PD-ABF-430

REPORTE FINAL

8

EVALUACION INTERMEDIA DEL PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA E INFANTIL (511-0594)

Orden de Trabajo No. 7

Bajo el Contrato

IQC PDC-0085-I-00-9087-00

Preparado para la

Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos

La Paz, Bolivia

Preparado por

James N. Becht
Geri Marr Burdman
Bernard J. Fisken

Enero 31, 1992

TvT Associates

503 Capitol Court, N.E. ☐ Washington, D.C. 20002 ☐ (202) 547-4550 ☐ Telex 1440730 ITS UT

AGRADECIMIENTOS

El equipo de evaluación agradece al personal del Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria y al personal de JSA, Healthcare el apoyo y colaboración que prestaron, para hacer de ésta una experiencia positiva, informativa y productiva. En particular, queremos reconocer muy especialmente la labor del personal del Distrito de Salud quienes voluntariamente brindaron su tiempo y ofrecieron sus perspectivas.

El trabajo de equipo se facilitó en la mayor parte por la eficiente labor de planeamiento y apoyo del personal de la Oficina de Salud y Recursos Humanos (HHR) de la misión de USAID/Bolivia y de TvT Associates.

Finalmente, damos las gracias a Silvia Eguino, Consuelo Mercado, Milenka Orlandini y Gloria Eguino por su eficiente apoyo administrativo y logístico y su amable atención.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

A.I.D.	U.S. Agency for International Development
ARD	Office of Agriculture & Rural Development (USAID)
CCH	Proyecto de Salud Comunitaria e Infantil
CDC	Centro de Control de Enfermedades
CIEC	Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios
DP	Descripción del Proyecto
CED	Control de Enfermedades Diarréicas
DSA	Departamento de Saneamiento Ambiental
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
HHR	Oficina de Salud y Recursos Humanos (USAID/Bolivia)
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
INEDER	Instituto de Educación para el Desarrollo Rural
JSA	JSA Healthcare/John Short & Associates, Inc.
MSCI	Medical Services Corporation International
ODSPA	Organizational development/strategic planning approach
ONG	Organización no-gubernamental
OVP	Organización Voluntaria Privada
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCI	Project Concern International
PIO/C	Project Implementation Order/Commodities
PIO/P	Project Implementation Order/Participant Training
PIO/T	Project Implementation Order/Technical Assistance
PL-480	Ley Pública 480; también, la agencia boliviana encargada de administrar los recursos de la venta de insumos de PL-480
PRITECH	Technologies for Primary Health Care Project
PROCOSI	Programa de Coordinación en Supervivencia Infantil
SANEBOL	Empresa de Saneamiento Básico
SI	Supervivencia Infantil
SSI	Supervivencia Infantil Integrada
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TAACS	Technical Advisor in AIDS and Child Survival
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	United Nations Children's Fund
VBCP	Vector Biology Control Project (MSCI)

CONTENIDO

Agradecimientos i
Abreviaturas ii
Contenido iv

Resúmen Ejecutivo v

I. OBJETIVOS DE LA EVALUACION Y METODOLOGIA 1

II. RESULTADOS DE LA EVALUACION EN MATERIA DE INTERVENCIONES 3

Estrategias de los Componentes 3
Educación y Promoción de la Salud 4
Desarrollo Institucional 5
Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos 10
Participación Comunitaria 10

III. RESULTADOS EN MATERIA DE ADMINISTRACION DEL PROYECTO 11
Disponibilidad de Inversión Financiera 11
Estructura y Capacidad Administrativa 12
Administración, Adquisiciones y Logística 13
Indicadores de la Evaluación y Sistemas de Información 18
Asistencia Técnica 20

IV. CONCLUSIONES 24
Componentes del Proyecto y Participación Comunitaria 24
Desarrollo Institucional 25
Inversiones 26
Administración y Coordinación del Proyecto 26
Evaluación y Monitoría del Proyecto 31
Asistencia Técnica 32

V. RECOMENDACIONES 34

Estrategias de las Intervenciones 34
Desarrollo Institucional 35
Presupuesto y Duración del Proyecto 36
Administración y Coordinación del Proyecto 37
Monitoría y Evaluación del Proyecto 39
Asistencia Técnica 39

VI. LECCIONES 41

ANEXOS

A Grupo de Evaluación - Alcance del Trabajo A-1
B Programa de Evaluación y Lista de Contactos B-1
C Materiales de Referencia C-1
D Marco de Trabajo D-1
E Mapa de Bolivia: Localización de los Distritos del Proyecto E-1
F Comparación de Indicadores de Impacto y Efectividad F-1
G Programa para Liquidación de fondos Ley Pública-480: G-1
Cuenta no Chagas H-1
H Logros de JSA (Preparado por JSA)
I Fuente de Recursos del Personal del CCH I-1
J Lista de Cartas de Implementación del Proyecto J-1
K Presupuesto Revisado del Proyecto (Carta de Implementación del Proyecto #13) K-1
L Organigramas Actuales del Proyecto L-1
M Reporte Financiero (noviembre 6 de 1991) M-1

RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El Proyecto de Salud Comunitaria e Infantil (CCH) (511-0594) es el primer proyecto de ayuda bilateral que realiza la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (A.I.D.) con el Ministerio de Salud desde 1980. Debido a las condiciones políticas y sociales existentes en Bolivia durante todo este tiempo, A.I.D. debió recurrir a organizaciones no gubernamentales (ONG), para llevar a cabo mejoras en las condiciones de salud. El retorno a la democracia y estabilidad en el sector público a mediados de los años 80, creó un clima favorable para el desarrollo y negociación del CCH. Este proyecto se basa en muchas de las experiencias pasadas del Ministerio de Salud/A.I.D durante el desarrollo de un sistema de salud rural entre 1975 y 1980, así como también en los avances logrados por las ONG y actividades multilaterales en materia de supervivencia infantil con el gobierno boliviano en la década siguiente.

El convenio del projecto, que fué firmado en julio de 1988 por un término de cinco años y a un costo inicial de $22 millones de dólares con aportes de la A.I.D. por $16.5 millones y del Gobierno de Bolivia por $5.5 millones, está llamado a apoyar las siguientes actividades: (1) el Programa Nacional para el Control de Enfermedades Diarréicas (CED); (2) el Programa Nacional de Inmunización; y (3) el esfuerzo de un Programa Integrado de Supervivencia Infantil, que fortalezcan la capacidad operacional del los Distritos de Salud del Ministerio de Salud. Posteriormente se agregó el componente para el Control del Mal de Chagas para lo cual se destinaron $2.5 millones por parte de Gobierno de Bolivia y se extendió el término del proyecto de asistencia hasta julio de 1994. Hasta noviembre de 1991, A.I.D. ha invertido $9.4, o sea, un 57 por ciento de los fondos presupuestados para este Proyecto.

El objetivo principal del CCH es mejorar las condiciones de salud de las poblaciones urbana y rural. El propósito del proyecto es mejorar la salud comunitaria reduciendo la mortalidad infantil, juvenil y materna. Este objetivo será alcanzado por medio de intervenciones de supervivencia infantil (SI), el desarrollo institucional de los centros de salud y la participación de la comunidad. El diseño inicial del Proyecto estaba llamado a concentrar los esfuerzos en once Distritos de Salud y aumentar la capacidad de las instituciones del Ministerio de Salud a nivel distrital y departamental, así como la de las organizaciones comunitarias, para planear, llevar a cabo y asegurar las intervenciones de supervivencia infantil. El objetivo, propósito y diseño de este proyecto no variaron sustancialmente con la adición del componente de Chagas.

El proyecto es administrado por una unidad especial denominada Unidad de Administración del Proyecto, cuyo Director es contratado por el Gobierno de Bolivia y reporta directamente al Director General de Salud del Ministerio de Salud. John Short & Associates, Inc. (JSA Healthcare) fué contratado por USAID en noviembre de 1989, para proporcionar asistencia técnica a corto y largo plazo, asistencia en

compras locales, incluyendo el manejo de los gastos operacionales de campo (fondos PL-480) y suministrar entrenamiento y capacitación al personal del Proyecto. La vigilancia de las actividades del Proyecto es llevada a cabo en forma irregular por un Consejo Ejecutivo del Proyecto, constituído por funcionarios del Ministerio de Salud, USAID y el Director Ejecutivo del Proyecto.

El CCH busca combinar tres estrategias distintas de asistencia bajo una misma estructura gerencial. Los componentes CED/TRO y de inmunización proporcionan principalmente apoyo en materia de suministros a los programas existentes a nivel nacional, por lo cual se requiere mantener una coordinación constante con otras agencias donantes, al igual que con las distintas divisiones del Ministerio de Salud. El componente de supervivencia infantil integrada (SII) incluye asistencia técnica, entrenamiento, suministros y apoyo operacional para fortalecer las intervenciones de SII y de agua y saneamiento, así como también los sistemas de apoyo a algunos Distritos de Salud. Este componente también apoya una estrategia para la descentralización de administrativa y autosuficiencia de los servicios de atención de salud primaria. El componente de Chagas es un proyecto piloto en etapa experimental, el cual identificará los modelos o estrategias apropiados para acabar con la transmisión de esta enfermedad endémica, y eventualmente contribuir al desarrollo de un programa a nivel nacional para el control del mal de Chagas. Estos esfuerzos se están llevando a cabo actualmente en Distritos de Salud distintos de aquellos en que se realizan actividades de SSI.

OBJETIVO Y METODOLOGIA DE LA EVALUACION

El documento que describe esta evaluación, especifica como objetivos . . . "la medición del progreso que se realice hacia la consecución de las metas de implementación del proyecto, incluyendo el suministro de asistencia técnica, materiales y aportes financieros; de los objetivos de desarrollo institucional a nivel distrital y departamental; y de la provisión de servicios de supervivencia infantil, de agua y saneamiento, contra los datos de base recolectados al inicio de cada programa distrital."

Un equipo de tres consultores externos fué enviado a Bolivia por TvT Associates para llevar a cabo la evaluación. La oficina de Salud y Recursos Humanos de USAID en Bolivia organizó y facilitó la reunión de planeamiento que tuvo lugar durante la primera semana que el equipo de evaluadores permaneció en Bolivia. Este equipo empleo un total de cuatro semanas en la recolección y análisis de información y la preparación del informe final. La recolección de información incluyó la revisión de documentos, entrevistas con personas claves, observaciones de campo y reuniones con grupos focales de la comunidad. También se llevaron a cabo dos reuniones informativas en las que participaron USAID, la Unidad de Administración del Proyecto, el contratista institucional JSA y funcionarios del Ministerio de Salud.

Por lo menos dos miembros del Equipo de Evaluación visitaron cada uno de los cuatro Distritos del Proyecto y las correspondientes unidades sanitarias regionales, con el fin de llevar a cabo entrevistas, hacer las correspondientes observaciones de campo y recolectar información adicional acerca de la situación actual del Proyecto y la etapa de implementación en que se encuentra. Uno de los evaluadores también visitó el Proyecto Chagas en Chuquisaca. El personal del Proyecto y de JSA acompaño a los evaluadores en todas las visitas, con el fin de estimular la participación, obtener comentarios inmediatos de los participantes y así acelerar el proceso de retro-alimentación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La consolidación de las distintas estrategias--principalmente por razones presupuestales y de programación de la A.I.D.--constituye uno de los factores que ha dificultado la gerencia del proyecto y creado confusión, tanto en la implementación de prioridades como en la estructura organizacional y, en el desempeño de funciones y roles de las distintas agencias involucradas en su ejecución. Al diseñar del Proyecto también subestimó el tipo y número de personal requerido para el manejo financiero, contratación y adquisiciones, al igual que las capacidades del Departamento de Saneamiento Ambiental (DSA) del Ministerio de Salud para llevar a cabo actividades en las áreas de agua y saneamiento. Al contratista del componente institucional, JSA, se le han asignado responsabilidades administrativas y de asesoría a la vez. Por otra parte, el equipo de JSA sólo entró a operar a principios de 1990, en el séptimo trimestre del Proyecto y poco después el Jefe del Equipo renunció prematuramente. En términos generales hacía falta liderazgo y las capacidades gerenciales y de asesoría eras deficientes.

El proceso de adaptación, o sea del papel a la práctica, la puesta en marcha y la disponibilidad de recursos financieros y suministros, se retrasaron considerablemente (como por ejemplo, computadores, motocicletas, que sólo fueron despachados recientemente a los Distritos y los vehículos de tracción trasera y delantera aún no se han recibido, no obstante que el proyecto está en una etapa avanzada). Estas situaciones han creado frustración y pérdida de credibilidad dentro del Ministerio de Salud y los Distritos de Salud. El Gobierno no ha podido llenar las vacantes ni absorber nuevo personal a nivel de distrito. JSA se ha integrado a la estructura de manejo de la UMP de tal manera, que se ha recargado de tareas administrativas que le impiden prestar la asistencia técnica necesaria, especialmente a nivel departamental y distrital. El haberse involucrado en esta forma, ha comprometido la independencia de JSA como analista, asesor y proveedor de asistencia suplementaria, y ha complicado a USAID su tarea de hacer cumplir a JSA sus obligaciones contractuales. La estructura organizacional del Proyecto confunde las funciones y las líneas de autoridad y no tiene en cuenta la autonomía institucional, lo cual pone limitantes al momento de asignar responsabilidades.

Por otra parte, se han presentado inconsistencias entre el diseño del Proyecto (la Descripción del Proyecto (DP), el Convenio con el Ministerio de Salud y el Contrato con JSA), las realidades descubiertas durante la implementación del Proyecto (exigencias de tipo administrativo, interrogantes sobre estrategias, etc.) y la capacidad de las agencias involucradas para llevar a cabo sus respectivas labores contractuales (Ministerio de Salud, JSA, y USAID). En algunos casos, bastante obvios, las inconsistencias han sido resueltas. Tales son los casos del incremento del personal de finanzas, administración y adquisiciones del CCH y de JSA y el haber recurrido a las ONG para llevar a cabo los proyectos de agua y saneamiento. Pero en otros casos, particularmente aquellos concernientes a la definición de roles, funciones y responsabilidades de las agencias involucradas, ninguna de las partes interesadas ha dado los pasos necesarios para hacer los ajustes oportunos y duraderos que sean necesarios.

Una buena parte de los recursos destinados por A.I.D. para los programas nacionales de Control de Enfermedades Diarréicas/TRO e inmunización, han sido o están siendo programados en la actualidad. Esto alivia en gran parte las presiones impuestas al personal del Proyecto, quienes ahora pueden dedicarle mayor atención a las actividades de SSI. El programa de Chagas ha iniciado trabajo de campo en dos áreas, incluyendo un modelo comunitario integrado bastante prometedor a través del Proyecto Británico-Boliviano "Cardenal Mauer," una especie de ONG en Chuquisaca. Este programa acaba de arrancar en 1991 y en esencia funciona independientemente de la estrategia del SSI.

El componente de Supervivencia Infantil Integrada actualmente está prestándole asistencia directa a cuatro Distritos de Salud y se prevee la asistencia a un nuevo Distrito a principios de 1992, por medio de un contrato con la agencia Project Concern International (PCI). Se han concentrado recursos a nivel distrital, mientras que a las unidades sanitarias regionales se les ha dado un apoyo mínimo. Un avance positivo, aunque tardío, ha sido la introducción de un modelo sanitario y de agua, el cual utiliza tecnologías apropiadas, hace partícipe a la comunidad en la toma de decisiones y manejo del sistema y parece ser que, por lo menos en la parte de aguas, este modelo es potencialmente viable. Hasta la fecha, tres sistemas han sido terminados y hay dieciseis más en construcción, casi todos con ayuda de las ONG. Sin embargo, la metodología que se está empleando no alcanza a integrar las intervenciones de supervivencia infantil con la organización de la comunidad ni con la promoción y educación de la salud, dentro del marco de un esfuerzo único y coherente a nivel comunitario.

Hasta el momento se han llevado a cabo las encuestas de base y evaluaciones de las necesidades en materia de educación de salud en cada uno de los Distritos. Estos estudios se han realizado sólo en aquellas comunidades en donde se espera crear un mayor impacto y donde se implementarán los proyectos de agua y sanitarios. También se ha diseñado un plan de educación en salud de gran cobertura, el cual

está basado en las necesidades específicas de los Distritos, pero cuya implementación está aún pendiente. Se han realizado algunos entrenamientos a nivel distrital y en el extranjero, pero fuera del contexto de un plan de entrenamiento completo que incluya el fortalecimiento, tanto de las funciones gerenciales, como de las tecnologías de supervivencia infantil.

El desarrollo institucional y la participación comunitaria, dos de los puntos principales de este proyecto, no han recibido la atención y enfoque necesarios para asegurar el sostenimiento del proyecto. Sí se han realizado actividades y se han destinados recursos que pueden contribuír al alcance de tales objetivos, pero en ausencia de coherencia y alcance en las estrategias y planes y por la falta de enfoque, estos esfuerzos tienden a dispersarse. Los esfuerzos en este proyecto hasta la fecha se han enfocado hacia la provisión de bienes y servicios, lo cual en algunos casos, particularmente en términos de estructuras de apoyo regional, puede ser contraproducente al desarrollo de sistemas y modelos duraderos. Hasta dónde debe lograrse la institucionalización del Ministerio de Salud, es un aspecto sobre el cual el Director General de este organismo y el Director Ejecutivo del CCH no se han puesto de acuerdo. Ambas partes están de acuerdo en que se deben desarrollar mecanismos de auto-financiación para realzar y sostener las operaciones comunitarias y distritales. No obstante, estas son dos áreas para las que no se prevee asistencia técnica alguna.

RECOMENDACIONES

Los resultados y conclusiones de esta evaluación intermedia conducen a un número de recomendaciones específicas que han sido expuestas en el Capítulo 6. Las siguientes recomendaciones, de tipo general, están encaminadas a obtener un impacto global a través de un plan de acción mas eficáz y eficiente, y orientadas hacia la preparación del terreno para acciones en áreas específicas.

1. **El constratista institucional, JSA, deberá continuar proporcionando asistencia técnica y contratar un Jefe de Equipo capaz e idóneo sin más demoras.** Se necesita mayor asistencia técnica con más enfoque, sin embargo, otras alternativas al contrato de JSA presentan más desventajas que ventajas. El próximo Jefe de Equipo deberá tener mucha visión y capacidades como administrador, negociador y analista. Se necesita un contratista que sea lo suficientemente independiente para balancear y a la vez complementar las distintas fuerzas entre las agencias involucradas. La clave para el éxito de esta empresa es la coordinación adecuada, el respetuo mutuo y una gerencia sólida.

2. **Las principales agencias participantes, CCH, Ministerio de Salud, JSA y A.I.D. deberán, a la mayor brevedad posible, iniciar un proceso concertado de desarrollo organizacional y planeación de estrategias.** Actualmente existen problemas

críticos que sólo podrán ser resueltos por medio de un esfuerzo conjunto, en el que abiertamente se examinen y redefinan soluciones. Esto deberá ser un proceso contínuo, dirigido por un experto externo, que deberá iniciarse inmediatamente después de posesionarse el nuevo Jefe de Equipo. Este proceso puede verse como un seguimiento posevaluativo y como plan de acción. Entre los resultados a producir deberán incluírse unos planteamientos de objetivos, acuerdo sobre prioridades actuales y roles de las distintas agencias, así como la redefinición de una estructura organizacional que maneje eficiéntemente la implementación de proyectos.

3. **La estructura gerencial del Proyecto deberá reflejar y apoyar las diferencias operacionales entre las funciones administrativas y técnicas, y la autonomía institucional de CCH/UMP, los Distritos Sanitarios del Ministerio de Salud y JSA.**

4. **El Proyecto necesita desarrollar estrategias coherentes y unificadas y unos planes de acción factibles y bien enfocados que incluyan el desarrollo institucional, la participación comunitaria, promoción y educación en salud, recolección de información, monitoría, evaluación, y capacitación de recursos humanos.** Se deberán emprender evaluaciones de necesidades para los componentes de desarrrollo institucional, participación comunitaria y capacitación. El desarrollo institucional deberá estar dirigido hacia el fortalecimiento de las funciones gerenciales; la participación comunitaria deberá incluír toma de decisiones gerenciales; la promoción y educación de la salud deberán incluír métodos y técnicas de educación informal; la recolección de información, monitoría y evaluación deberán incluír un proceso de retro-alimentación y análisis local; y, la capacitación de los recursos humanos deberá enforcarse hacia el mejoramiento en el rendimiento del personal y estar basada en las capacidades del personal.

5. **El Gobierno de Bolivia deberá llenar las vacantes existentes y crear nuevas posiciones de personal clave en todos los Distritos cubiertos por el Proyecto para el año 1992, de acuerdo a lo estipulado en el Convenio del Proyecto.** Recursos humanos adecuados son esenciales para alcanzar las metas del Proyecto. Los fondos **Ley Pública-480** (PL-480) deberán utilizarse anualmente en una escala gradual, con el fin de que el Gobierno de Bolivia pueda absorber los costos operacionales gradualmente.

6. **El componente de Supervivencia Infantil Integrada deberá dirigir sus esfuerzos hacia una estrategia que integre elementos de agua y sanitarios, promoción y educación de la salud y sistemas de apoyo administrativo.** La necesidades generales de la comunidad y la capacidad organizativa de la misma deberán ser las bases para el diseño de los métodos de implementación. El primer proyecto de demostración deberá ser dirigido a aquellas comunidades programadas para proyectos sanitarios y de aguas. Deberá desarrollarse también, una segunda estrategia que incluya la promoción y educación de la salud y mejoramiento del sistema administrativo a gran escala. Los sistemas de apoyo distrital deberán estar dirigidos hacia programación y

financiación local, manejo financiero, logística, supervisión, información y mantenimiento.

7. **JSA deberá suministrar asistencia técnica para diseñar y llevar a cabo operación investigativa que permita identificar y poner en prueba (1) mecanismos para financiamiento local, (2) modelos apropiados para selección de personal y (3) análisis de costos.** Los resultados de estos estudios pueden ser muy valiosos para replicar los modelos del Proyecto en el futuro. El Proyecto deberá empezar a rendir resultados innovativos y positivos que puedan ocasionar un cambio beneficioso en el Ministerio de Salud y otros Distritos.

