la construcción, ampliación y equipamiento de establecimientos de salud de ciudades intermedias. También se construirán, ampliarán y equiparán 180 establecimientos de salud de primer nivel de atención con una inversión de 91 millones de dólares.

El Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC)  
(<http://bolivia.nutrinet.org>) (<http://www.minsalud.gob.bo>)

Durante el Seminario Internacional del Programa Multilateral Desnutrición Cero (PMDC) del mes de noviembre de 2015, expertos invitados por el PMDC constataron que en Bolivia en el año 1990 cerca de 42 de cada 100 bolivianos menores de 5 años tenía desnutrición crónica, el año 2008 la prevalencia era del 27% y en 2012 se alcanzó el 18, 1%. En la actualidad esa cifra disminuyó a 13%.

Se afirmó que el conjunto de las políticas sociales establecidas en el país, Los bonos Juancito Pinto, Juana Azurduy, Subsidio Universal Prenatal, entre otras políticas de Estado, contribuyeron a este logro y que ya hay municipios que eliminaron la desnutrición crónica.

La Ley de Promoción de Alimentación Saludable, promulgada durante el año 2015, tiene como objetivo brindar una información oportuna a la población; especifica cuáles son los alimentos beneficiosos para la salud sin sobredimensionar los atributos de los mismos y busca crear en la población hábitos saludables desde la infancia a través de mecanismos y lineamientos que prevengan las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta alimenticia.

El Programa Mi Salud (fuente: <http://www.sns.gob.bo>)

A través del Programa Mi Salud, el MS implementa la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI, llegando con atenciones a domicilio en áreas rurales y periurbanas.

Telesalud (fuente: <http://www.sns.gob.bo>)

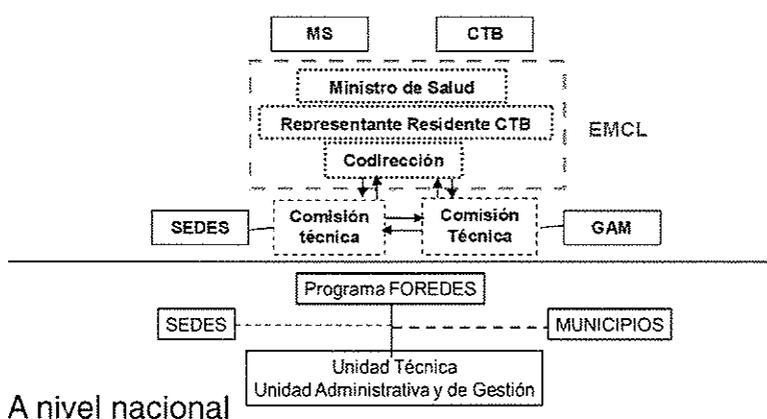
En el proyecto TELESALUD se ha invertido alrededor de Bs 139 millones para mejorar la atención en salud mediante la adquisición, instalación y funcionamiento de un sistema de telecomunicaciones en los establecimientos de salud.

## 1.2 Cambios significativos en la estrategia de intervención

### Anclaje Institucional del FOREDES

La Figura 2 presenta la situación del marco organizacional del Programa FOREDES que estaba en vigencia, a raíz de una adaptación al DTF del mes de junio 2014 (ver más abajo) que se dio después de la EMT realizada en 2014.

**Figura 2: Marco organizacional del FOREDES**



### A nivel nacional

A nivel de la dependencia institucional del FOREDES dentro del MS en el DTF se definen 3 ejes: administrativo, jurídico y técnico.

A raíz de observaciones y recomendaciones de la Evaluación a Medio Terminio para mejorar (EMT), a partir de 2014 hasta 2015 se consolidaron algunas reestructuraciones estratégicas del Programa: en su eje programático, en su estructura de gestión y en la arquitectura del presupuesto, concretizadas en una adaptación del DTF de junio 2014.

Sin embargo, una de estas reestructuraciones, el cambio del anclaje institucional de la DGP al Vice Ministerio de Salud y Promoción nunca se efectivizó por parte del MS. Los llamados binomios técnicos, alianzas estratégicas entre responsables de los resultados del Programa y sus direcciones paralelas en el MS solamente funcionaron en un nivel operativo. A partir de 2015, el Programa operaba con el MS más bien dentro de un escenario ad hoc de anclaje con carácter intermitente: a veces coordinaba con los asesores directos de la Ministra en su Despacho, a veces con responsables técnicos de Programas, etc.

En consecuencia, se constató una alienación progresiva a nivel estratégico dentro del MS con vista al Programa FOREDES. También el débil funcionamiento de la EMCL de manera presencial, cuya composición también fue adaptada en junio de 2014 para hacerla más operativa,

contribuyó a un proceso de descompromiso y desidentificación. La EMCL, entre el periodo de febrero 2013 y la conclusión del Programa en octubre 2016, no se reunió en plenaria más que una sola vez, en junio del 2015 a raíz de observaciones del CES (ver más abajo).

En ausencia de una EMCL activa, funcionado solamente mediante las firmas de resoluciones virtuales cuando existía una necesidad coyuntural, el Programa carecía de una plataforma continua de debate y análisis estratégico entre sus socios principales y con los niveles estratégicos de implementación: SEDES, GAM, Redes de Salud, etc.. Tampoco se logró dar curso a la integración en la EMCL de los mencionados binomios (ver arriba) ni tampoco de las representaciones de los 4 SEDES, de los municipios y de las Redes de salud, como previsto en la adaptación al DTF de 2014.

#### A nivel departamental

A nivel de los departamentos (SEDES) el DTF preveía una ejecución delegada mediante acuerdos de ejecución con cada SEDES y un equipo permanente del FOREDES para coadyuvar a la ejecución y su control post. En el caso del FOREDES, desde un principio existieron factores a desfavor de esta delegación delegada mediante AE.

Primero, la ejecución delegada mediante AE no había sido para la CTB un instrumento de éxito en otros países socios. Dentro de la Contraloría Belga (Corte de Cuentas) siempre ha existido un cuestionamiento hacia la correcta implementación de los AE, resultando en un nivel de control pre- y post-hoc muy elevado, lo que no ha sido sencillo manejarla con los socios departamentales y no ha llevado a niveles de cumplimiento de control muy satisfactorios.

Segundo, en 2012 el Programa realizó 4 diagnósticos organizacionales de los 4 SEDES priorizados por el Programa para identificar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas así como para definir las necesidades y planes operativos de cada SEDES. Se crearon expectativas concretas, pero sin haber ni siquiera definido el marco legal de la misma ejecución delegada. Finalmente, los AE tardaron un año, de junio 2013 a mayo 2014, para ser redactados, consensuados y firmados, entre Gobernaciones, Ministerio de Salud, CTB Bolivia y Bruselas y los SEDES involucrados.

Tercero, en 2014 el MS tardó 5 meses más en aprobar los primeros desembolsos del Banco Central de Bolivia a las cuentas de los SEDES. Las transferencias llegaron a los SEDES durante las últimas semanas del mismo año, dejando casi ningún tiempo para una ejecución efectiva. Con saldos en caja y banco sin ejecutar, los SEDES tenían que arrancar un

largo proceso de reprogramación y reinscripción de aquellos saldos en los POA de las Gobernaciones del 2015. Durante el mes de marzo de 2015 se realizaron las elecciones subnacionales en el país, provocando un vacuum de autoridad entre las gestiones salientes y entrantes que duró hasta fines del mes de agosto 2015, afectando nuevamente la ejecución de los saldos no-ejecutados del 2014 para 2015; De nuevo, los SEDES llegaron al fin del año 2015 sin haber ejecutado a cabalidad los fondos del primer desembolso del 2014.

Cuarto, los 3 equipos de recursos humanos permanentes del FOREDES previstos para los SEDES fueron contratados e instalados con mucha dificultad y retraso a partir de mediados del 2014. SEDES Chuquisaca en 2015 rotundamente negó la necesidad de un equipo de recursos humanos y de transferencias financieras y solicitó una concentración del apoyo financiero en infraestructura y equipos médicos. Además, el método de contratación de los equipos, consultores en línea y con contratos firmados por el MS, causó mucho malestar en los SEDES y provocó una vulnerabilidad e inestabilidad funcional a finales de cada año calendario.

Asimismo, el tiempo útil para ejecutar de manera eficiente los fondos transferidos por el Programa a las cuentas de los SEDES se redujo a un promedio del 30% del tiempo disponible para ejecutar.

O los equipos del FOREDES no estaban re-contratados a tiempo cuando los fondos del FOREDES habían sido re-programados y re-inscritos en los POA de las Gobernaciones, o los equipos se quedaron en vano cuando los fondos del FOREDES estaban en largos trámites, de entre 4 a 7 meses, de ser reprogramados y reinscritos en los POA de las Gobernaciones (ver arriba).

#### A nivel de los Municipios

Por un lado, el Resultado 4 del DTF define la forma de colaboración con los Gobiernos Autónomos Municipales, mediante la implementación del Fondo (Conkursable) Municipal. El FM busca delegar ejecución de actividades y presupuesto del R4 mediante convenios de subsidio a los GAM, muy parecido a los AE con los SEDES. Por otro lado, las leyes de descentralización administrativa y autonomías de Bolivia hacen que los GAM tengan cada vez más competencias sobre un sistema de salud que es altamente descentralizado en el país.

Parecido a lo sucedido con los AE y SEDES, FOREDES tardó hasta casi el final de 2015 para poder intensificar la colaboración con los GAM beneficiados.

Redactar, consensuar y hacer firmar los reglamentos operativos y de funcionamiento interno, las resoluciones ministeriales dando la necesaria aprobación a estos mismos reglamentos, etc. tomó lo mejor de los años 2013 a 2014. Finalmente FOREDES llegó con 103 proyectos convocados, seleccionados y aprobados hasta octubre 2015, sin haber ejecutado ningún recurso en realidad.

Aprendiendo de las lecciones de la ejecución de AE con los SEDES, se tomaron en este momento dos decisiones de capital importancia para la ejecución del FM. Primero, debido al corto tiempo tras las mencionadas elecciones subnacionales de marzo 2015, el Programa estableció contacto con los nuevas GAM entrantes, asegurando mejor sus compromisos de gestión desde sus instalaciones a partir de junio 2015. Segundo, en octubre 2015 la EMCL aprobó la modificación de la puesta en marcha operativa del FM, reprogramando sus recursos de la modalidad Cogestión a Régie (ver más abajo): gracias a esta toma de decisión se pudo arrancar las actividades del Programa del FM. De esta manera hasta fines de octubre 2015 se firmaron 103 convenios de subsidio y hasta el mes de agosto 2017 se realizó el desembolso de Euros 1.792.709 (93 % del presupuesto previsto).

Adicionalmente el desarrollo mismo del FM fortaleció la integración institucional del FOREDES a nivel de sus estrategias en las redes municipales e integradas de salud. El equipo de consultores de gestión de proyectos del FM, los consultores para el desarrollo de planes municipales de salud y los recursos humanos en salud formados en el uso de las herramientas operativas de la política vigente de salud SAFCI llegaron a hacer sinergias productivas y exitosas.

En este sentido es importante recalcar que durante su reunión del 20 de noviembre 2015, el COS hizo resaltar que a pesar de los problemas estructurales, el Programa había realizado muchos esfuerzos y logró arrancar con la ejecución del Fondo Municipal y la suscripción de 103 convenios con 37 municipios.

### Gestión y modalidades de ejecución del FOREDES

Conforme el DTF, el FOREDES ejecutó en su mayoría procesos de contratación mediante tres modalidades mixtas:

1. En la modalidad de Cogestión, para la gran mayoría de sus gastos de funcionamiento y de inversión, donde se aplica la norma nacional y de la CTB;
2. Para los aportes de la contraparte nacional en aplicación de la normativa boliviana solamente; y
3. En la modalidad Régie o Administración Directa, donde se aplica la normativa Belga y de la CTB para la provisión de remuneraciones de parte del personal y de la asistencia técnica, tanto como para

una cantidad de recursos de formación de personal y evaluaciones, y posteriormente para la ejecución de los proyectos del Fondo Municipal y remuneración del personal de ese equipo.

Al nivel departamental, como ya mencionado, FOREDES implementó una ejecución delegada mediante AE, donde para la ejecución de los fondos transferidos se aplicó la normativa de las Gobernaciones, con un post-control a nivel del FOREDES, a su vez monitoreado en la CTB. Lo mismo estaba determinado para la ejecución delegada mediante convenios de subsidio con los GAM en el marco del FM.

También estaba previsto en el DTF que el FOREDES implemente estas modalidades mixtas desde una perspectiva de desconcentración administrativa y jurídica, por un lado del MS y por otro de la CTB (mandatos legales otorgados según nivel).

Desde 2013, la Codirección del Programa venía armando el marco administrativo y legal de dicha desconcentración, pero no antes del mes de abril 2015 el MS procedió a aprobarla mediante una resolución ministerial. Aun así, entre lo aprobado en la mencionada resolución (desconcentración administrativa y jurídica para contrataciones públicas hasta Bs. 1.000.000,- con designación de RPA y RPC dentro del Programa) y la puesta en marcha de la desconcentración en realidad a partir de febrero 2016, esta desconcentración se vio limitada a los aspectos administrativos y con designación de RPA y RPC pero no a dedicación exclusiva del Programa. Faltaba siempre la desconcentración jurídica que tenía que facilitar al Programa en la redacción, aprobación y firma de los contratos públicos mismos, tema que se mantenía centralizado en la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MS.

Asimismo, el Programa nunca logró cumplir el modo de ejecución desconcentrado definido en el DTF y reforzado como criterio necesario durante reuniones del COS y del CES: Durante la última reunión del CES de junio 2015 se expresó la necesidad condicional de una desconcentración adecuada y efectivizada antes del fin de agosto de 2015 para aceptar una posible prolongación del Programa hasta octubre 2017. Este criterio se enmarcó entonces dentro de múltiples compromisos tomados por el MS en los CES y COS realizados en 2015 que no fueron cumplidos por el MS (ver más abajo).

Sin embargo es importante también recalcar que la misma modalidad de Cogestión para Programas de la Cooperación Belga en Bolivia ya había sido objeto de muchas observaciones y cuestionamientos a raíz de evaluaciones individuales de intervenciones anteriores y en particular de la evaluación de sostenibilidad de intervenciones anteriores realizada por la DGD en transcurso del año 2015.

Excepcionalmente mientras tanto, por diferentes razones, hasta mediados de 2013 el Programa ejecutó sus actividades en su mayoría con la modalidad Régie, en el marco de un fondo de arranque ampliado. El motivo más grande para esta ampliación fue la tardanza para habilitar la firma del ATI en las cuentas del Banco Unión, donde se manejaban los recursos en Cogestión. Recién a partir de junio de 2013 FORDES inició los propios procedimientos administrativos en Cogestión.

FOREDES entonces implementó los sistemas administrativos nacionales, dentro del marco del DS 181 y la Ley SAFCO 1178, con la superposición de la norma Belga y de la CTB en forma de No Objeciones (N.O.) al inicio y fin de cada proceso, según los techos presupuestarios establecidos, en vista del Manual de Gestión Administrativa de Programas de la CTB. Para el sistema administrativo nacional existían desde un principio muchas dudas y desafíos estructurales en compatibilizar las dos normas para el manejo correcto de la Cogestión, resultando en retrasos largos y acumulados dentro de casi todos los procesos administrativos de contratación. La superposición de los plazos para obtener la N.O. de la CTB en algunos casos causó incompatibilidad con el sistema ANPE de la norma nacional, manejado por el MS en la aplicación on line SICOES donde se manejan plazos inamovibles y normados para cada tipo de proceso a pesar de que el DTF preveía la aplicación de las 2 normativas de ejecución financiera. El sistema nacional simplemente no ratificó los plazos necesarios para obtener las No Objeciones de la CTB, a pesar de lo establecido en el DTF.

Asimismo, la capacidad interna de gestión administrativa del Programa, ya vulnerada de manera continua y trascendental por múltiples cambios de personal, se vio comprometida en su continuidad de ejecución administrativa y financiera. En total, 75 diferentes personas trabajaron con el Programa FOREDES en las áreas técnicas, administrativas, de SEDES o de coordinación durante sus 5 años de vida.

Las Tablas 1 y 2 presentan un resumen acerca de los cambios de los cargos más importantes del Programa y los motivos para haber concluido las colaboraciones con el Programa.

**Tabla 1: Cambios en personal clave del Programa, 2011 - 2016**

CARGO	TOTAL CANTIDAD	FRECUENCIA CAMBIOS	MOTIVOS DE CAMBIO
ATI	3	2	1 resolución unilateral de contrato, 1 a.i.
DN	4	3	3 a.i., 1 renuncia
RAF	5	4	3 renunciaciones, 1 destitución
CONTADOR	3	2	1 renuncia, 1 contador de cierre
RESPONSABLE CONTRATACIONES	2	1	1 renuncia
RESPONSABLE TESORERIA	2	1	1 renuncia
SECRETARIA	2	1	1 renuncia
RESPONSABLE ACTIVOS FIJOS	2	1	1 sin prolongación de contrato
ASESOR LEGAL	3	2	2 sin prolongación de contrato
CHOFER		1	1 por deceso

*Fuente: Elaboración propia con datos de MONOP*

**Tabla 2: Motivos de conclusión de colaboración con el Programa, 2011 - 2016**

MOTIVO DE CONCLUSION DE FUNCIONES	CANTIDAD
RENUNCIA	9
FIN DE CONTRATO CON DECISION DE NO PROLONGACION	8
INTERINATO	4
DESTITUCION DEL CARGO	1
FIN DE CONTRATO SIN NECESIDAD DE PROLONGACION O FIN DE PROGRAMA	40
RESCINDIMIENTO DE CONTRATO	1
CONTRATOS POR PROCESO DE CIERRE	11
DECESO	1
TOTAL	75

*Fuente: Elaboración propia con datos de MONOP*

En consecuencia de los problemas estructurales con las modalidades de ejecución de recursos, la ejecución financiera acumulada del Programa se vio estancada principalmente, como lo presenta la Tabla 3 en adelante.

**Tabla 3: Ritmo de ejecución financiera acumulada, por año, 2011 - 2016**

AÑO DE EJECUCIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN ACUMULADA DEL PRESUPUESTO DTF
2011 - 2012	<7%
2013	7%
2014	19%
2015	27%
Oct-2016	52%
2017	62%

*Fuente: Elaboración propia*

Como se observa, el ritmo de ejecución financiera estuvo desde un principio lejos de ser suficiente para garantizar el logro suficiente de los resultados, objetivos e impacto esperado del Programa para la salud de Bolivia. La Tabla 4 presenta con más detalle la evolución del ritmo de ejecución.

**Tabla 4: Ritmo de ejecución financiera acumulada, por año, 2011 – 2017**

BUD.	Ppto. Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Exe. Total	%	Saldo
Output 1	2.336.143	0	0	8.945	412.770	576.359	802.226	72.140	1.872.439	80%	463.704
Output 2	591.882	0	6.651	36.585	235.533	152.398	160.750	365	592.281	100%	-399
Output 3	111.729	0	0	0	44.603	58.113	-11.852	275	91.139	82%	20.590
Output 4	2.428.760	0	20.898	11.411	198.901	40.845	1.937.053	79.803	2.288.911	94%	139.849
Output 5	45.368	0	0	0	45.368	0	0	0	45.368	100%	0
Output 6	179.860	0	0	0	0	0	142.263	133	142.396	79%	37.464
Reserva	3.610.540	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	3.610.540
RH	1.501.386	2.538	207.758	290.597	306.030	365.840	297.350	11.538	1.481.652	99%	19.734
Funcionamiento	452.277	0	48.220	59.261	121.851	129.114	83.430	3.995	445.872	99%	6.405
Audit, Eval.	242.103	0	12.085	15.019	65.077	26.039	98.130	9.523	225.872	93%	16.231
Dif. T/C	0	0	1.839	-765	-4.437	2.913	2.016	0	1.565	0%	-1.565
<b>TOTAL</b>	<b>11.500.048</b>	<b>2.538</b>	<b>297.449</b>	<b>421.054</b>	<b>1.425.697</b>	<b>1.351.620</b>	<b>3.511.366</b>	<b>177.771</b>	<b>7.187.495</b>	<b>62%</b>	<b>4.312.553</b>

La 'Reserva' corresponde al monto descomprometido en EMCL de 06/Oct/2015

Esta misma observación, el demasiado bajo ritmo de ejecución, fue objeto continuo del sistema de manejo de riesgos del Programa, alimentando discusiones acerca el tema durante varias reuniones analíticas de la Comisión Mixta (febrero 2014) y de los COS y CES. Finalmente fue ratificada como el obstáculo estructural para el buen desarrollo del Programa durante la reunión del CES del mes de junio 2015, donde se establecieron 5 criterios que condicionaban el Programa para garantizar así su posible prolongación de ejecución hasta el año 2017:

1. Una desconcentración efectivizada, con las necesarias resoluciones ministeriales del MS firmadas;
2. Desarrollo de reuniones de la EMCL presenciales;
3. Designación y contratación del personal responsable de resultados;
4. Avance significativo de las actividades, incluyendo la adjudicación de las licitaciones publicadas;
5. Ampliación del mandato del ATI, si las condiciones son favorables, para acelerar procesos.

Desafortunadamente a pesar de los compromisos del MS respecto a estos criterios, el Programa a pesar de sus esfuerzos no logró hacer cumplir los criterios definidos hasta fin de agosto 2015. Asimismo, FOREDES nunca funcionó con una mayor autonomía de la Codirección, con menos intervenciones por parte del MS.

En este sentido no se vieron reflejado mejores niveles de ejecución, faltando las ventajas comparativas en materia de eficiencia, eficacia y efectividad.

A raíz de esta constatación a finales de agosto 2015, la EMCL decidió, mediante resolución 07/2015 del 06/10/2015:

1. Confirmar la conclusión del Programa para el 12 de octubre 2016, como previsto en el DTF;
2. Modificar y limitar el presupuesto para ejecutar una selección de actividades priorizadas y factibles;
3. Transformar la modalidad de ejecución de la Cogestión a Régie para gastos operativos de los equipos, para organización de eventos científicos y para parte del Resultado R6 y el Fondo Municipal; y
4. Dar una prórroga a las actividades en el marco del resultado R4 (Fondo Municipal) hasta el final del año 2016.

Durante su reunión del 20/11/2015, el COS, ante el incumplimiento de los 5 criterios, ratificó la priorización de resultados y actividades, definidas por la EMCL, para ser realizadas hasta el mes de abril del 2016, procediendo al cierre del Programa en el mes de octubre del 2016. El COS ratificó el cálculo del monto para ejecutarse de 7.854.820 Euro y el saldo final estimado no-ejecutable de 3.645.223 Euro.

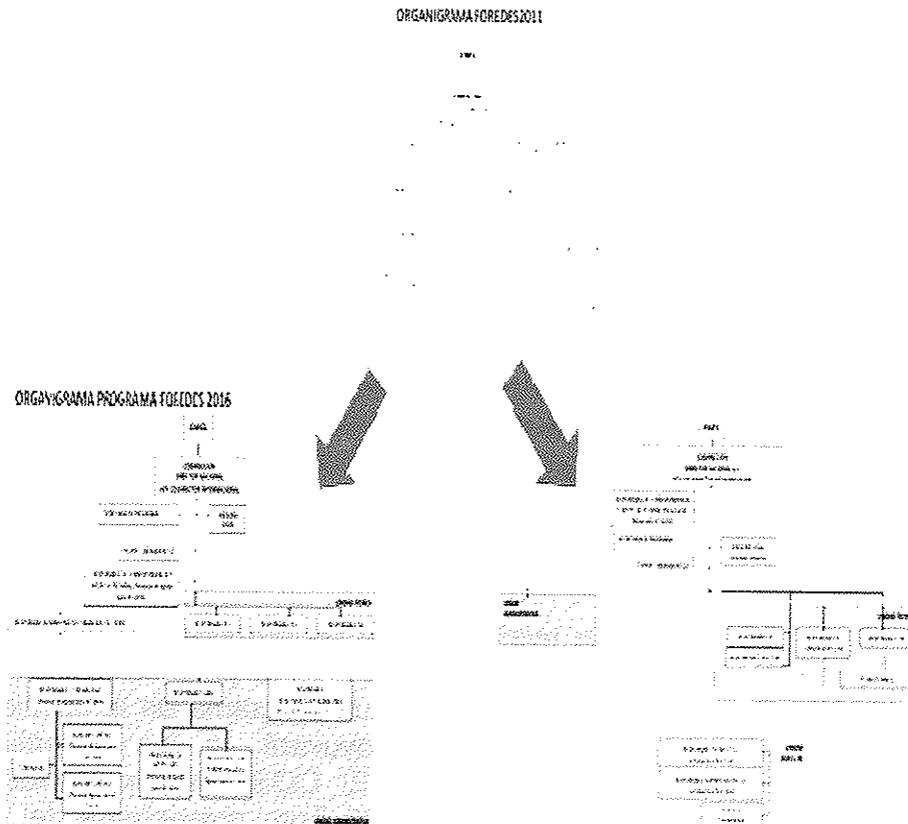
El mismo COS realizó la evaluación de las propuestas para re-afectar el saldo del Programa y ratificó la opción del MS para otorgar el monto de 2.677.724 Euro para la realización de un programa de fortalecimiento de competencias en salud, que coadyuvará a las inversiones en infraestructura del sector en salud. El COS también decidió otorgar adicionalmente el monto de 967.499,00 Euro proveniente del saldo del Programa FOREDES con el fin de cumplir de manera exitosa la consolidación del proyecto PROAGRIF.

Sin embargo, durante el mes de abril de 2016 esta decisión del COS se vio revertida por la DGD debido a la decisión unilateral de recortes al PGE Belga, embargando la transferencia de saldos no ejecutables de intervenciones en curso hacia otras intervenciones o sectores en el país. A pesar de lo acordado en el último COS, el sector de salud pública en el Bolivia perdió de esta manera y de forma definitiva el saldo no-ejecutable del Programa FOREDES. La Cancillería de Bolivia informó al VIPFE respecto a esta decisión y el VIPFE informo oficialmente al MS sobre la misma. Sin embargo no hubo una abogacía directa del MS al VIPFE o a la CTB sobre este recorte.

## Estructura de Gestión y Coordinación

La Figura 3 demuestra la compleja evolución de la estructura de gestión del programa sobre el periodo de 2011 a 2016.

**Figura 3: Evolución en la estructura programática y de gestión del FOREDES, 2011 - 2016**



Se observa en primer lugar un cambio en la estructura programática y de gestión, a raíz de las reestructuraciones en consecuencia de lo recomendado durante la EMT de 2014. Se introdujo una gestión por resultados en el Programa, estructurando equipos responsables de la ejecución técnica de cada Resultado Esperado, a la cabeza de un(a) responsable y su equipo de apoyo técnico, con expertos temáticos dentro de cada resultado.

Eso funcionó bien para el Resultado R1, R2 y R4: en el transcurso del año 2014 se efectivizó esta estructura y progresivamente la gestión por resultados empezó a dar resultados.

Para los Resultados R3 y R5 no se logró implementar lo mismo. En primer lugar porque no se logró contratar con éxito un técnico responsable para liderar estos resultados, con características de movilización social y participación comunitaria o control social. En segundo lugar se destaca que estos resultados fueron “delegados” desde un principio en gran parte a los AE con SEDES, sin embargo con resultados muy parciales y fragmentados, como se pudo evaluar al final del Programa y por razones destacadas más arriba. La evaluación de medio término recomendó “anular” estos resultados en la estructura programática del FOREDES.

También se introdujeron en la adaptación del DTF de junio de 2014 supuestos binomios entre los responsables de resultados y sus pares en el MS, SEDES y/o Municipios. Estos binomios iban a promover un dialogo constante desde abajo hacia arriba en el FOREDES, para dar continuidad a la ejecución de estrategias pero también para nutrir el debate y análisis constante de temas dentro de la plataforma de la EMCL. Los binomios se harían representar durante las reuniones presenciales de la EMCL e iban a asegurar mejor la integración de actores de niveles subcentrales (SEDES, GAM, Redes de Salud, etc.) en procesos de toma de decisión de la misma EMCL – algo que no estaba previsto en el DTF.

Sin embargo, factores mencionados arriba, como el proceso de alienación del MS y el débil funcionamiento de la EMCL presencial, desfavorecieron el desarrollo de esta dinámica.

### Contexto ARMO

La introducción operativa de los 4 SEDES al Programa, mediante la puesta en marcha de 3 de los 4 AE; y gradualmente a los 39 municipios a través del FM, llegó a dinamizar – no obstante no antes del 2015 – de forma profunda el qué hacer del FOREDES: con más inclusión de las expectativas y necesidades de la gestión pública en salud a este nivel.

El FOREDES experimentó con otros niveles de rectoría en salud, definida por la Ley de Autonomías. Dentro de este contexto político de autonomías, los márgenes de interpretación de leyes, decretos y normas varían de un nivel a otro.

En la realidad, sin embargo, la ejecución delegada mediante los AE se vio afectada por múltiples obstáculos formales y burocráticos en la inscripción oportuna de fondos delegados en los POA de las Gobernaciones, por las consecuencias de las elecciones subnacionales durante 2015 y por rivalidad en rectoría y de índole político entre el nivel central y departamental.

El FOREDES ha estado activo en plataformas nacionales de actores en salud, tales como: el GRUS Salud, con sus diferentes mesas de trabajo (transversalización de género, de interculturalidad, de personas con discapacidad); y con ONG activas en el sector salud en Bolivia, tales como Medicus Mundi Bolivia (implementación SAFCI, más que todo en Potosí), etc. La sinergia con diferentes conocimientos de terreno ayudó al FOREDES en orientarse mejor a actividades a los niveles operativos.

El FM resultó actuar progresivamente como un elemento coordinador e integrador entre varios actores, estructuras sociales y ONG para el beneficio del FM mismo, tanto como para el dinamismo del FOREDES.

## 2 Resultados esperados

### 2.1 Matriz de monitoreo

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
<b>IMPACTO:</b>						
Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	590	390	160	Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna post-censal 2011, en base a resultados de la encuesta post-censal 2000, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003) y el Censo de Población y Vivienda 2012	Los departamentos de La Paz (289), Potosí (255) y Cochabamba (188) registraron las más altas cifras de muerte materna, estando por encima del promedio nacional (160 por cada 100.000).	Es casi poco factible hacer un análisis de fondo o comparativo acerca la evolución de datos de la mortalidad materna a nivel nacional sin la metodología apropiada. En Bolivia los instrumentos metodológicos adecuados son las ENSA. Infelizmente, tras la ENSA 2008, una ENSA programada para 2013 no se realizó. En lugar se realizó un estudio post-censal, con datos del Censo 2012. Por ende es casi imposible medir o reconocer la contribución del FOREDES al impacto en la mortalidad materna. Globalmente, en el país la muerte materna sigue siendo un problema de salud pública grave, constituyéndose además en un indicador de inequidad y vulneración de derechos porque la mayoría de las mujeres que mueren son de origen indígena o originario. Como la zona de intervención del FOREDES contiene altas proporciones de población indígena y originaria, es la expectativa que la razón de mortalidad materna sigue persistentemente alta.
Tasa mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	86	70	30	Fuente: ENSA 2008	Son datos para el país. Siguen presentándose elementos de inequidad entre niñas (41,06) y niños (37,75).	Se observa avances importantes en la lucha contra la mortalidad infantil. Clásicamente puede ser atribuible al progreso económico en gran medida, constatando que muchas familias han salido de la pobreza y extrema pobreza durante los últimos 10 años (incl. el periodo del FOREDES). También los avances en la cobertura con saneamiento básico y con lactancia materna tienen una influencia positiva. Sin embargo es muy probable que la distribución de estos indicadores cruzándose con características rural vs. urbano, mujer vs. hombre, indígena vs. no-indígena demuestran elementos persistentes de inequidad. Como la zona de intervención del FOREDES contiene altas proporciones de población indígena y originaria, es la expectativa que la razón de mortalidad infantil
			39,1	Fuente: Estudio de Mortalidad Infantil Países de latinoamérica, Save the Children, mayo 2015		
			37,49	Fuente: Estudio de Mortalidad Infantil: The World Factbook, 2015		

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
						sigue persistentemente alta. También es la expectativa que de aquí en adelante, para mejorar los indicadores de mortalidad infantil se precisarán medidas y políticas complementarias y alternativas, donde por ejemplo acceso a los servicios de salud de calidad llegará a ser más preponderante aún como medida con impacto.
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de dos años (%)	55%	30%	10,3	Fuente: MS, UDAPE, Resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición, 2012.	<b>En menores de 5 años:</b> 22% Fuente: MS, UDAPE, Resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición, 2012.	Se observa avances importantes en la lucha contra la mortalidad infantil a nivel del país. Sin embargo nuevamente es preocupante constatar las diferencias regionales. El mismo análisis como en el caso de mortalidad infantil (ver arriba) se aplica en este caso. Además en el caso de la malnutrición de niños comienza a jugar cada vez más los estilos de vida, con como consecuencia la obesidad infantil como factor llamativo.
				Fuente: SNIS 2013	<b>En menores de 2 años:</b> Potosí con 23,9 % de desnutrición crónica el más afectado, seguido de Chuquisaca y Cochabamba con 16,1 % y 14,9 % respectivamente	
Índice exclusión social en salud. Riesgo alto y severo de exclusión en salud (OPS/UDAPE 2004) (%). d Alternativa: Tasas de mortalidad relacionada con enfermedades transmisibles de causas evitables; tasas a ser calculado por municipios, por municipios agrupados en cuartiles según nivel de marginación y por municipios agrupados según grado de marginación.	70	45	65%	Fuente: Informe de Desarrollo Humano para Bolivia ; PNUD, 2015	El 42,6% de la población son pobres, de los cuales el 21% permanece en situación de extrema pobreza (vive con menos de un dólar por día).	Es un indicador complicado para medir y la línea base tampoco utilizó una metodología de medición directa. Un meta-análisis del 2009 (utilizando datos del INE de 2001 y 2002) presenta una panorámica de la exclusión con varios indicadores de exclusión en salud, según dimensión de factores externos e internos del sistema de salud (OPS, 2009: Exclusión en salud Estudios de caso Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie técnica extensión de la protección social en salud serie n° 2.  Los resultados presentados aquí de estudios de indicadores "a proxys" son lo único que hay para orientarnos. Indirectamente, las diferencias regionales, por género y por origen étnico de los indicadores más arriba, demuestran que el país aún lucha contra situaciones altamente persistentes de inequidad y exclusión social de la proporción de la población que es indígena originaria y que vive en zonas altamente rurales. Como la zona de intervención del FOREDES contiene altas proporciones de población indígena y originaria, es la expectativa que el índice de exclusión
			48,10%	Fuente: Informe sobre la pobreza en Bolivia; Sistema de Naciones Unidas en Bolivia; marzo 2013	Un informe difundido por el Sistema de Naciones Unidas en Bolivia y el Ministerio de Planificación, señala que aún viven en extrema pobreza 7 millones de bolivianos y que el número de pobres moderados ha disminuido de 5,7 millones de personas a 5,2 millones entre 2005 y 2012	

INDICADOR	VALOR LINEA	META FINAL	VALOR FINAL	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
						social sigue persistentemente alto.
			67%	Fuentes; Estudio Exclusión Social, UDAPE OPS/OMS en Bolivia, 2012	La apertura del índice global de exclusión, según dimensiones, muestra que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%.	
Parto institucional (%)	52%	72%	68%	Fuente: ENDSA 2008.	71% de la población fue asistida por personal de salud calificado (médico o enfermera), De los partos institucionales: 57% sector público, 11% sector privado. 32% tuvo parto en el domicilio.	De nuevo se observan avances bastante significativos en la cobertura con el parto institucional, asistido por un personal de salud cualificado.
			75%	Fuente: Estudio Causas de mortalidad materna, Estudio Naciones Unidas en Bolivia, Septiembre 2013	De acuerdo al informe de Salud en la gestión 2013, se logró que un 25% de la población asista a los centros de salud. Ahora, de 10 madres que dan a luz, ocho ya acuden a los centros: de cada 10 bolivianos que nacen siete son atendidos por personal de salud	
			92%	Fuente: Estudio UNFPA de acuerdo a datos del INE Anuario Estadístico, 2014	Cobertura de parto institucional	

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>						
Porcentaje de establecimientos de salud cuyo sistema de referencia y contra referencia funciona <i>(alternativa: con referencias oportunas, adecuadas, con retorno y sujeto a dialogo entre niveles).</i>	31,70%	60%	43%	Fuente: Informe Anual de producción de servicios en base a formulario 301, SNIS VE Bolivia; datos 2015	De las 10 redes de intervención del P. FOREDES las redes de salud de La Paz son las que muestran datos más completos del sistema en especial la red rural MancoKapac Los Andes. La redes que no muestran un adecuado registro del sistema de referencia y contrarreferencia son las redes Sacaca y Ocurí en Potosí	Según los datos del SNIS, existe una referencia de pacientes de ES de primer nivel a ES integrales o de segundo nivel, sin embargo en pocos casos se registra la contrarreferencia.
Porcentaje de municipios que han elaborado participativamente su Plan Municipal de Salud de acuerdo a procedimientos de SAFCI <i>(alternativa: y la ejecución de elementos de los Planes de Salud dentro del POA municipal).</i>	10%	50%	20%	Fuente: Unidad de Movilización Social del Ministerio de Salud, Junio 2016	De los 43 municipios del área de intervención del programa FOREDES, aplicando la metodología de desarrollo de Planes Municipales de salud que fue elaborado por el MS en 2014 con apoyo del FORDES. Misma metodología será la metodología estándar	Avance según lo esperado cuando se toma en cuenta la segunda fuente: A partir de julio 2016 los GAM está en la obligación de presentar Planes Territoriales de Desarrollo Integral, donde están integrados los planes municipales de salud.
			54%	Fuente: base de datos del Fondo Municipal (R4) del FOREDES y GAM (proyección hasta fin de 2016: 21/39 GAM).		
Porcentaje de usuarios/as de ES, satisfechos con la atención recibida.	51,23%	70%	Sin medición			No ha sido factible medir la satisfacción de usuarios de ES antes de la conclusión del FOREDES. Tradicionalmente se sabe que son factores de insatisfacción: actitudes discriminatorias del personal de salud hacia usuarios de clases económicas bajas, deficiencias comunicativas entre personal de salud, percepción por los usuarios de deficiencias en habilidades técnicas en el personal de salud y de baja eficacia terapéutica.
<b>RESULTADO 1</b>						
Porcentaje de ES de primer nivel que han adecuado sus servicios a la cultura local. <i>(Alternativa: Porcentaje de ES acreditados según la norma nacional de caracterización y/o Porcentaje de ES que cumple</i>	25%	40%	Sin medir			En el MS no existen datos específicos en la Norma de caracterización de establecimientos de primer nivel para poder identificar criterios de accesibilidad y asegurar que se han adecuado a la cultura local.