8. **El Proyecto deberá fortalecer su sistema de liquidación financiera con la Secretaría de PL-480 mediante: (1) la aceptación de la oferta que hiciera la Secretaría para proporcionar entrenamiento; (2) la involucración de la oficina de A.I.D./ARD como garante; (3) la inclusión de aspectos claves del PL-480 dentro del manual de campo del Distrito; y (4) donde sea pertinente, desarrollar cartas de implementación de proyectos para obviar obstáculos.**

Es evidente que el status quo imperante en la organización y administración, así como en aspectos estratégicos del Proyecto no puede continuar, si lo que se quiere lograr es un aporte significativo y avances duraderos en los dos años y medio restantes. El CCH se encuentra en una encrucijada con un número de problemas por resolver. No obstante, aún se está a tiempo y existe el potencial para llevar a cabo una implementación eficáz y crear un cambio significativo y duradero tanto a nivel comunitario como distrital.

I. OBJETIVOS DE LA EVALUACION Y METODOLOGIA

El objetivo de esta evaluación es "medir el progreso hacia la consecución de las metas de implementación del Proyecto . . ." con énfasis específico en el componente de Supervivencia Infantil Integrada. Como evaluación intermedia que es de un proceso, ésta permite hacer un análisis y recomendaciones dirigidas a mejorarlo en el tiempo que resta del Proyecto. La evaluación se concentra en examinar "la eficacia con que se implementen las estrategias, la efectividad de la oficina del CCH y de los contratistas en el manejo del proceso de implementación de dichas estrategias, además de la viabilidad de los indicadores de impacto y los sistemas de recolección de datos."

La firma TvT Associates fué contratada por la Oficina de USAID/Bolivia para llevar a cabo esta evaluación intermedia. Un equipo de tres consultores externos fué enviado a Bolivia para realizar la evaluación. (Una lista de los miembros de este equipo, sus áreas de especialización y alcance de la evaluación aparecen en el **Anexo A**). Cabe anotar que, en el alcance del trabajo no se especificó la necesidad de incluír en el equipo de evaluación a un ingeniero sanitario (ing. civil) o un especialista en el Mal de Chagas (epidemiólogo). Por lo tanto, los aspectos técnicos correspondientes a esas dos intervenciones no son examinados en esta evaluación.

La oficina de Salud y Recursos Humanos de USAID en Bolivia organizó y facilitó la reunión de planeamiento que se condujo durante la primera semana que el equipo de evaluadores permaneció en Bolivia. Este equipo empleó un total de cuatro semanas en la recolección y análisis de información y la preparación del informe final que fué entregado a la misión de A.I.D. en Bolivia. La recolección de información incluyó la revisión de documentos, entrevistas con personas claves, observaciones de campo y reuniones con grupos focales de la comunidad.

Por lo menos dos miembros del equipo de evaluación visitaron cada uno de los cuatro Distritos del Proyecto y las correspondientes unidades sanitarias regionales, con el fin de llevar a cabo entrevistas, hacer las correspondientes observaciones de campo y recolectar información adicional acerca de la situación actual del Proyecto y la etapa de implementación en que se encuentra. Uno de los evaluadores también visitó el Proyecto Chagas en Chuquisaca. El personal del Proyecto y de JSA acompañó a los evaluadores en todas las visitas, con el fin de estimular la participación, obtener comentarios inmediatos de los participantes y así acelerar el procesos de retro-alimentación. El **Anexo B** contiene un programa de estas visitas y la lista de las persona contactadas. El **Anexo C** presenta una lista de los documentos y materiales examinados por los evaluadores. El Marco de Trabajo del Proyecto contenido en el **Anexo D** se utilizó como base para la evaluación. El **Anexo E** contiene un mapa del país con la ubicación de los Distritos del Proyecto.

Un proyecto de esta envergadura y complejidad, especialmente por el número de agencias involucradas, requiere para su éxito de una buena comunicación, mucha coordinación y concertación en la toma de decisiones. Por esta razón sería

conveniente llevar a cabo una reunión de trabajo, en la que las organizaciones participantes, a todos los niveles, revisen los resultados y recomendaciones de esta evaluación y tomen las medidas conducentes.

II. RESULTADOS DE LA EVALUACION EN MATERIA DE INTERVENCIONES

ESTRATEGIAS DE LOS COMPONENTES

Los componentes del Proyecto son: (1) Apoyo en Suministros al Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarréicas, (2) Apoyo del Programa Nacional de Inmunización al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), (3) Programa Distrital Integrado de Salud y Supervivencia Infantil, y (4) Control del Mal de Chagas.

Las siguientes son tres estrategias distintas que requieren capacidades gerenciales y administrativas distintas:

- Apoyo en materia de suministros para programas nacionales establecidos de supervivencia infantil (TRO, EPI).

- Apoyo operativo y de suministros, asistencia técnica y entrenamiento para una estrategia nacional integrada de servicios (apoyo integrado a nivel distrital).

- Proyecto-demonstración piloto diseñado con enfoque hacia el control del Mal de Chagas (para identificar las intervenciones apropiadas y contribuír al desarrollo de una estrategia nacional).

Aunque los componentes del proyecto tienen elementos comunes, cada uno tiene distintos parámetros. El colocar los cuatro componentes del Proyecto con tres estrategias distintas bajo una misma gerencia, ha creado un gran reto administrativo.

En vista de la complejidad de este Proyecto, y tal como se ha indicado anteriormente, la recolección y el empleo de datos sobre el desarrollo del mismo, son de suma importancia para lograr una buena administración e implementación eficáz de los distintos componentes. No obstante lo anterior, al iniciarse el Proyecto nunca se elaboró un plan sistemático para analizar el desarrollo y avances del mismo.

Los reportes indican que la distribución de sales de rehidratación oral (SRO) está seriamente restringida. Aún cuando el suministro de las SRO es aparentemente adecuado, la distribución del nivel nacional hacia los niveles regional, distrital y de zona no es sistemática ni confiable. Debido a la escaséz periódica el personal en algunos de los niveles distritales y de zona asumen que hay una escaséz general de suministros.

entrenamiento a los médicos en epidemiología y para campañas educativas de vacunación en las comunidades.

El componente de salud integrada ha funcionado, hasta la fecha, en cuatro Distritos. El enfoque general ha sido en planeación, administración, educación en salud y nutrición y mejoramiento de la infraestructura en general.

El sub-componente de aguas y saneamiento ha sufrido grandes cambios y actualmente es el centro de atención de las actividades del CCH. El enfoque del programa ahora incluye la promoción social y capacitación en colaboración con los comités comunitarios de agua y saneamiento. Hasta la fecha se ha terminado la construcción de los sistemas de agua en tres comunidades. El total de sistemas de aguas a construír durante la vida del Proyecto se ha visto reducido de 160 a 120. Actualmente hay más conciencia acerca de la necesidad de integrar las actividades sanitarias y de supervivencia infantil con avances en los trabajos de agua y saneamiento.

La ventaja de este esfuerzo integrado es que las actividades de supervivencia infantil pueden aumentar el programa de aguas proporcionándole así un doble beneficio a la comunidad. El proyecto de agua y saneamiento proporciona resultados tangibles al acabar con la transmisión de enfermedades diarréicas. Una vez que la comunidad adquiere experiencia en la organización y manejo a través de sus comités de agua y saneamiento, puede continuar con campañas de promoción de la salud. El comité de aguas, que es quien toma las decisiones sobre funcionamiento y mantenimiento del sistema de agua comunitario, puede tomar la responsabilidad no sólo de promover campañas de salud y de actividades educativas relacionadas con agua y saneamiento, sino también de actividades básicas relacionadas con la supervivencia infantil, incluyendo TRO, la promoción de la lactancia materna y otros temas relacionados con la salud.

EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

Hasta muy recientemente, la educación y promoción de la salud han estado limitadas a ciertas actividades comunitarias, en lugar de responder a una estrategia global previamente planeada. La mayoría de las actividades educativas de salud en las comunidades han incluído charlas a grupos pequeños, educación individualizada en los hogares y puestos de salud y mensajes radiales sobre supervivencia infantil. En el caso del Programa Chagas en Chuquisaca, la ONG contratista ha desarrollado e implementado una estrategia de educación en salud que incluye métodos de motivación y participación bien claros y definidos que conlleven a un cambio en los patrones de comportamiento.

El personal del Proyecto y de JSA han reconocido que las actividades educativas emprendidas hasta la fecha han sido intervenciones aisladas, que no corresponden a ninguna estrategia global. Por esta razón, se hizo un diagnóstico en los cuatro Distritos del Proyecto, el cual trajo como resultado una serie de recomendaciones que dieron inicio a una propuesta elaborada por el sub-contratista CIENTIFICA.

Una parte esencial de la estrategia propuesta es el diseño y desarrollo de una serie de módulos, así como la planeación e implementación de lo siguiente:

- Registro de materiales educativos;
- Inventario de recursos humanos e instituciones;
- Preparación y producción de materiales educativos;
- Entrenamiento de entrenadores (departamental y distrital);
- Capacitación del personal de salud a todos los niveles;
- Asistencia y supervisión;
- Cursos de capacitación por correspondencia;
- Diseño y uso de medios de comunicación; y
- Monitoría y evaluación.

La estrategia global propuesta por CIENTIFICA es bien detallada y sólida desde el punto de vista técnico. Además, incluye el uso de métodos y técnicas educativas informales para adultos, la retro-alimentación inmediata y el análisis local de información y materiales.

Aún cuando hasta ahora la educación en salud no ha sido un aspecto central del Proyecto, es evidente que en los últimos meses se le ha considerado cuidadosamente. Los planes propuestos son ambiciosos y de gran alcance, pero al igual que en otros casos, estos planes no están encerrados dentro de un marco conceptual sólido; se requiere darles un mayor enfoque antes de iniciar el proceso de implementación.

DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Ministerio de Salud es, a la vez, ente implementador y receptor de servicios y beneficios del Proyecto. Por otra parte, "las unidades sanitarias del Ministerio en cada departamento tienen la responsabilidad de planear y apoyar los programas a implementar en cada Distrito" (DP, página 10), "dejando la responsabilidad de manejar la implementación del Proyecto en manos de los Distritos individualmente . . . " (DP, Anexo 1, página 11). Asímismo, el CCH aspira a "fortalecer la capacidad de las unidades sanitarias para proporcionar . . . apoyo técnico, financiero y administrativo" a los Distritos (DP, página 8). Al mismo tiempo sin embargo, la

propuesta asume que el Ministerio de Salud, especialmente a nivel regional, ya tiene suficiente capacidad institucional y administrativa para implementar el Proyecto . . . " (Marco de Trabajo, Presupuesto 3 de los Objetivos).

Estas declaraciones hasta cierto punto contradictorias, han contribuído a crear confusión y hacen difícil determinar con exactitud, cuáles son las relaciones operativas entre la Gerencia del Proyecto, las divisiones centrales del Ministerio, las unidades sanitarias y los Distritos de Salud y las responsabilidades de cada una de éstas. En muchos casos se utiliza el término "Ministerio de Salud" indistintamente en documentos del Proyecto, sin especificar a qué nivel u oficina se quiere referir. En ausencia de precisión y acuerdo, las estrategias de implementación del proyecto y de desarrollo institucional se han dejado a la discreción de unos pocos individuos, hasta el punto en que ellos controlan individualmente el Proyecto y los recursos de la contraparte.

Estos son problemas críticos si se considera que el Ministerio, en conjunto con el CCH y otros donantes, están emprendiendo una gran estrategia que hace énfasis en "el fortalecimiento de los servicios de salud; en la participación activa, organizada y consciente de la comunidad; en la regionalización de los servicios de salud; y la coordinación intra- e inter-sectorial" (DP, página 6). El elemento fundamental e indisputable de esta estrategia es la decentralización de la responsabilidad y funciones gerenciales y el fortalecimiento de los Distritos de Salud.

El Ministerio de Salud actualmente está pasando por un período de reestructuración de funciones y responsabilidades a nivel regional, en un esfuerzo por alcanzar la regionalización y decentralización del organismo. La eficacia de estos esfuerzos, la cual está directamente relacionada con el CCH, dependerá en gran parte del acuerdo que logren, las distintas agencias donantes y sus respectivas divisiones encargadas de implementación, sobre la definición de las relaciones operativas y sus respectivos roles. Esto en particular es muy importante en lo tocante al desarrollo institucional dentro del Ministerio de Salud y a la prestación de asistencia técnica por parte de las agencias donantes.

El desarrollo institucional es uno de los tres objetivos primordiales del CCH. Sin embargo, al Proyecto todavía le falta desarrollar una estrategia concreta para alcanzar este objetivo, la cual incluya como mínimo: la definición de indicadores del estado de terminación del Proyecto; las instituciones afectadas, los impedimentos a sobreponer y el rol de las ONG; y un conjunto de actividades o intervenciones coordinadas. Ahora en su tercer año, el Proyecto carece de todos estos elementos que sirvan para guiar y coordinar las acciones del Ministerio y de los donantes así como las actividades de asistencia técnica.

El desarrollo institucional es una de las principales inquietudes del Componente II, Supervivencia Infantil Integrada (SII) de los distritos. A pesar de que

el Componente I, Apoyo al Programa Nacional de Inmunización, menciona el uso de un sistema logístico, de cadena de frio y la creación de un sistema de supervisión y vigilancia como uno de los impactos que se espera crear (DP, página 11), pero más de dos tercios del presupuesto propuesto para este componente está destinado a la compra de insumos. Todo el presupuesto del Componente II, Control de Enfermedades Diarréicas a nivel nacional, es también para suministros. Por cierto que la DP indica que "el Proyecto no determinará ni solicitará la prestación de servicios ni resultados intermedios sobre desarrollo institucional asociados con este componente" (DP, página 12). Tampoco se hace mención al desarrollo institucional en la enmienda al documento que establece el Componente IV, Control del Mal de Chagas.

El desarrollo de la capacidad institucional y organizativa es una tarea compleja, que requiere bastante tiempo, e involucra cambios en la forma como la organización opera internamente, y en muchos casos también la forma como ésta se relaciona con otras organismos. Esto implica mucho más que la simple provisión de bienes, incremento en el personal y otras inversiones. Además requiere de un consenso en cuanto a los objetivos institucionales y estrategias y sobre la estructura y procesos administrativos. Por otra parte, necesita resolver los impedimentos de tipo social, técnicos y administrativos que puedan existir dentro de la organización.

Dentro del Ministerio de Salud existen un número de impedimentos de tipo institucional que afectan directamente, la eficacia con que las intervenciones del CCH son implementadas y el punto hasta el cual podrán mantenerse los beneficios del proyecto. Es improbable que estos impedimentos y las interrelaciones entre éstas puedan identificarse y resolverse adecuadamente en ausencia de una estrategia sólida bien dirigida y un plan de acción enfocado hacia el desarrollo institucional. También es de crítica importancia que el Ministerio tenga una estrategia única reconocida y un plan de acción para desarrollo institucional, que se aplique igualmente dentro del mismo Ministerio y para las iniciativas de los distintos donantes internacionales.

Hasta el momento, dicha estrategia o plan de acción no han sido desarrollados para, o por el CCH, para hacer frente al objetivo de desarrollo institucional en una forma integrada, bien enfocada y de gran alcance. El Proyecto no ha llevado a cabo un diagnóstico de las limitantes institucionales, las causas subyacentes de éstas y los posibles efectos que tengan en los objetivos del Proyecto, particularmente a nivel regional, que es donde se realizan labores de apoyo indispensables y relativas a la financiación de la salud a nivel distrital y local.

El CCH concientemente ha pasado por alto a las unidades sanitarias en el desarrollo y sostenimiento de los Distritos de Salud. Fuera de los talleres de orientación iniciales, no ha habido un proceso sistemático de análisis y planeación que incluya a la Unidad de Administración del Proyecto, el contratista de asistencia técnica o a los funcionarios regionales y distritales de las Regiones Sanitarias. Un

funcionario de la Unidad Sanitaria ha sido designado "coordinador regional" para servir como punto central para las actividades del CCH en cada oficina regional. Estos nombramientos se han hecho para compensar, en parte, por la falta de grupos de asesoría técnica que se especificaron en la DP, pero que nunca fueron organizados. Dentro de las razones que se dieron para pasar por alto a las unidades sanitarias están los cambios constantes de personal administrativo, la falta de interés cuando no se recibe un beneficio personal (El Banco Mundial y el BIRF han establecido la práctica de ofrecer altos salarios para mantener el interés de su personal de proyectos), y las relaciones interpersonales negativas entre el personal del Proyecto y las unidades sanitarias. En vez de frenar la participación de los interesados, estas restricciones deberían ser razón suficiente para tratar de buscar conjuntamente el análisis, la planeación y resolución de los problemas.

El CCH ha contratado con tres ONG locales, la implementación de las obras sanitarias y de aguas en los Distritos de Salud. Esto se hizo después de que el Proyecto determinó que el DSA del Ministerio de Salud no estaría en capacidad de proporcionar estos servicios. Recientemente, el Proyecto ha subcontratado también con una organización internacional privada, Project Concern International (PCI), la ejecución de actividades de entrenamiento y desarrollo en un quinto Distrito de Salud. El empleo de las ONG y OVP para aumentar la capacidad del Ministerio de Salud y ampliar la cobertura de atención de salud primaria en Bolivia es algo apropiado y que ha sido apoyado tanto por el Ministerio como A.I.D. Sin embargo, no está bien claro si a largo plazo el servicio de las ONG se incorporará (ni a través de que medios, como por ejemplo mediante lineamientos o el desarrollo de una política) formal y sistemáticamente dentro de la capacidad institucional de las unidades sanitarias.

El desarrollo institucional está directamente relacionado con otros tres aspectos que se discuten en detalle en otras secciones de este reporte. El primer aspecto se refiere al tipo y colocación de asistencia técnica. JSA Healthcare, el contratista institucional, no ha proporcionado los consultores especialistas en desarrollo organizacional; no existen asesores a nivel regional y solo en un caso las funciones de asesoría y desarrollo están siendo suministradas por un funcionario distrital de tiempo completo. El segundo es que, si bien se ha suministrado entrenamiento en áreas técnicas--y para tareas específicas tales como llenar formularios--no existe un plan de entrenamiento estructurado que cubra las necesidades de desarrollo institucional, en particular funciones administrativas. En tercer lugar, no se han definido los indicadores y sentado las pautas para la monitoría y medición de la efectividad de avance del Proyecto hacia el logro del desarrollo institucional.

La Descripción del Proyecto en la sección Análisis Institucional (páginas 45-48), incluye una letanía de las, ya conocidas y ampliamente aceptadas, deficiencias institucionales y de manejo del Ministerio de Salud, como son la falta de coordinación

entre las unidades; duplicación de funciones; el análisis limitado de información y falta de retro-alimentación; las instalaciones mal equipadas y sub-utilizadas; la escaséz y movimientos de personal; personal mal entrenado y remunerado; falta de motivación, supervisión y continuidad; etc. El Proyecto no ha llevado a cabo una evaluación de las necesidades y prioridades específicas de las regiones y distritos en los que se está trabajando. Tampoco se han definido unos planes de acción para el desarrollo institucional y el mejoramiento de la gerencia, basados en las necesidades prioritarias a nivel operacional. En un principio, los directores de las unidades sanitarias del Ministerio de Salud sometieron por solicitud que hiciera el Proyecto, una lista de los pedidos en los cuales deseaban invertir los recursos del Proyecto destinados a sus respectivas unidades. Dichos pedidos fueron rechazados por la Unidad de Administración del Proyecto como inapropiados, sin que hasta la fecha se haya efectuado un análisis o planeación al respecto con las unidades sanitarias.

La Descripción del Proyecto propone cuatro áreas de "rendimiento institucional" a analizar a nivel distrital (DP, páginas 15-17). Dichas áreas se refieren a los recursos humanos (capacitación del personal y de los trabajadores de salud comunitaria, así como el lleno de vacantes) y el desarrollo de sub-sistemas administrativos (programación local, sistema de información de salud (SIS), supervisión, entrenamiento y referimiento de pacientes). Hasta la fecha algún progreso se ha logrado en las áreas de capacitación, planeación anual (se han elaborado marcos de trabajo para cada distrito) y recolección de información. Pero el Ministerio de Salud tiene aún pendiente llenar las vacantes, devolver a los distritos aquellas posiciones que fueron entregadas en calidad de préstamo a otras localidades, o crear nuevas posiciones para cubrir al personal contratado con carácter temporal por el Proyecto.

Se propuso medir los "resultados en los servicios de apoyo" de las unidades sanitarias (DP, página 17). De acuerdo con estos resultados, las unidades sanitarias han suministrado algún entrenamiento al personal de distrito y a los trabajadores de salud comunitaria; los coordinadores regionales han efetuado visitas de supervisión a los distritos del proyecto; y las unidades sanitarias han estado suministrando vacunas, paquetes de SRO y algunos otros insumos. Esta actividades, sin embargo, no representan ninguna novedad ni mejoría en términos del manejo de sistemas o funciones. De especial importancia cabe destacar, que ni las unidades sanitarias ni el contratista de asistencia técnica ha diseñado o llevado a cabo una evaluación administrativa o investigaciones operativas como se propuso inicialmente.

CAPACITACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Las actividades de entrenamiento y desarrollo de los recursos humanos han incluído tanto entrenamiento individualizado como cursos sobre administración para los directores distritales; métodos de enseñanza participativa; y cursos para enfermeras auxiliares y otros a nivel comunitario. No obstante, hasta la fecha éstas actividades no responden a una estrategia global de capacitación y desarrollo de recursos humanos, no tienen unos objetivos específicos de enseñanza y aprendizaje, ni se han definido el contenido, la metodología ni los recursos a utilizar.