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
una nueva norma nacional de accesibilidad.)						
Porcentaje de ES que ofrecen todos los servicios esperados para ES Primer nivel	60%	80%	100%	Fuente: Informe Anual de producción de servicios en base a formulario301, SNIS VE Bolivia; datos 2015	De los 11 ES de primer nivel priorizados por FOREDES para proyectos de infraestructura y equipos médicos, formación recursos humanos.	A pesar del marcado avance, aún ningún ES de primer nivel de la zona de intervención fue acreditado.
Porcentaje de ES que ofrecen todos los servicios esperados para hospital de referencia de segundo nivel	25%	100%	75%	Fuente: Informe del área de calidad de Establecimientos de Salud, Unidad de Redes de salud del Ministerio de Salud, 2015	Información de un denominador de :Municipio de Llagua – Hospital General Madre Obrera. Municipio de Capinota – José de la Reza de Capinota. Municipio de Independencia – Hospital María Auxiliadora de Kani. Municipio de Escoma Hospital Aymara Municipio de Tarvita Hospital virgen de Rosario El Hospital de Tarvita fue catalogado como CS Integral. y el Hospital de Independencia se encuentra en proceso de catalogación de nivel.	A pesar del marcado avance, aún ningún ES de segundo nivel de la zona de intervención fue acreditado.
Porcentaje de personas (expresado en un índice) que acceden a servicios de salud materna e infantil	53,90%	75%	61%	Fuente: Informe Anual de producción de servicios en base a formulario301, SNIS VE Bolivia; datos 2015	Personas que acceden a servicios de salud: Mujeres: 48% Niños menores de 5 años: 73%	Indicador parcialmente logrado.
<b>RESULTADO 2</b>						
Porcentaje de ES que utilizan el SOAPS	39,30%	80%	71%	Fuente: Informe producción de servicios en base a formulario301, SNIS VE Bolivia; datos hasta agosto de 2016	De un denominador de 227 ES se puede reportar que 197 establecimientos de salud utilizan el SOAPS.	Indicador parcialmente logrado.
Porcentaje de ES que en el último año han evaluado la Calidad del dato SNIS	29,50%	50%	42%	Fuente: Evaluación en supervisiones capacitantes de la Coordinación de Red respectiva o de Planificación del SEDES correspondiente, Agosto 2016	117 Establecimientos de salud han evaluado la calidad del dato. En La Paz la evaluación fue realizada en forma conjunta entre coordinadores de red y personal técnico del SNIS. En Potosí la evaluación fue realizada por personal técnico del SEDES	Indicador parcialmente logrado.

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
					En Cochabamba a evaluación fue realizada por Coordinadores de red en Capinota e Independencia. No se cuenta con el dato en Chuquisaca (solo el reporte del SNIS)	
Porcentaje de ES en los que el/ la responsable tiene conocimiento de las Normas administrativas	26,50%	85%	73%	Fuente: Evaluación y supervisiones capacitantes de la Coordinación de Red respectiva o de Planificación del SEDES correspondiente, Agosto 2016	Se ha realizado la medición en los establecimientos de salud de cabecera de municipio, por lo que el denominador es de 39	Indicador parcialmente logrado.
Proporción de redes de salud que tienen planes estratégicos de salud	0/9	7/9	6/9	Fuente: Datos proporcionados por los SEDES, Hasta septiembre 2016	Las redes de salud de Cochabamba no tienen PEI	Indicador parcialmente logrado.
Proporción de SEDES que tienen planes estratégicos de salud	2 de 4	4 de 4	3 de 4	Fuente: Datos proporcionados por los SEDES, Hasta septiembre 2016	SEDES Potosí tiene PEI y realizó evaluaciones anuales, actualmente se plantea la evaluación para 2017. SEDES LP tiene PEI pero no evaluó, sin embargo está planteada la evaluación para el 2017. SEDES Cochabamba tiene PEI y Plan de salud Departamental y evaluó. SEDES Chuquisaca no tiene PEI.	Indicador parcialmente logrado.
Proporción de SEDES que evalúan sus planes estratégicos de salud	2 de 4	4 de 4	3 de 4	Fuente: Datos proporcionados por los SEDES, Hasta septiembre 2016	SEDES Potosí tiene PEI y realizó evaluaciones anuales, actualmente se plantea la evaluación para 2017. SEDES LP tiene PEI pero no evaluó, sin embargo esta planteada la evaluación para el 2017. SEDES Cochabamba tiene PEI y Plan de salud Departamental y evaluó. SEDES Chuquisaca no tiene PEI.	Indicador parcialmente logrado.
Proporción de redes de salud que evalúan sus planes estratégicos de salud	0 de 9	7 de 9	6 de 9	Fuente: Datos proporcionados por los SEDES, Hasta septiembre 2016	Las redes de salud de Cochabamba no tienen PEI	Indicador parcialmente logrado.

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
				Salud del Ministerio de salud, 2015		
Porcentaje de ES que refieren sistemáticamente personas con discapacidad a centros especializados y/o UMADIS, (alternativa: siempre y cuando esta referencia se haga dentro de un protocolo correcto para un abordaje integral e continuo de casos referidos).	0%	30%	13%	Fuente: Informe de la Unidad de Discapacidad de la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de salud, 2015	Según datos del área de intervención solamente 36 Establecimientos de salud de los 277 del área de intervención registraron las referencias realizadas a un centro especializado o UMADIS	Indicador no alcanzado
<b>RESULTADO 6</b>						
ES que cumplen al menos 4 criterios del sistema de referencia y retorno				El Programa no ha tenido el suficientemente tiempo tras la ejecución de actividades (marzo – agosto 2016) para medir adecuadamente los avances en indicadores. Tampoco se ha realizado un estudio de línea de base.		
ES que aplican las estrategias del PDC						
Sectores vinculados con la Medicina Tradicional						
Plan de mantenimiento de activos fijos aprobado y en ejecución en 4 Municipios, financiado por los GAM						
ES que ejecutan programas de promoción de la salud, programas educativos y comunicacionales						
GAM con el rincón educativo del Bono Azurdúz funcionando						
Sectores de salud que realizan de forma regular reuniones de gestión						

INDICADOR	VALOR LINEA BASE	META FINAL	VALOR FINAL OBTENIDO	FUENTE	OBSERVACIONES	LIMITACIONES Y COMENTARIOS
participativa						
Consejos municipales sociales de salud conformados y funcionando						
Mesas de salud o COMAN instalados y funcionando						
ES que cumplen al menos 4 criterios del sistema de referencia y retorno						

## 2.2 Análisis de resultados

### 2.2.1 En qué medida la intervención contribuyó al impacto<sup>4</sup> (Impacto potencial)?

A su conclusión operativa, el FOREDES no puede presentar con certeza todos sus indicadores demostrando avances significativos en el logro completo de su objetivo específico o el impacto deseado: respectivamente haber fortalecido íntegramente las redes de salud de los municipios beneficiados y haber contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Eso no quiere decir que no hubo mejoras en el sistema de salud hacia este logro al cual está alineado la estrategia del FOREDES. Quiere decir más bien que es difícil medir cuál es la contribución del FOREDES hacia este logro.

La primera explicación relativa a esta observación se centra en la actualización del marco lógico que recién se logró en el transcurso del 2013 a raíz del estudio línea base de indicadores para el Programa, ejecutado a finales de 2012. El segundo motivo se encuentra en los factores que influyeron en demorar el arranque real de las actividades del FOREDES (ver más abajo).

Cabe mencionar también que gran parte de los indicadores de salud pudiendo demostrar esencialmente un proceso de cambio en la salud de la población beneficiada precisarían ser medidos a una escala nacional para llevar resultados representativos. La verdad es que para emitir juicios confirmados sobre por ejemplo la tasa de mortalidad materna, en ausencia de una Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)

<sup>4</sup> Terminología : Impacto = Objetivo general ; Outcome = Objetivo específico ; Outputs = Resultados esperados

post-2008, uno tenía que esperar los resultados del estudio de la mortalidad materna post-censo 2012, que recién fueron socializados durante el año 2016.

En lo que se refiere al impacto potencial del Programa cabe mencionar que a pesar de los factores estructurales analizados arriba es muy probable que al haberse logrado el objetivo específico, el FOREDES hubiese contribuido de manera significativa al impacto deseado. Motivos para este razonamiento de una alta pertinencia son: 1) su alineamiento documentado y sostenido de la estrategia del FOREDES con las políticas nacionales de salud vigentes en el país; 2) su integración institucional en múltiples niveles del sector público de salud (MS, SEDES, GAM); 3) su enfoque sistémico hacia la intersectorialidad y una visión transdisciplinaria.

#### 2.2.2 En qué medida el objetivo específico ha sido logrados?

Basado en el análisis del logro de los 6 resultados esperados (ver 2.2.3. más abajo) se puede concluir que el Programa FOREDES logró cumplir su objetivo específico de manera parcial.

#### 2.2.3 En qué medida los resultado han sido logrados?

### **Output 1: La oferta de servicios de salud es mejorada en calidad, oportunidad, funcionalidad y efectividad en todos los niveles**

Indicadores alternativos manejados por el MS indican durante toda la vida del programa FOREDES un crecimiento sostenido en la cobertura con atención de salud (fuente: <http://www.sns.gob.bo>), notablemente:

- con incremento de recursos humanos en salud de 15.475 a 24.091;
- con construcción de nuevos ES hasta una cantidad total de 3026 ES; y
- con un registro de 11.000.000 consultas médicos en los ES del país.

Sin embargo, queda sin determinar en qué medida el progreso de estos indicadores podía ser atribuido o no al accionar del FOREDES. Quedo claro que hasta casi terminar el año de ejecución 2013, FOREDES aún no disponía de una cantidad suficiente de actividades desarrolladas en el output 1 para medir el progreso.

#### *La mejoría de la oferta de servicios de salud en calidad*

Desde un principio, FOREDES buscaba garantizar una mejor integralidad entre la inversión en equipamiento e infraestructura y un trabajo serio en la mejora de los procesos de atención y de calidad para el logro del

Resultado esperado 1. La meta final fue llegar a una acreditación de los ES identificados en coordinación como priorizados: originalmente fueron 17 ES, al final se intervino en 5 con obras y en 11 con dotación de equipos médicos.

En este sentido FOREDES planificó una asistencia técnica para el fortalecimiento del cumplimiento del PRONACS (Programa Nacional de Calidad en Salud), representando un elemento estratégico del modelo SAFCI, que es la calidad de la atención. Aunque se implementó esta asistencia técnica con resultados parciales, a partir del segundo semestre de 2015, FOREDES se encargó de dar capacitaciones directas, conjuntamente con los SEDES y el área de calidad de atención y servicios del MS en el manejo de normas de calidad de atención, dirigidas a recursos humanos en salud del nivel operativo de todos los establecimientos de salud beneficiados.

A consecuencia de la priorización de actividades en vista de la decisión de la EMCL de no prolongar el Programa, estas capacitaciones tuvieron que ser discontinuadas. Nunca se logró llegar a la deseada acreditación de los ES priorizados, pero sí se ha podido preparar mejor al personal para efectivizar procesos de acreditación de sus ES.

FOREDES también apoyó a una estrategia en el marco de círculos de corto plazo de mejora de calidad de atención con "supervisiones cruzadas" entre hospitales, como ejercicio de aprendizaje de "best practice" entre trabajadores de salud de ES. Estas supervisiones cruzadas fueron ejecutadas como actividades complementarias a la supervisión, seguimiento y monitoreo a los 4 SEDES en la aplicación de las políticas y normas del MS desde el año 2013 y seguían hasta 2015. De alguna manera dicho apoyo del FOREDES habrá culminado en un ejercicio de evaluación nacional de los indicadores de calidad de atención en la red de hospitales de segundo y tercer nivel.

Acompañando a esta estrategia se integró el apoyo a las supervisiones realizadas por la Unidad de Redes y de Calidad de Servicios (URCS) del MS, que habrán tenido impacto sobre el output 1 en ES de segundo nivel y de cuidados materno-infantiles.

Otra estrategia importante del FOREDES en el marco del Resultado R1 fue realizar proyectos de adecuación de equipamiento, infraestructura e ingeniería de ES. Aquí un conjunto de intervenciones intentó aportar a este impacto deseado:

- La elaboración de una línea de base de infraestructura y equipamiento: fue realizada con mucho retraso durante la gestión 2014 – 2015, después de una acumulación de problemas en la coordinación con la unidad correspondiente del MS desde la

elaboración de los TDR de los consultores, en la convocatoria del proceso hasta en la planificación, designación y programación presupuestaria de fondos para realizar los estudios. Recién a final del 2014 e inicio de 2015 (para equipos médicos) y durante julio 2015 (para infraestructura) dichos estudios llegaron a dar como resultado los perfiles y especificaciones técnicas definitivas para los procesos administrativos de contratación de obras y compras de equipos médicos;

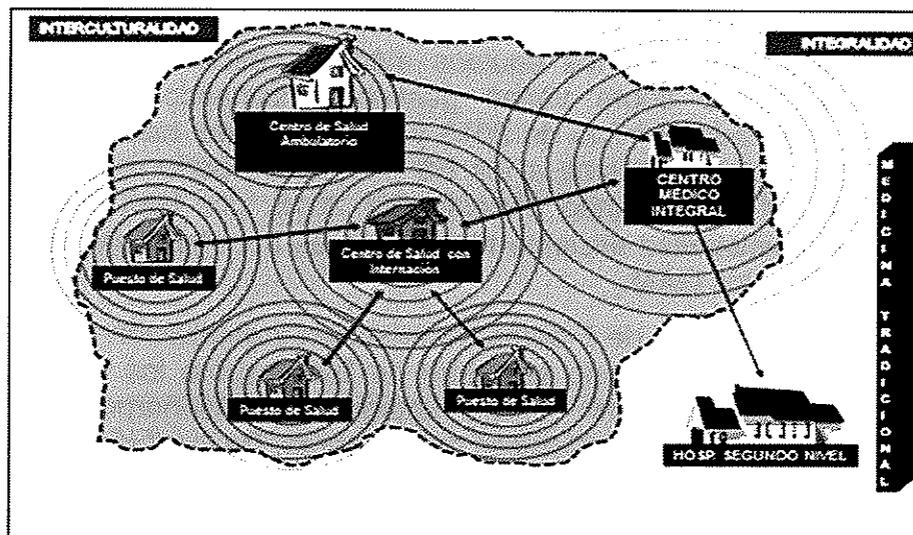
- Dotación de equipamiento para diagnosticar y tratar precozmente el Cáncer Cérvico Uterino (CACU) a los ES de referencia para la población de mujeres de intervención. El proceso mismo de compra de este equipamiento sobrepasó dos gestiones, del 2013 al 2014. La entrega definitiva no pudo realizarse antes del mes de septiembre 2016, por falta que el MS defina oportunamente los ES de destino para los equipos adquiridos;
- La creación y dotación de equipamiento para nuevos centros de mantenimiento de equipo médico en las capitales de los Departamentos de Potosí y de Chuquisaca. Sin embargo, a pesar de varios diálogos, FOREDES no logró concretizar los convenios entre el MS y ambas gobernaciones, mismas que al final desestimaron priorizar esta actividad, poniendo en relieve un conflicto estructural a nivel del sector de salud entre las estrategias del MS y de las Gobernaciones;
- La compra de los equipos médicos, misma que igualmente se distribuyó sobre varias gestiones, iniciando con una compra priorizada al inicio de 2015 y otras compras hasta inicio de 2016. La dotación misma a los ES priorizados pudo realizarse recién a partir del segundo trimestre de 2016, por falta de una gestión administrativa eficiente respecto a las transferencias definitivas del MS a los GAM.
- La ejecución de 5 obras de refacción y ampliación de ES: recién a partir del segundo semestre de 2015, sobre los resultados de la línea base de infraestructura, se diseñaron los TDR y especificaciones técnicas para 7 obras. De los 7 diseños finales, se armaron 5 DBC para obras priorizadas hasta la conclusión del programa en octubre 2016. Las obras arrancaron durante los meses de marzo y abril de 2016. Las obras constituyen en su totalidad mejoras de infraestructura existentes y ampliación de las instalaciones para subir una categoría en la norma de caracterización de ES de primer nivel del MS: de centro de salud (CS) a centro de salud integral (CSI). Las tablas 5 y 6 más abajo presentan las características y distinciones entre las dos

categorías. Es importante subrayar que la construcción y entrega definitiva de estas infraestructuras tuvieron varios retrasos debido a los problemas de diseños finales y cumplimiento de los plazos de construcción por parte de las empresas constructoras.

- La adquisición de 9 medios de transporte para las coordinaciones de redes de salud, misma que se priorizó durante una modificación al DTF del mes de junio 2014, se vio descomprometido por la CTB durante el mes de Abril 2016, después de haber declarado desierto en 2 oportunidades las convocatorias públicas, por no cumplimiento de los plazos en el proceso administrativo por el MS.

Para la implementación de las actividades de mejora de la capacidad resolutive de los ES priorizados, FOREDES se adhirió al concepto de las redes integradas de salud, compuestas por niveles de servicios de salud que brindan atención de salud con una complejidad complementaria con el afán de evitar vacíos y duplicación entre los niveles de atención cuando un paciente necesita de atención y donde los diferentes niveles no compiten entre ellos. La figura 4 presenta la situación teórica de la configuración de la red integrada de salud.

Figura 4: Configuración de la red integrada de salud



**Tabla 5: Reordenamiento de los ES del primer nivel de atención según la norma de caracterización de ES de primer nivel (2014)**

CATEGORÍA	CLASIFICACIÓN	DEPENDENCIA
PUESTO DE SALUD	Área Rural	MUNICIPAL
CENTRO DE SALUD (PUESTO MEDICO - SS) Ambulatorio o con internación	En Área Rural y Área Urbana	
CENTRO MEDICO INTEGRAL	En Área Rural y Área Urbana	

**Tabla 6: Rango en el número de habitantes según categoría de ES según la norma de caracterización de ES de primer nivel (2014)**

E.S. 1er Nivel	Puesto de salud	C.S. ambulatorio	C.S. con internación	Centro Médico Integral
Población Nº de habitantes	500 a 1.000	10.000 a 20.000	1.000 a 10.000	10.000 a 50.000
Superficie de terreno	350 m2	550 m2	550 m2	2.500 m2

*La mejoría de la oferta de servicios de salud en oportunidad y eficiencia*

Para mejorar el ordenamiento, procesamiento y gestión de información sanitaria orientada hacia acciones en salud en los ES de todo el país. FOREDES tenía previsto apoyar al nivel nacional a la impresión de nuevos instrumentos claves para el manejo del sistema nacional de información sanitaria (SNIS); específicamente al SNIS-VE en su Módulo de Información Básica (MIB).

Para implementar la estrategia de contar con una política y plan de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud, FOREDES ofreció desde 2014 apoyo a la Unidad de Recurso Humanos del MS con asistencia técnica para aterrizar en el mencionado plan. Sin embargo este apoyo, enmarcado en una asistencia con varias agencias de cooperación al sector salud, no pudo ser aprovechado de la mejor manera.

Alternativamente, desde 2014, FOREDES realizó gestiones, con la sinergia entre la UMSA, el MS, ONG como Medicus Mundi, la CTB y la participación de los SEDES de La Paz y Potosí, para el desarrollo de un curso de postgrado apoyando la implementación operativa del modelo de salud SAFCI. Hito histórico fue durante junio 2015 la firma de un convenio interinstitucional entre la Universidad Mayor San Andrés y el MS para dar curso concretamente a un conjunto de cursos de postgrados para reforzar ciertas habilidades necesarias en el personal de salud para brindar servicios de calidad.

FOREDES apoyó mediante contratos de docencia con la UMSA varias formaciones de postgrado de recursos humanos en salud:

- En la aplicación de la política SAFCI (UMSA); a partir de agosto 2015 inició un grupo de 12 cursos paralelos de esta formación para un total de 240 recursos humanos en salud de los 4 Departamentos de intervención;
- En gestión de calidad de atención en salud, emergencias y urgencias en salud, gestión de recursos humanos en salud y gestión de redes de salud y establecimientos de salud; a principio de 2016 inició un grupo de 9 cursos paralelos de postgrado para un total de 210 participantes;
- En gestión y política de la medicina tradicional ancestral; entre septiembre y diciembre 2015 se realizó este diplomado donde participaron 50 médicos/as tradicionales de todos ramos a nivel nacional, a través de un convenio entre MS y la EGPP. También participó personal técnico de las unidades de medicina tradicional de los 4 SEDES y del MS. Los equipos permanentes del FOREDES en los 3 SEDES fueron capacitadas por la EGPP para ser los tutores para el seguimiento y finalización del perfil de grado para su certificación de los 50 participantes.

En conclusión, recién a partir de la gestión 2015, FOREDES logró crear condiciones en el marco del Resultado R1 para hacer coincidir las estrategias de formación al personal de salud, completar el equipamiento médico y adecuar la infraestructura con la intención de mejorar la capacidad resolutive en la oferta de los ES priorizados.

Con la finalización de las 5 infraestructuras en salud y la dotación definitiva de los equipos médicos, se dan las condiciones estructurales para mejorar la capacidad técnica de la calidad de atención en salud. Los SEDES y el personal operativo de los ES han sido fortalecidos en su capacidad de dar objetividad a los mecanismos de acreditación, sin embargo, la acreditación misma – una meta del Programa – no pudo ser alcanzada durante la vida misma del programa.

Básicamente, hasta su conclusión el FOREDES logró parcialmente mejorar la oferta de salud según los parámetros establecidos en el DTF, pero no alcanzó consolidar el alcance del Resultado R1 en su totalidad. Es decir, los actores (personal de salud, control social, etc.) tendrán que velar en adelante por el cumplimiento de las condiciones instaladas por FOREDES, situación que pone en riesgo la sostenibilidad del R1.

## **Output 2: La autoridad sanitaria ejerce su función de conducción, regulación y gestión sanitaria**

El FOREDES brindó un apoyo priorizado a partir del 2013 a algunas unidades específicas del MS: la Unidad del SNIS en la DGP, la Unidad de Promoción de la Salud en la DGPS, la Unidad de Redes y Calidad de Servicios en la DGS y al Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI).

Este apoyo institucional del FOREDES fue objeto de observaciones durante la EMT de 2014 por su riesgo de fragmentación y dilución de estrategias o por crear duplicidad con el rol del MS, como institución responsable de su propio desarrollo. Mediante la adaptación del DTF de junio 2014, se re-enfocaron las actividades asociadas al resultado R2. En parte se concentraron todos los medios en el fortalecimiento del SNIS al nivel central, departamental, de las redes y de los ES. Por otra parte FOREDES centralizó su apoyo en una estrategia de comunicación estratégica del MS. También se redujo considerablemente el presupuesto destinado al resultado R2.

El apoyo del FOREDES a la unidad del SNIS del MS consistió en contratar asistencia técnica y dotación de equipos informáticos y material de oficina para la plataforma comunicativa del SNIS, además de apoyar el desarrollo de guías metodológicas para los CAI. A nivel de la DGP, FOREDES apoyó con asistencia técnica al desarrollo de herramientas informáticas para un mejor seguimiento a la planificación y programación estratégica. Un problema persistente con el apoyo del FOREDES a la DGP y al SNIS del MS fue la baja capacidad de ejecución y apropiación del FOREDES año tras año.

A partir del 2014, con la implementación de los AE y equipos permanentes del FOREDES en cada SEDES, se veía potenciada la gestión de la información del SNIS en el SEDES Cochabamba con una impresión de la guía del ASIS y talleres de validación. FOREDES también comienza a apoyar a los SEDES en sus movilizaciones de supervisión y seguimiento a los ES priorizados según la programación. La intención inicial de participar con los equipos FOREDES en la mayor cantidad posible de reuniones del CAI a nivel de redes de salud, de Municipios y de ES, quedó parcialmente realizada, dependiendo de la caracterización de cada uno de los equipos.

En el caso de la Red de Salud Sacaca perteneciente al SEDES de Potosí esta supervisión se ha llevada a cabo de forma conjunta entre personal de la coordinación de la red de salud, personal técnico del SEDES Potosí de las unidades de planificación y SNIS, el Programa FOREDES y la ONG Medicus Mundi. La intención consistió en hacer conocer la evidencia de la

transformación del sector salud marcada en el modelo SAFCI dentro de los ES en Sacaca, que tienen una amplia aplicación de la medicina tradicional en sus respectivas áreas. Esta programación y seguimiento a actividades programadas en forma conjunto se mantuvo hasta el año 2015.

A nivel de los SEDES, en comparación con los resultados de los diagnósticos organizativos realizados en cada uno de ellos para formular los AE, se observó a partir del 2014 una mejora en la situación de gestión organizativa con el logro por ejemplo de poder desarrollar planes estratégicos de salud en Redes y SEDES. La alta inestabilidad de funcionarios, en algunos SEDES más que en otros, sin embargo afecta de gran manera la capacidad continua para desarrollar su gestión eficaz y eficiente.

Aunque el apoyo al VMTI no está bien reflejado dentro de los indicadores manejados en el Resultado R2, la promulgación de la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana a final del 2013 estableció un hito importante en la rectoría del VMTI. Las actividades de sensibilización llevadas a cabo con apoyo del FOREDES han tenido sin lugar a dudas efectos positivos en este proceso. El apoyo a la sensibilización y reglamentación de la misma Ley, se hizo notar en movilización de gran cantidad de médicos tradicionales ancestrales, necesaria para crear y mantener el dialogo interno y con la medicina académica. Este apoyo culminó con la organización en Cochabamba durante diciembre 2015 del Primer Congreso Nacional de la Medicina Tradicional Ancestral, convocado por el VMTI.

En resumen, durante su vida FOREDES realizó apoyos puntuales con inversiones en la unidad del SNIS, a la DGP, a la Unidad de Promoción de la Salud, a la Unidad de Comunicación y al VMTI del MS, con éxitos igualmente puntuales pero fragmentados. FOREDES apoyó también con asistencia técnica específica a áreas estratégicas para la rectoría del MS: PTOIEM, UNIMED, Empresa Nacional Estratégica de Producción de Fármacos, etc. Sin embargo, más allá de los apoyos puntuales, FOREDES no logró mejorar de manera significativa la capacidad de rectoría del nivel central. Igualmente, a nivel de los SEDES, FOREDES logró apuntar su apoyo a ciertas áreas de rectoría, pero de manera insuficiente y con poca continuidad. Quizás donde más se hizo sentir el efecto de un apoyo prolongado del FOREDES a la rectoría fue al nivel de los GAM - más como un resultado latente del Fondo Municipal que como un logro del Resultado R2.

El funcionamiento de los equipos permanentes de recursos humanos del FOREDES en los SEDES no respondió a cabalidad como para asegurar una asistencia técnica eficaz a mediano y más largo plazo. En parte eso fue debido a una ambigüedad en sus TDR, que definieron una asistencia

sin tomar el lugar, frente a las expectativas de los SEDES, que fueron diferente al respecto. En parte también esta situación se debe a los problemas que se presentaron de continuidad y la capacidad misma de los equipos contratados.

En agosto 2016 se llevó a cabo en la ciudad de La Paz el Seminario Internacional la salud de los Pueblos Indígenas con bastante éxito y con la participación de expositores nacionales e internacionales provenientes de diferentes instituciones públicas y privadas.

**Output 3: La población y sus organizaciones ejercen adecuada y efectivamente su corresponsabilidad y su derecho a la participación activa en relación a la salud**

Una actividad importante fue programada y realizada con la Unidad de Promoción de la Salud del MS en el marco del apoyo al nivel central por este resultado R3: la elaboración de tres guías de diseño e implementación de proyectos intersectoriales en salud, de desarrollo de planes municipales de salud y para la movilización social en los Municipios según el modelo SAFCI.

A raíz de estos productos FOREDES inició una asistencia sostenida para elevar el número de GAM con planes municipales de salud en su área de intervención y con proyectos intersectoriales de promoción de la salud implementados en el marco del FM.

Desde el diseño del DTF, para su desempeño el R3 siempre estaba muy asociado a los avances con el Resultado R4 del Fondo Municipal. Por ende, el grado de avance en el logro del R3 estaba muy relacionado con el avance del FM.

FOREDES fortaleció la DGPS del MS en su capacidad institucional pero a pesar del apoyo recibido esta actividad tuvo problemas en su eficiencia debido a las debilidades e inestabilidad de la gestión interna de esta Dirección.

El apoyo a la VMTI y a la DGMTI se ha ido reestructurando: por una parte se dio más apoyo al VMTI en su rol normativo y como representante de la medicina tradicional en los espacios de decisión al nivel central del MS y por otra parte se apoyó la reorientación de la DGMTI para fortalecer la implementación de Centros de Saberes Ancestrales en la zona de intervención del Programa. Sin embargo, en octubre de 2015, tras 4 convocatorias relativas al desarrollo del estudio TESA de los dos Centros de Saberes declaradas desiertas, se abandonó el apoyo a los Centros en el marco de la nueva priorización decidida por la EMCL (ver más arriba).

En conclusión, las actividades desarrolladas en el marco del Resultado R3 no fueron respaldadas contundentemente por una estrategia coherente de implementación. En parte, actividades se realizaron mediante los AE con SEDES, resultando en resultados puntuales y parciales. Por otra parte, las actividades exitosas, como el desarrollo de una mejor planificación en promoción de la salud en los Municipios, se concretizaron más en el marco del Fondo Municipal.

El R3 - y también el R5 sufriendo de la misma falta de estrategia de implementación - no fueron tampoco objeto de la gestión por resultados reforzada desde 2014. En la realidad, durante el ejercicio de repriorización de octubre 2015, ambos resultados fueron abandonados de manera implícita. En la gestión 2015 se desestimó el proceso de contratación del Responsable del Resultado R3 – R5 después de varias convocatorias declaradas desiertas.

**Output 4: Se desarrollan intervenciones integrales de promoción de la salud con atención a los principales determinantes de la salud, tanto a nivel del sector salud como Municipal**

El Resultado R4 del FOREDES siempre fue considerado un resultado con actividades específicas de alto potencial para el impacto deseado del Programa, así como su objetivo específico que buscaba implementar la Promoción de la Salud para mejorar entornos saludables en los diferentes escenarios (Municipalidad, Comunidades, Centros educativos y Centros Laborales). De esta manera se desarrollaron acciones dirigidas a la creación de ambientes físicos y sociales saludables, el desarrollo de las capacidades, el cambio en las actitudes personales y la acción intersectorial en 39 municipios y 9 Redes de salud involucrando al Ministerio de Salud, los Gobiernos departamentales, los 4 SEDES priorizados, los Gobiernos Autónomos Municipales y las Comunidades.

Este resultado se inscribía en la política SAFCI que es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia. La política SAFCI se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y a los médicos tradicionales de las naciones y pueblos Indígenas Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, en base a sus organizaciones, en la gestión participativa y control social y atención integral e intercultural en salud.

La generación a partir de 2014, implementado en 2015, del Diplomado de herramientas operativas SAFCI reforzó a través del personal de salud capacitado una concientización en las comunidades y municipios del

enfoque de derechos y obligaciones en salud. Esta concientización fue una condición necesaria para apoyar a la implementación de la carpeta familiar, proceso que el Estado viene desarrollando como parte de sus políticas de salud. La sistematización de la carpeta familiar fue un módulo del Diplomado y asimismo formaba parte del paquete práctico de los 240 participantes del curso, distribuidos de a cinco personas de cada Municipio.

La UMSA en 2016 apropió y lanzó al mercado el diplomado trabajado con todas las instancias interesadas nacionales, el mismo se convirtió en un referente nacional a tal punto de que el mismo dio lugar e el año 2016 al lanzamiento de una Maestría SAFCI que otras agencias de cooperación financiaron (30 becarios de Médicos del Mundo, 30 de Médicos Mundi, 60 de la OPS y otro grupo financiado por KOIKA). Esto demuestra la apropiación nacional y el reconocimiento y trabajo interagencial. Es de esta forma que el FOREDES, fue dejando una capacidad instalada en los GAM y de la misma manera en el país y sus instituciones.

De esta manera, el Programa FOREDES a través del Fondo Municipal planificó y estableció una estrategia de intervención denominada la CHAKANA (Cruz Andina) que permitió el logro de lo planteado en el marco del Modelo SAFCI.

La Chakana establece cuatro acciones principales:

- 1) la generación, financiamiento e implementación de proyectos integrales en salud para los treinta y nueve GAM'S priorizados por el programa,
- 2) la generación de Planes Municipales en salud en los GAM'S priorizados,
- 3) la generación de un Diplomado que permita bajar la filosofía de la SAFCI a la práctica en el terreno para el personal de salud de los GAM'S priorizados
- 4) la sistematización de las experiencias, lo bueno lo malo de la intervención aplicada.

Durante el periodo de inicio de 2013 hasta fin de 2014 se tomó un tiempo muy largo para concertación, dialogo reciproco y toma de decisiones entre los actores involucrados en el FM. Infelizmente, a pesar de que el reglamento y sus anexos habían sido validados por la DGP y Unidades implicadas durante 2013 los mismos recién contaron con la aprobación explícita del MS con la Resolución Ministerial N° 1431 de 24 de octubre de 2014 promulgada por el MS.

Se hizo entender que el desarrollo de intervenciones integrales de la promoción de la salud con atención a los principales determinantes de la salud a nivel municipal, fue un proceso complejo y tomó tiempo en su planificación, articulación, socialización, integración, ejecución, seguimiento y monitoreo y cierre proyectado para asegurar la sostenibilidad del proceso y la capacidad instalada.

En el transcurso de la fase de desarrollo del FM el FOREDES también llegó a entender mejor su importancia social en cuanto a la satisfacción de necesidades y apoyo en la salud como una herramienta transformadora de gestión para trabajar de forma conjunta con los Gobiernos Municipales.

En la primera convocatoria de octubre 2014, los GAM presentaron 38 proyectos y perfiles de proyectos integrales en salud con su contraparte municipal insertado en los POA Municipales.

Las líneas de intervención elegibles para la presentación de proyectos eran las siguientes:

- Promoción del uso de letrinas,
- Mantenimiento de micro-sistemas de agua potable o promoción del uso adecuado del agua,
- Construcción de cocinas mejoradas,
- Refacción servicios higiénicos en los centros educativos y promoción de hábitos de higiene como práctica cotidiana,
- Construcción de juegos infantiles en instituciones educativas o espacios públicos comunitarios,
- Promoción de centros de estimulación temprana,
- Elaboración de juguetes con materiales de la zona,
- Promoción de áreas verdes en los centros educativos o lugares públicos,
- Promoción de crianza de animales menores,
- Promoción y recuperación de alimentos y alimentación local en base a la producción propia,
- Promoción de actividades productivas con organizaciones de mujeres,
- Recuperación de medicinas tradicionales en función de las costumbres y plantas nativas de la zona,
- Promoción de barrios y comunidades saludables que englobaría los anteriores concursos,
- Recuperación e incorporación del personal local de salud comunitario reconocido, en la Red de Salud municipal.

El aporte financiero del Programa FOREDES se limitaba a Bs.150.000,00 (ciento cincuenta mil 00/100 Bolivianos) como máximo por proyecto elegido.

Los Gobiernos Autónomos Municipales podían beneficiarse hasta tres veces con el financiamiento del Fondo Municipal, es decir podían presentar como máximo tres proyectos durante la vida del Programa FOREDES; siempre y cuando sus propuestas colaboren en la mejora de determinantes e indicadores de salud y desarrollo. En contrapartida los proyectos a ser presentados debían considerar dentro de su presupuesto una contraparte proveniente del GAM, y/o de la organización de la sociedad civil beneficiaria, si fuera el caso, no menor al 25% del total del presupuesto de cada Proyecto del FM, contraparte que podía ser en efectivo y/o en especie.

Para llevar adelante las actividades propias al FM fue imprescindible trabajar en el desarrollo de procesos formales. Es en este sentido que los esfuerzos se abocaron primeramente a reconocer y tomar el control de las variables a presentarse en el camino, elaborar y ajustar de allí las propuestas relacionada al FM y gestionar su aprobación formal.

A partir de 2014 se realizó la socialización del FM y trabajo de articulación con los SEDES, trabajando con sus instancias de planificación y de redes rurales, con la FAM para el apoyo en la difusión y trabajo con los Municipios, con Asociaciones Departamentales, y los GAM priorizados.

El Comité de Selección fue conformado por las siguientes instituciones: MS, CTB, Sedes La Paz, Cochabamba, Potosí, Chuquisaca y FOREDES. En 2015 se consolidó la articulación del FM con el Diplomado SAFCI en etapa de culminación con 240 médicos de los municipios de intervención. Se contrató y completó el equipo de consultores gestores de los proyectos intersectoriales, lo que permitió cerrar el círculo y lograr que el municipio entero esté pensando en mejorar la salud a través de la prevención y promoción de la salud.

En la segunda convocatoria de junio 2015, los GAM priorizados presentaron proyectos y perfiles de proyectos integrales en salud adicionales. Sumados se logró en el proceso de gestión asegurar 103 proyectos integrales e intersectoriales en salud inscritos y listos para iniciar la ejecución provenientes de 36 municipios de los 39 priorizados. Esta acción nos permitió lograr un porcentaje de cumplimiento en el primer indicador del 92% con dos puntos por encima de lo esperado.

Cada uno de los proyectos fue elaborado asegurando tres componentes principalmente:

1. Articulación Intersectorial con el sector salud
2. Fortalecimiento de Capacidades en todo el ciclo del proyecto
3. Capacitación a los beneficiarios

A finales del año 2015 en función a que la Estructura Mixta de Concertación ratifica la conclusión de actividades del Programa FOREDES al 12 de octubre de 2016 y no se aprueba la extensión del programa al 2017, la Ministra de Salud y la Representante de la Cooperación Técnica Belga toman la decisión de ejecutar los Fondos Municipales hasta diciembre de 2016, bajo la modalidad REGIE (responsabilidad y administración directa por la CTB).

Esta decisión nos llevó a abandonar todo el proceso realizado a la fecha para la firma de Convenios Intergubernativos entre el Ministerio de Salud y El GAM, cambiando la modalidad a una firma de Convenios de Subsidio entre la Cooperación Técnica Belga y el GAM.

El Fondo Municipal para el inicio de la ejecución de los proyectos conformó un equipo interdisciplinario compuesto por los siguientes profesionales:

- Profesional de Seguimiento y Monitoreo Medico Salubrista
- Profesional de Seguimiento y Monitoreo Agrónomo
- Profesional de Seguimiento y Monitoreo Gestor Administrativo
- Profesional de Seguimiento y Monitoreo Ingeniero Civil (Saneamiento Básico)
- Profesional de Seguimiento y Monitoreo Gestor Administrativo (GAMS Norte de Potosí)

A la conclusión del Fondo Municipal se cerraron cien (100) proyectos, lamentablemente no se pudo ejecutar un proyecto de agua en el Municipio de Bolívar por la escasez de este líquido elemento en el sector, un proyecto en el Municipio de Tito Yupanqui, y por otro lado un proyecto perteneciente al GAM de Uncía sobre Crianza de Cuyes tampoco se llevó adelante por problemas internos del GAM.

En función a la estructura de los proyectos elaborados y ejecutados los mismos cumplían con tres componentes principalmente como lo habíamos establecido:

- 1.- Articulación Intersectorial con el sector salud,
- 2.- Fortalecimiento de Capacidades en todo el ciclo del proyecto,

### 3.-Capacitación a los beneficiarios.

Una vez concluidas las infraestructuras de los proyectos estos se convirtieron en la herramienta de capacitación, difusión y concientización de la salud mediante un proceso de capacitación en salud y buen uso y mantenimiento del proyecto llevado adelante por el personal de salud y el personal técnico del GAM.

Para esto el Fondo Municipal realizó capacitaciones y elaboró herramientas prácticas y didácticas que lograron el objetivo trazado:

- Guía Pedagógica
- Formato de Planilla de Asistencia
- Formato Informe Procesos de capacitación
- Informe de Acompañamiento técnico- Fortalecimiento de Capacidades
- Formato Evaluación de Satisfacción entre otros

El Fondo Municipal en gran medida ha asentado sus procesos planteados. De treinta y nueve (39) Gams priorizados treinta y seis (36) Municipios cuentan con Proyectos Intersectoriales en salud financiados por el FM lo que proyecta un cumplimiento del Indicador del 92% pero un cumplimiento de trabajo del 100%.

El informe de sistematización de este resultado detalla los indicadores y logros alcanzados.

A partir del 31 de diciembre 2016 la oficial de Programas y el Contralor de la Representación de la CTB se hicieron cargo del cierre técnico financiero del Fondo Municipal junto con un equipo de 4 consultores contratados para finalizar los pagos e informes técnicos financieros pendientes y documentar todos los expedientes del Fondo Municipal. Al 31 de agosto 2017 se cuenta con una ejecución de Euros 1.780.313 correspondiente al 93% del monto total de los Convenios de Subsidio firmados (Euros 1.920.047).