Dos empleados del Ministerio de Salud, de un total de 20, han recibido entrenamiento en el exterior. El Proyecto ha facilitado el entrenamiento de otro personal dentro del país, en materia de epidemiología y en el uso de un paquete de software para el manejo de información de encuestas investigativas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Actualmente está en estudio una propuesta por medio de la cual se desarrollará y apoyará entrenamiento a nivel de máster en la Universidad Nur de Santa Cruz.

PARTICIPACION COMUNITARIA

A pesar de que la participación comunitaria es reconocida como parte vital del Proyecto, los esfuerzos se han concentrado mayormente en las áreas de agua y saneamiento, que es donde los beneficiarios están más directamente involucrados en el proceso de toma de decisiones. El Distrito de Salud del Valle de Carrasco ha trabajado muy de cerca con los sindicatos agrarios de hombres y mujeres, ha organizado por lo menos cuatro comités de salud bien estructurados, y tiene cuatro comités más en proceso de formación. Los otros distritos también están en vías de crear comités de salud comunitaria.

En este caso, al igual que en el caso de entrenamiento y desarrollo institucional, no existe una estrategia específica, ni un plan de acción definido que guíe los esfuerzos de participación comunitaria.

III. RESULTADOS EN MATERIA DE ADMINISTRACION DEL PROYECTO

DISPONIBILIDAD DE INVERSION FINANCIERA

El presupuesto actualizado del Proyecto (ver **Anexo K**) está contenido en la Carta de Implementación No. 13 y tiene un valor total de US$24.5 millones provenientes de cuatro fuentes: una Cuenta Directa de A.I.D.; una Cuenta Especial de A.I.D.; y dos Cuentas Secretariales de PL-480. De la cuenta directa se efectúan pagos sobre los cuales la misión de A.I.D. en Bolivia ejerce control directo, tales como los contratos de compra de ciertos bienes y servicios. El contrato con JSA y el CDC son ejemplos de contratos de servicios manejados a través de la cuenta directa de A.I.D. La cuenta Especial de A.I.D. cubre pagos sobre los cuales la Unidad de Administración del Proyecto tiene control directo. Una de las cuentas de PL-480 está destinada a actividades del componente de Chagas (Componente IV); la otra cuenta de la PL-480 es para actividades de inmunización y de supervivencia infantil integrada.

El costo total del proyecto, US$24.5 millones está financiado así: US$16.5 millones de aportes de A.I.D. (ambas cuentas, directa y especial); y US$8 millones de contribuciones de PL-480 (ambas cuentas).

La A.I.D. y PL-480 pagan por separado los costos del Proyecto que les corresponde. La A.I.D financia todo el Componente I, mientras que los tres componentes restantes del Proyecto son financiados conjuntamente por A.I.D. y PL-480, de acuerdo con cada rubro presupuestal. No obstante, esta combinación de financiaciones del Proyecto puede resultar algo compleja. Con el fin de tener claridad acerca de qué organización paga por cada personal del Proyecto, se incluye el **Anexo I**. Este anexo indica el personal que es pagado a través de la cuenta especial A.I.D. (Fondos CCH-USAID); la cuenta directa de A.I.D. (Fondos JSA); la cuenta Chagas PL-480; y la otra cuenta PL-480 no Chagas. Cabe una aclaración acerca de este anexo. Los directores de distrito aparecen en este cuadro porque el Proyecto les pagó viáticos, aunque sus salarios son cancelados directamente por el Gobierno de Bolivia. Es importante aclarar que, en general, el personal de campo y los costos operativos son financiados con fondos de PL-480, razón por la cual demoras en el recibo de fondos de la Secretaría de PL-480 tendrían un gran impacto en las operaciones de campo y la moral del personal.

Con el fin de determinar la disponibilidad de fondos de la A.I.D., se revisó el Reporte Financiero que hiciera ésta última fechado noviembre 6, 1991 (ver **Anexo M**). Además, se solicitó la opinión de un grupo selecto de personas que trabajan en el proyecto, acerca de la disponibilidad de fondos de A.I.D. para cada uno de los cuatro componentes. El consenso general parece ser el siguiente:

- A pesar de que los fondos no se han gastado aún, un gran porcentaje de dichos fondos ya ha sido comprometido o está en proceso de serlo. Esto es cierto en los casos de los Componentes II y IV. El porcentaje de fondos disponible para el Componente II es del 12 por ciento y para el Componente IV de sólo el 1 por ciento.

- Aparentemente, A.I.D. tiene un compromiso a largo plazo con los Componentes I, II y IV y probablemente canalice fondos adicionales en estas áreas, ya sea a través del proyecto actual o de otro futuro.

- Es posible que A.I.D. no quiera hacer variaciones en el nivel de financiación del Componente II, pero sí redefinir el enfoque de este componente. Tal redefinición puede incluír un número menor de distritos de los programados inicialmente (o sea 6 en vez de 11). También es posible que la revisión del componente traiga consigo un mayor énfasis en las obras de agua y saneamiento.

- La A.I.D. querrá redefinir el enfoque del Componente I que actualmente enfatiza la adquisición de SRO. Algunos de los entrevistados indicaron que algunos fondos podrían ser trasladados a educación y/o distribución, pero que una transferencia de fondos deberá estar basada en un plan escrito que establezca relaciones con otros componentes, como por ejemplo, las actividades de entrenamiento del Componente III.

ESTRUCTURA Y CAPACIDAD ADMINISTRATIVA

Es importante mencionar, que el CCH no es un ente jurídico separado. Aún cuando esté registrado ante el Gobierno de Bolivia, no es una entidad bajo dicho Gobierno o las leyes de los Estados Unidos. Mas bien, el CCH es un proyecto de tiempo limitado en el cual participan varias organizaciones, a saber: el Ministerio de Salud, USAID, la Secretaría de PL-480; y varios contratistas como JSA healthcare, el Centro para Control de Enfermedades (CDC), Medical Services Corporation International, y más recientemente, cuatro organizaciones voluntarias privadas (OVP).

El convenio del proyecto (conforme a la modificación de la Carta de Implementación del Proyecto # 16) indica que el Proyecto tiene un Consejo Ejecutivo que consiste del Ministro de Salud, el Subsecretario de Salud, el Director General de Salud, el Director Ejecutivo del Proyecto, el Asesor de TAACS y, en capacidad de asesor, el Jefe de Equipo de JSA. En teoría, este Consejo podrá ofrecer dirección general en definición de políticas del Proyecto, incluyendo ayuda en la institucionalización del mismo a largo plazo dentro del Ministerio. Hasta la fecha el Consejo ha funcionado en forma irregular.

El Convenio del Proyecto también estipula el establecimiento de un consejo técnico que se reunirá mensualmente. La finalidad de este consejo es supervisar el avance de los cuatro componentes del Proyecto y resolver los problemas de tipo operativo y técnico.

JSA es la firma contratada por USAID/Bolivia para llevar a cabo una variedad de tareas que incluyen: suministro de personal para ciertas posiciones; suministro de asistencia técnica y entrenamiento; y monitoría de los fondos de PL-480. En vista de que el contrato con JSA no es una donación ni un convenio de cooperación, USAID/Bolivia tiene un papel significativo en el control y vigilancia del contrato con JSA. Esta monitoría es proporcionada por la oficina de Salud y Recursos Humanos de USAID en Bolivia.

Inicialmente, se subestimó la infraestructura administrativa del CCH que se necesitaba para apoyar este Proyecto. A medida que se hizo evidente la necesidad de personal áltamente técnico para manejar la gerencia financiera y las adquisiciones, y dar apoyo administrativo al Proyecto, se fué agregando más personal.

ADMINISTRACION, ADQUISICIONES Y LOGISTICA

El Proyecto ha tenido un comienzo lento, según indica la siguiente cronología de eventos. El convenio de donación de fondos se firmó en julio de 1988; el contrato con JSA se firmó en diciembre 4 de 1989; y la mayoría de las personas que conforman el personal del Altiplano de Distrito Sur han estado vinculados por menos de un año. Estas son muchas de las razones para ese lento comienzo, pero el factor principal es en realidad haber tenido que crear, desde la base, una estructura administrativa para un proyecto tan complejo y con una multiplicidad de participantes.

En retrospectiva, el Proyecto pudo haber previsto la carga administrativa que ocasionaría el cumplir con los requisitos áltamente especializados de USAID y PL-480 y asignar más personal administrativo al Proyecto. Desafortunadamente el Proyecto empezó con un número limitado de personas con un conocimiento limitado de aspectos críticos, tales como los requisitos de informes financieros y de adquisiciones de PL-480, manuales de la A.I.D. (tales como el Manual 11 para compras financiadas por A.I.D.). Si el Proyecto hubiese tenido especialistas internos con conocimientos de las normas y reglamentos de PL-480 y A.I.D., el Proyecto tal vez hubiese avanzado más rápidamente y confrontado menos problemas.

El Proyecto parece haber desarrollado una capacidad interna sustancial en el manejo de asuntos concernientes a PL-480 y A.I.D.

Otro factor significativo que ha afectado la administración del Proyecto es la larga demora en conseguir un Jefe de Equipo. La persona designada inicialmente en la propuesta de JSA fué reemplazada antes de que llegara. El segundo candidato elegido para reemplazar al primero no funcionó. Tal vez un Jefe de Equipo con suficiente visión y capacidad hubiese podido reunir los esfuerzos de todos los jugadores y sobreponer los obstáculos que se le presentaron al Proyecto. Para llenar ese vacío, el Especialista en Educación en Salud de JSA, quien es también el Asistente del Jefe de Equipo, asumió las responsabilidades administrativas, quitándole así tiempo de sus obligaciones técnicas.

Otra preocupación expresada por JSA, es la percepción de que la oficina principal de JSA está reduciendo su participación en actividades internacionales, para concentrase más en operaciones internas dentro de los Estados Unidos. Varios funcionarios claves con orientación hacia el área internacional han renunciado de JSA y no han sido reemplazados, lo cual crea la interrogante sobre la voluntad y capacidad de JSA para proporcionar apoyo técnico al contrato en Bolivia.

Entrevistas con personal del Proyecto indican que existe un poco de ambigüedad acerca del papel de JSA en este Proyecto. Se expresaron opiniones sobre JSA como asesor técnico (o sea, en materia de educación en salud); un implementador (en materia de agua y saneamiento); y un administrador (en cuanto a la vigilancia de los fondos de PL-480). Es posible que JSA haya ejercido todos estos roles a medida que el Proyecto ha ido pasando por un proceso de auto-definición. Fué así como cuando la PL-480 se convirtió en un área problema, JSA se vió obligado a ocupar un papel más activo en la resolución de los problemas financieros de PL-480. El nombramiento oportuno de un Jefe de Equipo capacitado hubiese ayudado a resolver estos problemas en consulta con el personal de la misión de A.I.D. y el director ejecutivo del Proyecto, y de esta manera ofrecer al Proyecto un punto de vista mas sólido.

En las reuniones iniciales realizadas por el equipo de evaluación y las personas involucradas en el Proyecto, se planteó la situación financiera con la PL-480 como un aspecto problema, por lo cual uno de los miembros del equipo de esta evaluación, dedicó una parte considerable de su tiempo a revisar esta área.

El problema básico con la Secretaría de PL-480 ha sido el flujo demorado de fondos. Para entender mejor el aspecto sobre liquidación de fondos, a continuación se explican brevemente los procedimientos financieros de la PL-480. La Secretaría de la PL-480 hace dos descargos de fondos a la Unidad de Administración del Proyecto: uno para actividades de Chagas y otro para actividades no relacionadas con el componente Chagas. La Unidad de Administración del Proyecto entonces debe rendir cuentas de por lo menos el 70 por ciento de esos descargos. Una vez que la Secretaría de la PL-480 aprueba ese 70 por ciento de las cuentas rendidas para el primer avance, procede entonces a hacer el siguiente descargo.

Ha sido difícil para el Proyecto rendir unas cuentas aceptables del 70 por ciento de los descargos, principalmente por dos razones: primero, que alguna de la documentación no cumplía con los requisitos de la PL-480 y segundo, que algunos de los costos que se incurrieron no estaban de acuerdo con los rubros en el presupuesto aprobado por la PL-480.

La demora de la Secretaría de la PL-480 en el suministro de fondos ha ocasionado demoras en las actividades del Proyecto. Por ejemplo, el personal en el Distrito del Valle de Carrasco adujo que el postergamiento de los programas de entrenamiento se debió a la falta de fondos. Un segundo efecto de la demora en flujo de fondos PL-480 ha sido la gran cantidad de energías empleadas por el personal administrativo, tanto a nivel central como distrital en lidiar con la Secretaría de la PL-480. Se espera que una vez resueltos los asuntos con la PL-480 y el sistema de flujo de fondos empiece a funcionar normalmente (lo cual parece que está próximo), todas estas energías serán empleadas en otras tareas administrativas del Proyecto.

Para proporcionar un poco de perspectiva histórica acerca de porqué el Proyecto ha tenido dificultades en satisfacer los requisitos contables de la PL-480, en relación con el 70 por ciento de los descargos, se presenta el ejemplo del Distrito del Altiplano Sur. Este ejemplo es representativo de lo que está ocurriendo en otros distritos en relación con la situación de la PL-480. El Distrito Altiplano Sur empezó a incurrir en gastos locales en septiembre de 1990. En ese tiempo, no había un administrador distrital, por lo tanto, el director distrital, un médico, debió responsabilizarse de los gastos y rendición de cuentas del Proyecto. El administrador distrital fué contratado en enero de 1991. Un taller de entrenamiento sobre manejo financiero de fondos de la PL-480 fué conducido por la firma Coopers & Lybrand en febrero de 1991. En consecuencia, los gastos del Proyecto para el período septiembre 1990-febrero 1991 se efectuaron sin que estuviese en funcionamiento, a nivel distrital, el sistema para contabilizar apropiadamente los fondos PL-480.

Aunque los registros contables del distrito del Altiplano Sur preparados para el período posterior al entrenamiento de Coopers & Lybrand posiblemente estén en regla, éstos no podrán ser aprobados hasta tanto la Secretaría no acepte los primeros registros contables correspondientes al período septiembre 1990-enero 1991. Al momento de escribir este reporte, se espera que algunos asuntos del Altiplano Sur que están pendientes de los meses anteriores sean resueltos a finales de diciembre de 1991.

La relaciones con la Secretaría de la PL-480 parecen ser tirantes debido a que la contabilidad inicial sometida por los distritos locales no estaba conforme a las normas de la PL-480, pero también porque se llevaron a cabo algunas transacciones con las cuales no estaba de acuerdo la Secretaría. Entre éstas están la compra de un vehículo para el proyecto Chagas que no cumplía los requisitos del Gobierno de

Bolivia; el pago de un sobre-sueldo a un funcionario del Ministerio de Salud; y la transferencia de fondos de la cuenta Chagas de la PL-480 a la cuenta no-Chagas.

Es evidente que han habido mejoras en el desarrollo de registros contables adecuados que cumplan con los requisitos de la PL-480. El seminario de Coopers & Lybrand sirvió de ayuda en este respecto, sin embargo, el entrenamiento individualizado suministrado a los administradores distritales por Andrés Yale de JSA y Daysi Vera de la Unidad de Administración del Proyecto han sido la razón principal por la cual la contabilidad a nivel distrital está en orden.

Al momento de escribir este documento el estado de rendición de cuentas PL-480, de los tres distritos restantes es la siguiente:

- Dos distritos están relativamente al día, habiendo aclarado el período inicial de cinco meses, y la mayoría de los meses subsiguientes; y

- Un distrito (Totota) está aún atrasado en la aclaración de sus registros contables. (Aparentmente la persona que ocupa la posición de administrator en Totota no es idónea y se le está buscando reemplazo.)

Recientemente surgió un problema, el cual puede solucionarse fácilmente, cuando la Secretaría de la PL-480 envió una carta al Proyecto solicitando la entrega de los correspondientes reportes técnicos trimestrales. Aunque la oficina de programas de A.I.D. es a quien le corresponde recibir dichos reportes, por ser la responsable directa de la supervisión técnica del Proyecto, aparentemente es un requisito de cortesía enviarle a la Secretaría copia de los reportes técnicos trimestrales. Uno de los miembros del personal de PL-480 consideró que estos reportes no han sido presentados en forma apropiada. Por ejemplo, algunas de las secciones están en inglés en vez de español, lo cual puede corregirse sin demora. No obstante, la Secretaría ha indicado que suspenderá los descargos hasta cuando se presenten los reportes en forma apropiada.

La Secretaría de la PL-480 también ha indicado que hay problemas en el recibo de los registros contables, ya que éstos llegan todos de golpe, en lugar de llegar en grupos pequeños. Lo que en realidad quiere decir que se están enviando registros que cubren muchos meses a la vez, en lugar de períodos cortos. De acuerdo con el personal de la PL-480, ésta práctica le está imponiendo una carga muy pesada al personal que hace la revisión. Ocurre que el Proyecto demora el envío de los registros hasta tanto todos los documentos no estén en orden para ser aceptados por la Secretaría y así evitarse retrasos en la expedición de los descargos del 70 por ciento. Este problema de envíos de grandes paquetes de registros contables se irá solucionando poco a poco, una vez que el Proyecto se ponga al día con los meses anteriores y normalice los envíos mensuales.

De acuerdo con la Secretaría, el estado actual de ambas cuentas de la PL-480, en términos del cumplimiento con el reembolso del 70 por ciento, es el siguiente: la cuenta Chagas ha cumplido con un 50 por ciento y la no-Chagas con un 28 por ciento. Según Andrés Yale, se espera que la cuenta no Chagas alcance a enviar información contable a finales de diciembre de 1991 para cumplir con el requisito del 70 por ciento (ver **Anexo G**). Se calcula que la cuenta Chagas enviará la información contable que cumplirá con el requisito del 70 por ciento a finales de diciembre de 1991. El personal contable del Proyecto indicó, que la oficina central y la de Sucre está bastante al día con la contabilidad, mientras que las de Tarija y Cochabamba están atrasadas.

Andrés Yale cree que en 1992 la contabilidad de la PL-480 será manjeada con mayor eficiencia debido a que se tomarán las siguientes medidas:

- Fortalecimiento del sistema presupuestal para que los presupuestos distritales estén de conformidad con el presupuesto general de la PL-480.

- Instalación de un sistema computarizado en cada distrito con controles contables incorporados.

- Envío a la oficina central del Proyecto de los informes contables mensuales de cada distrito, dentro de los primeros cinco días del mes siguiente.

- Fortalecimiento del manual contable de los distritos.

La participación del Proyecto en el proceso de adquisiciones ha sufrido cambios. En un principio se pensó que la mayor parte del proceso de adquisiciones sería manejado por la misión de USAID, pero en vista de que la filosofía de la misión es la de delegar en los proyectos gran parte de las compras, este Proyecto ha tenido que hacerse cargo de un volúmen mas grande que el previsto inicialmente. En vista de que debió manejar compras a gran escala, el Proyecto se vió obligado a pasar por el proceso de "certificación" que indican los requisitos del Manual 11.

El cambio que tuvo el Proyecto, hacia el fortalecimiento de sus capacidades para manejar el proceso de adquisiciones, se debió no sólo al deseo de A.I.D. de delegar dichas funciones, sino también a que se sobrestimó la capacidad del Ministerio de Salud para implementar los proyectos de aguas y saneamiento. En consecuencia, actualmente hay por lo menos tres personas encargadas de las adquisiciones y logística del Proyecto. También parece ser que el Proyecto empezará a manejar directamente un mayor número de compras locales, en vez de ser USAID quien las maneje.

A pesar de que el Proyecto ha tenido dificultades con la Secretaría en la presentación de reportes financieros, las conversaciones con el contralor de A.I.D. indican que la misión USAID está satisfecha con los informes. El Proyecto tiene la responsablidad de reportar a USAID las actividades de la cuenta especial, la cual es manejada directamente por la misión e incluye gastos por la compra de bienes y servicios. Aunque los reportes financieros de USAID sobre esta cuenta han sido registrados por JSA en su informe trimestral de actividades, aparentemente el contralor no ha enviado dichos reportes al Proyecto. Esta información está disponible y hay una norma de A.I.D. que estipula que la oficina del contralor debe suministrar a los proyectos los informes financieros.

INDICADORES DE LA EVALUACION Y SISTEMAS DE INFORMACION

El plan de evaluación que se propuso (ver Convenio del Proyecto, Anexo I, páginas 12-13) describe brevemente tres elementos: la recolección de datos de base sobre morbilidad y mortalidad a través de encuestas dentro de la comunidad; revisión del rendimiento anual de cada distrito, en base a los planes de trabajo y presupuesto anuales; y un sistema de monitoría y evaluación permanente que incluya metas de implementación, los datos de base e indicadores propuestos en el marco de trabajo (**Anexo D**).

Se llevaron a cabo encuestas de base en los cuatro distritos del Proyecto en 1990. Dichas encuestas sólo incluyeron aquellas comunidades seleccionadas para recibir sistemas de agua financiados por el Proyecto. También se condujo una encuesta diagnóstico sobre educación en salud a nivel comunitario en los cuatro distrito en 1991. Se realizaron los planes de trabajo iniciales para cada distritos, y los grupos distritales han desarrollado unos planes de trabajo más refinados y detallados para 1992, basados en la evaluación del rendimiento en 1991.

Hasta la fecha, el Proyecto no ha desarrollado un plan o sistema formal de monitoría y evaluación. Uno de los aspectos que esta evaluación debió revisar fueron los indicadores dentro del marco de trabajo y evaluar si éstos son aún válidos, si los siste,mas de recolección de información aún están funcionando y si la información está siendo usada en el proceso de toma de decisiones. En abril de 1990, la consultora Sharon Benoliel fué comisionada por USAID para llevar a cabo la revisión de los indicadores y proponer un plan para la recolección de información, monitoría y evaluación. Hasta el momento no se han tomado acciones ni se ha hecho seguimiento a este reporte detallado y completo presentado por ella, y se ha indicado que ni la Unidad de Administración del Proyecto ni JSA tenían conocimiento de este reporte.