Por otra parte, es importante mencionar que cuando se inició la intervención del programa FOREDES en Bolivia existían aproximadamente cuarenta (40) Planes Municipales en Salud de los trescientos treinta y nueve (339) GAMS del país, y tan solo cuatro (4) de los municipios priorizados por el Programa FOREDES estaban dentro de esta estadística.

A continuación, el estado de ejecución por Municipio al 31 de agosto de 2017, quedando saldo a devolver de Euros 12.396 que no se ejecutaron.

ESTADO DE SITUACIÓN EJECUCIÓN - FONDO MUNICIPAL

BOL0903011		En Euros				31/08/2017
Etiquetas de fila	Suma de Monto convenio en Euros	Suma de Ejecución Acumulada total	Suma de Saldo sin ejecutar	Suma de Desembolso neto	Suma de Saldo a devolver	
ACASIO	46.642,51	33.891,65	12.750,86	33.891,65	0,00	
ARAMPAMPA	57.764,64	55.979,79	1.784,85	55.979,79	0,00	
ARQUE	57.764,64	54.921,06	2.843,58	54.921,06	0,00	
AZURDUY	57.764,64	57.764,65	-0,01	57.764,65	0,00	
BATALLAS	55.942,79	55.942,79	0,00	55.942,79	0,00	
BOLIVAR	52.971,46	31.706,75	21.264,71	31.706,75	0,00	
CARABUCO	57.580,85	57.580,86	-0,01	57.580,86	0,00	
CARIPUYO	57.764,64	54.545,75	3.218,89	56.499,73	1.953,98	
CHAYANTA	57.764,64	57.764,65	-0,01	57.764,65	0,00	
CHUQUIHUTA	38.509,76	38.509,76	0,00	38.509,76	0,00	
COPACABANA	57.513,57	50.259,11	7.254,46	51.762,21	1.503,11	
DESAGUADERO	57.109,39	57.109,40	-0,01	57.109,40	0,00	
ESCOMA	57.764,64	52.950,49	4.814,15	52.950,49	0,00	
GUAQUI	57.764,64	55.750,65	2.013,99	55.750,65	0,00	
HUMANATA	57.764,64	57.764,65	-0,01	57.764,65	0,00	
INDEPENDENCIA	57.764,64	45.805,85	11.958,79	51.988,18	6.182,32	
LAJA	57.502,26	48.928,86	8.573,40	48.928,86	0,00	
LLALLAGUA	41.749,08	27.976,34	13.772,74	27.976,34	0,00	
MOCOMOCO	57.764,64	57.764,64	0,00	57.764,64	0,00	
PUCARANI	57.764,64	57.764,64	0,00	57.764,64	0,00	
PUERTO ACOSTA	53.608,90	53.608,90	0,00	53.608,90	0,00	
PUERTO PEREZ	56.398,33	56.398,33	0,00	56.398,33	0,00	
SACACA	38.507,97	37.384,86	1.123,11	37.384,86	0,00	
SAN ANDRES DE MACHA	57.764,64	55.248,99	2.515,65	55.248,99	0,00	
SAN PEDRO DE BUENA V	38.509,76	38.509,76	0,00	38.509,76	0,00	
SAN PEDRO DE TIQUINA	19.254,88	17.329,39	1.925,49	17.329,39	0,00	
SANTIVANEZ	44.290,27	41.000,52	3.289,75	41.000,52	0,00	
SICAYA	57.542,49	57.542,49	0,00	57.542,49	0,00	
SOPACHUY	57.764,64	54.361,83	3.402,81	54.361,83	0,00	
TACOPAYA	57.764,64	55.839,15	1.925,49	55.839,15	0,00	
TAPACARÍ	57.183,65	53.817,10	3.366,55	53.817,10	0,00	
TARACO	53.016,83	53.016,83	0,00	53.016,83	0,00	
TARVITA	57.755,72	53.602,38	4.153,34	53.608,96	6,58	
TIAHUANACU	57.764,64	57.764,65	-0,01	57.764,65	0,00	
TITO YUPANQUI	57.764,37	49.237,77	8.526,60	51.987,93	2.750,17	
UNCIA	54.222,39	34.967,51	19.254,88	34.967,51	0,00	
<b>Total general</b>	<b>1.920.046,83</b>	<b>1.780.312,78</b>	<b>139.734,05</b>	<b>1.792.708,94</b>	<b>12.396,16</b>	
				<b>93%</b>		

Por esta razón era imperante apoyar, coadyuvar e impulsar la elaboración de Planes Municipales, principalmente en los GAMS priorizados por el FOREDES.

Se planificaron y realizaron tres acciones:

- Contratación de consultores para acompañar a los GAMS en este proceso.
- Asegurar que el Diplomado generado nos asegure a través de su curricula que los diplomantes aprendan a liderizar esta actividad en su municipio y que el trabajo de grado este conformado por la elaboración y/o avance significativo del Plan Municipal en Salud de su GAM.
- La generación e impresión de Guías didácticas para la elaboración de Planes Municipales en Salud, movilización municipal y local.

En cuanto a la gestión de planes municipales se elaboraron 21 planes municipales de los 28 proyectados. En apoyo a este proceso FOREDES imprimió y distribuyó 16.000 guías de elaboración de planes municipales a los Municipios, SEDES priorizados y al Ministerio de Salud.

**Output 5: Los grupos sociales con mayor grado de vulnerabilidad y exclusión, tienen acceso adecuado a programas de Protección Social**

La mayor parte del presupuesto disponible para el Resultado R5 estaba prevista en la ejecución mediante los AE en los 3 SEDES y mediante el FM.

La ejecución mediante los AE resultó en un logro muy parcial de las actividades en los 3 SEDES.

**Output 6: La Red de Salud Ocurí ha sido integralmente fortalecida en su capacidad de gestión y atención**

Las notas revérsales que atribuyen el saldo del proyecto Chayanta Salud (ejecutado en el pasado por la CTB) al programa FOREDES fueron firmadas por las Partes en octubre 2013. A pesar de insistencia desde FOREDES con varias visitas de terreno a la Red de salud Ocurí para que el personal haga una actualización de la propuesta de actividades formulada por la Mancomunidad Chayanta en 2012, no se recibió la propuesta antes del mes de septiembre 2015.

Durante el segundo semestre del 2015, FOREDES inicia cursos de postgrado en herramientas operativas de la política SAFCI, donde participan 20 recursos humanos de la Red de Salud Ocurí. De igual

manera participaron profesionales de salud en los demás cursos de postgrado del 2016.

Durante una reunión de coordinación del mes de diciembre 2015, la Red de Salud, Mancomunidad y SEDES Potosí deciden adaptar la modalidad de Régie para ejecutar actividades priorizadas. En marzo 2016 se firma un documento de intenciones entre los actores involucrados y se contrata un equipo local de coordinación del FOREDES, ubicado en las oficinas de la Mancomunidad de Chayanta en la localidad de Macha perteneciente al Municipio de Colquechaca.

Hasta el final del Programa se realizaron en un 85% las actividades y adquisiciones previstas en el plan modificado de actividades bajo la modalidad de Régie.

#### 2.2.4 En qué medida los resultados han contribuido al logro del objetivo específico?

Dentro del marco de sus 6 resultados esperados, teóricamente, FOREDES debería haber tenido la potencialidad de lograr sus objetivos e impacto esperados. Por otro lado, frente al carácter muy ambicioso de los mismos resultados, sus alcances y desafíos tan dispersos y a la multitud de co-actores centrales, regionales y locales, la estructura programática e institucional del mismo Programa no ha contribuido del todo al logro del objetivo específico del FOREDES.

En lo programático, la modalidad de Cogestión del Programa, más aún en ausencia de un modo desconcentrado, no ha resultado ser una ventaja para una ejecución más acelerada. Los AE, como ejecución delegada, se han visto afectados por una secuencia de obstáculos relacionados con los cambios de autoridades gubernamentales en el curso del año 2015 y los largos procesos de inscripciones de los fondos delegados en los POA de las gobernaciones. Eso resultó en tiempos demasiado reducidos para ejecutar, además de la debilidad diagnosticada en la capacidad de ejecución de los SEDES. La modalidad de Cogestión en el manejo de los proyectos intersectoriales del Fondo Municipal resultó ser una garantía para el consenso democrático sobre el cómo hacer del FM, pero en nada ayudó para cortar un demasiado largo itinerario para su implementación operativa, de ahí la importancia de haber podido cambiar la modalidad de ejecución de cogestión a regie..

## 2.2.5 Mencionar los principales factores de influencia. Cuáles son los mayores desafíos que se encontraron? ¿Cómo fueron tomados en cuenta por la intervención?

Han persistido durante toda la vida del FOREDES factores específicos de influencia negativa sobre el desarrollo de actividades del FOREDES en camino hacia sus 6 outputs y la consecución de su Outcome e impacto:

- 1) Hasta la gestión 2015, se perdieron en cada gestión varios meses para desarrollar la ejecución física y presupuestaria por motivo de retrasos en la aprobación en la EMCL de un POA que ya fue inscrito en el PGE. En consecuencia a los retrasos tuvieron que tomarse decisiones de forma continua para desestimar otras actividades.
- 2) También hasta 2015 FOREDES no fue autorizado para hacer uso de la facultad normativa de disponer de su presupuesto de donación certificado por el VIPFE para ejecutar actividades con compromisos plurianuales, traspasando el año calendario. En consecuencia y por las demoras en procesos administrativos analizadas más arriba, varios procesos no llegaron a un fin exitoso antes del fin de una gestión calendaría.

La EMT de marzo 2014 en sus conclusiones estimó que el FOREDES no iba a lograr a cabalidad sus resultados y objetivos dentro de su plazo de ejecución y emitió una serie de recomendaciones y ajustes necesarios para adecuar la propuesta de implementación programática y de gestión con el motivo de poder alcanzar los objetivos del Programa. Para dar curso a las recomendaciones de la EMT se creó un grupo "Task Force FOREDES", compuesto por el ATI, la Representación de la CTB en Bolivia y la Sede de la CTB. Se elaboró y socializó al final del mes de abril 2014 un plan de acción para el FOREDES con el motivo de implementar ajustes a la estructura programática, de gestión y al presupuesto para garantizar el logro de los resultados mediante una mejor ejecución operativa, física y financiera.

A partir de este plan de acción se desarrolló hasta el mes de junio 2014 una propuesta técnica para adaptar el DTF en elementos relevantes para adecuar la estructura programática, de gestión y de presupuesto, con participación de la Codirección, el MS, la Representación de la CTB en Bolivia y la Sede de la CTB. Esta propuesta fue aprobada en la EMCL mediante resolución 04/2014 del 20 de junio 2014. El 8 de julio esta adaptación del DTF fue socializada con los miembros del COS y los ajustes fueron puestos en marcha de inmediato y gradualmente. Estos se resumen a continuación:

1. Readecuar el presupuesto mediante una modificación, realizada en el FIT y SIGMA,
2. Socializar con el MS y los 4 SEDES los ajustes en la integración institucional (anclaje, composición EMCL, etc.),
3. Reforzar la unidad técnica y administrativa mediante contrataciones adicionales, reajustes en descripciones de funciones, organización de los técnicos según un modo de gestión por resultados,
4. Instalar los equipos FOREDES departamentales.

Al mismo momento, a partir del mes de marzo 2014, el MS reorganizó internamente la dependencia institucional del FOREDES hacia el MS, designando un interlocutor y coordinador directo en su Despacho, el Asesor Principal. Esta coordinación subrayó la apropiación institucional por el MS hacia el programa y solucionó muchos problemas de manera directa con respecto a las demoras de los procedimientos y procesos administrativos del programa.

Consecuencias de las demoras administrativas se hicieron sentir en los retrasos de los procesos de contratación de los estudios de líneas bases, de adquisición de equipos médicos, de consultores de línea adicionales para reforzar el programa, etc. También las transferencias financieras relativas a los AE de los 3 SEDES fueron demoradas hasta el último trimestre del 2014, dejando muy poco tiempo a los SEDES para garantizar una ejecución adecuada y oportuna. Esta situación impidió al FOREDES ejecutar sus recursos de manera planificada.

También la puesta en marcha del FM se hizo esperar mucho, el MS aprobó el Reglamento del FM en el último trimestre 2014, dejando la primera convocatoria para los últimos meses del 2014. De esta manera se obstaculizó otro instrumento importante para ayudar a la ejecución del Programa en esta época.

Aun así, se observó durante la gestión de 2014 un aumento de la ejecución financiera acumulada de 6% (fin 2013) a 19% (fin 2014). A pesar de eso, estuvo claro que este crecimiento no iba a garantizar el logro a cabalidad de los resultados y objetivos del FOREDES hasta el final de su ejecución.

Por ende, durante la reunión del COS del mes de octubre 2014 se concluyó que aun con la detección de una mejora, seguían demoras administrativas dentro de los procesos de contratación afectando al Programa en su conjunto y que no estaba garantizado que el FOREDES iba a lograr sus resultados y objetivos dentro de su plazo de ejecución sin la apropiada autonomía administrativa y financiera de la UCP.

Los pasos definidos a finales de 2014 para fortalecer la UCP a corto plazo fueron los siguientes:

- Aprobación de la propuesta de desconcentración de la Codirección por la EMCL;
- Resolución Ministerial dentro del marco del D.S. 181 para:
  - a) Designar un RPA dentro del Programa FOREDES,
  - b) Asignar la facultad delegada al Director Nacional para la firma de contratos menores a Bs. 1.000.000,
  - c) Asignar la responsabilidad de la unidad legal al Programa FOREDES en los procesos de contratación de bienes y servicios del Programa;
- Gestión de la Representación de la CTB en Bolivia para ampliar límite y modalidades de mandato de la CTB con ATI hasta Bs. 1,000,000; y
- Gestión de la Codirección para agilizar y simplificar los procedimientos utilizados en procesos Cogestión (Reglamentos, manuales internos y procedimientos para la incorporación de RRHH).

A pesar de la propuesta de la Codirección realizada dentro de los plazos definidos en el COS y la aprobación por parte de la EMCL, la desconcentración solicitada nunca fue efectivizada. Los problemas y las demoras procedimentales en la administración de bienes y servicios persistieron durante todo el año 2015, o empeoraron.

Además los procesos de re-inscripción de los fondos transferidos a los 3 SEDES en el marco de los AE demoraron durante meses, dejando muy poco tiempo a los SEDES para garantizar una ejecución adecuada y oportuna. Hasta fin de 2015 ninguno de los 3 SEDES ejecutó suficientemente o informó de manera constante sobre lo ejecutado como establecido en los AE.

Los 107 proyectos del FM que fueron seleccionados y aprobados hasta el final del segundo trimestre 2015, fueron objetos de la firma de un Convenio de Subsidio recién en noviembre 2015 y las transferencias financieras no se realizaron hasta los meses de febrero y marzo del 2016 ya que debían cumplir con una serie de requisitos.

Pero también hubo factores positivos de influencia hacia la consecución del objetivo específico. Tuvieron alianzas productivas e interesantes para el desarrollo del FM con algunas ONG, con las asociaciones departamentales y la Federación de Asociaciones de Municipios. Estas alianzas han tenido un rol preponderante respecto al éxito logrado a nivel de la participación a la primera convocatoria de los municipios y otros actores locales y de salud.

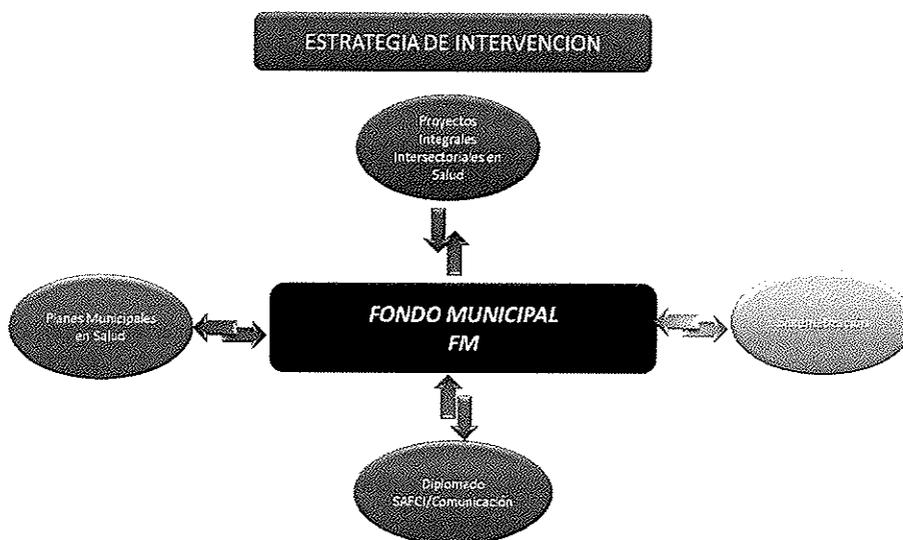
En general, las experiencias de terreno del FOREDES con el FM demostraron la existencia a nivel de la mayoría de los GAM y sus entes representativos en los departamentos y a nivel nacional, de una gran apropiación y apertura hacia los temas de la promoción de la salud con enfoque de los determinantes de la salud.

En resumen, el Programa seguramente consolidó los elementos estructurales necesarios para apuntar mejor sus actividades al logro de los resultados, objetivo e impacto. Sin embargo, subrayamos el poco apoyo de los socios principales a estos elementos estructurales, en detrimento de la salud y bienestar de la población.

### 2.2.6 Apremiar los resultados no previstos, tanto positivos como negativos

Un resultado no-esperado y positivo fue la contribución integradora de las intervenciones del FM hacia el logro de los demás resultados esperados del Programa llamado la "estrategia de la cruz andina" o una estrategia integral para la realización del FM. Varias agencias de cooperación externa siguieron con mucho interés el desarrollo integral del FM al respecto.

Fig 5: Esquema de la estrategia de gestión integral para la implementación del FM



Los aportes sostenidos del FOREDES a la conceptualización e implementación de nuevas normas de caracterización de ES en el MS son también notorios.

El hito histórico de un convenio interinstitucional entre la universidad pública más grande, la UMSA, y el MS viene a ser un "game changer" en el futuro para la programación de estudios a nivel de postgrado en el país.

El cambio consiste en la medida que la oferta académica cubre realmente las necesidades del sector y que el trabajo en conjunto entre autoridades del MS y la universidad se mantenga para desarrollar diseños curriculares.

### 2.2.7 Apremiar la integración de los temas trasversales en la estrategia de intervención

#### Género

FOREDES mantuvo una definición que la equidad de género “significa buscar que hombres y mujeres se beneficien igualmente de los recursos, servicios y oportunidades dentro de sus sociedades a través de iguales derechos, posibilidades y oportunidades en todas las áreas del desarrollo” (CTB, *Guía para la Aplicación De herramientas de transversalización de género en los programas y proyectos ejecutados por la CTB en Bolivia*).

La línea de base, realizada en 2012, no integró elementos de la igualdad de género para armar la base de indicadores del programa. FOREDES tenía previsto incorporar esta transversal, pero tuvo que limitar su accionar a llevar a cabo en 2014 un análisis puntual de la situación relativa a la igualdad y equidad de género en Bolivia y en el sector salud en colaboración con la Mesa de Transversalización de Género del GRUS y compartir esta información parcial con los técnicos del Programa.

El levantamiento de registro de datos estadísticos desagregados (tanto relativos a los indicadores del Programa como a las actividades desarrolladas por el Programa) se vio afectado por la demora de la puesta en marcha del sistema de monitoreo y seguimiento del Programa y a su posterior abandono de su puesta en marcha. Tampoco en la adaptación del DTF (y reajuste del marco lógico del FOREDES) se pudo actualizar la base de datos para identificar indicadores de equidad de género.

Durante el mes de octubre 2015, FOREDES participó de la Misión de Género de la Sede de la CTB, recibiendo sugerencias de cómo mejorar el desempeño con respecto a esta transversal.

#### Medio ambiente

La línea de base, realizada en 2012, no integró elementos de medio ambiente para armar la base de indicadores del programa.