El marco de trabajo no fué presentado en formato estándard, lo cual creó inconvenientes, como cuando se trató de relacionar los indicadores con los resultados. El indicador para alcance de metas ("indicadores de sufrimiento humano relevante"),

por ejemplo, no es nada específico. Los indicadores del propósito o estado final del proyecto, se refieren a cambios en la mortalidad infantil, juvenil y materna y al "sostenimiento de las capacidades institucionales y de la comunidad". En cuanto al primer indicador, dada la poca población de los distritos, la utilidad de los datos sobre cambios en las tasas de mortalidad es cuestionable. Por otra parte, se espera que las tres tasas disminuyan uniformemente en un 15 por ciento. En base a las circunstancias y el tipo de intervenciones, se pueden esperar diferencias. En cuanto al segundo indicador, éste carece de una definición útil de lo que va a medir.

Los indicadores de resultado se relacionan con aspectos clave del propósito del Proyecto: (1) comportamientos de salud de la familia; (2) participación comunitaria; (3) prestación de servicios; (4) sistemas de salud primaria del Ministerio de Salud; y (5) apoyo regional. Uno de los aspectos que fué omitido y que es crucial para lograr la auto-suficiencia, es el mecanismo para la financiación de costos del sistema de salud, incluyendo el personal a nivel de distrito y de centros de salud. Tampoco se definen términos importantes en una forma que puedan ser diferenciados y medidos, como por ejemplo "institucionalización" de intervenciones, "mecánica" de la participación comunitaria, sistemas de apoyo "mejorados", "fortalecimiento" del sistema de atención de salud primaria, y "cambios" en el comportamiento sanitario de la familia.

El **Anexo F** ofrece una comparación de los indicadores contenidos en el marco de trabajo, de los reportados en el informe semi-anual del Proyecto de la A.I.D., y de aquellos sugeridos por la señora Benoliel. Una columna separada detalla la información que el Proyecto está recolectando y reportando actualmente provenientes de los estudios de base, la evaluación de necesidades de salud, y los reportes trimestrales del CCH. Existe mucha inconsistencia entre estos documentos, tanto en las áreas generales de información como en la forma en que indicadores similares han sido estipulados.

El Proyecto ha recolectado y reportado información relativa a los indicadores de metas y objetivos, excepto en el área de "estabilidad institucional y capacidad comunitaria". Tampoco ha reportado ninguna información de los resultados números uno, dos y cinco. Para las otros tres resultados, el Proyecto presentó reportes sobre uno sólo de los 19 indicadores detallados en el marco de trabajo, el porcentaje de mujeres que reciben cuidado prenatal. Sin embargo, se han reportado los datos sobre otros 9 indicadores no incluídos dentro del marco de trabajo. Alguna de la información de resultados (7 indicadores) aparece en el informe de A.I.D., mas no en los reportes trimestrales.

El personal de campo en los distritos regularmente recolecta y reporta grandes cantidades de datos para los sistemas de información del Ministerio de Salud, utilizando 21 formatos en uno de los distritos. Información de relevancia para los sistemas de datos del CCH no es extraída de estas fuentes, ni reportadas a la Unidad

de Administración del Proyecto. La información del Ministerio de Salud se basa en la respectiva unidad y solo refleja la morbilidad detectada por los trabajadores de salud del Ministerio así como las actividades llevadas a cabo por éstos. Por lo tanto, información sobre morbilidad para el área de influencia de la unidad es subestimada, pero las estadísticas sobre prestación de servicios debe ser confiable ya que las actividades de alcance comunitario sí son registradas.

ASISTENCIA TECNICA

El mayor proveedor de asistencia técnica al proyecto CCH es JSA Healthcare, con quien se firmó un contrato por US$2.5 millones en diciembre de 1989. El contrato actual se vencé en julio de 1993, mientras que el Proyecto mismo ha sido extendido hasta julio de 1994. A JSA se le asignaron tres responsabilidades principales: proporcionar asistencia técnica a corto y largo plazo; ayudar en los procesos de adquisiciones de materiales e insumos; y apoyar las actividades de entrenamiento de participantes (ver Contrato JSA, Anexo I, p. 17). El rendimiento hasta la fecha en materia de compras y actividades de entrenamiento a participantes es analizado en otras secciones de este reporte.

JSA está supuesto a asesorar a USAID y al Ministerio de Salud en lo que respecta a problemas y dificultades que afecten el proyecto y proponer soluciones para resolverlas. Los consultores deberán colaborar de cerca con la contraparte en el Ministerio de Salud, quienes no se especifican en el alcance del trabajo. JSA es también responsable de preparar anualmente planes de acción, de compras, de entrenamiento, reportes trimestrales y reportes financieros. El contratista ha cumplido con estas obligaciones en grados distintos, con la excepción del plan de entrenamiento, que hasta el momento no lo ha desarrollado. Una lista de los logros que JSA ha alcanzado se incluye en el **Anexo H**.

Otra estipulación importante en el contrato de asistencia técnica, es que JSA manejaría el pago de salarios y demás gastos operativos de las oficinas del Proyecto a nivel departamental y distrital, que son financiados con fondos de PL-480 y que dos años después de la implementación del Proyecto trasladaría dicha función a la contraparte en el Ministerio (Anexo I, p. 18). Tres años y medio después, estos fondos aún están siendo manejados por la Unidad de Administración del Proyecto. Los niveles centrales y regionales del Ministerio no tienen parte en el manejo de los recursos del Proyecto, excepto en la distribución de bienes que se proveen bajo los Componentes I y II.

Esta demora en parte era inevitable ya que el equipo de asesoría técnica no estuvo organizado hasta veinte meses después de firmado el acuerdo con el Gobierno de Bolivia. Otro aspecto que perjudicó la eficacia del proveedor de asistencia técnica, fueron las deficiencias del Jefe de Equipo de JSA, que lo llevaron a renunciar al año y medio. En los últimos nueve meses, el Asistente del Jefe de Equipo ha asumido el

manejo de funciones diarias que le roban tiempo de su responsabilidad principal como especialista de educación en salud.

El vínculo operativo entre JSA y la Unidad de Administración del Proyecto, que viene a ser el vínculo entre el Director del Proyecto y la oficina de contratos del Ministerio, no está claramente definido ni en la Descripción del Proyecto, ni en el contrato de asistencia técnica. El organigrama inicial del Proyecto colocaba al Jefe de Equipo de JSA, como funcionario administrativo encargado, en línea directa bajo el director del Proyecto del Ministerio. Este arreglo no solo violaba la autonomía institucional sino que menoscababa la función de asesoría técnica de este supuesto contratista independiente. Aún cuando el organigrama se ha modificado, la relación de trabajo permanece igual.

Las presiones ejercidas por la misión de A.I.D. para la mobilización de recursos y el haber tenido un Jefe de Equipo relativamente débil, en contraste con un Director de Proyectos del Ministerio enérgico, conjuntamente han mantenido a JSA en una posición administrativa subalterna, a costa de su función de asesor técnico. El Director de la Unidad de Administración del Proyecto expresó claramente que, en su opinión, el personal de JSA era parte de la Unidad bajo su control. Por otra parte, el director General de Salud, ha indicado su preferencia de que la asistencia técnica del Proyecto sea más independiente y flexible. La situación actual no sólo compromete la independencia y flexibilidad de la asesoría técnica sino que también crea dificultades al momento de hacer exigible a JSA el cumplimiento de ciertas obligaciones contractuales, porque no se sabe hasta qué punto hacerlo responsable de las mismas.

El Convenio del Proyecto y el alcance del trabajo del contratista estipula la colocación de asesores técnicos en los niveles nacional, regional y distrital. Incluyendo la posición del Jefe de Equipo/Asesor de Gerencia, la cual está vacante actualmente, JSA ha suministrado los seis asesores técnicos requeridos en el alcance del trabajo. Además, JSA se ha visto en la necesidad de contratar un coordinador para desarrollar y administrar la cuenta PL-480, un administrador para el componente de aguas y saneamiento y cuatro personas para apoyo administrativo. (Por otro lado se han contratado, bajo el contrato con el Ministerio, un especialista en sistemas de información, un entrenador para la promoción de las actividades de agua y saneamiento y ocho personas más para el personal de apoyo que son pagados con fondos de USAID y de PL-480, los cuales le reportan directamente al director del Proyecto. La unidad de Chagas tiene cuatro miembros en la Paz que son pagados con fondos de PL-480 y un consultor pagado por VBCP.)

A nivel regional (tres departamentos), "el personal de campo actualmente en la Unidad Sanitaria del Ministrio de Salud recibirá apoyo directo del . . . personal del proyecto sanitario, incluyendo un médico de salud pública, un especialista en administracion y gerencia, un especialista en entrenamiento y educación en salud, un

ingeniero sanitario y de aguas y un nutricionista" (Anexo I, p. 11). Como se mencionó anteriormente, este personal debería estar bajo el contratista de asistencia técnica y ser pagado con fondos de la PL-480. Hasta la fecha, la Unidad de Administración del Proyecto, y no JSA, ha contratado solamente los tres ingenieros sanitarios con fondos de A.I.D., y a cada unidad sanitaria se le ha asignado un coordinador regional que sirve como enlace y supervisor de las actividades relacionadas con el Proyecto.

Las entrevistas con los directores y personal de las tres unidades sanitarias revelaron, que las necesidades primordiales y solicitudes de asistencia técnica a nivel regional han sido en las áreas de promoción y educación de la salud, así como en el fortalecimiento de los sistemas de apoyo administrativo. El Director General de Salud también indicó que existe la necesidad de proveer asistencia técnica en el manejo de los sistemas de información (MIS), logística, administración financiera, programación local, financiación local y mantenimiento. El Director hizo énfasis en que estos esfuerzos, que incluyen la participación del CCH, deben ser coordinados con las actividades que financia el Banco Mundial.

Al hacer uso de fondos de PL-480, el contratista de asistencia técnica debió contratar y administrar "un pequeño grupo de técnicos y administradores para suplementar el personal de servicios de salud" en cada distrito del Proyecto. "Cada grupo debe incluír un médico, un administrador, un técnico en educación en salud, un técnico de aguas y saneamiento y un nutricionista" y el Ministerio de Salud acordó crear estas posiciones en un término de tres años. El equipo debía "asistir al Director Médico del Distrito" y al personal en "la planeación . . . de programas, diseño y ejecución de encuestas, analizar . . . problemas, diseñar intervenciones específicas, entrenar y supervisar el personal y evaluar el progreso" (Anexo I, páginas 10-11). En realidad, los distritos del Proyecto ya tenían un director médico y algún personal adicional. Los fondos PL-480 han pagado por un administrador y una secretaria en los cuatro distritos, un educador en salud en tres distritos y un nutricionista, un técnico en estadística y un técnico sanitario en uno de los distritos. El Ministerio no ha creado ningún cargo para cubrir siquiera el mínimo de las posiciones requeridas.

JSA comisionó una evaluación interna que fué conducida un mes antes de la presente evaluación intermedia. Las recomendaciones de esta evaluación enfocaban el problema con la financiación PL-480 de la contraparte, la integración a nivel distrital y la prestación de servicios de supervivencia infantil, así como el desface de la asistencia técnica de JSA y consiguiente transferencia de funciones al Ministerio de Salud. La presente evaluación consideró aquel reporte de gran utilidad y en general, concuerda con los resultados y recomendaciones de éste.

La asistencia técnica también es suministrada al Proyecto por medio de un médico epidemiólogo del CDC a través del programa TAACS (Asesor Técnico en SIDA y Supervivencia Infantil). Este asesor proporciona "dirección general" al Proyecto, sirve de enlace con USAID y ofrece asistencia técnica directa en

epidemiología. En efecto, dicho asesor sirve en tres posiciones: como asesor técnico; como representante de USAID; y como administrador del componente del Mal de Chagas. Este asesor es capáz de manejar estos tres roles vis-á-vis la Unidad de Administración del Proyecto, en virtud de su relación con USAID y su carácter enérgico. Desafortunadamente JSA no ha tenido ventajas similares. Asistencia técnica adicional es suministrada al componente de Chagas a través del proyecto Vector Biology Control. Esta es una intervención relativamente nueva y que no ha sido incluída en esta evaluación.

IV. CONCLUSIONES

COMPONENTES DEL PROYECTO Y PARTICIPACION COMUNITARIA

Los componentes del Proyecto requieren de tres capacidades técnicas y administrativas distintas y el haberlas colocado bajo una misma estructura administrativa ha creado retos enormes.

La recolección sistemática y el uso cuidadoso de información sobre desempeño y rendimiento es crítico para garantizar la eficacia de la implementación y administración de los componentes. La falta de un plan definido y minucioso para la monitoría, evaluación y retro-alimentación han restado eficacia al Proyecto.

Hasta muy recientemente, la promoción/educación en salud ha sido limitada a comunidades específicas y no ha respondido a una estrategia global bien planificada. Aunque la promoción de la salud no ha sido el foco de atención del Proyecto hasta la fecha, es evidente que en los últimos meses se han hecho planes más minuciosos. Sin embargo, aún existe la necesidad de desarrollar un marco conceptual sólido y bien enfocado, para este elemento.

Hasta la fecha no ha habido un cambio de estrategia para el entrenamiento el desarrollo y personal, ni se han definido objetivos específicos de enseñanza y aprendizaje o establecido el contenido, la metodología ni los recursos para estas actividades.

Es muy posible que el vínculo más crítico en toda la cadena de la prestación de servicios en una forma integrada y eficáz sea la enfermera auxiliar. Esta trabajadora de salud es el primer enlace entre la comunidad y el sistema de salud. Los programas de entrenamiento deben enfocarse no sólo hacia el área técnica, administrativa y de competencia de la enfermera como promotora, sino también en la competencia de aquellos que le prestan apoyo a la enfermera/o y a los comités comunitarios y de voluntariado con los que ellos deben trabajar.

No obstante ser la participación comunitaria reconocida como componente vital del Proyecto, no existen ni se han desarrollado guías definidas o estrategias completas para dirigir las actividades del Proyecto. Los resultados más promisorios han sido en las áreas de aguas y saneamiento, en donde los beneficiarios participan en la toma de decisiones.

Se ha desarrollado una conciencia por la necesidad de integrar las actividades de salud y supervivencia infantil dentro de los trabajos de agua y saneamiento. Pero debido a la falta de coordinación, dirección, planeación e implementación, todavía no se han concientizado de los beneficios que existen en la organización comunitaria y la prevención de enfermedades.

La motivación de la comunidad y la estrategia participativa del programa de control de Chagas en Chuquisaca, el cual está enfocado hacia la educación comunitaria, mejoras en la vivienda y fumigación, es de gran éxito debido a que complementa ampliamente un programa comunitario de salud bien definido que funciona en esa localidad.

Existe la necesidad de crear una estrategia de salud comunitaria y educación nutricional que asegure auto gestión, y es importante que dicha estrategia responda a las prioridades del programa y sea vista como el punto focal de todas las actividades programáticas.

DESARROLLO INSTITUCIONAL

El Proyecto CCH no ha desarrollado una estrategia o plan de acción específico coherente dirigido hacia la coordinación de actividades que contribuyan hacia el desarrollo institucional. Como resultado, varias unidades del Ministerio de Salud y las agencias participantes están en permanente desacuerdo acerca de las estrategias apropiadas a seguir, como por ejemplo, el papel de la unidad sanitaria y el uso de asistencia técnica. Además, los esfuerzos que se han realizado tendrán un impacto limitado en el desarrollo institucional y en algunos casos resultan contraproducentes, aumentando así las deficiencias existentes.

La Unidad de Administración del Proyecto, aunque técnicamente es parte del Ministerio de Salud, no siempre representa los puntos de vista de la oficina central o las regionales. Esto se agrava por la ausencia de una política o estrategia del Ministerio relativa al desarrollo institucional y administrativo aplicable a todos los proyectos y asistencia técnica que son financiados con fondos internacionales. Las funciones y responsabilidades que quieren asumir no están claras, lo cual conlleva a interpretación subjetiva de los participantes. Esto no se trata de quien tiene la razón y quien no, sino más bien una indicación de que las estrategias y acciones no son coherentes ni se complementan mutuamente.

A nivel regional el aspecto del desarrollo institucional se ha descuidado y a nivel distrital se ha atendido solo parcialmente . La Unidad de Administración del Proyecto ha hecho muy poco para facilitar el análisis conjunto y la planeación de las unidades sanitarias. La asistencia técnica se ha concentrado en la Unidad de Administración del Proyecto y se enfoca hacia aspectos técnicos y de prestación de servicios. Las ONGs han sido empleadas principalmente para la implementación de servicios, para cubrir las deficiencias del Ministerio de Salud, pero no están claramente definidas dentro de la estrategia de desarrollo institucional.

El desarrollo institucional ha sido contemplado predominantemente en términos de incrementos de personal y bienes en lugar de enfocar hacia funciones gerenciales y sistemas administrativos. Una estrategia para lograr una mejoría en la

administración debe comprender las funciones de: (1) planeación y establecimiento de objetivos; (2) mobilización y coordinación de recursos; (3) organización (legal, sistemas, infraestructura, etc.); (4) entrenamiento y desarrollo de personal; (5) administración (adquisiciones, logística, supervisión, etc.); (6) motivación y comunicación); (7) monitoría (inversiones, operaciones, resultados); (8) resolución de conflictos (entre objetivos, funciones, personal, etc.); y, (9) evaluación. El proceso de evaluar el estado actual y desarrollar una estrategia completa para mejoras institucionales y administrativas, conduciría a la solución de muchos problemas que actualmente confrontan el Ministerio y el Proyecto mismo.

INVERSIONES

Dados los planes de programación actuales, los fondos presupuestados para los componentes I, II y IV, serán utilizados durante la vida del Proyecto. Si la vida del Proyecto es extendida más adelante, problamente se requerirán fondos adicionales para estos tres componentes.

Si se reduce el número de distritos a ser servidos (por ejemplo de 11 a 6), los fondos presupuestados dentro del Componente III deberán ser re-programados. No hay seguridad acerca de la extensión del término de este componente.

Debido a que la vida actual del Proyecto es mayor al término del contrato con JSA, es posible que se requiera invertir dineros adicionales dentro del componente III. Esto dependería del deseo de A.I.D. para continuar la relación contractual con JSA; si A.I.D. considera que el componente III está causando un verdadero impacto; y de los ahorros en los costos como resultado de la re-programación para un número menor de distritos a servir.

La determinación que tome A.I.D. acerca del contrato existente con JSA, tendrá un impacto en el presupuesto del Proyecto. Actualmente, algunas actividades del Proyecto son financiadas a través del contrato con JSA. Las opciones acerca del contrato con JSA pueden ser las siguientes: terminación anticipada del contrato y búsqueda de un mecanismo alterno para el manejo de las actividades del Proyecto que ahora están bajo el contrato con JSA; dejar que el contrato expire y buscar un mecanismo alternativo después del término de expiración; o extender el contrato. Cualesquiera que sea la opción que se tome tendrá implicaciones presupuestales en el Componente III.

ADMINISTRACION Y COORDINACION DEL PROYECTO

JSA necesita urgentemente colocar un Jefe de Equipo capacitado y enérgico que aporte una buena visión y coordine los esfuerzos necesarios para alcanzar las

metas del Proyecto. Esto depende de la decisión que tome A.I.D. de continuar el contrato con JSA en los términos actuales.

El Consejo Ejecutivo del Proyecto no está funcionando a su máximo potencial. Dicho comité podría jugar un papel importante en la institucionalización del Proyecto dentro del Ministerio de Salud. Existe un grado de escepticismo sobre si eventualmente el Ministerio pondrá dentro de su presupuesto una parte del personal del Proyecto, que ahora trabaja a nivel distrital o en la Unidad de Administración del Proyecto.

El Proyecto ha progresado en el cumplimiento de los requisitos contables de la PL-480. Los esfuerzos de Andrés Yale y Daysi Vera han contribuído significativamente a lograr ese progreso. Sin embargo, para poder fortalecer aún más su capacidad para tratar con la Secretaría PL-480, el Proyecto tiene estas opciones:

- Aprovechar la oferta que hiciera la Secretaría PL-480 de facilitar un seminario de entrenamiento técnico por dos días. Esta presentación sería parte de un seminario más extenso del CCH que estaría enfocado hacia problemas de tipo contable y manejo financiero. Posibles temas para este último seminario incluirían el sistema presupuestal y computarización de la PL-480 para 1992.

  Además de suministrar los conocimientos técnicos, otro beneficio que se derivaría del seminario del PL-480 sería un acercamiento en las relaciones con la Secretaría. El Proyecto ha creado una imágen desfavorable ante el personal de la Secretaría, al someter transacciones y reportes contables inaceptables. Un seminario patrocinado por la Secretaría, en el cual el personal del CCH demuestre un verdadero interés en hacer las cosas bien, ayudaría a dar un vuelco favorable en las relaciones y cambiaría la imágen negativa que tiene la contabilidad del CCH.

- Aprovechar la ventaja de involucrar a la Oficina de Desarrollo Agrícola y Rural (ARD) de USAID como conciliador de la situación ante la PL-480. Sería de utilidad para ARD revisar las normas que aplica la Secretaría en la implementación de la Ley SAFCO, para asegurar que estas normas son apropiadas. Aparentemente no se han aprobado reglamentos oficiales para la Ley SAFCO; la Secretaría está empleando sus mismas normas administrativas. Entrevistas con el personal del Proyecto reflejan un sentimiento generalizado de que las normas de la Secretaría son excesivamente onerosas dentro del ambiente de un programa rural. Además, este mismo personal considera que las normas que el Ministerio está aplicando a este Proyecto son más rigurosas que las aplicadas a otros proyectos y

citaron como ejemplo los proyectos con la Universidad Simón Bolivar, el Instituto Nacional de Estadística y el Servicio de Caminos. Una revisión por ARD de las normas de la Secretaría que aplican a este Proyecto podría tener implicaciones en las políticas, en cuanto a que dichas normas también pueden ser demasiado restrictivas para otros proyectos financiados por la Secretaría. Al efectuar la revisión la ARD querrá prestar atención especial a los siguientes procedimientos establecidos por la Secretaría para este Proyecto:

- Se tienen que enviar documentos soportes para cada gasto, por pequeño que éste sea. No debería existir un nivel mínimo, en moneda boliviana, para el cual no se requiera documentación soporte, similar a las normas de USAID y la Oficina de Impuestos de los Estados Unidos que permiten gastos hasta por un monto de US$25.00 sin respaldo de documentación?