El levantamiento de registro de datos estadísticos sensibles a indicadores de medio ambiente se vio afectado por la demora de la puesta en marcha del sistema de monitoreo y seguimiento del Programa y a su posterior abandono de su puesta en marcha. Tampoco en la adaptación del DTF (y reajuste del marco lógico del FOREDES) se pudo actualizar la base de datos para identificar indicadores de medio ambiente.

Dentro del desarrollo de los diseños finales de las obras de Infraestructura priorizadas se ha considerado el aspecto de medio ambiente a nivel de la elaboración de las fichas ambientales como lo establece la normativa boliviana

Interculturalidad

El modelo de salud SAFCI considera altamente que la interculturalidad y la participación social ejercen la salud como un derecho para el vivir bien. La transversalización intercultural por ende está dentro de las prioridades de muchos actores del FOREDES.

FOREDES integra en sus seis resultados esperados una transversal de interculturalidad, además del apoyo institucional específico a la VMTI, así como a la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad. FOREDES participó activamente en la Mesa de Medicina Tradicional e Interculturalidad del GRUS, liderada por el VMTI. Por ejemplo, a los técnicos de la DGMTI se les facilitó técnicamente y logísticamente para realizar análisis de buenas prácticas en el país, asimismo aprender lecciones y garantizar su aplicación adaptada. FOREDES brindó apoyo a la elaboración o difusión de material de promoción y revalorización de la medicina tradicional, ancestral e intercultural.

También para esta transversal, dentro del desarrollo de anteproyectos arquitectónicos, las obras programadas de infraestructura garantizan una adecuación intercultural, además validada con actores. Asimismo, el FM ofreció una oportunidad para su aplicación en actividades trascendentales a nivel de comunidades.

**2.2.8 En qué medida el Monitoreo y Evaluación, las actividades de backstopping y/o las auditorías han contribuido al logro de los resultados? Como las recomendaciones han sido consideradas?**

Las consideraciones de varias recomendaciones de las Misiones de M&E, de Backstopping y de auditorías dieron lugar a la elaboración de adaptaciones del DTF (2014), a desarrollo de planes de contingencia de actividades (2014 - 2015) y a planes de acción y rutas críticas para remediar errores observados, de manera continua en el caso de las auditorías.

Se puede apreciar que dichas consideraciones ayudaron al FOREDES a definir elementos estructurales para mejorar el logro de resultados y objetivos.

### 3 Sostenibilidad

El mismo análisis de la sostenibilidad del FOREDES a partir de los riesgos del Programa confirmó que las demoras de los procedimientos administrativos de la ejecución financiera y operativa seguían tropezando el logro de resultados significativos. Los motivos y causas fueron recurrentes en el instrumento de manejo de riesgos del programa:

- Retrasos recurrentes en la ejecución financiera del FOREDES: siempre fue definido como un riesgo alto, con pistas de solución dejadas sin efecto por el MS a pesar de varias gestiones hechas con el VIPFE y el MS por parte de la Representación de la CTB.
- Retrasos en la ejecución de los AE/CM/CS en los 3 SEDES., en la inscripción de los POAs 2015 en los POAs de las Gobernaciones, del registro y transferencias de fondos.
- Largos retraso en la puesta en marcha del FM.
- Las numerosas etapas que cumplir para la aprobación de los procesos de adquisición a nivel de la CTB, del MS y sus Unidades y Direcciones retrasaron las ejecuciones de las actividades.
- El programa careció de continuidad y estabilidad para su presencia a nivel departamental.
- El Programa sufrió de pérdida de credibilidad por los recortes presupuestos realizados por la DGD de manera general y por los retrasos en aprobar el reglamento operativo del FM y por falta de ejecución de las actividades previstas en el DTF de manera oportuna por parte del MS.

#### 3.1.1 Cuál es la viabilidad económica y financiera de los resultados de la intervención? Cuáles son los riesgos potenciales? Cuáles son las medidas adoptadas?

Con la acumulación estructural de retrasos, FOREDES recién llegó a un punto agudo de ejecución acelerada a partir del cuarto trimestre del año 2015. En abril 2016, a 6 meses de la conclusión de las principales estrategias y actividades (a excepción del FM) el programa seguía ejecutando sus actividades activamente. A tan poco tiempo de la conclusión, no hubo tiempo de implementar adecuadamente las estrategias intencionadas de salida y de sostenibilidad.

El mismo riesgo fue ratificado durante la evaluación final del Programa. Algunas medidas ad hoc fueron recomendadas al MS como la finalización de las actividades del FM, de las infraestructuras, etc.

El riesgo final de la falta de haber implementado estrategias de salida es que las actividades del FOREDES a mediano y largo plazo no sean sostenibles y que el MS no se haga responsable de poner en marcha las recomendaciones de la EF que fueron elaboradas en ese sentido.

3.1.2 Cuál es el grado de apropiación de la intervención por parte de los grupos meta y cuál es su sostenibilidad al término del apoyo externo? Cuáles son los riesgos potenciales? Cuáles son las medidas tomadas?

Las estrategias del FOREDES, aunque bien aliñadas a las políticas de salud vigentes en el país, no fueron apropiadas adecuadamente por el socio principal, el MS por falta también de un dialogo entre gobiernos departamentales y nivel central (MS).

Como mencionado arriba, se implementaron elementos de cambio y adaptaciones al DTF, pero sin el resultado esperado.

FOREDES tenía una apropiación fuerte sobre todo a nivel de los SEDES y GAMs priorizados, con amplia participación de comunidades.

3.1.3 Cuales han sido los niveles de apoyo político previsto y nivel de interacción entre la intervención y el nivel político? Cuáles son los riesgos potenciales? Cuáles son las medidas tomadas?

La interferencia del FOREDES a nivel político ha sido limitada, por contar con poca identificación a nivel ejecutivo y política del MS y verse afectado por una casi ausencia de la EMCL como plataforma de debate estratégico y político.

Quizás la intervención con más representación política, sorpresivamente, ha sido la organización durante el mes de agosto 2016 del Seminario de Salud Andina: La Salud de los Pueblos Indígenas. El Seminario conto con una amplia participación de actores de influencia en el continente y el mundo, realizó un nivel de análisis político crítico y autocrítico hacia los logros y debilidades de las políticas de salud en Bolivia, Perú y Ecuador. Este evento fue muy apoyado por el MS, el VMMTI y la Sociedad Civil.

3.1.4 En qué medida la intervención ha contribuido positivamente a la capacidad institucional y de gestión? Cuáles son los riesgos potenciales? Cuáles son las medidas tomadas?

El Fondo Municipal es el programa donde de forma más notaria el FOREDES llevó adelante procesos paralelos y fue dejando una capacidad instalada en los GAM y de la misma manera en el país y sus instituciones.

## 4 Aprendizaje

### 4.1 Lecciones aprendidas

El ritmo de la ejecución acumulada, fue insuficiente durante la vida entera del FOREDES para seguir proyectando la posibilidad de alcanzar los resultados y objetivos del Programa antes de su conclusión en octubre 2016.

El Programa sufrió toda su vida demoras procedimentales en los procesos administrativos de adquisición de bienes y servicios y de tomas de decisiones. Estas demoras se deben a una falta de autonomía de la UCP, ya que no se efectivizaron las etapas necesarias para la desconcentración eficaz del Programa a pesar de los compromisos del MS y esfuerzos de la Representación de la CTB

La experiencia del Programa con la modalidad de Cogestión, agravada por la falta de una verdadera desconcentración del MS y de la CTB, parece confirmar las reservas de evaluaciones anteriores respecto a la eficiencia de esta modalidad para intervenciones de la CTB en el país.

La discontinuidad de los equipos permanentes departamentales, renuncias inesperadas de personal considerado clave para el desarrollo del Programa y procesos demasiados largos de selección de nuevo personal han afectado de manera persistente y considerada la estabilidad y la motivación del equipo del Programa.

Se confirma una apropiación fuerte del Programa a los niveles de municipios y de los 3 SEDES en los departamentos. La identificación se ratifica con el tema de salud para trabajar en estrategias de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y para alinearse a los ejes de trabajo, a los resultados y a los objetivos del Programa FOREDES.

Frente al incumplimiento de la desconcentración del FOREDES, como única alternativa posible para garantizar una ejecución óptima del Programa y mejorar los avances del Programa, la decisión de la EMCL del 6/10/15 y del COS del 20/11/15 fue acertada y necesaria. Sin embargo, la ausencia en la toma de decisión de la voz de los frentes de ejecución con los 3 SEDES y los 43 Municipios ha sido remarcada.

Un rigor administrativo ampliado y sostenido con respecto al seguimiento administrativo-financiero es importante, pero no existen medidas masivas aplicables de la misma manera a todas las intervenciones.

## 4.2 Recomendaciones

<b>Recomendaciones</b>	<b>Origen</b>	<b>Destino</b>
No definir la modalidad de Cogestión para la ejecución de actividades y procesos sin haber garantizado la factibilidad estratégica y política en el país de procesos de desconcentración efectiva.	Una próxima intervención	CTB
Dejar apertura para analizar y realizar las modificaciones posibles y factibles para flexibilizar modalidades de ejecución "a la medida" de cada intervención.	Una próxima intervención	CTB
La decisión de la EMCL y del COS de 2015 fue acertada pero hipotecó de manera fundamental la estrategia de salida y sostenibilidad del FOREDES.	La estrategia de salida	CTB y MS

## PARTE 2: Síntesis del monitoreo (operacional)

### 1 Seguimiento de las decisiones tomadas por la EMCL

N°	Decisión	Acción(es)	Avance	Estatus
1	El Programa FOREDES presentara los documentos pertinentes para tramitar la resolución ministerial de designación como RPA Y RPC al Director Nacional del Programa, en coordinación con la DGP.  FEBRERO 2013	Contratar Director Nacional (2013)  1, Enviar informe técnico y solicitud de desconcentración a la DGAJ a través de la DGP. Esperar respuesta del MSD (2013). 2, Elaborar hasta fin de diciembre 2014 una propuesta de fortalecimiento de la Unidad Coordinadora del Programa, compuesta por desconcentración administrativa y jurídica del MS y con ampliación del mandato del ATI correspondiente. 3. Aprobar la desconcentración mediante RM del MS. 4. Designar RPA dentro del FOREDES mediante designación a un funcionario público con ítem del MS y creando la DEA "FOREDES" en el SIGMA.	Director nacional incorporado a dedicación exclusiva a partir de junio 2013.  A partir del 19 de enero 2016 el Programa vio efectivizada su desconcentración administrativa de una manera viable.	CERRADO
2	El programa FOREDES trabajara con la DGP sobre el reglamento del FM y ruta crítica en base a la modalidad de cogestion.  FEBRERO 2013	1. Concluir elaboración reglamento. 2. Validar reglamento. 3. Emitir la Resolución Ministerial.	1. Reglamento aprobado en octubre 2014. . Resolución Ministerial firmada en octubre 2014.	CERRADO
3	Aprobación de una ayuda de emergencia por el Programa a la situación declarada	Ejecutar un proceso de adquisición en modo de emergencia (declarando la situación de emergencia con una resolución adicional del	1. Resolución EMCL firmada en marzo 2014. 2. Proceso concluido y equipos en fase de entrega a partir de septiembre 2014.	CERRADO

N°	Decisión	Acción(es)	Avance	Estatus
	desastre a nivel del país. FEBRERO 2014	MS).		
4	Aprobación de la propuesta técnica de adaptación del DTF y de la modificación presupuestaria correspondiente. JUNIO 2014	Adecuar la estructura programática, presupuesto y estructura de gestión para mejorar el logro de resultados y objetivos - según recomendaciones de la EMT.	1. Adaptación del DTF y Plan de Acción de la EMT aprobada por EMCL y consensuada con el COS julio 2014. 2. Plan de mejora está puesto en marcha.	CERRADO
5	Aprobación uso excepcional de libretas específicas en las Cuentas Únicas de la Gobernación en lugar de cuentas fiscales para las transferencias a los 4 SEDES. FEBRERO 2014	1. Modificar el contenido del DTF donde se determina el uso de cuentas fiscales para hacer los desembolsos de acuerdo a los AE y convenios con los 4 SEDES. 2. Habilitar el uso excepcional de libretas específicas en la Cuentas Únicas de la Gobernación (CUG).	Resolución de EMCL aprobada EN MAYO 2014 con estos cambios. Modalidad de uso excepcional de las libretas está en uso para preparar las primeras transferencias a SEDES La Paz y Potosí.	CERRADO
6	Aprobación Informe de Resultados 2014 del Programa FOREDES. FEBRERO 2014	Aprobar el Informe Anual de Resultados del año 2014.	Resolución fue firmada por la EMCL en agosto 2014.	CERRADO
7	Aprobación POA 2015 DICIEMBRE 2014	Aprobar el POA 2015 del Programa FOREDES.	1. Resolución fue aprobada y firmada por la nueva Ministra de Salud en marzo 2015.	CERRADO
8	Aprobar la propuesta de desconcentración del Programa. DICIEMBRE 2014	Aprobar la propuesta de desconcentración del Programa y sus resoluciones	Resolución EMCL aprobada y firmada diciembre 2014. 2. A partir del 19 de enero 2016 el Programa vio efectivizada su desconcentración administrativa de una manera viable.	CERRADO
9	Aprobación propuesta de reasignación de fondos financieros para el Departamento de Chuquisaca.	Aprobar el informe técnico y la propuesta de Resolución de EMCL.	EMCL aprobó en enero 2015 mediante resolución virtual la reasignación de fondos para el Departamento de Chuquisaca.	CERRADO

N°	Decisión	Acción(es)	Avance	Estatus
	ABRIL 2014			
10	<p>Aprobación de la desconcentración administrativa del programa FOREDES, con definición de los pasos siguientes para instrumentalizarla de manera efectiva.</p> <p>JUNIO 2015</p>	<p>1. Emisión de la Resolución Ministerial de designación del RPA en el Programa FOREDES (A un(a) funcionario(a) con ítem del MS.</p> <p>2. Continuidad a la emisión y firma de contratos del Programa FOREDES por el MS a través de la DGAJ y tratados de manera prioritaria.</p> <p>3. Elaboración con plazo hasta fin del mes de junio de un cronograma de ejecución presupuestaria mensual hasta fin de la gestión 2015 y de manera inmediata una misma programación para el mes de julio.</p> <p>4. Una revisión en el plazo de un mes de los resultados alcanzados con las designaciones y nuevas decisiones.</p>	<p>1. Resolución EMCL firmada agosto 2015</p> <p>2. A partir del 19 de enero 2016 el Programa vio efectivizada su desconcentración administrativa de una manera viable.</p>	CERRADO
11	<p>Ratificación de la conclusión del programa para el 12 de octubre 2016. Aprobación de la priorización de actividades y presupuesto asignado. Aprobación del desarrollo del FM con hitos y plazos determinados. Puesta en conocimiento del COS la existencia de un saldo de Bs. 3,7 MM del programa FOREDES.</p> <p>AGOSTO 2015</p>	<p>El COS en su reunión ratifica la decisión de la EMCL y distribuye el saldo del programa FOREDES. Programa FOREDES hace las gestiones necesarias para cumplir con los hitos y plazos definidos en la resolución de la EMCL.</p>	<p>1. Resolución EMCL firmada en octubre 2015.</p> <p>2. Hitos y plazos cumplidos hasta fin de Q1 2016.</p>	CERRADO

N°	Decisión	Acción(es)	Avance	Estatus
12	Aprobación del POA 2016 del Programa FOREDES.  DICIEMBRE 2015	Aprobar el POA 2016 del Programa FOREDES	Resolución fue elaborada y enviada al MS. No fue firmada.	CERRADO
13	Aprobación de entrega definitiva de activos fijos y equipos médicos a socios beneficiados del Programa.  ENERO 2015	1. Aprobar Resolución EMC. 2. Contratos de transferencia gratuita firmada por MS y GAM. 3. Convenios de entrega firmados entre MS y GAM. 4. Reunión de coordinación con GAM. 5. Transporte para entrega definitiva. 6. Instalación técnica adecuada y capacitación de RRHH.	Resolución fue firmada por la EMCL EN MAYO 2016. Programa realizó la entrega definitiva para durante Q2 2016.	CERRADO
14	Aprobación del Informe de Resultados 2015	Aprobar el Informe Anual de Resultados del año 2014.	Informe fue firmado por la EMCL	CERRADO
14	Aprobación Balance financiero, Informe final, compromisos, etc	Aprobación Balance financiero, Informe final, compromisos, etc	Acta fue firmada por la EMCL	CERRADO
15	Aprobación Modificación presupuestaria para la continuación de 4 obras de infraestructuras en salud	Aprobación cambio modalidad contractual infraestructuras en salud	Acta pendiente de firma por la EMCL	EN CURSO DE FIRMA
16	Aprobación Balance financiero final e informe final	Aprobación Balance financiero, Informe final, entrega activos fijos, conclusión AE con SEDES, presentación Estado de ejecución contra parte belga y boliviana, compromisos con FM, presentación auditoria, presentación informe de evaluación final, etc.	Acta pendiente de firma por la EMCL	EN CURSO DE FIRMA
17	Aprobación continuación actividades para cierre cogestion y cierre Fondo Municipal y contratación RRHH	Aprobación ampliación plazo de cierre para la continuación de actividades para el cierre en cogestion y cierre Fondo Municipal. Aprobación contratación RRHH y Presupuesto.	Acta pendiente de firma por la EMCL	EN CURSO DE FIRMA

## 2 Gastos

### Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of BOL0903011

Project Title : Fortalecimiento de Redes de Salud de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz

Budget Version : 11

Currency : EUR

YTD : Report includes all valid transactions, registered up to today

	Status	Fp	Months					Total	Budget	%
			2013	2014	2015	2016	2017			
<b>A FORTALECER LA REDES DE SALUD DE LOS</b>		160,742.00	14,628.39	87,775.78	27,773.07	100,028.59	182,743.9	5,032,533.4	64,300.0	80%
01 La oferta de servicios de salud es		2,336,143.00	8,945.36	412,770.11	376,368.57	802,235.64	72,133.74	1,872,429.42	463,703.53	80%
01 Capacitación a personal de salud para	COGEST	10,625.00	5,056.54	5,516.20	52.57	0.00	0.00	10,625.31	-0.31	100%
02 Apoyo para la implementación de la	COGEST	502,978.00	3,508.96	52,175.75	233,977.60	217,535.38	52.21	512,250.39	-9,272.39	100%
03 Fortalecimiento del sistema de Referencia	COGEST	23,040.00		29,619.12	337,237.03	424,334.90	0.00	23,973.52	-38.52	100%
04 Mejora de la infraestructura y	COGEST	1,620,688.00	379.87	335,459.04	10,041.31	168,895.47	52,816.61	1,056,351.31	523,866.19	65%
05 Gastos operativos equipos	REGIE	178,802.00			18,041.31	168,895.47	52,816.61	229,863.39	-50,351.39	125%
02 La autoridad sanitaria ajerce		591,682.00	43,235.37	235,533.00	152,598.09	160,719.75	364.55	692,289.77	-398.77	168%
01 Fortalecimiento de las capacidades	COGEST	53,495.00	7,065.73	54,973.25	665.47	-9,156.77	0.00	53,548.67	-53.67	100%
02 Apoyo al Sistema de seguimiento y	COGEST	338,937.00	36,163.64	177,444.11	107,354.11	13,292.20	45.49	331,004.55	2,932.45	99%
03 Apoyo a la producción de conocimiento en	COGEST	63,241.00		3,115.64	44,673.51	13,391.56	319.06	61,504.77	7,336.23	88%
04 Eventos científicos nacionales e	REGIE	132,559.00				143,222.78	0.00	143,222.78	-10,663.78	103%
03 La población y sus organizaciones		111,729.00		44,603.22	58,112.62	-11,892.09	274.89	91,138.64	20,590.35	82%
01 capacitación a las organizaciones	COGEST	82,025.00		16,402.93	24,631.01	20,323.50	0.00	61,357.45	647.54	98%
02 Divulgación entre la Población sobre el	COGEST	37,747.00		4,870.00	33,049.01	-182.43	0.00	37,746.58	0.42	100%
03 Capacitación a las Organizaciones	COGEST	3,145.00		3,144.91	0.00	0.00	0.00	3,144.91	0.09	100%
04 capacitación y generación de espacios y	COGEST	4,717.00		4,717.37	0.00	0.00	0.00	4,717.37	-0.37	100%
05 Promoción del enfoque intercultural de la	COGEST	4,115.00		15,467.99	425.60	-31,963.16	274.89	-15,827.68	19,942.55	-386%
04 Se desarrolla aduamente intervenciones		2,128,766.00	32,309.15	193,901.45	40,841.53	1,937,853.32	79,802.36	2,288,911.34	1,59,848.65	84%
01 Desarrollo de proyectos intersectoriales	COGEST	6,825.00	454.38	12,509.29	8,372.83	-14,815.11	0.00	6,321.14	203.86	96%
02 Implementación de Municipios	COGEST	233,348.00	3,928.23	126,352.13	31,543.25	0.00	0.00	223,544.42	-9.58	100%
	REGIE	8,217,283.00	648,629.61	352,870.50	332,015.23	2,981,537.41	157,883.30	4,420,517.64	3,797,365.36	84%
	COGEST	3,282,165.00	74,382.40	1,073,026.52	969,603.53	629,775.32	20,186.89	2,766,977.81	515,187.19	84%
TOTAL		11,500,043.00	721,041.90	1,423,697.02	1,351,619.97	3,511,363.73	177,770.82	7,187,495.45	4,312,552.55	62%



## Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of BOL0903011

Project Title : Fortalecimiento de Redes de Salud de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz

Budget Version : 11

Currency : EUR

YTD : Report includes all valid transactions, registered up to today

	STATUS	FY YTD	Actual	2012	2013	2014	2015	2016	2017	EMBEER	TRUST	DIFFER	%
03 Sensibilización y capacitación al	COGEST	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
04 Equipamiento arranque Proyecto	REGIE	25.947.00	25.946.59						6.00	25.946.59	0.41	100%	100%
05 Implementación de Municipios,	REGIE	2.172.142.00			925.89	1.951.868.43	74.802.86		6.00	2.032.597.19	139.544.81	94%	94%
05 Los grupos sociales con mayor grado de		45.368.00	45.367.97						6.00	45.367.97	0.03	100%	100%
01 Apoyo a la gestion e implementación de	COGEST	18.649.00	18.649.40						6.00	18.649.40	-0.40	100%	100%
02 Sensibilización e información a la	COGEST	26.719.00	26.718.87						6.00	26.718.87	0.43	100%	100%
06 La Red de Salud Ocuri ha sido		119.860.00			0.00	142.262.95	152.85		6.00	142.262.95	37.464.20	79%	79%
01 Oferta servicios de salud fortalecida en 4	COGEST	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
02 La participacion comunitaria en salud	COGEST	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
03 Gestion participativa en salud fortalecida	COGEST	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
04 Administracion del Proyecto	COGEST	0.00			0.00				6.00	0.00	0.00	0.00	7%
05 Reserva presupuestaria	REGIE	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
06 Oferta de servicios de salud ha sido	REGIE	143.235.00			114.140.99				6.00	114.140.99	29.094.01	80%	80%
07 Equipo de Coordinación Técnica -	REGIE	36.628.00			23.121.96				152.85	26.254.81	8.370.19	77%	77%
<b>X RESERVA PRESUPUESTARIA (MAX 5%) TOTAL</b>		<b>3.610.540.00</b>							<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>3.610.540.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0%</b>
01 Reserva Presupuestaria	COGEST	0.00							6.00	0.00	3.610.540.00	0.00	0%
01 Reserva Presupuestaria COGESTION	COGEST	0.00							6.00	0.00	0.00	0.00	7%
02 Reserva Presupuestaria REGIE	REGIE	3.610.540.00							6.00	0.00	3.610.540.00	0.00	0%
<b>Z MEDIO GENERALES</b>		<b>2.165.763.00</b>	<b>63.557.00</b>	<b>46.521.24</b>	<b>533.926.17</b>	<b>481.926.11</b>	<b>23.653.30</b>		<b>23.653.30</b>	<b>2.161.961.31</b>	<b>0.000.00</b>	<b>99%</b>	
01 gastos de personal		1.501.356.00	500.683.39	366.030.11	365.840.46	297.349.96	11.437.34		11.437.34	1.481.651.96	19.734.14	98%	
	REGIE	8.217.893.00	646.659.51	352.670.50	382.016.28	2.891.597.41	157.892.93		4.420.517.64	3.797.365.36	54%	54%	
	COGEST	3.282.165.00	74.382.40	1.003.026.82	969.603.68	629.778.32	20.186.89		2.766.971.81	515.187.19	84%	84%	
	TOTAL	11.500.048.00	721.041.90	1.428.697.02	1.351.619.97	3.511.368.73	177.776.82		7.187.495.45	4.312.642.55	62%	62%	



## Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of BOL0903011

**Project Title :** Fortalecimiento de Redes de Salud de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz

**Región:** M  
**Currency:** EUR  
**YTD :** Report includes all valid transactions, registered up to today

State	Folio	Sub Account	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Balance	%
01	Expertos internacionales UCP	REGIE	736,633.00	296,727.62	155,304.14	163,339.59	140,544.43	0.00	758,191.68	31,193.32	96%	
02	Expertos nacionales UCP	REGIE	157,925.00	47,280.13	35,361.60	35,817.27	36,579.64	0.00	154,738.66	3,186.31	98%	
03	Expertos locales (consultoríes)	COGEST	1,115.00	1,114.50	0.00	0.00	0.00	0.00	1,114.50	0.50	100%	
04	Personal administrativo y financiero UCP	REGIE	468,268.00	122,539.13	50,663.95	127,553.67	119,356.53	11,537.34	472,066.25	-3,793.25	101%	
05	Personal departamental	COGEST	52,472.00	291.84	23,504.93	38,663.48	269.36	0.00	63,329.61	-10,857.61	121%	
06	Consultorías arranque Proyecto	REGIE	34,955.00	34,954.70	0.00	0.00	0.00	0.00	34,954.70	0.30	100%	
07	Personal departamental (Z0105)	REGIE	-34.00	-33.55	0.00	0.00	0.00	0.00	-33.55	-0.45	99%	
02	Inversiones	Deleted	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
01	Vehículos	Deleted	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
02	Equipamiento de Oficina	Deleted	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
03	Equipamiento de IT	Deleted	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
04	Refacciones de Oficina	Deleted	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
03	Gastos de Funcionamiento	COGEST	452,277.00	107,481.14	121,850.94	129,113.89	83,430.44	3,895.41	445,871.62	6,405.18	99%	
01	Servicios y Gastos de Mantenimiento	COGEST	20,494.00	1,126.50	11,719.24	6,812.51	802.35	0.00	20,511.20	-17.20	100%	
02	Gastos de Funcionamiento de Vehículos	COGEST	6,159.00	25,932.33	0.00	0.00	0.00	0.00	25,932.33	-19,623.33	409%	
03	Telecomunicaciones	COGEST	16,364.00	2,787.50	5,915.33	7,381.00	0.00	0.00	16,563.28	0.12	100%	
04	Materiales de Oficina	COGEST	24,729.00	1,866.76	9,416.25	13,446.45	0.00	0.00	24,729.47	-0.47	100%	
05	Misiones	COGEST	61,340.00	7,388.39	38,753.11	14,698.65	0.00	0.00	61,340.16	-0.16	100%	
06	Gastos de Representación y	COGEST	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%	
07	Gastos de Capacitación del Personal de	COGEST	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%	
06	Gastos en Consultoría	COGEST	45,329.00	20,047.77	21,579.54	1,701.98	0.00	0.00	46,329.29	-0.29	100%	
		REGIE	9,217,933.00	646,659.51	352,670.50	362,016.23	2,381,537.11	157,853.30	4,420,517.64	3,797,263.36	54%	
		COGEST	3,032,165.00	74,382.40	1,073,026.52	969,633.66	629,776.32	20,186.89	2,795,977.31	515,187.19	84%	
		TOTAL	11,500,045.00	721,041.90	1,425,697.02	1,351,619.97	3,511,363.73	177,776.32	7,187,495.45	4,312,552.55	62%	



## Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of BOL0903011

**Project Title** Fortalecimiento de Redes de Salud de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Cochabamba y La Paz  
**Budget Version :** 11  
**Currency:** EUR  
**Year :** Report includes all valid transactions, registered up to today

	SIBLS	FOLIOES	ACUMUL	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	Variance	%
08 Otros gastos de funcionamiento			1876.01	25,345.56	20,613.12	24,117	24,32	48,359.18	-25.18	100%		
10 IVA (v-v)		COGEST	0.00				0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%
11 Gastos de funcionamiento arranque		REGIE	69,842.00	17.50	-1,290.45	0.00	69,641.63	0.17	100%			
12 Capacitación Personal del Proyecto		REGIE	30,805.00	10,622.12	9,713.58	7,686.05	1,787.15	29,023.85	1,787.15	94%		
13 Servicios y Gastos de Mantenimiento		REGIE	6,684.00		641.11	7,860.50	8,917.59	1,092.42	89%			
14 Gastos de Funcionamiento de Vehículos		REGIE	6,221.00		100.64	7,453.38	3,063.19	-1,847.19	130%			
15 Telecomunicaciones (Z0302)		REGIE	26,379.00		1,065.00	19,334.87	0.00	20,399.89	5,978.12	77%		
16 Materiales de Oficina (Z0304)		REGIE	19,169.00		599.77	17,869.99	31.39	18,469.74	699.26	96%		
17 Misiones (Z0305)		REGIE	340.00		16.16	322.06	92.88	433.04	-93.04	127%		
18 Gastos de Comunicación Externa (Z0308)		REGIE	4,000.00		573.48	573.48	0.00	573.48	3,426.52	14%		
19 Gastos de Consultoría (Z0308)		REGIE	6,821.00		12,106.16	12,106.16	31.21	12,157.36	-8,236.36	176%		
20 Otros Gastos de Funcionamiento (Z0309)		REGIE	34,865.00		4,112.44	7,416.36	3,171.86	14,700.36	20,267.64	42%		
04 Auditoría, Seguimiento y Evaluación			242,103.00	65,077.07	26,035.62	98,190.03	5,822.89	225,872.36	16,230.64	93%		
01 estudio linea de base		REGIE	20,714.00		27,104.04	20,713.60	0.00	20,713.60	0.40	100%		
02 evaluación medio plazo		REGIE	42,866.00		42,866.42		0.00	42,866.42	-0.42	100%		
03 evaluación final		REGIE	45,000.00		38,891.37		0.00	38,891.37	6,108.63	86%		
04 backstopping		REGIE	106,763.00	22,110.65	26,035.62	40,806.48	5,822.89	104,865.79	1,894.21	98%		
05 seguimiento científico		REGIE	0.00				0.00	0.00	0.00	0%		
06 Auditoría		REGIE	26,660.00		10,734.4	-4,436.88	19,328.16	0.00	6,137.82	69%		
88 Conversion rate adjustment			0.00	-4,436.88	2,913.29	2,015.72	-0.81	1,565.47	-1,565.47	7%		
88 Conversion rate adjustment		REGIE	0.00	-4,436.88	2,913.29	2,015.72	-0.81	1,565.47	-1,565.47	7%		
		REGIE	5,217,893.00	355,670.50	333,016.29	2,881,597.41	157,583.93	4,420,617.64	3,797,965.36	54%		
		COGEST	3,282,165.00	1,073,026.62	969,603.65	629,779.32	20,196.89	2,766,977.91	515,167.19	84%		
		TOTAL	11,500,048.00	1,425,697.02	1,351,619.97	3,511,376.73	177,770.82	7,187,495.45	4,312,552.55	62%		



### 3 Nivel de desembolso de la intervención

Origen del financiamiento	Presupuesto acumulado	Gastos reales acumulados	Nivel de desembolso acumulado	Comentarios y observaciones
Contribución directa belga	Eur 11.500.048	Eur 7.187.496	62%	Saldo descomprometido al final del programa Eur 4.312.552
Contribución del país socio	Eur 690.267	Eur 207.519	30%	
Otras fuentes				



#### 4 Personal de la intervención

PERSONAL	APELLIDO, NOMBRE	GENERO	CARGO	DURACION DE CONTRATACION
Personal nacional contratado por el país socio (Cogestión y TGN)	Santa Cruz, Marcelo	H	Director Nacional	3/06/2013 a 31/12/2015
	Zegarra Fernandez, Viviana	M	Director Nacional a.i.	15/01/2016 a 12/10/2016
	Vega, Gabriel	H	Director Nacional a.i.	28/01/2013 a 30/05/2013
	Vargas, Guy	H	Director Nacional a.i.	11/09/2012 a 31/12/2012
	Medrano, Sumaya	M	Responsable Técnico R2	1/01/2016 a 31/08/2016
	Claure, Teresa	M	Asistente Administrativo y Logístico	26/09/2013 a 31/12/2013
	Ayala, Nelson	H	Apoyo Administrativo	21/07/2014 a 20/11/2015
	Calderón, Graciela	M	Asesor Legal	1/01/2016 a 17/06/2016
	Laura, Juan Lazaro	H	Asesor Legal	2/12/2013 a 30/04/2015
	Leaño, Nataly	M	Responsable SABS Mayores	17/10/2014 a 31/12/2015
	Ballón, Edgar	H	Responsable de Activos Fijos y Logística	17/10/2014 a 31/12/2015
	Capusiri, Maria Elena	M	Apoyo Secretarial Unidad Administrativa	12/11/2014 a 8/04/2015
	Cazon, Edwin Felipe	H	Responsable del Área de Infraestructura	2/03/2016 a 12/10/2016
	Pereyra, Elmer	H	Profesional en Mantenimiento y Adquisición de Equipamiento	10/06/201 a 31/12/2015
	Lira, Carmen	M	Profesional Técnico 1 - Gestor de Proyectos La Paz - Fondo Municipal	2/03/2016 a 13/12/2015
	Gonzales, Rosa Maria	M	Profesional Técnico 2 - Gestor de Proyectos La Paz - Fondo Municipal	14/04/2015 a 13/12/2015
	Chavarria, Grover	H	Profesional Técnico 4 - Gestor de Proyectos Potosí- Fondo Municipal	15/04/2015 a 14/08/2015
Valda, Claudia	M	Profesional Técnico SEDES Cochabamba - Programa FOREDES	1/01/2016 a 26/08/2016	
Guarachi, Ivana Yaskara	M	Profesional Técnico SEDES Cochabamba - Programa FOREDES	21/10/2014 a 31/12/2014	
Colque, Jhonny Rafael	H	Consultor Técnico SEDES Cochabamba	12/12/2013 a 31/12/2013	
Caballero, Rosario	M	Profesional Técnico SEDES Potosí - Programa FOREDES	1/01/2016 a 28/03/2016	

PERSONAL	APELLIDO, NOMBRE	GENERO	CARGO	DURACION DE CONTRATACION
	Mercado, Bertha	M	Profesional Técnico SEDES La Paz - Programa FOREDES	1/01/2016 a 27/04/2016
	Rengifo, Carmen	M	Profesional Administrativo SEDES La Paz - Programa FOREDES	31/08/2015 a 30/04/2016
	Cussi, Elizabeth	M	Profesional Administrativo SEDES La Paz - Programa FOREDES	17/09/2014 a 31/12/2014
	Caro, Nidia	M	Profesional Administrativo SEDES Cochabamba - Programa FOREDES	1/01/2016 a 31/08/2016
	Sánchez, Víctor	H	Profesional Administrativo SEDES Cochabamba - Programa FOREDES	17/09/2014 a 31/12/2014
	Cruz, Rómulo	H	Profesional Administrativo SEDES Chuquisaca - Programa FOREDES	17/09/2014 a 31/12/2014
	Zambrana, Nestor	H	Profesional Administrativo SEDES Potosí - Programa FOREDES	23/10/2014 a 8/03/2015
	Alarcon, Teresa	M	Secretaria SEDES Potosí - Programa FOREDES	15/08/2014 a 31/12/2014
	Revilla, Gabriela	M	Secretaria SEDES Chuquisaca - Programa FOREDES	15/08/2014 a 31/12/2014
	Capusiri, Maria Elena	M	Secretaria SEDES La Paz - Programa FOREDES	1/01/2016 a 11/07/2016
	Luna, Oscar	H	Chofer - Mensajero SEDES La Paz - Programa FOREDES	4/09/2015 a 31/12/2015
	Quiroz, Grover Dayler	H	Chofer - Mensajero SEDES La Paz - Programa FOREDES	13/08/2015 a 12/10/2016
	Mamani, Mario Alberto	H	Asistente Administrativo - Programa FOREDES	1/01/2016 a 13/05/2016
	Mamani, José Antonio	H	Chofer - Mensajero SEDES Cochabamba - Programa FOREDES	2/10/2014 a 28/06/2015
	Olmos, Mario Alberto	H	Chofer - Mensajero SEDES Potosí - Programa FOREDES	2/10/2014 a 28/06/2015
	Daza, Carlos Gaston	H	Chofer - Mensajero SEDES Chuquisaca - Programa FOREDES	2/10/2014 a 19/01/2015
	Riveros, Karen Cecilia	M	Apoyo Secretarial y Manejo de Correspondencia para el cierre	16/05/2016 a 12/10/2016
	Agreda, Nestor Eduardo	H	Responsable de Contabilidad para el cierre	3/05/2016 a 3/09/2016
	Luna, Consuelo Pilar	M	Técnico SABS y Recursos Humanos para el cierre	16/05/2016 a 12/10/2016
	Salazar, María Susana	M	Auxiliar Contable para el cierre	28/04/2016 a 12/10/2016
	Patty, Eddy Wenceslao	H	Chofer para el cierre	6/06/2016 a 12/10/2016
	Vargas, Marco Antonio	H	Auxiliar Administrativo para el cierre	6/06/2016 a 12/10/2016
	Apaza, Rubén Fernando	H	Técnico Contable II para el cierre	5/05/2016 a 12/10/2016

PERSONAL	APELLIDO, NOMBRE	GENERO	CARGO	DURACION DE CONTRATACION
	Ticona, Elizabeth Dilzy	M	Encargada de Activos Fijos y Almacenes para el cierre	5/05/2016 a 12/10/2016
	Mamani, Edwin Franz	H	Auxiliar Administrativo II para el cierre	2/06/2016 a 12/10/2016
	Delgado, José Félix	H	Profesional de Seguimiento y Monitoreo para el Fondo Municipal (Gestor 2)	27/06/2016 a 12/10/2016
	Mendoza, Sergio	H	Chofer - Mensajero SEDES Cochabamba	6/07/2016 a 31/08/2016
	Rivera, Richard	H	Profesional Abogado Administrativo	8/07/2016 a 12/10/2016
	Diaz Herrera, Marjorie	M	Coordinadora Administrativa Financiera de Cierre	2/02/2016 a 12/10/2016
	Vacaflor, Eiber	H	Responsable Administrativo Financiero	13/01/2014 a 14/08/2015
	Garnica, Alfredo	H	Responsable Administrativo Financiero	7/11/2012 a 6/11/2013
	Peña, Martha	H	Responsable Administrativo Financiero	2/02/2012 a 12/09/2012
	Cossio, Johnny	M	Responsable Administrativo Financiero	2/09/2015 a 3/11/2015
	Chávez, Rosmery	M	Coordinador Administrativo Financiero	15/06/2015 a 12/10/2016
	Medrano, Sumaya		Responsable Técnico R1	1/04/2013 a 31/07/2014
	Santa María, Daly		Responsable de Seguimiento y Evaluación	2/07/2012 a 28/02/2013
	Catacora, Jaime		Responsable de Seguimiento y Evaluación	1/06/2012 a 10/07/2015
	Zeballos, Sergio		Responsable de Infraestructura y Equipamiento	15/01/2014 a 12/10/2016
	Barrera, Lourdes		Responsable Fondo Municipal	1/04/2013 a 12/10/2016
	Mercado, Tania		Contadora	1/06/2012 a 31/01/2013
	Leaño, Nataly		Responsable SABS	1/02/2016 a 12/10/2016
	Gregorio, Eda Erika		Responsable de Tesorería y Logística	9/12/2013 a 12/10/2016
	Aparicio, Doris		Tesorera	1/06/2012 a 26/08/2013
	Gomez, Maruska		Secretaria	24/09/2015 a 12/10/2016
	Yujra, Betzabe		Secretaria	2/07/2012 a 31/08/2015