- Las compras locales en exceso de 100 bolivianos requieren de tres cotizaciones. Es éste un requisito realista para un proyecto que funciona en zonas rurales? Puede un proyecto ser exonerado de tal requisito cuando se hagan compras en zona rurales, o podría elevarse el valor de las compras que requieren de cotizaciones o licitación a un nivel más realístico.

- La Secretaría no hará el siguiente descargo hasta que el 70 por ciento del avance anterior sea respaldado y presentado adecuadamente. En lugar del 70 por ciento podría la Secretaría aceptar la contabilización y hacer el correspondiente descargo por montos inferiores al 70 por ciento? En otras palabras, si el Proyecto somete un paquete contable aceptable de 20,000 bolivianos, podría la Secretaría reembolsar tal cantidad independientemente de si representa el 70 por ciento de un avance anterior? Actualmente el Proyecto está considerando elaborar una carta de implementación para proponer un fondo rotatorio como alternativa al requisito actual del 70 por ciento.

Si fuese apropiado, podría ARD, en vista de que está capacitado para hacer una auditoría y en su calidad de garante, enviar un auditor para evaluar los aspectos técnicos de la contabilidad del Proyecto? Aparentemente ARD sólo recientemente se ha enterado de estas dificultades en el flujo de caja con la PL-480. Probablemente es la responsabilidad del funcionario de USAID/HHR encargado de la vigilancia de este Proyecto, aportar y vigilar los recursos de A.I.D.

Algunas de las personas entrevistadas expresaron su descontento con la forma cómo JSA ha manejado algunos aspectos de su contrato, tales como la contratación

y colocación de un Jefe de Equipo capacitado; la monitoría de los fondos PL-480; y no haber tenido desde un principio alguien capacitado y conocedor de las regulaciones de A.I.D. y la PL-480. JSA sin embargo ha progresado en esto último, en particular al nombrar a Andrés Yale, Daysi Vera y Ned Olney.

El Proyecto ha elaborado un manual de campo de distrito que incorpora el manual de PL-480 de Coopers & Lybrand, pero la utilidad del primero se realzaría si incluyera una sección que se refiera a ciertos aspectos de la PL-480, tales como: contabilizar el impuesto del valor agregado utilizando documentos originales como respaldo, solicitar varias cotizaciones para compras y obtener firmas originales. Ya que el manual contable de Coopers & Lybrand trabaja con un sistema manual en vez de uno computarizado, el manual de campo de distrito debería eventualmente hacer referencia a un sistema computarizado.

De acuerdo con el personal del Proyecto, la contraloría de A.I.D. no está enviando directamente a la oficina de contabilidad del CCH el reporte financiero sobre la cuenta directa de A.I.D. Esta información sería de gran ayuda para la unidad administrativa, ya que los gastos de la cuenta directa de A.I.D. representan una cantidad significativa del total del presupuesto del Proyecto.

Las personas entrevistadas al respecto expresaron distintas opiniones, con frecuencia bastante fuertes, acerca de lo que el Proyecto supuestamente debe llevar a cabo, particularmente en el Componente III. Si no hay una percepción única acerca de las metas programáticas y prioridades del Proyecto, se crean dificultades en la formulación de una estructura gerencial adecuada. Además, se vuelve problemático evaluar el desempeño de los distintos organismos participantes, tales como JSA, USAID/HHR y la Unidad de Administación del Proyecto, si no existe un consenso de grupo sobre las metas y prioridades. Sería bueno que personal clave relacionado con el Proyecto elaborara un método para el desarrollo organizacional y la planeación estratégica (ODSPA), para que este Proyecto en evolución se revise a fin de establecer un acuerdo común sobre el alcance del Proyecto CCH (particularmente el Componente III). Este ODSPA debe ser visto como un proceso práctico, aplicable y contínuo. Esta labor podría contratarse con un facilitador externo, no afiliado con el Proyecto, tal como WASH. Al llegar a un acuerdo sobre metas comunes, el equipo del Proyecto puede determinar la estructura administrativa apropiada para alcanzar tales metas. Esto ayudaría a reorganizar los roles administrativos y las responsabilidades de JSA, USAID/HHR y el Ministerio de Salud.

La estructura administrativa del Proyecto podría aclararse completamente por medio de una estrategia como la de ODSPA, antes mencionada. Así las decisiones futuras sobre el vínculo futuro con JSA podrían postergarse hasta que se inicie ODSPA. Se espera que ODSPA pueda definir las áreas de responsabilidad de JSA y proporcione las pautas para la evaluación de la responsabilidad de JSA. Estas

pautas se basarían en el alcance del trabajo estipulado en el contrato original con JSA.

Una vez que JSA sea evaluado por el desempeño de sus responsabilidades contractuales y a la luz de las nuevas pautas, A.I.D. tendrá varias opciones:

- Continuar con JSA como contratista hasta la terminación del presente contrato;

- Continuar y extender el contrato con JSA más allá del término del presente contrato.

- Cancelar por conveniencia o por justa causa el contrato con JSA antes de la fecha de expiración.

Si el contrato con JSA expira antes de la vida del Proyecto, entonces A.I.D. necesita determinar cómo se llevarán a cabo las actividades actualmente asignadas a este contratista. Las opciones para A.I.D. en este respecto son las siguientes:

- Substituír el contratista principal a través de un proceso de licitación abierta, teniendo en cuenta siempre que un proceso de esta naturaleza puede demorar hasta un año;

- Substituír la organización principal por una organización no gubernamental (ONG) por medio de adjudicación de fuente única; o,

- En vez de contratar con una organización principal, optar por contratar individualmente la ejecución de ciertas actividades definidas del proyecto. La preocupación en este caso sería, que alguien tendría que encargarse de manejar a estos contratistas independientes. Existe la posibilidad de que algunas de las personas trabajando actualmente con JSA se conviertan en contratistas independientes.

El organigrama actual (ver **Anexo L**) parece confuso y poco funcional. El método ODSPA deberá producir un nuevo organigrama que resuelva lo siguiente;

- Tres de los cuatro componentes carecen de una cabeza que funcione como administrador.

- El componente Chagas es administrativamente más independiente y tiene un enfoque programático particular. Cómo relacionar organizacionalmente el Componente Chagas con el resto del Proyecto?

- El Componente III tiene una dimensión técnica, que son la promoción y educación de la salud y una dimensión administrativa que viene a ser la contabilidad de la PL-480. El nuevo organigrama debe reflejar la separación entre estas dos dimensiones.

- El Proyecto es una mezcla de organizaciones autónomas bajo una misma estructura organizacional, tales como el Ministerio de Salud y JSA. Esto se presta para confusión de las responsabilidades de los individuos que trabajan bajo el Proyecto y el grado hasta el cual se les puede hacer exigible el cumplimiento de sus obligaciones.

EVALUACION Y MONITORIA DEL PROYECTO

La recolección de información y presentación de informes son apenas parciales y además inadecuados para la monitoría y evaluación de las actividades y objetivos del Proyecto. Hay información disponible, en formatos del Ministerio de Salud y a través de personal del Proyecto, la cual es relevante y útil, pero que no ha sido registrada sistemáticamente. Aparentemente el personal del Proyecto y los consultores no han hecho el esfuerzo de analizar las necesidades de información y la metodología para recolectarla y reportarla, en forma tal que cumpla con los exigencias de una administración sólida o del convenio del Proyecto.

No hay necesidad de repetir en este reporte la tarea diligente antes realizada por la señora Benoliel. USAID ha sido negligente al no haber puesto a disponibilidad del Proyecto una copia del reporte de esta consultora y al no haber hecho ningún seguimiento. El reporte identifica aspectos de evaluación muy apropiados, presenta un "menu" de indicadores que son consistentes con los lineamientos de A.I.D. en materia de supervivencia infantil, y sugiere los métodos a utilizar para la recolección y análisis de la información.

El personal del CCH y de asesores ha recolectado y analizado datos de base valiosos sobre aspectos de la prestación de servicios del Proyecto, desarrollado un sistema computarizado de seguimiento para las actividades de agua y saneamiento y trabajado con el Ministerio de Salud refinando su sistema nacional de información. Por otra parte los computadores apenas se recibieron en las oficinas distritales. El Proyecto sin emabrgo, no ha desarrollado un sistema completo para recolección de información, monitoría y evaluación como ha sido requerido en el convenio del Proyecto. Esto afecta la capacidad de A.I.D. y del Ministerio de Salud para monitorear y evaluar las actividades del CCH.

Una gran deficiencia en el Marco de Trabajo es la falta de especificación y de indicadores para medir el progreso hacia el desarrollo del objetivo institucional del CCH. El único indicador dado, para esta área tan importante y compleja que es el aspecto institucional, ha sido el "aumento en el personal funcionando a nivel de

distrito". No se ha hecho un exámen, por ejemplo, de las funciones básicas de apoyo administrativo, de la infraestrucuta o de los sistemas de apoyo.

ASISTENCIA TECNICA

La relación entre el contratista institucional JSA y la Unidad de Administración del Proyecto no se definió claramente en la Descripción del Proyecto o en el contrato de asistencia técnica. Sin embargo, parece que se esperaba que el contratista asumiera directamente los servicios administrativos (de adquisiciones, contratación y manejo de personal) que la misión de A.I.D. no deseara cubrir o que el Ministerio no estaba en capacidad de proporcionar. Los factores anteriores, combinados con el hecho que el Jefe de Equipo inicial de JSA supuestamente no tenía capacidades como asesor o líder, han impedido a JSA ejercer un papel creativo, aseverativo y seguro como contratista independiente. En efecto, los consultores en asistencia técnica han funcionado más como implementadores y coordinadores en posición subordinada, que como asesores, creadores, examinadores o entrenadores de sistemas de apoyo en el campo de la salud nuevos, efectivos y duraderos.

Las entrevistas y los documentos del proyecto contienen diversas, y en ocasiones fuertes, opiniones sobre el contrato con JSA, lo cual dificulta emitir un juicio definitivo sobre cómo debieran ser las relaciones futuras con JSA. Esta situación se ha agravado por los distintos roles que a JSA le toca asumir y a la dificultad de desarrollar una organización tan grande y compleja desde la base. Dados los problemas experimentados por el Proyecto, algunas de las personas relacionadas con el mismo señalarían a JSA como la causa original de las dificultades del Proyecto. Otras personas preferirían ver a JSA como un contratista que ha tenido dificultades pero que ha progresado en el desarrollo de las capacidades locales y la resolución de los problemas de implementación.

La Unidad de Administración del Proyecto ha incrementado su propio personal, por medio de contratos directos del Ministerio de Salud, y asumido directamente funciones administrativas de JSA, en lugar de facilitar la transferencia de dichas funciones a miembros de la contraparte en el Ministerio de Salud, tal como lo sugiere el convenio del Proyecto. Asímismo, el contratista, sin explicación alguna, ha dejado de suministrar la asistencia técnica requerida a nivel regional. Esta sucesión de eventos ha sido contraproducente para el desarrollo institucional dentro del Ministerio de Salud y recortado las oportunidades para obtener beneficios duraderos del Proyecto.

La intención del diseño del Proyecto era claramente, suministrar asesores y entrenadores técnicos en cada distrito y unidad sanitaria, en zonas donde los problemas pudiesen ser identificados y resueltos y los sistemas de apoyo hubiesen podido mejorar y desarrollarse en forma contínua y participativa. Por el contrario, encontramos un patrón constante que ha consistido en incrementar la capacidad de

la unidad central (la Unidad de Administración del Proyecto); en disminuír el papel y la influencia del contratista de asistencia técnica; pasar por alto las estructuras de apoyo administrativo regionales del Ministerio de Salud y trabajar con grupos técnicos incompletos en los distritos. Todas estas acciones que se han realizado en un afán por obtener resultados cuantitativos, ha ido en detrimento del fin de desarrollar la capacidad institucional y la auto-gestión. Esto ha ocurrido debido a los planes ambiciosos del Director del Proyecto, de la falta de liderazgo y perspectiva del contratista de asistencia técnica y la preocupación de USAID de mobilizar los recursos y prestar los servicios, que en resúmen viene a ser la de vacunar niños, instalar sistemas de agua, etc.

V. RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan los resultados y conclusiones de esta evaluación intermedia, los cuales conllevan a un número de recomendaciones específicas, en términos de estrategias de intervenciones, desarrollo institucional, presupuesto y duración del Proyecto, administración y coordinación del Proyecto, monitoría y evaluación del Proyecto y asistencia técnica.

ESTRATEGIAS DE LAS INTERVENCIONES

- Debe hacerse una pausa en las operaciones del Proyecto, con el fin de revisar el progreso realizado hasta la fecha y concentrarse en el desarrollo organizativo; la planeación estratégica, y estructuración de grupos de trabajo, en las áreas de integración de las actividades de SI con las de agua y saneamiento; la participación comunitaria; el desarrollo institucional; y entrenamiento. Las funciones y expectativas de los participantes en este Proyeto deben ser analizadas y redefinidas.

- La promoción y educación de la salud debe ser el punto central de todas las actividades del Proyecto y éstas deberán ser vistas como parte de un proceso interdisciplinario que incluye personal del prgorama a todos los niveles (médicos, administradores, enfermeras, trabajadores sociales, dentistas, nutricionistas, ingenieros, técnicos de aguas y saneamiento, trabajadores de salud comunitaria, etc.).

- Cualquier intervención en el área de promoción y educación de la salud deberá responder a una estrategia global cuidadosamente planeada, con un marco conceptual de trabajo bien definido. Tres de las áreas en las que hay que trabajar para la promoción de la salud y la educación son: las escuelas, la comunidad y los medios de comunicación/mercadeo social.

- Debe diseñarse una estrategia para el desarrollo de programas de entrenamiento y los recursos humanos, conjuntamente y en coordinación con la estrategia para las de promoción y educación en salud.

- Hay que concentrarse en el fortalecimiento de los vínculos entre el suministro de agua y saneamiento con los servicios de salud integrada y supervivencia infantil. Se deben establecer estrategias que causen impacto en estos vínculos, de manera que las actividades de supervivencia infantil aumenten los programas de aguas y saneamiento y viceversa.

- Debe continuarse e incrementarse el apoyo al componente de Chagas. Algunas de las técnicas ejemplares de promoción de salud comunitaria integrada, utilizadas en Chuquisaca deberían ser copiadas en las áreas de salud integrada y agua/saneamiento. Se deben examinar y documentar algunos de los modelos para prestación de servicios y fortalecer la coordinación con los donantes y el Ministerio de Salud, con el fin de desarrollar un Programa Nacional para el Control del Chagas.

- Debe suministrarse asistencia técnica al equipo para definir un marco conceptual para la promoción/educación de salud; desarrollar unos objetivos específicos de enseñanza y aprendizaje, así como un contenido y la metodología apropiados; e identificar los recursos necesarios.

- Las enfermeras auxiliares y el personal de supervisión son elementos claves dentro del sistema de atención de salud primaria. Los programas de entrenamiento deben estar dirigidos al mejoramiento de las capacidades de este personal en las áreas de organización comunitaria, educación informal, planeación básica de programas, administración, evaluación, además de los apsectos técnicos que les competen.

- Debe elaborarse un plan para monitoría y evaluación que permita el análisis regular de las tendencias hacia el logro de los objetivos y metas del proyecto.

DESARROLLO INSTITUCIONAL

- Los costos de éstos trabajadores de la salud bien podrían ser cubiertos con pagos de la PL-480 al tesoro nacional en base a porcentajes menores anuales cada año, para de esta manera ayudar al Gobierno de Bolivia a absorver los costos recurrentes.

- JSA debe suministrar un especialista en desarrollo organizacional para ayudar al Ministerio de Salud a conducir una evaluación de las necesidades al nivel distrital y departamental. Tal diagnóstico vendría a ser la base para el desarrollo de una estrategia coherente y unificada y de un plan de implementación y auto-gestión. Tanto el diganóstico como la estrategia subsiguiente deberán enfocar en el fortalecimiento del manejo de las funciones en las organizaciones comunitarias, las oficinas de salud distritales y las unidades sanitarias regionales del Ministerio.

- La estrategia global y el plan de implementación para entrenamiento financiado por el proyecto, deber incluír tanto áreas técnicas como administrativas. El personal del Ministerio de Salud y los líderes comunitarios deben fortalecer sus capacidades para desempeñar, en forma eficiente, sus respectivas funciones de: (1) planeamiento y definición de objetivos; (2) mobilización de recursos, coordinación y negociación; (3) organización; (4) entrenamiento, desarrrollo de personal y motivación; (5) ejecución, logística y sistemas administrativos; (6) comunicaciones; (7) monitoría y evaluación; y (8) resolución de conflictos.

- El Director General de Salud debe instruír al director del Proyecto CCH, a los directores de las unidades sanitarias participantes y al Jefe de Equipo de JSA que preparen una estrategia unificada para el desarrollo institucional en cada unidad sanitaria y planes completos para el entrenamiento y asistencia técnica que consoliden e integren las necesidades y objetivos del CCH, el Banco Mundial y otros proyectos de asistencia bilateral.

- JSA debe suministrar asistencia técnica en el diseño e implementación de estudios de investigación operativa, dirigidos a identificar y poner en prueba mecanismos de financiación alternos y análisis de costos. Los resultados de estos estudios son esenciales para asegurar la auto-gestión de los sistemas del Proyecto y beneficios a nivel distrital y comunitario. Esto también constituiría prueba valiosa con la cual se pueda influenciar la posibilidad de replicar los modelos del CCH en otros distritos.

PRESUPUESTO Y DURACION DEL PROYECTO

- A.I.D. ya ha programado un gran porcentaje de los dineros presupuestados para los componentes I, II y IV y seguramente deseará emplear los fondos restantes en estos mismos componentes. Cualquier reprogramación de fondos dentro del Componente I (Control de Enfermedades Diarréicas), aparte de las compras destinadas a educación y/o distribución, debe estar basada en un plan por escrito que directamente apoye las estrategias deseadas dentro del Componente de supervivencia infantil integrada y de agua y saneamiento.

- El número de distritos apoyados por el Proyecto debe reducirse de 11 a un máximo de 7, y no se debe incluír ningún nuevo distrito en los dos años que le restan al Proyecto. Los fondos restantes dentro del

Componente III deben ser reprogramados para acomodar esta reducción. La expansión de este Componente (en término de fondos y vida del mismo), debe estar basada en el desarrollo y consiguiente efectividad de las estrategias para integrar la promoción y educación de la salud con las de agua y saneamiento, el desarrollo institucional, la participación comunitaria y el entrenamiento.

ADMINISTRACION Y COORDINACION DEL PROYECTO

- La agencias participantes han sido aconsejadas seriamente iniciar un proceso para el desarrollo organizacional (para la Unidad de Administración del Proyecto/JSA), la planeación estratégica y la creación de grupos de trabajo para revisar tanto la estructura como los objetivos y metas del Proyecto. Este debe ser un proceso extensivo que tendría que ser facilitado por un especialista externo experimentado. Los resultados del proceso deberían incluír:

  - Integración del nuevo Jefe de Equipo de JSA en el Proyecto;

  - Desarrollar un consenso sobre los objetivos y prioridades, incluyendo la integración de los cuatro componentes;

  - Desarrollar una estructura administrativa apropiada para alcanzar las metas y prioridades del Proyecto. Esto incluiría asignar responsabilidades a las organizaciones participantes de manera que pueda hacérseles responsables;

  - Desarrollar pautas para evaluaciones presentes y futuras que serían empleadas por JSA, USAID y el Ministerio de Salud para determinar el desempeño del contrato JSA;

  - Elaborar un organigrama revisado que solucione las áreas de problemas que se ventilan en la sección de conclusiones de este reporte; y,

  - Desarrollar estrategias coherentes y planes de implementación para el desarrollo institucional y la participación comunitaria.

- Debe existir un acuerdo concertado para seleccionar y colocar rápidamente un Jefe de Equipo. Muchas de las personas entrevistadas tienen la idea de que la selección del Jefe de Equipo apropiado va a mejorar el desempeño del Proyecto. Es evidente que el Proyecto se ha visto afectado por la falta de un Jefe de Equipo que desde el

principio le proporcionara la dirección administrativa y programática que necesitaba el Proyecto, en colaboración con el Director Ejecutivo del Proyecto y de USAID/Bolivia.

- La relación con JSA debe ser examinada después de una evaluación que esté basada en pautas específicas actualizadas sobre el desempeño de JSA. Las ventajas que implica mantener el contrato con JSA son, el tiempo y el proceso de contratación que significa cambiar a otro tipo de contrato, ya sea con otra firma consultora, un acuerdo de donación con una ONG o una serie de contratos particulares. Sin embargo, si JSA no está desempeñándose en forma adecuada, entonces sí debe considerarse otro mecanismo contractual.

- Se debe considerar más detenidamente cómo hacer que el Proyecto sea más auto-suficiente a largo plazo. Es posible que exista la necesidad de fortalecer al Consejo Ejecutivo, de manera que pueda tratar con el aspecto de la auto-gestión. Algunos de los entrevistados están muy escépticos de que el Ministerio de Salud eventualmente recoja algún personal del proyecto dentro del presupuesto del Ministerio a los niveles salariales existentes. En este caso, algún grupo deberá reconsiderar métodos alternativos para mantener lo que el Proyecto está haciendo.

- El Proyecto debería fortalecer el sistema de liquidación financiera con la Secretaría de la PL-480 por medio de: aceptación de la oferta de la Secretaría de realizar un seminario de entrenamiento de dos días; hacer partícipes a funcionarios de alto nivel de la Secretaría en actividades programáticas específicas; involucrar a la oficina de USAID/ARD como mediador; agregar aspectos importantes del funcionamiento de la PL-480 en el manual de campo distrital; y donde sea apropiado, desarrollar cartas de implementación para obviar obstáculos.

- Se deben hacer esfuerzos para involucrar aún más a la Secretaría en el Proyecto. Podría ser útil colocar un funcionario de la Secretaría en el Consejo Ejecutivo, además de expandir los esfuerzos para lograr que funcionarios de alto nivel de la Secretaría asistan a los eventos comunitarios rurales, tales como actividades de entrenamiento y ferias de salud.

- Las compras locales deben ser manejadas por el Proyecto en lugar de USAID directamente, según sea apropiado. El personal del Proyecto considera que se lograría mayor eficiencia dejando que el Proyecto se encargue de las compras en lugar de USAID. Eso debe ser visto como

parte de la tendencia de USAID a delegar las funciones de compras al Proyecto.

MONITORIA Y EVALUACION DEL PROYECTO

- La Unidad de Administración del Proyecto debería asignar una persona específica la responsabilidad de diseñar e implementar la recolección de información, la monitoría y evaluación del sistema. JSA debe proporcionar asistencia técnica para apoyar esta actividad indispensable.

- La persona encargada de la monitoría y evaluación del Proyecto debe, en compañía del asesor de JSA, desarrollar un plan funcional y eficiente para la recolección de información, monitoría y evaluación. El objetivo de este sistema sería: (1) proporcionar a los administradores distritales, comunales y centrales del Proyecto información oportuna y relevanate para la toma de decisiones; (2) proporcionar a A.I.D. y al Ministerio de Justicia información que sirva para evaluar la eficacia y eventual impacto del Proyecto.

- La Unidad de Administración del Proyecto y JSA deben revisar el reporte de la asesora Sharon Benoliel y emplearlo como base del plan antes descrito. Dicho reporte no solo proporciona un buen modelo de lo que un plan completo debe contener, sino que también contiene una lista exhaustiva de indicadores de donde escoger los más apropiados y necesarios para la monitoría y evaluación del Proyecto.

ASISTENCIA TECNICA

- El contrato con JSA debe ser continuado hasta su término final en Julio 1993. Es evidente que existe la necesidad de prestar asistencia técnica contínua y creciente y son mayores las desventajas que las ventajas de utilizar otros mecanismos, otro contratista institucional o la alternativa de contratos de servicios personales. El contrato con JSA debe ser revisado para reflejar las necesidades y circunstancias actuales y futuras. Los indicadores de desempeño bajo el presente contrato deben ser revisados periódicamente y utilizados para determinar si el contrato debe extenderse o no más allá de la fecha de terminación.

- La vacante del Jefe de Equipo de JSA debe ser llenada lo más pronto posible con una persona experimentada e idónea. El próximo Jefe de Equipo deberá ser un visionario y un administrador, negociador y

analista hábil. Un contratista independiente se necesita para balancear entre las distintas fuerzas interagenciales y preservar las ventajas de un análisis objetivo, una asesoría sin compromisos y libertad de acción. Es de suma importancia, lograr un alto nivel de comunicación y coordinación entre la Unidad de Administración del Proyecto y los equipos de salud distrital del Ministerio de Salud, así como las unidades sanitarias regionales y las oficinas nacionales.

- Las funciones de asistencia técnica deben ser estructural y operacionalmente independientes de las funciones administrativas dentro de la Unidad de Administración del Proyecto. La mezcla de funciones y los canales de mando tienden a confundir las prioridades y disminuír la responsabilidad. Los asesores de JSA deben ser relevados de sus responsabilidades actuales como coordinadores distritales, de manera que éstos puedan enfocar sus energías en asuntos técnicos, investigativos o de desarrollo. Estas funciones pueden ser asumidas por los coordinadores regionales del Ministerio/Unidades Sanitarias y Andrés Yaled de la Unidad de Administración del Proyecto. El contrato de JSA y el convenio deben ser modificados para reflejar estos cambios.

- JSA debe proporcionar más asistencia técnica sustancial a nivel regional y distrital. Se necesita asistencia técnica adicional para fortalecer el desarrollo institucional a estos niveles y deben ser guiados por evaluaciones de necesidades, un plan estratégico y uno de entrenamiento, tal como se recomendó anteriormente. Andrés Yale debe dedicar más tiempo a la asistencia técnica y entrenamiento del personal a nivel regional y distrital y menos a la contabilidad financiera. JSA debe tomar la iniciativa en diseñar y conducir estudios de investigación operativa y evaluativos, y comunicar los resultados de los mismos a las organizaciones tanto públicas y privadas del sector salud.

VI. LECCIONES

- Con frecuencia las necesidades en materia de recursos y asistencia técnica para la promoción y educación de salud son subestimadas con frecuencia. La educación en salud por ser un componente crítico y la base para un cambio en el comportamiento, debe ser planeada cuidadosamente dentro del presupuesto para garantizar el efecto duradero de los proyectos. Es esencial trabajar siguiendo una estrategia general y dentro de un marco conceptual.

- Es esencial para el éxito del Proyecto, lograr la estabilidad y permanencia de un personal dedicado y conocedor del desarrollo del trabajo en las áreas que están siendo servidas. También son factores críticos mantener un sentido de trabajo de equipo, el apoyo administrativo y la dinámica de grupo.

- El desarrollo institucional y la creación de un equipo de trabajo son esenciales tanto al inicio como en todas las demás etapas del Proyecto para poder, con claridad, definir roles, expectativas y planes de operación. Este esfuerzo requiere de mucha habilidad, de seguimiento permanente y una monitoría contínua, así como de ajustes apropiados al crecimiento del equipo de trabajo y las necesidades de éste.

- Un factor primordial en la transmisión de enfermedades diarréicas, es la falta de agua potable e instalaciones sanitarias y de agua adecuadas. La terapia de rehidratación oral y otras actividades de supervivencia infantil, tales como el chequeo del crecimiento, la lactancia materna y las inmunizaciones, no son substitutos de un programa de suministros de agua potable y saneamiento sino complementarios. La disponibilidad de agua potable, saneamiento y la supervivencia infantil, deben ser vistos como elementos completamente interdependientes si se quiere causar un impacto a largo plazo en la salud de la comunidad. El impacto que a largo plazo los servicios de agua y saneamiento adecuados, puedan tener en la supervivencia infantil son potencialmente grandes.

- La monitoría y evaluación de desempeño son elementos importantes en cuaiquier proyecto y éste debe ser diseñado no solo para llenar los requisitos de implementación del Proyecto, sino también satisfacer las necesidades de auto-gestión a largo plazo. Un plan claro de recolección de información, monitoría y evaluación debe elaborarse a principios de un proyecto, para dirigir las intervenciones prioritarias y asegurar la recolección, análisis y uso de información relevante en forma regular.

- Las necesidades de asistencia técnica a nivel distrital y de zonas son básicas. Con frecuencia, los trabajadores de salud carecen de experiencia para comprender la complejidad del sistema de salud y las estrategias para mejorarlo. La asistencia para el desarrollo tiene lugar paso por paso, lo que implica que hay que tener a la mano en el sitio de trabajo, asistencia técnica con la suficiente experiencia y conocimientos para maximizar las oportunidades para aplicarla, hacer sugerencias y poner en prueba soluciones alternativas.

- Los proyectos que involucran varias agencias implementadoras independientes requieren de un alto nivel de comunicación y coordinación. Cada uno debe reconocer y apoyar las contribuciones de los otros y estar dispuesto a negociar el plan de acción más apropiado.

- Los programas permanentes de cada agencia deben cubrir, en grados distintos, todos los aspectos de las operaciones de la organización. Proyectos de tiempo limitado, tales como el CCH, deben enfocar los recursos en aquellas áreas que traen mayores beneficios a un programa institucional permanente. Aquellos no pueden pasar por alto las estructuras institucionales o comunitarias permanentes existentes si se espera alcanzar un nivel de eficacia y de auto-gestión.

- Proyectos que tienen diferentes objetivos, estrategias y necesidades de recursos (como por ejemplo el de supervivencia infantil integrada y el de control del Mal de Chagas), con frecuencia funcionan mejor bajo estructuras administrativas y financieras separadas.

- El recurso mas importante e indispensable en el suministro de servicios de salud primaria es el trabajador de la salud. Un sistema de atención de salud primaria no puede ser fortalecido adecuadamente o expandido sino se cuenta con personal suficiente y capacitado. Los objetivos del Proyecto CCH están seriamente comprometidos debido la falta de suficientes posiciones administrativas del Gobierno de Bolivia en los distritos del Proyecto.

ANEXO A

GRUPO DE EVALUACION Y AREAS DE RESPONSABILIDAD

MARCO DE TRABAJO

GRUPO DE EVALUACION Y AREAS DE RESPONSABILIDAD

James N. Becht: MPH, Dr.PH (abd)	<u>Consultor de Salud Pública/ Jefe de Grupo</u> Desarrollo Institucional Indicadores de Evaluación y Sistema de Datos Filosofía del Proyecto y Funciones de la Agencia Asistencia Técnica
Geri Marr Burdman: RN, PhD	<u>Consultor de Programas de Salud</u> Metodologías y Estrategias del Componente Educacion y Promoción de la Salud Entrenamiento y Desarrollo de Recursos Humanos Participación Comunitaria
Bernard J. Fisken: MBA, LPA	<u>Consultor de Sistemas</u> Análisis Financiero Estructura y Capacidad Gerencial Administración, Contratación y Logística

STATEMENT OF WORK

BACKGROUND

Bolivia has one of the highest infant mortality rates (IMR) in Latin America with the IMR in rural areas often exceeding 200 per 1,000 live births. The Maternal Mortality Rate (MMR) of 480 per 10,000 live births is the highest in the Western Hemisphere. The principle causes of infant mortality are diarrheal diseases, acute respiratory infections, prenatal diseases, and immunopreventable diseases.

The problems are the result of poverty, and very low coverage of modern medical services. This is compounded by very low water and sanitation coverage, high female illiteracy, dispersed population centers and cultural resistance to modern medical services among certain ethnic groups.

The goal of the six year Community and Child Health Project is to improve the health status of the rural and peri-urban populations through child survival interventions, institutional development and community participation. The purpose of the project is to reduce infant, child and maternal mortality rates in 11 project districts; increase capability of the Ministry of Health (MOH) Department and district-level institutions; and of community organizations, to plan, implement and sustain child survival interventions.

The Project includes four components: 1) Support to the National Diarrheal Control program through the provision of oral rehydration salts ($850,000); 2) Support to the National Immunization Program as programmed by the Interagency Committee for Immunization ($3,450,000); 3) Integrated Child Survival to strengthen the operational capacity of District health units in three Departments to improve and expand coverage of their populations with an integrated package of priority "child survival" interventions - immunizations, diarrheal disease control via oral rehydration, nutrition, acute respiratory infections, maternal care, and water and sanitation ($11,700,000), and; 4) A National Chagas' Disease Control component to develop appropiate technologies and administration ($500,000).

45

The total A.I.D. contribution to the Project is $16,500,000 and the GOB counterpart is $8,000,000 for a total of $24,500,000. The CCH Project was signed on July 28, 1988 and recently has been extended to July 28, 1994.

The Project works within the framework of the Ministry of Health. JSA Healthcare is the institutional contractor concentrating on the Integrated Child Survival Component and Medical Services Corporation International, through the Vector Biology Control Project, provides technical assistance to the Chagas' disease component.

ARTICLE I - TITLE

The Community and Child Health Project, Number 511-0594

ARTICLE II - OBJECTIVE

The objective of this mid-term evaluation is to measure progress towards achieving project implementation targets including provision of financial, technical and material inputs; institutional development objectives at the District and Department levels; and quality and quantity of child survival and water and sanitation services delivered in each district, as measured against baseline data collected at the outset of each district program.

Analysis and resulting recommendations should address the effectiveness of the implementation strategy, how effective the CCH office and contractors are managing the implementation strategy, and the viability of the impact indicators and data collection systems. The evaluation will also assess the utility of methodologies used in each project component and recommend modifications, as appropriate. The team will identify appropriate EOP indicators to support evaluation recommendations which will be used to assess the impact of this project on the health status of Bolivia in targeted areas. An assessment of the project's impact on health status will be limited to the existing impact indicators that the team considers valid.

ARTICLE III - SCOPE OF WORK

A Team Planning Meeting will be held in Bolivia at the beginning of the consultancy.

The contractor will conduct a mid-term evaluation to address the objectives defined above and identify any "lessons learned" in the first half of the project that might assist with making decisions during the remainder of the project. Specifically, the the contractor shall:

A) Assess the project to date in terms of the following:

1) the extent to which capabilities within the MOH department and district-level institutions to reduce infant, child and maternal mortality rates have been enhanced; and

2) the capacity of community organizations to plan, implement and sustain child survival interventions as a result of project activities (in areas where community organizations are being used).

B) Assess the organizational capacity to manage the implementation of the project. Does the management structure within and among the facilitating agencies (USAID, MOH, Contractors, etc.) lend itself to successfully meeting the project purpose? Identify and explain mid-project management adjustments, as needed, in order to achieve the goal of each project component.

C) Identify and explain any modifications to the technical assistance contracts that are needed to enhance the provision of inputs toward achieving the project s purpose within each project component.

D) Analyze the implementation and monitoring of the following systems within each project component (as appropriate) and make recommendations for modifications as needed.

1) Financial Management;
2) Training;
3) Host Country Contracting;
4) Procurement;
5) Commodity Distribution;
6) Data Collection and Reporting.

E) Review indicators in the logistical framework for each project component and assess the extent to which:

47

1) systems to measure indicators are in place;
2) baseline information is collected and analyzed;
3) information is gender disaggregated (as appropriate);
4) the original indicators are still valid measures for achieving the project purpose, and assess the project impact to date, to the extent practical, using these indicators. In the event that the indicators are no longer viable, recommend alternative measures to demonstrate end-of-project impact; and
5) information is being used for project management decision making and the administration of project inputs according to project priorities.

F) Assess the level of coordination and recommend how coordination among these entities could be improved:

1) Among project implementing agencies within each component;
2) Among project implementing agencies across project components;
3) Among the CCH office staff, the institutional contractors, and USAID;
4) Between the implementing agencies and the community;
5) Within the communities; and
6) Among donors, PVOs, NGOs, and/or other government programs working in the same area as the project.

G) Analyze the project's support for the Mission's Women in Development program.

H) Detail other lessons learned and make recommendations.

ARTICLE IV - REPORTS

The contractor will prepare a written report containing the following:

- AID Evaluation Summary Form 1330-5 (see attached)

- Table of Contents

Body of the report which should follow the format of the Scope of Work, and should not exceed 50 pages with an executive summary. It shall include a full statement of findings, conclusions and recommendations, and same should specify what entity should take the recommended action. It should also include a discussion of lessons learned.

Appendices are to include, at a minimum, the following:

a) Brief summary of the current status/attainment of project and institutional contract objectives;

b) Description of the methodology used in the evaluation;

c) List of institutions and persons consulted;

d) List of indicators to be used to show EOPS;

e) Summary of lessons learned; and

f) Summary of recommendations.

B. Submission of the Report

The contractor will submit a draft report in English and make an oral presentation to USAID/Bolivia staff two days before the end of its in-country work. The Mission will review and comment on the draft report promptly (within 1 week after the contractor's departure from Bolivia) and send the document back to the contractor.

The final report will be presented in both English and Spanish, and 15 copies in each language will be submitted to the Chief, Office of Health and Human Resources, USAID/Bolivia, within three weeks of the receipt of the reviewed draft report from the Mission.

ARTICLE V - STAFFING PATTERN AND QUALIFICATIONS

Ongoing support and direct input will be provided by 1) the USAID Project manager, 2) the USAID/Bolivia evaluation and monitoring specialist, and 3) project staff. A three person contract team is recommended to carry out the SOW:

1. Public Health Specialist/Team Leader who will have responsibility for the general direction of the evaluation and the writing of the report. He/she will have had extensive A.I.D. project evaluation experience and will be fluent in Spanish. He/she will be thoroughly knowledgeable of public health and child survival issues in Latin America and should be familiar with recent Bolivian experience in this area. He/she must be able to communicate effectively with the implementation agencies. An advanced degree in public health or medicine is highly desirable, and 10 years of consulting or comparable experience in public health is required. He/she should be an expatriate consultant , and will be primarily responsible for evaluating the accomplishments, and recommending changes in the orientation of the project.

2. Health Program Specialist who will assist the team leader in analyzing the Project's effectiveness in its implementation of training, supervision, district level programming, and other public health technical assistance activities. He/she will be an expatriate with a masters level degree in Public Health Administration or equivalent experience and be fluent in Spanish.

3. Systems Specialist who will be responsible for analyzing the project's implementation strategies and make recommendations for their improvement. He/she will have proven capacity in institutional analyses, including financing, procurement, personnel staffing patterns, and other administrative systems. He/she will be fluent in Spanish and can be either an expatriate or local consultant.

The contractor will submit the recommended candidates and two alternates for each position for consideration and approval of USAID/Bolivia.

5

CLEARANCES

1. Medical

The altitude of La Paz (12,500 feet above sea level) can have a deleterious effect on the health of persons with pre-existing medical problems and/or respiratory infections. Individuals with hypertension, diabetes, angina pectoris, coronary heart disease, asthma, emphysema, chronic bronchitis, or any history of heart attack, heart disease, or lung disease , should have a thorough evaluation by their physician prior to traveling to La Paz. Persons with any respiratory infection, such as a cold, bronchitis, or pneumonia should delay travel to La Paz until they have fully recovered.

USAID/Bolivia requires a doctor's statement declaring that the incoming short-term personnel are not affected by any of the above pre-existing medical problems. If such problems exist, a full physical exam is required prior to departure for Bolivia.

Adjustment to the altitude usually requires only a few days. Personnel should, if at all possible, limit their physical activity for the first 36-48 hours after arrival in La Paz.

Infectious hepatitis, amoebic dysentery, bacillary dysentery (including cholera), giardiasis, rabies and typhoid are endemic in Bolivia. Yellow fever and malaria are present in tropical areas of Bolivia. The usual sanitary precautions concerning food and water should be observed and all immunizations should be up to date prior to arrival in country. Gamma gobulin and typhoid vaccine are recommended for all adults. Yellow fever vaccine is required for all personnel travelling to tropical areas. Rabies pre-exposure prophylaxis (not the low-dose intradermal injections) is recommended for all personnel who plan to spend considerable time outdoors on foot. The Embassy Health Unit can advise personnel travelling to tropical areas concerning malaria prophylaxis on a case by case basis. The precautions and need for medications are determined by the duration of travel, the extent of exposure, and drug allergy history.

2. Security

La Paz has been classified by the State Department as a high security threat post due to attacks and threats against U.S. government officials and U.S. missionaries. Written country clearance is required from the Mission prior to arrival of each short-term consultant. It is a requirement that all visitors to post attend a security briefing in La Paz prepared by the Executive Office shortly after their arrival, in order to become familiar with measures to reduce individual vulnerabilities and to know what to do in case of an emergency. An appointment for the briefing will be arranged and transmitted in the concurrence cable.

ANEXO B

PROGRAMA DE LA EVALUACION

PROGRAMA DE LA EVALUACION

22 noviembre 1991	Viaje del grupo de evaluación a Bolivia.
25 - 27 noviembre	Reunión de Planeación de Grupo en La Paz.
2 - 7 diciembre	Trabajo de Campo en los Distritos.
2 dic.	Sacaba - J. Becht y G. Marr; Cochabamba - B. Fisken
3 dic.	Totora - J. Becht y G. Marr
4-5 dic.	Santa Cruz/Samaipata - J. Becht y G. Marr
6 dic.	Altiplano Sud - J. Becht y B. Fisken
6-7 dic.	Sucre - G. Marr
9 - 14 diciembre	Entrevistas, analisis y redacción.
11 dic.	Cochabamba - J. Becht
16 - 18 diciembre	Reunión informativa y Preparación de Reporte
16 dic.	Reunión informativa con personal de CCH/JSA
17 dic.	Reunión informativa con personal de USAID/Bolivia
18 dic.	Reunión informativa con personal del Ministerio de Salud
Diciembre 19	Partida del equipo de evaluación.