**Personal de apoyo, reclutado localmente por la CTB (REGIE)**

PERSONAL	APELLIDO, NOMBRE	GENERO	CARGO	DURACION DE CONTRATACION
	Lima, Victorio Nicolás		Chofer - Mensajero	1/06/2012 a 14/11/2013
	Quiroz, Dayler		Chofer - Mensajero	13/08/2015 a 12/10/2016
	Yujra, Paulino		Chofer - Mensajero	1/08/2012 a 12/10/2016
	Lira, Carmen		Profesional Técnico para el Resultado Esperado R6	2/03/2016 a 31/08/2016
	Salazar, Leoncio		Profesional Administrativo Financiero para el Resultado Esperado R6	2/03/2016 a 31/08/2016
	Chavarria, Grover		Profesional de Seguimiento y Monitoreo para el Fondo Municipal (Gestor)	6/04/2016 a 31/07/2016
	Gonzales, Rosa Maria		Profesional de Seguimiento y Monitoreo para el Fondo Municipal (Médico Salubrista)	6/04/2016 a 31/07/2016
	Rojas, Anel Fortunata		Profesional de Seguimiento y Monitoreo para el Fondo Municipal (Ingeniero Agrónomo)	6/04/2016 a 31/07/2016
	Choque, Carlos Andrés		Profesional de Seguimiento y Monitoreo para el Fondo Municipal (Ingeniero Civil)	21/04/2016 a 31/07/2016
<b>Expertos internacionales (CTB REGIE)</b>	Van Dessel, Patrick		Asistente Técnico Internacional	18/05/2013 a 10/10/2016
	Roux, Cécile		Asistente Técnico Internacional a.i.	18/02/2013 a 23/05/2013
	Meunier, Jean-Jacques		Asistente Técnico Internacional	1/02/2012 a 15/02/2013

## 5 Licitaciones públicas

Numero de Orden	Título del CBC / PBC / OBC	Tipo de contrato	Legislación aplicable	Fecha de envío a publicación	Fecha y hora de cierre propuestas	Fecha de adjudicación	Presupuesto previsto (B)	Importe final del contrato adjudicatario	Importe final de la factura (BOB)	Importe final de la factura (equiv. Bn €)
BOCJ.293	Adquisición de Termómetros	Bienes	Boliviana	10-avr-14	13-05-2014	5-jul-14	77.644,03	77.777,77 €	700.000,00	77.777,77 €
BOCJ.294	Consultoría individual de línea (4) Profesional técnico para los servicios departamentales de salud de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Potosí	consultoría	Boliviana	24-avr-14	23-05-2014	29-jul-2014	29.136,40	4.020,92 €	30.370,00	4.020,92 €
BOCJ.295	Consultoría individual de línea (4) Asesoría Administrativa /Profesional Administrativo financiero para los servicios departamentales de salud de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Potosí	consultoría	Boliviana	24-avr-14	23-05-2014	5-sep-2014	29.146,10	10.088,67 €	80.000,00	10.088,67 €
BOCJ.296	Complementación del Equipamiento Clínico en los establecimientos de Salud prestatarios según la línea Base de Equipamiento (Adquisición de 2 Ecógrafos)	Bienes	Boliviana	10-jul-14	31-07-2014	1-sep-2014	34.021,14	32.643,44 €	293.000,00	32.643,44 €
BOCJ.300	Complementación del Equipamiento Clínico en los establecimientos de Salud prestatarios según la línea Base de Equipamiento (Adquisición de 5 ecógrafos)	Bienes	Boliviana	10-jul-14	31-07-2014	5-sep-2014	36.287,67	22.080,08 €	208.100,00	22.080,08 €
BOCJ.302	Equipamiento de Cámaras de Red para la Estrategia y Misión de prevención de cáncer de cuello uterino (Adquisición de 10 cámaras de 130x130mm)	Bienes	Boliviana	31-jul-2014	5-sep-2014	08-1-ab-12	67.777,77	XXXXXXXXX	810.000,00	67.777,77 €
BOCJ.307	Compra de Falsedad Muestra de Salud-Programa FOPREDES	Servicio	Boliviana	4-avr-14	16-11-2014	10-nov-2014	31.849,89	€ 30.930,24	278.172,10	€ 30.930,24
BOCJ.316	EQUIPAMIENTO CLINICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRESTATARIOS (ADQUISICIÓN DE EQUIPO MEDICO MENCER)	Bienes	Boliviana	20-ago-13	11-09-2013	1-ene-2013	53.476,33	€ 32.371,84	247.500,00	€ 32.371,84

REGISTRO LICITACIONES PUBLICAS > 25.000 EUROS - BOLIVIA // REGISTER OVERHEIDSOOPDRACHTEN // LANDIPAYS // REGISTRE MARCHES PUBLICS										
Numero de Orden	Título del CBC / PEC / OBC	Tipo de contrato	Legislación aplicable	Fecha de envío o publicación	Fecha y hora de cierre propuestas	Fecha de adjudicación	Presupuesto previsto (€)	Importe final del contrato adjudicado(€)	Importe final de la factura (BOB)	Importe final de la factura (equiv. En €)
BOU.350	EQUIPAMIENTO CLINICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIORIZADOS (ADQUISICION DE 2 ESTERILIZADORES DE ESTERILIZADOR ULTRASONICO DE LATIDO FETAL, INCORPLERI Y 8 BOLSAS RESUCITADORAS (AMBU) PEDIATRICO Y ADULTO)	otras	Bolivia	4-06/1-15	23-09-2015	22-06-2015	46.073,10	€ 38.530,57	BOB 270.383,12	€ 35.530,57
BOU.351	AMPLIACION Y REFACCION DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL CORAZON DE MARIA EN EL MUNICIPIO DE CARAPIYO PROVINCIA ALONSO IBAÑEZ DEL DEPARTAMENTO DE POTOSI	otras	Bolivia	23-01-15	12-11-2015	22-06-2015	77.000,00	€ 70.431,24	BOB 588.877,43	€ 70.431,24
BOU.352	AMPLIACION Y REFACCION DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL SAN LUIS DE SACACA EN EL MUNICIPIO DE SACACA PROVINCIA ALFONSO BARRAZ DEL DEPARTAMENTO DE POTOSI	otras	Bolivia	23-01-15	12-11-2015	22-06-2015	85.510,44	€ 81.036,95	BOB 639.438,00	€ 81.036,95
BOU.353	AMPLIACION Y REFACCION DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL SAN PEDRO DE BUENA VISTA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE BUENA VISTA, PROVINCIA SAN PEDRO DE BUENA VISTA, DEL DEPARTAMENTO DE POTOSI	otras	Bolivia	23-01-15	13-11-2015	22-06-2015	68.350,27	€ 66.444,70	BOB 572.100,22	€ 66.444,70
BOU.354	AMPLIACION Y REFACCION DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL TUPACAMAYO EN EL MUNICIPIO DE TUPACAMAYO PROVINCIA INGAVI DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	otras	Bolivia	23-01-15	03-12-2015	22-06-2015	193.470,44	€ 183.303,60	BOB 1.303.329,70	€ 183.303,60

REGISTRO LICITACIONES PUBLICAS - 25.000 EUROS - BOLIVIA // REGISTER OVERHEIDSOOPDRACHTEN - LANDIPAYS™ REGISTRE MARCHÉS PUBLICS										
Numero de Orden	Título del CBC / PEC / EBC	Tipo de contrato	Legislación aplicable	Fecha de envío o publicación	Fecha y hora de cierre propuestas	Fecha de adjudicación	Presupuesto previsto (€)	Importe final del contrato adjudicado	Importe final de la factura (BOB)	Importe final de la factura (€) (BOB) (€)
BOC/300	AMPLIACION Y REFIACCION DEL CENTRO DE SALUD CON INTERVENCION ARQUE EN EL MUNICIPIO DE ARQUE PROVINCIA AROQUE DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA	obras	Bolivia	23-ago-10	11:11:2010	22-feb-2010	49.034,00	€ 49.333,49	BOB 370.455,95	€ 49.333,49
BOC/301	DIPLOMADO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MEDICAS	Servicios	Bolivia	20-sep-10	N/C	20-sep-2010	49.097,37	€ 49.397,37	BOB 377.790,00	€ 49.397,37
BOC/302	DIPLOMADO DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD	Servicios	Bolivia	20-sep-10	N/C	20-sep-2010	63.121,71	€ 63.121,71	BOB 472.120,00	€ 63.121,71
BOC/303	DIPLOMADO DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS	Servicios	Bolivia	20-sep-10	N/C	20-sep-2010	37.271,02	€ 37.273,03	BOB 283.370,00	€ 37.273,03
BOC/305	CONSULTORIA POR PRODUCTO SISTEMATIZACION DE EXPERIENCIAS Y VISIBILIZACION DE RESULTADOS DEL PROGRAMA FOREDES	Trabajos	Bolivia	30-mar-10	07:07:2010	19-mar-2010	36.084,21	€ 36.187,90	BOB 290.000,00	€ 36.187,90
BOC/306	SERVICIO DE HOSPEDAJE ALIMENTACION ALGULER DE SALON Y TRANSPORTE	Trabajos	Bolivia	1-jul-10	22:07:2010	06-ago-2010	46.185,40	€ 46.185,40	BOB 391.000,00	€ 46.185,40

## 6 Acuerdos de ejecución

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
02.13 Cogestión A_06_01_03	SEDES COCHABAMBA, Organismo Público	En conformidad con los principios de uso eficiente y transparente de recursos económicos, de eficacia, y calidad en las acciones, la CTB, el Ministerio de Salud y Deportes firman el presente Acuerdo de Ejecución, que tiene por objetivo	Transferencia trimestral, Inicio: 11/2014, fin: 10/2016	€ 232.500	Cerrado	Se realizó la transferencia del primer desembolso por Bs. 437.444 durante los días finales del mes de diciembre 2014. No se realizó ejecución financiera durante 2014 y el saldo de la primera transferencia fue rehabilitado para ejecución a partir del mes de JULIO 2015. Mediante el POA 2015, SEDES CBBA tiene previsto gastar Bs. 600.000. La transferencia de este monto del POA se preveía para el mes de septiembre 2015, pero no se realizó aún en el Q3-2015.

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
		<p>general delegar al SEDES la ejecución de parte de las actividades del Programa FOREDES en el ámbito departamental, transfiriendo para el efecto el presupuesto necesario y definiendo claramente los roles que deberá asumir cada entidad participante.</p>				<p>El SEDES Cochabamba en este período se encuentra ejecutando el monto de la primera transferencia con un 70% de ejecución. Pretenden inscribir el POA 2015 en el mes de octubre 2015, no lo hicieron en septiembre como estaba planificado, por haber existido demoras por el cambio de autoridades y porque las mismas pidieron un trámite de validación del AE vigente. Por todo ello el SEDES decidió inscribir 304,466 Bs y no los 600.000 Bs planificados en el anterior reporte MONOP, se espera la solicitud del siguiente desembolso para el mes de Noviembre 2015. El Programa FOREDES descartó la posibilidad de realizar un segundo desembolso al SEDES debido a los plazos de inscripción presupuestaria y ejecución del AE.</p> <p>En el último trimestre 2015 el SEDES CBBA decidió realizar trámites para la devolución de los recursos del saldo que no pudieron ejecutar en el 2015. Esta devolución se realizará el primer trimestre (febrero 2016), para que se pueda habilitar una adenda para cambiar la modalidad de ejecución de modalidad de transferencia a modalidad de ejecución directa. De la misma manera el SEDES se encuentra en proceso de planificar actividades a realizarse en modalidad de ejecución directa a partir de febrero hasta finalización del AE.</p> <p>Durante el primer trimestre de 2016, se realizó la Auditoría Externa de MOORE Shepens, cuyos resultados reportaron que el SEDES Cbba, tuvo observaciones de Hallazgos de Control interno, mismas que fueron subsanadas de forma inmediata.</p> <p>Posterior a ello, el SEDES solicitó a la CTB y al MS, la posibilidad de cambiar de modalidad de ejecución, misma solicitud motivada, dio lugar a que se oficializará la Resolución Unilateral del Acuerdo de Ejecución FOREDES 02/2013 para facilitar que el SEDES pueda cambiar de modalidad de ejecución. Con esta resolución el SEDES procedió al envío de los informes correspondientes para finalizar el Acuerdo y realizó el trámite de la devolución de los saldos, los cuales serán devueltos hasta antes del 12 de Abril. Así mismo ésta resolución de Acuerdo de Ejecución dio lugar a habilitar la modalidad de ejecución directa.</p> <p>El SEDES Cbba. propuso un plan de acción para ejecutar en modalidad regie un total de 14 actividades dentro de los resultados y líneas de intervención del Programa con un monto de 820.782,00 BOB. Este monto fue ejecutado, según cronograma. El acta de entrega-recepción fue firmado</p>

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
03.13 cogestion A06-01-04	SEDES POTOSÍ Organismo público	En conformidad con los principios de uso eficiente y transparente de recursos económicos, de eficacia, y calidad en las acciones, la CTB, el Ministerio de Salud y Deportes firman el presente Acuerdo de Ejecución, que tiene por objetivo	Transferencia trimestral, Inicio: 11/2014, fin: 10/2016	€ 282.500	Cerrado	Se realizó la transferencia del primer desembolso por Bs. 1.003.084,16 durante los primeros días del mes de noviembre 2014. Se realizó una ejecución de Bs. 351.182,22 durante 2014 y el saldo de la primera transferencia por Bs. 651.901,94 fue habilitado para ser ejecutado mediante una modificación del POA 2015 a partir del mes de septiembre 2015. Mediante el POA 2015 SEDES PT tiene previsto gastar Bs. 1.108.800. La transferencia de este monto del POA 2015 se prevé para el mes de octubre

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
		<p>general delegar al SEDES la ejecución de parte de las actividades del Programa FOREDES en el ámbito departamental, transfiriendo para el efecto el presupuesto necesario y definiendo claramente los roles que deberá asumir cada entidad participante.</p>				<p>2015, siempre y cuando llegarán a una ejecución del 70%.. El SEDES Potosí continúa ejecutando el monto de la primera transferencia, pero aún no llegan a la ejecución del 70%, condición que cumplir para poder realizar el segundo desembolso, por esta razón el SEDES Potosí aún no inscribe el POA 2015 ni realiza la solicitud del segundo desembolso.</p> <p>El Programa FOREDES descartó la posibilidad de realizar un segundo desembolso al SEDES debido a los plazos de inscripción presupuestaria y ejecución del AE.</p> <p>El último trimestre 2015, el SEDES Potosí se encuentra proponiendo a la GAD PTS la posibilidad de realizar la devolución de los recursos no ejecutados hasta fines 2015, sin embargo este proceso de convencimiento a las autoridades para realizar la devolución, lo que habilitaría a la ejecución directa, resulta siendo un poco complejo. Se espera contar con una respuesta hasta fines de enero 2016.</p> <p>En el primer trimestre de 2016, se llevó a cabo la Auditoría Externa al Programa FOREDES y a los Acuerdos de Ejecución con los SEDES, es así que los resultados de la Auditoría reportaron algunas observaciones de Hallazgos de Control Interno y de Hallazgos relativos a la obligación de conformidad, estas observaciones fueron subsanadas en el plazo establecido por los auditores.</p> <p>Por otro lado se concretó la respuesta de la GAD de Potosí de no devolver los recursos hasta fin del Acuerdo de Ejecución. La opción que el SEDES Pts, eligió fue el de continuar bajo la modalidad de ejecución de transferencia e iniciar el proceso de inscripción de los saldos Caja Banco para ponerlos a disposición para ejecutar antes del 12 de abril.</p> <p>La devolución del saldo del AE fue realizada. El acta de entrega-recepción fue firmado por la Representación de la CTB.</p>

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
04.13 cogestion A06-01-02	SEDES LA PAZ Organismo público	En conformidad con los principios de uso eficiente y transparente de recursos económicos, de eficacia, y calidad en las acciones, la CTB, el Ministerio de Salud y Deportes firman el presente Acuerdo de Ejecución, que tiene por objetivo	Transferencia trimestral, Inicio: 10/2014, Fin: 10/2016	€ 472.500	cerrado	Se realizó la transferencia del primer desembolso por Bs. 1.383.002,49 durante los días finales del mes de noviembre 2014. Se realizó una ejecución financiera de Bs. 241.585,00 durante 2014 y el saldo de la primera transferencia por Bs. 1.141.417,49 fue habilitado para ser ejecutado mediante una modificación del POA 2015 en el mes de AGOSTO 2015. Mediante el POA 2015 SEDES LP tiene previsto gastar Bs. 1.000.000. La transferencia de este monto del POA 2015 se prevería para el mes de

Número del Acuerdo Modalidad de ejecución código presupuestario actividad	Nombre del socio	Objeto del Acuerdo	Modalidad de pago	Monto Total (€)	Estatus	Observaciones
		<p>general delegar al SEDES la ejecución de parte de las actividades del Programa FOREDES en el ámbito departamental, transfiriendo para el efecto el presupuesto necesario y definiendo claramente los roles que deberá asumir cada entidad participante.</p>				<p>octubre 2015</p> <p>A pesar de que el SEDES La Paz haya habilitado a fines de agosto el saldo de la primera transferencia, la ejecución no reporta avance significativo. El Programa FOREDES descartó la posibilidad de realizar un segundo desembolso al SEDES debido a los plazos de inscripción presupuestaria y ejecución del AE.</p> <p>En el último trimestre de 2015, el SEDES La Paz no alcanzó la ejecución del 70%, y el saldo queda pendiente. En este sentido el SEDES LP decide optar por la modalidad de ejecución directa. ES así que se comenzó el proceso de negociación con la GAD LP para poder realizar el trámite de devolución de recursos, lo cual habilitaría la ejecución directa.</p> <p>El SEDES se encuentra en proceso de hacer un POA hasta fin del AE pensando realizar la ejecución una vez habilitada la ejecución directa.</p> <p>En el primer trimestre de 2016 se realizó la Auditoría Externa, al SEDES La Paz, la misma que reporto dentro sus observaciones, hallazgos de financieros que debían ser aclarados para identificar si estos hallazgos eran sujetos a "gastos no elegibles".</p> <p>Hasta la fecha el SEDES continúa subsanando las observaciones, lo cual no pudo habilitar al proceso de cambio de modalidad hasta antes de lograr aclarar las observaciones de la auditoría.</p> <p>Se espera lograr aclarar las observaciones hasta antes del 12 de abril. La devolución del saldo del AE fue realizada. El acta de entrega-recepción fue firmado por la Representación de la CTB.</p>

## 7 Equipamiento

Haga el listado de los equipamientos adquiridos durante la intervención

Tipo de equipamiento	Costo		Fecha de entrega		Observaciones
	Presupuestado	Real	Previsto	Real	
Vehículos (6)	Eur 178.747	Eur 178.747	31/12/2016	31/12/2016	
Equipo Informático	Eur 124.801	Eur 124.801	31/12/2016		
Equipamiento Médico, materiales y enseres	Eur 698.410	Eur 698.410	31/12/2016		
Infraestructuras de salud	Eur 428.630	Eur 428.630	31/12/2016		

## 8 Marco lógico original proveniente del DTF :

*Incluir el marco lógico original como se presenta en el DTF*

## 9 Matriz de monitoreo completo

Ver punto 2 del informe final

## 10 Herramientas y productos

*Mencione, en este anexo, todo el material disponible sobre los efectos de la intervención o toda la experiencia adquirida en la aplicación de los métodos o herramientas específicas*

- *Publicaciones (científicas)*
- *Informes de capitalización*
- *Material audiovisual*
- *Otros recursos*
- *Enfoque/sistema de M&E*
- *Metodologías*