INSTITUCIONES Y PERSONAS CONTACTADAS

Ministerio de Salud a Nivel Nacional

Dr. Jack Antelo S. Director General

Misión de la USAID en Bolivia

Carl Leonard	Director de la Misión
Clement Boucher	Funcionario Regional de Contratación
Paul Hartenberger	Jefe Oficina de Salud y Recursos Humanos
Charles Llewellyn	Gerente de Proyectos, del CCH, HHR
Dr. Joel Kuritsky	Consejero TAACS, HHR
Elizabeth Visnic	Especialista en Evaluación, DP
Thomas Johnstone	Asistente de Contralor
Edmundo Ballivan	Jefe Depto. Análisis Financiero, CONT
Salvadore Pinzino	Funcionario de Food for Peace, ARD
Luis Moreno	Coordinador Título III, ARD
Mahlon Barash	Oficina de Desarrollo e Implementación de Proyectos
Matt Cheney	Ingeniero de Soporte del Proyecto CCH, PD&I (PSC)

Oficina Central: Proyecto de Salud Comunitaria e Infantil

Dr. Alvaro Muñoz-Reyes	Director Ejecutivo
Antonio Gomez	Especialista en sistemas de Información y Coordinador para el distrito Valle Cruceños
Carlos Melgar M.	Coordinador Administrativo y Contable
Pastor Maldonado	Entrenador en Promoción Social, Agua y Saneamiento
Daysi Vera	Auxiliar de Contabilidad

JSA Healthcare Corporation

Jean Bwlya	Directora de Proyecto, JSA/USA
Rita Fairbanks	Specialista de Educación en Salud, Coordinadora del Distrito Altiplano Sud y Jefe de Equipo (Encargada)
Elizabeth Frias	Especialista en Nutrición y Coordinadora del Distrito de Chapare Valle Puna
Filiberto Ojalvo	Especialista en Agua y Saneamiento
Edward Olney	Administrador, Agua y Saneamiento
Javier Palazuelos	Especialista en Logística
Dr. Jorge Velasco	Especialista en Educación en Salud (Científica) y Coordinador del distrito de Valle Carrasco
Andres Yale J.	Coordinador Administrataivo y Financiero

Ministerio de Salud: Unidad Sanitaria de Cochabamba (Oficina Regional de Salud)

Dra. magali de Zanier	Directora Regional
Dra. Silvia Zapata	Jefe Programa para el Control de Tuberculosis y Coordinadora de los distritos Chapare Valle Puna y Valle Carrasco (Totora)
Gustavo Clavijo	Técnico en Saneamiento Ambiental (DSA)
Abel Lizarazu	Ingeniero Sanitario regional (CCH)

Distrito de Salud Chapare Valle Puna

Dr. Antonio Quiroga	Director de Distrito
Berta Bustamante	Enfermera Supervisora
Reynaldo Salomon	Administrador Distrital (LP-480)
Dr. Guillermo Yañez	Educador en Salud (LP-480)
Paulino Huayllani	Secretario (LP-480)
Nilda Zurita L.	Enfermera Auxiliar, Puesto de Salud Ucuchi
Guillermo Villarreal	Presidente Junta de Agua de Catachilla
Felix Espinosa	Presidente Junta de Agua de Chimboco

Distrito de Salud Valle Carrasco

Dra. Ruth Magne	Directora de Distrito (INEDER)
Dr. Alfredo Mendoza	Dentista
Bertha Ines Choque	Enfermera Supervisora
Claudio Luna	Administrador (LP-480)
Teresa Gallinate Vera	Educadora en Salud (LP-480)
Edith Villegas M.	Enfermera Auxiliar, Puesto de Salud Epigana
Abram Jimenez	Enfermero Auxiliar, Puesto Salud Qehuiñapampa
Armando Baldivia	Presidente Comité de Salud de Qehuiñapampa
Dr. Oscar Sivila	Jefe Area de Salud Lope Mendoza
Marta Estrada	Enfermera Auxiliar, Puesto de Salud Lope Mendoza

Control del Proyecto Chagas, Cochabamba

Dr. Fanor Balderrama	Coordinador Técnico (LP-480)
Encarnación Ricalde	Líder Comunitario y Proyecto Mason, Aramasi

Ministerio de Salud: Unidad Sanitaria Santa Cruz

Dr. José Hénicke	Director Regional
Dr. Heber Vargas	Jefe de Servicios Provinciales y Coordinador de los Distritos de Salud Valles Cruceños y Chiquitania Sur
Rita Medina P.	Nutricionista Regional
Juan Carlos Saavedra	Ingeniero Sanitario Regional (CCH)

Distrito de Salud Valles Cruceños

Dr. Oscar Lafuente	Director Distrital
José Ojeda	Presidnte Junta de Agua, Yerba Buena Militar
Ovidio Limón	Presidente Junta de Agua, Agua Clara

3 miembros de la Junta de Agua y 10 miembros del Club de Madres

Ministerio de Salud: Unidad Sanitaria Chuquisaca

Dr. Fernando Nana Carpio	Director, Hospital Yotala
Dr. Mario Javier Baptista	Médico Residente, Hospital Yotala
Yolanda Noemi Siles	Enfermera Graduada, Hospital Yotala
Rosa Garcia	Enfermera Auxiliar, Hospital Yotala

Ministerio de Salud: Unidad Sanitaria La Paz (Oficina Regional)

Dr. Guido Monasterios	Director Regional
Marcello Portillo	Técnico en Saneamiento Ambieantal (DSA) y Coordinador del Distrito de Salud Altiplano Sud
Humberto Claure	Ingeniero Regional Sanitario (CCH)

Distrito de Salud Altiplano Sud

Dr. ALberto Tenorio	Director Distrital
Maria Elena Anasoras	Administradora de Logística (Tec. Laboratorio)
Miguel Conde	Jefe de Estadística (LP-480)
Teresa Ibañez	Enfermera/Educadora (LP-480)
Belinda Vargas	Nutricionista (LP-480)
Norma Rivera	Jefe de Estadística (LP-480)
Cesar Choque	Técnico en Agua y Saneamiento (LP-480)

Varios miembros comunitarios de Colchani

Secretaría Ejecutiva LP-480

Carlos Brockmann	Secretario Ejecutivo
Rene Zumarán V.	Departamento Técnico y Coordinador del Proyecto
Frida E. Luna Z.	Jefe Departamento de Contabilidad
Enrique Yapur M.	Departamento Financiero y Examinador del Componente 3

Organizaciones No-Gubernamentales

Jorge Salinas de Cordova	Director Ejecutivo, SANEBOL, Santa Cruz
Omar Andrade	Jefe Promoción Social, SANEBOL, SCZ
Dudley Connely	Director Project Concern International, LPB
Dr. Ignacio Caballeros	Director Médico, PCI, La Paz
Dr. Evaristo Maida	Director Proyecto, PCI, Cochabamba
Raul Bohrt P.	Investigador Asociado, Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios (CIEC)
Ruth Sensano	Director Ejecutivo, Proyecto Social Boliviano Británico "Cardenal Maurer", Chuquisaca
Dr. Daniel Rivas	Director Médico, Proyecto "Cardenal Maurer"
Charo Arroyo	Administradora, Proyecto BB "Cardenal Maurer"
Lewis Thornton	Consultor, Instituto Internacional de Estudios Aplicados (INEA)

ANEXO C

MATERIALES DE REFERENCIA

REFERENCE MATERIALS

Agency for International Development.
Bolivia Project Paper Community and Child Health.
AID/LAC/P-440. Project Number: 511-0594.
La Paz: 26 July 1988.

Project Paper Amendment No. 1.
AID/LAC/P-538. 5 June 1990.

Agency for International Development and Government of Bolivia.
Grant Agreement Between the Republic of Bolivia and the United States of America for Community and Child Health Project. Project No. 511-0594.
La Paz: 28 July 1988.

Amendment No. 1, 14 November 1988.
Amendment No. 2, 10 January 1989.
Amendment No. 3, 30 June 1989.
Amendment No. 4, 29 March 1990.
Amendment No. 5, 31 July 1990.
Amendment No. 6, 30 August 1990.
Amendment No. 7, 28 September 1990.

Benoliel, Sharon.
Community and Child Health Project (511-0594). Data Collection, Monitoring and Evaluation Plan.
Washington, D.C.: Management Systems International, April 1990.

Community and Child Health Project, No. 511-0594.
Plan Operativo 1992. Distrito Altiplano Sud.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Unidad Sanitaria de La Paz.
Patacamaya, La Paz: sin fecha.

_____.
Plan Operativo Gestión 1992. Distrito VIII Carrasco Valle.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Unidad Sanitaria de Cochabamba.
Totora, Cochabamba: sin fecha.

_____.
Plan Operativo 1992. Distrito VI Chapare Valle Puna.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Unidad Sanitaria de Cochabamba.
Sacaba, Cochabamba: sin fecha.

_____.
Plan Operativo 1992. Distrito III Valles Cruceños.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Unidad Sanitaria de Santa Cruz.
Samaipata, Santa Cruz: sin fecha.

_____.
Quarterly Report, July 1, 1991 - September 30, 1991.
Ministry of Public Health and John Short & Associates, Inc.
La Paz: 15 October 1991.

_____.
Informes Trimestrales de Actividades: Capacitación, Comunicación Social, Reuniones Especiales; Supervisión; Suministros; SRO Distribuído; Análisis de Cobertura.
Distrito Valles Cruceños, Julio a Septiembre (1991).
Distrito Chapare Valle Puna, 16 Junio a 15 Septiembre 1991.
Distrito Altiplano Sud, Junio-Julio-Agosto 1991.
Distrito Carrasco Valle, 15 Junio a 15 Septiembre 1991.

_____.
Diagnóstico Sobre Educación en Salud. Distritos: Altiplano Sud, La Paz; Carrasco Valle, Cochabamba; Chapare Valle Puna, Cochabamba; Valles Cruceños, Santa Cruz.
La Paz: Agosto 1991.

_____.
Quarterly Report, April 1, 1991 - June 30, 1991.
Ministry of Public Health and John Short & Associates, Inc.
La Paz: 23 July 1991.

_____.
Informes Trimestrales de Actividades: Capacitación, Comunicación Social, Reuniones Especiales; Supervisión; Suministros; SRO Distribuído; Análisis de Cobertura.
Distrito Valles Cruceños, Abril a Junio (1991).
Distrito Chapare Valle Puna, 16 Marzo a 15 Junio 1991.
Distrito Altiplano Sud, Marzo a Mayo 1991.
Distrito Carrasco Valle, 15 Marzo a 15 Junio 1991.

_____.
Manual de Procedimientos Administrativos Para Aplicación Distrital.
Modulos: Administración de Personnel; Contable; y de Adquisiciones.
La Paz: sin fecha.

_____.
Quarterly Report, January 1, 1991 - March 31, 1991.
Ministry of Public Health and John Short & Associates, Inc.
La Paz: 12 April 1991.

_____.
Informes Trimestrales de Actividades: Capacitación, Comunicación Social, Reuniones Especiales; Supervisión; Suministros; SRO Distribuído; Análisis de Cobertura.
Distrito Valles Cruceños, Enero a Febrero (1991).
Distrito Chapare Valle Puna, Enero a 15 Marzo 1991.
Distrito Ayo Ayo, Enero a Febrero 1991.

_____.
Quarterly Report, October 1, 1990 - December 30, 1990.
Ministry of Public Health and John Short & Associates, Inc.
La Paz: 15 January 1991.

_____.
Presentación de Resultados Encuesta de Linea de Base 1990.
Distrito VIII: Carrasco Valle (Totora).
La Paz: sin fecha.

_____.
Presupuesto de Operaciones. [Gestión 1991; Componente III]
La Paz: sin fecha.

_____.
CCH/JSA Quarterly Report for July - September 1990.
Ministry of Public Health and John Short & Associates, Inc.
La Paz: no date.

Coopers & Lybrand.
Diseño General Sistema de Administración Oficina Central del CCH Modulo Contable.
Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria. John Short & Associates, Inc.
La Paz: sin fecha.

Gillespie, John.
Final Report on an Internal Evaluation Conducted for John Short and Associates, Inc. at the Child and Community Health Project Ministry of Social Security and Public Health of Bolivia.
La Paz: 20 October - 8 November 1991.

Huanca Laura, Tomás, et al.
Impacto de los Programas de Salud en las Comunidades: Informe Final.
Preparado para CCH por el Equipo de Investigación de Comunidad Pacha.
La Paz: 15 Noviembre 1991.

John Short & Associates, Inc.
Bolivia Community and Child Health Project. Year One Workplan, June - December 1990.
A.I.D. Contract No: 511-0594-C-00-0020-00.
Columbia, Maryland, and La Paz, Bolivia: no date.

Karp, Andrés.
Evaluación Preliminar e Interna del Sub-Componente de Agua y Saneamiento.
Ministerio de Prevención [sic] Social y Salud Pública/USAID, Proyecto de Salud Infantial [sic] y Comunitaria-CCH.
La Paz: JSA, 14 Noviembre 1991.

Leonard, Glynne and Ortiz, María Gloria.
Plan de Costos Administrativos. Seguimiento de Fondos, Suministros y Gastos Operativos. Comité Coordinador Interagencial, Programa Apliado de Inmunizaciones, Proyecto Piloto.
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología, Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria (CCH).
La Paz: 8 Junio 1991

Management Systems International.
Project Monitoring and Evaluation Portfolio Review.
USAID/Bolivia Office of Health and Human Resources.
La Paz: May 1991.

Marr-Burdman, Geri.
Health Education Needs and Resource Assessment Bolivia.
Technologies for Primary Health Care (PRITECH) Project.
La Paz: 26 February - 24 March 1987.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
Acción Integral y Sistemic para el Logro de una Comunidad Antichagásica.
Propuesta Global para un Programa Integrado de Actividades en el Control de la Endemia Chagásica.
Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de Chagas (PNCCH).
La Paz: 1991.

Moreno, Muñoz y Cia.
Limited Review of the Accounting Records of J.S.A. (John Short & Associates Inc.)
La Paz: 19 April 1991.

Programa PL-480.
Presupuesto Reformulado Correspondiente al Periódo Julio 1990 al Diciembre 1991. Proyecto Salud Infantil y Comunitaria.
La Paz: 25 Noviembre 1991.

_____.
Clasificador por Objeto del Gasto. Descripción de las Cuentas.
La Paz: sin fecha.

_____.
Guía para la Elaboración de Presupuestos para Solicitudes de Fondos y Descargos.
La Paz: sin fecha.

Rivas P., Daniel.
Programa de Prevención y Control de Chagas en Chuquisaca.
Proyecto Social Boliviano Britanico "Cardenal Maurer."
Sucre: sin fecha.

Tift, Sara.
Supply, Distribution, and Promotion of Oral Rehydration Salts (ORS): Analysis of the Bolivian MOH System.
Technologies for Primary Health Care (PRITECH) Project.
La Paz: 28 April - 21 May 1991.

United States A.I.D. Mission to Bolivia (USAID/Bolivia).
Project Status Report, April 1, 1991 - September 30, 1991. Community and Child Health Project, No. 511-0594.
La Paz: no date.

_____.
A.I.D. Grant No. 511-0594, Community and Child Health Project.
Implementation Letter No. 17, 3 June 1991.
Implementation Letter No. 16, 22 May 1991.
Implementation Letter No. 15, 17 May 1991.
Administrative Letter No. 1, 5 May 1991.

_____.
Project Status Report, October 1, 1990 - March 31, 1991. Community and Child Health Project, No. 511-0594.
La Paz: no date.

_____.
A.I.D. Grant No. 511-0594, Community and Child Health Project.
Implementation Letter No. 14, 14 March 1991.
Implementation Letter No. 13, 11 December 1990.
Implementation Letter No. 12, 16 November 1990.

_____.
Project Status Report, April 1, 1990 - September 30, 1990. Community and Child Health Project, No. 511-0594.
La Paz: no date.

_____.
A.I.D. Grant No. 511-0594, Community and Child Health Project.
Implementation Letter No. 11, 14 August 1990.
Implementation Letter No. 10, 2 May 1990.
Implementation Letter No. 9, 16 April 1990.
Implementation Letter No. 8, 3 April 1990.
Implementation Letter No. 7, 9 March 1990.
Implementation Letter No. 6, 3 August 1989.
Implementation Letter No. 5, 30 March 1989.
Implementation Letter No. 4, 27 March 1989.

Implementation Letter No. 3, 8 February 1989.
Implementation Letter No. 2, 28 October 1988.
Implementation Letter No. 1, 26 September 1988.

Universidad Nur. Colegio de Postgrado.
A Presentation of NUR University's Health Programs.
Proposal presented to the Community and Child Health Project.
Santa Cruz: 28 November 1991.

ANEXO D

MARCO DE TRABAJO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA E INFANTIL

(511-0594)

MARCO DE TRABAJO: PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA E INFANTIL (511-0594)

Meta

Mejorar el nivel de salud de la población urbana y rural.

Indicadores Verificables Objetivamente

1. Reducción de los indicadores de sufrimiento humano.

Modos de Verificación

1. Registros del Gobierno de Bolivia y reportes del Banco Mundial y otros reportes internacionales.

Presupuestos

1. Que las condiciones económicas no se deterioren.
2. Que se mantenga una estabilidad política relativa.

Objetivos

Mejorar la salud de la comunidad por medio de la reducción en el índice de mortalidad materno-infantil.

Estado de Finalización del Proyecto

1. Reducción de la mortalidad materno-infantil en un 15% en las áreas de impacto del proyecto.

2. Mantener la capacidad institucional y comunitaria para garantizar la supervivencia infantil y las obras de agua y saneamiento.

Modos de Verificación

1. Encuestas: Base y de seguimiento.
2. Productos: Se detallan en un renglón más adelante.

Presupuestos

1. Que se provean los fondos necesarios para que el Ministerio de Salud lleve a cabo las intervenciones de supervivencia infantil (SI).
2. Que la administración descentralizada es más eficáz que la centralizada.
3. Que el Ministerio de Salud, especialmente a nivel regional, posee la suficiente

capacidad institucional y administrativa para llevar a cabo el proyecto con asistencia que suministrará el proyecto mismo.

Productos

1. Institucionalización de las intervenciones de SI a nivel regional.
2. Desarrollo de una mecánica para la participación activa de la comunidad en las intervenciones de SI.
3. Fortalecimiento de los servicios de salud primaria y el acceso a los mismos.
4. Suministro de servicios maternos y de SI a la población a impactar.
5. Incremento en el número de instalaciones de agua y saneamiento.
6. Cambios adoptados en el comportamiento de la salud familiar.

Indicadores Verificables Objetivamente

1. Aumento en el personal trabajando a nivel Distrital.

2. a. Aumento en el número de comités activos de salud y agua potable.
   b. Recursos comunitarios destinados a intervenciones para la SI.
   c. Desarrollo, prueba e implementación de metodologías de participación comunitaria.

3. a. Aumento en los grupos de proveedores comunitarios (voluntarios de salud comunitaria).
      - Inmunización de menores.
      - Aplicación de la terapia de rehidratación oral (TRO) a menores.
      - Proporcionar TT2 a mujeres entre los 15-44 años de edad.
      - Atención de partos por personal entrenado.
      - Monitoría del estado nutricional de niños menores de 5 años.
      - Personas que recibieron yodo por motivo de operación de paperas.
   b. Entrenamiento contínuo en intervenciones específicas de SI.
   c. Mejoramiento del equipo y la infraestructura física.
   d. Mejoras en el sistema logístico.
   e. Aumento en el número de personas receptoras de educación en salud.
   f. Mejoramiento del sistema de referimientos.
   g. Mejoramiento del Sistema de Información de Salud (SIS).

4. a. Instalación o mejoramiento de 150 sistemas de agua potable.
   b. Construcción y puesta en funcionamiento de 1500 letrinas.
   c. Construcción y puesta en funcionamiento de sistemas de O + M.

5. a. Incremento en la cobertura de inmunizaciones.
   b. Incremento en el número de tratamientos de diarrea con TRO.
   c. Incremento en el número de personas que utilizan el tratamiento adecuado

para Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

d. Incremento en el número de niños con peso acorde con su edad.
e. Incremento en la monitoría y cuidados de partos de alto riesgo.
f. Preparación, prueba y utilización de materiales educativos en salud y saneamiento.

Modos de Verificación

1. Registros del Ministerio de Salud y reportes del proyecto preparados por éste último y el personal de asistencia técnica, en base a observaciones tanto informales como estructuradas.
2. Encuesta.
3. Reportes del proyecto.
4. Reportes del proyecto y evaluación de comportamiento.

Presupuestos

1. Que el proyecto disponga de suficiente personal del Ministerio de Salud.
2. Que el Ministerio de Salud fortalezca los mecanismos existentes para promover la participación.
3. Que el proyecto apoyará la adopción de buenos hábitos de salud y mejorará los aspectos positivos del protocolo existente.
4. Que el proyecto desarrollará los medios culturalmente aceptables para mejorar la conducta hacia la salud.

Inversión

Resúmen Financiero

	USAID	GOB	TOTAL
Personal	1,357	1,090	2,447
Asistencia Técnica	2,816	778	3,594
Materiales y Suministros	4,954	712	5,666
Otros Costos	530	856	1,386
Equipo	3,490	0	3,490
Bienes Raíces	0	88	88
Entrenamiento	327	1,146	1,473
Educación en Salud	1,160	0	1,160
Investigación y Evaluación	893	133	1,026
Precio/Cantidad			
Imprevistos	973	697	1,670
Total	16,500	5,500	22,000

Indicadores Verificables Objetivamente

1. Pro Ag especifica la contribución monetaria de la USAID y el gobierno de Bolivia.

Modos de Verificación

1. Archivos de contraloría.
2. Archivos del gobierno de Bolivia.
3. Registros del Ministerio de Salud.

Presupuestos

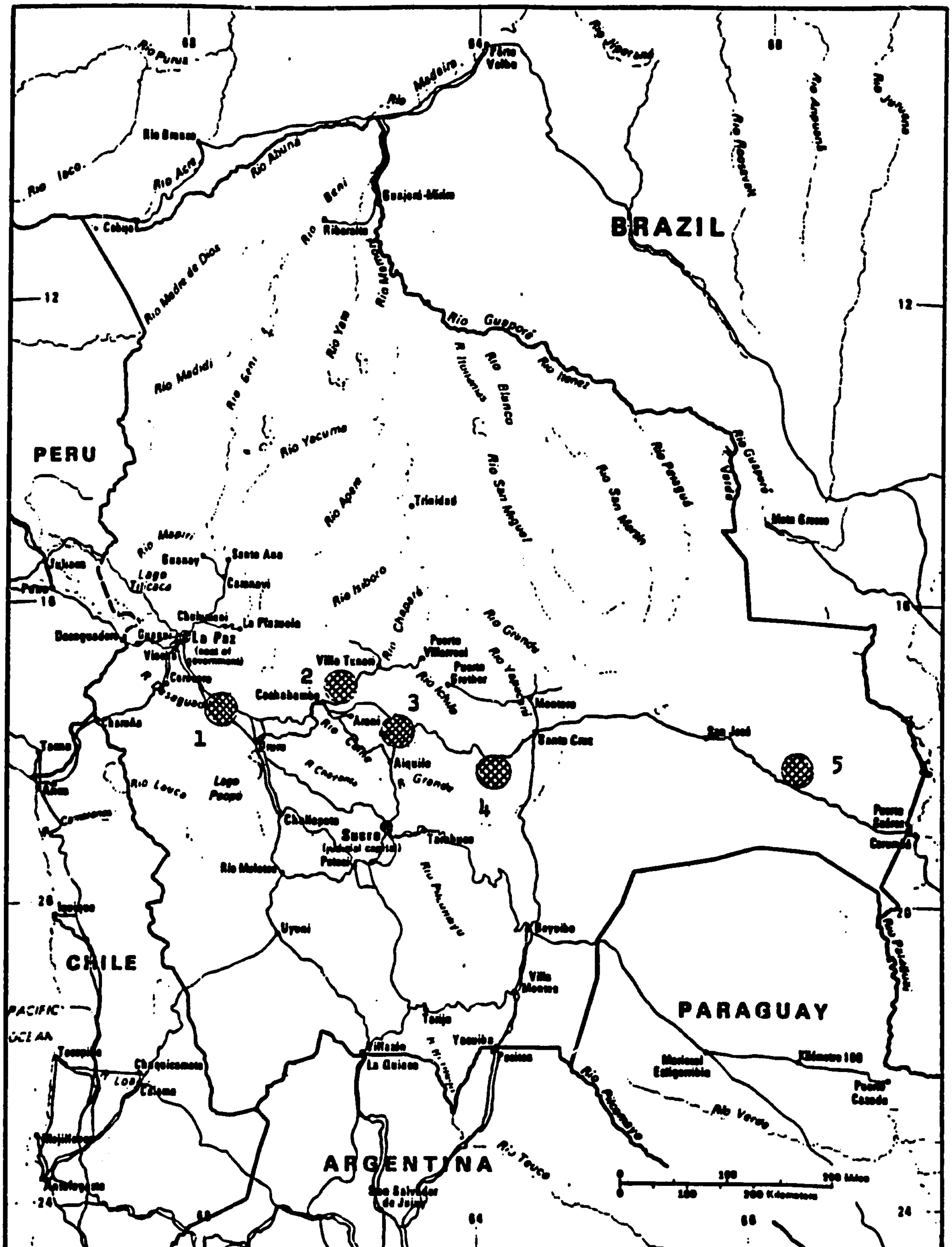
1. USAID proporcionará fondos de la cuenta DA.
2. El gobierno de Bolivia asignará fondos para efectos de PL-480.

ANEXO E

MAPA DE BOLIVIA: LOCALIZACION DE LOS DISTRITOS DEL PROYECTO

COUNTRY MAP: LOCATION OF PROJECT DISTRICTS

Bolivia



502460 1-76 (541304)
Lambert Conformal Projection
Standard parallels 12°00' and 20°30'
Scale 1:5,505,000

1 - Altiplano Sud
2 - Chapare Valle Puna
3 - Carrasco Valle
4 - Valles Cruceños
5 - Chiquitania Sur (1992)

Railroad
Road
Airport

ANEXO F

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Metas Alcanzadas	**Indicadores de Metas Alcanzadas**	**Indicadores de Metas Alcanzadas**	**Indicadores de Metas Alcanzadas**
Reducción en los indicadores de sufrimiento humano relevante.		Cambio porcentual en mortalidad por enfermedad en niños < 5 años por distrito. Cambio porcentual en motarlidad materna por distrito. Cambio porcentual en morbilidad por enfermedad de SI.	Porcentaje de niños < 5 años con diarrea o IRA dentro de las últimas 2 semanas. •
Indicadores de Objetivos Alcanzados	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**
Reducción del 15% en mortalidad infantil, juvenil y materna en areas del Proyecto. Preservar la capacidad institucional y comunitaria para sostener intervenciones de SI, agua y saneamiento.	Reducción en mortalidad infantil, juvenil y materna en 11 distritos rurales del Proyecto. Incremento en la capacidad de MinSalud y las comunidades para planear y llevar a cabo intervenciones de SI.	Porcentaje de niños de 12-23 meses cuyo peso x edad es igual o menor a 2 desviaciones estándard por debajo de la media. Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea que fueron tratados con TRO. Porcentaje de niños de 12-23 meses vacunados a los 12 meses contra BCG, DPT3, polio3 y sarampión. Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han dado a luz con TT2 en los últimos 12 meses. Porcentaje de niños de 0-11 meses alimentados con leche materna y destetados a la edad apropiada.	Porcentaje de niños < 5 años con diarrea que fueron tratados con TRO. Porcentaje de menores de 5 años vacunados con BCG, DPT3, polio3, measles;• 12-23 meses.# Porcentaje de niños de 0-11 mos. que están recibiendo alimentos sólidos y líquidos, por edad.•

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Objetivos Alcanzados	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**	**Indicadores de Objetivos Alcanzados**
		Porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad en una relación marital, que usan un método anticonceptivo. Número de partos en hospital de madres cuyos embarazos eran de alto riesgo. Porcentaje de nacimientos atendidos por parteras entrenadas.	Porcentaje de nacimientos atendidos por doctores o en el Ministerio de Salud. #
Indicadores de Resultado # 1: Institucionalización de las intervenciones de supervivencia infantil a nivel regional			
Aumento en el número de personal trabajando a nivel distrital.	Número de distritos con planes operativos de SI ya implementados.	Porcentaje de cargos administrativos que el Gobierno de Bolivia ha llenado. Porcentaje de cargos pedidos en préstamo que han sido devueltos a los distritos. Tiempo de permanencia de cada empleado en un cargo. Inclusión de cargos en el presupuesto del Ministerio de Salud. Número de distritos agregados anualmente.	
Indicadores de Resultado # 2: Mecanismo desarrollado para la participación comunitaria en inteevenciones de SI			
Metodologías participación comunitaria desarrolladas. Aumento en el número de comités activos de agua y salud. Recursos comunitarios para intervenciones de SI.		Existencia de un plan de acción, una estrategia y etapas. Existencia de comités activos por tipo. No. de promotores de salud comunitaria entrenados.	

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Resultado # 3: Sistema de atención primaria de salud fortalecido y de fácil acceso			
		No. cursos de capacitación organizados por U. Sanitarias y No. de participantes.	
		Número de visitas de supervisión de las Unidades de Salud.	Visitas de supervisión de personal distrital reportadas pero no cuantificadas. @
		Fecha y cantidad de insumos distribuídos en cada nivel del Ministerio de Salud.	
	Número de paquetes de SRO distribuídos. Número de niños inmunizados. Número de mujeres inmunizadas con TT2.	Número de inmunizaciones, paquetes de SRO distribuídos a los beneficiarios.	Número de inmunizaciones, paquetes de SRO distribuídos en cuatro distritos. @
		Planes de ejecución anuales preparados.	Cumplimiento de los planes operacionales anuales de distrito. @
Sistema de logística mejorado.		Sistema administrativo y de logística establecido y funcionando.	
Mejoras en la infraestructura física y los equipos.		Equipos del proyecto instalados, en uso y recibiendo mantenimiento.	
SIS mejorado.		El SIS de Ministerio de Salud generando información válida y confiable.	
Aumento en los grupos de trabajadores voluntarios en salud comunitaria.	Número de personas entrenadas: - período largo - período corto	No. personas entrenadas por tipo de trabajo y entrenamiento.	Total personas entrenadas por sexo. @
		No. trabajadores entrenados por distrito, en términos de porcentaje de metas alcanzadas.	
		Personal capacitado y eficiente.	

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Capacitación contínua en intervenciones específicas de SI. Buen sistema de referimientos de servicios. Aumento en el número de personas expuestas a educación en salud.		Identificar nuevas necesidades de entrenamiento y modificación del curriculum para incorporar entrenamiento adicional. No. y tipo de actividades de alcance comunitario iniciadas. No. de trabajadores de salud comunitaria entrenados en intervenciones de SI, Dx y referimientos. Horas hombre al mes dedicadas a la comunidad. Aumento en uso/demanda de servicios Aumento en aceptación y uso de SRO e inmunizaciones. Porcentaje de admisiones hospitalarias originads por referimientos. Uso de materiales educativos de salud por trabajadores comunitarios y enfermeras.	No. de ferias de salyd y cálculo aproximado de la participación por sexo. @ Uso de materiales educativos de salud por parte del personal distrital de salud.

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe Sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Resultado # 4: Servicios de SI y salud materna suministratods a la población a impactar			
Mujeres receptoras de cuidado prenatal. Niños menores de 5 años cuya nutrición ha sido chequeada. Niños inmunizados. Mujeres entre los 15-44 que han recibido TT2. Niños < 5 años que han recibido TRO. Nacimientos atendidos por partera entrenada. Personas que han recibido yodo.		No. visitas prenatales. No intervenciones para fomentar/controlar el crecimiento. Cobertura de vacunaciones. No. casos de diarrea tratados con SRO. No. casos de IRA tratados. No. visitas de supervisión. No. visitas domiciliarias. No. charlas comunitarias. No. visitas posnatales. No. personas tratadas con yodo. Calidad del desempeño de las labores de los trabajadores de salud.	Porcentaje de mujeres que recibieron cuidado prenatarl a través del sistema del Ministerio de Salud.# Porcentaje de mujeres que recibieron cuidado después del parto.

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Resultado # 5: Aumento en el número de instalaciones de agua y saneamiento en funcionamiento			
160 sistemas de agua nuevos o mejorados. 15,000 letrinas construídas y en uso. Sistemas de O y M establecidos y en operación.	120 sistemas de agua construídos. 8,840 letrinas construídas.	Plan de implementación desarrollado para agua y saneamiento. Porcentaje de sistemas de agua y saneamiento construídos y operando conforme al plan de implementación. Porcentaje de letrinas construídas conforme al plan de implementación. Porcentaje de communidades con horarios de O y M funcionales. No. de técnicos en mantenimiento pagados por las unidades sanitarias regionales. No. de técnicos adicionales contrados, entrenados y trabajando. No. vehículos asignados a actividades de agua/saneamiento a las unidad sanitarias. Nivel participación comunitaria en O y M. No. interrupciones de servicio en 6 meses. Promedio de interrupciones por día. Promedio de días con servicio de agua y saneamiento sin interrupciones. Promedio de pruebas de calidad del agua en un período de 6 meses. Porcentaje de pruebas aceptables sobre la calidad del agua.	

COMPARACION DE INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTIVIDAD

Marco de Trabajo (a)	Informe sobre Estado del Proyecto (b)	Análisis del Consultor (c)	Informe Actual (d)
Indicadores de Resultado # 6: Cambios adoptados en el comportamiento de salud familiar			
Aumento en los episodios de diarrea tratados con TRO. Aumento en el número de personas que han adoptado el tratamiento apropiado para IRA. Aumento en la cobertura de inmunizaciones. Aumento en el número de niños con peso adecuado para su edad. Incremento en la monitoría y cuidado de nacimientos de alto riesgo. Desarrollo, prueba e implementación de materiales educativos en salud e higiene.		Porcentaje de madres capaces de preparar y administrar SRO. Porcentaje de episodios de diarrea en menores de 5 años tratados con TRO. Porcentaje de episodios de IRA tratados apropiadamente. Porcentaje de familias que muestran las tarjetas de vacunación. Porcentaje de madres que conocen el programa de vacunaciones. Porcentaje de familias que usan jabón. Porcentaje de familias que tienen letrina propia o acceso a una. Cambios generales en la conducta sanitaria de la comunidad.	Porcentaje de madres capaces de preparar y administrar SRO.# Porcentaje de niños menores de 5 años con tarjeta de vacunación.* #

(a) Tal como se indica en la Descripción del Proyecto y el Convenio del Proyecto.
(b) SAR, abril - septiembre de 1991.
(c) Benoliel, Sharon. Data Collection, Monitoring and Evaluation Plan. April 1990.
(d) * Estudios de Base (1990). # Diagnóstico sobre Educación en Salud (1991). @ Reportes Trimestrales del CCH

ANEXO G

PROGRAMA DE DESCARGO DE FONDOS PL-480 CUENTA NO-CHAGAS

PROGRAMA DE DESCARGO DE FONDOS PL-480
CUENTA NO-CHAGAS

RECURSOS RECIBIDOS

9/27/90	Bs.	465,000
8/27/91	Bs.	704,250
TOTAL RECIBIDO		1.169,250

PRESENTACION DESCARGOS POR EL PROYECTO CCH

ABRIL/91	Bs.	332,154.36		28%
JUNIO/91	Bs.	401,974.00		34%
JULIO/91	Bs.	433,974.00		37%
AGOSTO/91	Bs.	463,974.00	(*)	40%
SEPTIEMBRE/91	Bs.	863,500.00	(*)	74%

(*) VARIACION PORCENTUAL DEL + - 2%

Los descargos de estos fondos se realizarán a más tardar a fecha 20/12/91.

ANEXO H
LOGROS DE JSA (preparado por JSA Healthcare)

JSA ACCOMPLISHMENTS

BOLIVIA COMMUNITY AND CHILD HEALTH PROJECT

CONTRACT NO. 511-0594-C-00-0020-00

The following are the accomplishments made by JSA on the above-mentioned project.

STAFFING

JSA, in a timely manner, oriented and fielded all long-term technical assistance to the project. JSA also identified, oriented and fielded U.S.-based short-term consultants.

JSA project staff recruited, interviewed, recommended project staff for the Districts and for the water and sanitation activities.

FINANCIAL MANAGEMENT

Clarified and documented USAID and PL480 approval and disbursement processes for obtaining funds.

Made progress in obtaining PL480 funds. JSA became directly involved in the process i.e., supervising presentation of reports and obtaining documentation identifying solutions to certain problems which had caused the withholding of funds.

JSA contracted Price Waterhouse to conduct an external financial audit of the CCH Office.

SUBCONTRACTORS

Developed, negotiated, and executed a subcontract with Coopers and Lybrand. Accordingly Coopers and Lybrand designed the administrative systems for the project and developed manuals for District financial management.

Developed, negotiated, and executed a subcontract with CIENTIFICA. Accordingly, the local Health Educator was hired and began working effectively and coordinating activities in the Districts. Additionally JSA provided assistance to CIENTIFICA in setting up adequate overhead cost rates.

WATER AND SANITATION

Assumed responsibility for planning and execution of Water and Sanitation component of the project from the DSA. JSA identified and hired short-term consultant, Andrew Karp, to assist the Water and Sanitation engineer. There is now a global vision of how the water and sanitation component will be carried out, and a chronogram of activities has been developed.

Supervised the construction of two water systems, which have been completed. Initiated construction and community education in 17 communities.

Negotiated and contracted with NGOs for the construction of water systems.

PROCUREMENT

Recommended models, assisted in developing specifications, and tracked the USAID procurement of vehicles and computers.

Identified sources, purchased and shipped computer software appropriate for CCH office needs.

Identified sources, purchased and shipped PVC accessories for Water and Sanitation component.

TECHNICAL ASSISTANCE ACTIVITIES

JSA project staff were responsible for the following activities:

Initiated monitoring and supervision of district activities;

Promotion of child survival interventions;

Strengthened radio education programs and produced guidelines for elaboration and transmission of programs;

Initiated educational talks in District mothers' clubs, communities, and individual homes;

Established health fairs in the districts;

Developed a health education diagnosis;

Developed a health education bulletin;

Reviewed, revised, printed and distributed health education materials;

Developed inventory of existing health education materials;

Supported the committe for the development and evaluation of health education materials;

Conducted training in potable water,

Conducted training for doctors, and auxiliary nurses;

Identified and sent people to be trained in health education and health education administration;

Conducted training in health education techniques;

Conducted training of health promoters in community participation, high risk pregnancies, prevalent diseases and ORT;

Conducted courses in nutrition education/community participation;

Conducted courses on nutritional surveillance;

Strengthened the community health committees;

Supported district promotion and training in EPI and ORS;

Supervised and assisted in the preparation of district operational plans; identified and contracted persons to conduct training in Log Frame to further facilitate preparation of plans;

Supported the establishment of the CCH technical library;

Established contacts both in the U.S. and in Bolivia in an effort to establish uniform systems in Water and Sanitation training;

Conducted social communication activities such as development of jingles, painting of murals, etc;

Initiated observation learning visits for health workers in the districts to exchange ideas and information.

OTHER

Identified the fifth district, Chiquitania Sur, and is negotiating a subcontract with PCI for the coordination of activities in that district.

Assisted in the preparation of necessary documentation for the extension of the Project.

Assisted in the preparation of necessary documentation for the restructuring of the Project.

Established coordination and collaboration with other donors, such as other divisions of the Ministry of Health, UNICEF, CARE, Planning Assistance, CARITAS, PROCOSI, World Vision, Food for the Hungry, INEDER and the Federation of PVOs.

ANEXO I

LISTA DE FUENTES DE FINANCIACION DEL PERSONAL DEL PROYECTO CCH

LISTA DE PERSONAL CCH (POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO)/
LIST OF FUNDING SOURCES OF CCH PROJECT PERSONNEL

NOMBRE	CARGO
USAID	
KURITSKY, JOEL	ASESOR TECNICO TAACS USAID/B
CCH - USAID	
CABALLERO, FERNANDO	ASISTENTE A&S CCH LPB
CLAURE, HUMBERTO	INGENIERO REGIONAL A&S CCH LPB
LIZARAZU, ABEL	INGENIERO REGIONAL A&S CBB
LOPEZ Z, JUAN	OPERADOR RADIO CCH LPB
MALDONADO, PASTOR	ENTRENADOR EN PROMOCION SOCIAL A&S
MERCADO, CONSUELO	SECRETARIA CCH LPB
MUÑOZ-REYES, ALVARO	DIRECTOR EJECUTIVO CCH LPB
SAAVEDRA, JUAN CARLOS	INGENIERO REGIONAL A&S SRZ
CHAGAS PL-480	
BALDERRAMA FANOR	COORDINADOR TECNICO NAL. CHAGAS CBB
BERMUDEZ HERNAN	CHAGAS CBB
BURGOA JAIME	COORDINADOR ADM. NAL CHAGAS LPB
DE LA RIVA, PATRICIA	SECRETARIA CHAGAS LPB
MALDONADO MARIELA	SECRETARIA CHAGAS CBB
MUÑOZ-REYES, RODRIGO	COORDINAR EN EDUCACION CHAGAS LPB
ZELAYA, EDUARDO	MENSAJERO CHAGAS LPB
CCH PL480	
GOMEZ, ANTONIO	CONSULTOR SISTEMAS INF. CCH LPB
MELGAR, CARLOS	COORDINADOR ADMINISTRATIVO/CONTABLE
MOLLER, MARIA ANTONIETA	BIBLIOTECARIA CCH LPB
QUISPE, ALBERTO	MENSAJERO CCH LPB
VERA, DAYSI	ASISTENTE CONTABILIDAD-SECRETARIA
VILLAROEL, ERICK	ANALISTA DE SISTEMAS CCH LPB
D I S T R I T O S	
TENORIO, ALBERTO	DIRECTOR ALTIPLANO SUD
MAGNE, RUTH	DIRECTORA CARRASCO VALLE
LA FUENTE, OSCAR	DIRECTOR VALLES CRUCEÑOS
QUIROGA, ANTONIO	DIRECTOR CHAPARE VALLE PUNA
ZAPATA, SILVIA	COORD.DISTRITOS COCHABAMBA
CONDE, MIGUEL	ADMIN. ALTIPLANO SUD
LUNA, CLAUDIO	ADMIN. CARRASCO VALLE
BUSTAMANTE, JEANNETTE	ADMIN. VALLES CRUCEÑOS
SALOMON, REYNALDO	ADMIN. CHAPARE VALLE PUNA
JSA	
FAIRBANKS, RITA	JEFE EQUIPO, a.i. JSA LPB
FRIAS, ELIZABETH	CONSULTORA EN NUTRICION JSA LPB
LEMUS FREDDY	ASISTENTE LOGISTICA A&S JSA LPB
LOAIZA, MARIA ESTHER	ASISTENTE ADMINISTRATIVO JSA LPB
MONTES, SILVIA EGUINO DE	SECRETARIA EJECUTIVA JSA LPB
OJALVO, FILIBERTO	CONSULTOR A&S
OLNEY, EDWARD	ADMINISTRADOR A&S JSA LPB
ORLANDINI, MILENKA	SECRETARIA JSA LPB
PALAZUELOS, JAVIER	CONSUNTOR EN LOGISTICA JSA LPB
VELASCO, JORGE	CONSULTOR EN EDUCACION (CIENTIFICA)
YALE, ANDRES	COORDINADOR ADMINISTRATIVO JSA LPB
VBC	
LEA PLAZA, JUAN CARLOS	CONSULTOR EN SISTEMAS Y COMP. VBC

ANEXO J

LISTA DE CARTAS DE IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

LIST OF PROJECT IMPLEMENTATION LETTERS (17)

Nr.	Date	Purpose
1	Sept. 26, 1988	Project Agreement is legally binding
2	Oct. 28, 1988	Dr. Joaquin Arce Lema is authorized GOB Representative to CCH Project.
3	Feb. 8, 1989	AID Procedures for implementation of GRANT
4	March 27, 1989	Reimburses PAHO for syringes in amount of $ 141, 522.
5	March 30, 1989	Authorizes $ 2,000 for survey cost.
6	Aug. 3, 1989	Approves Temporary Action Plan and Estimated 1989 Budget.
7	March 9, 1990	Authorizes disbursements for project expenses in District III of Santa Cruz Sanitary Unit and Ayo-Ayo district.
8	April 3, 1990	Authorizes disbursements for project expenses in various Districts.
9	April 16, 1990	Approves 1990 Operational Plan and Budget for Parts of Elements II & III.
10	May 2, 1990	Revises "Project Management Unit" description. This replaces prior description contained in Grant Agreement.
11	Aug. 14, 1990	Approves PL-480 1990 contribution budget.
12	Nov. 16, 1990	Approves $ 500,000 budget for Chagas (Element IV) which includes $ 51,000 for Project Management Unit expenses.
13	Dec. 11, 1990	Shifts $ 150,000 from Element 1 to Element 2.
14	March 14, 1991	Provides for disbursements on project activities and acknowledges receipt of 1991 Operating Plan and Budget for Element III.
15	May 17, 1991	Sets forth procedures for implementing the Water & Sanitation Component of Grant. The budget for Element III is also revised.
16	May 22, 1991	Modifies description of Project Management Unit.
17	June 3, 1991	Extends Agreement form July 28, 1993 to July, 1994.

ADMINISTRATIVE LETTERS

No.	Date	Purpose
1	May 5, 1991	Provides budget for Element V – Immunization Activity.

ANEXO K

PRESUPUESTO REVISADO DEL PROYECTO
(Carta de Implementación No. 13)

PROYECTO SALUD INFANTIL Y COMUNITARIA
COMMUNITY AND CHILD HEALTH PROJECT
(511 - 0594)

PRESUPUESTO REVISADO DEL PROYECTO/
REVISED PROJECT BUDGET

(US$)

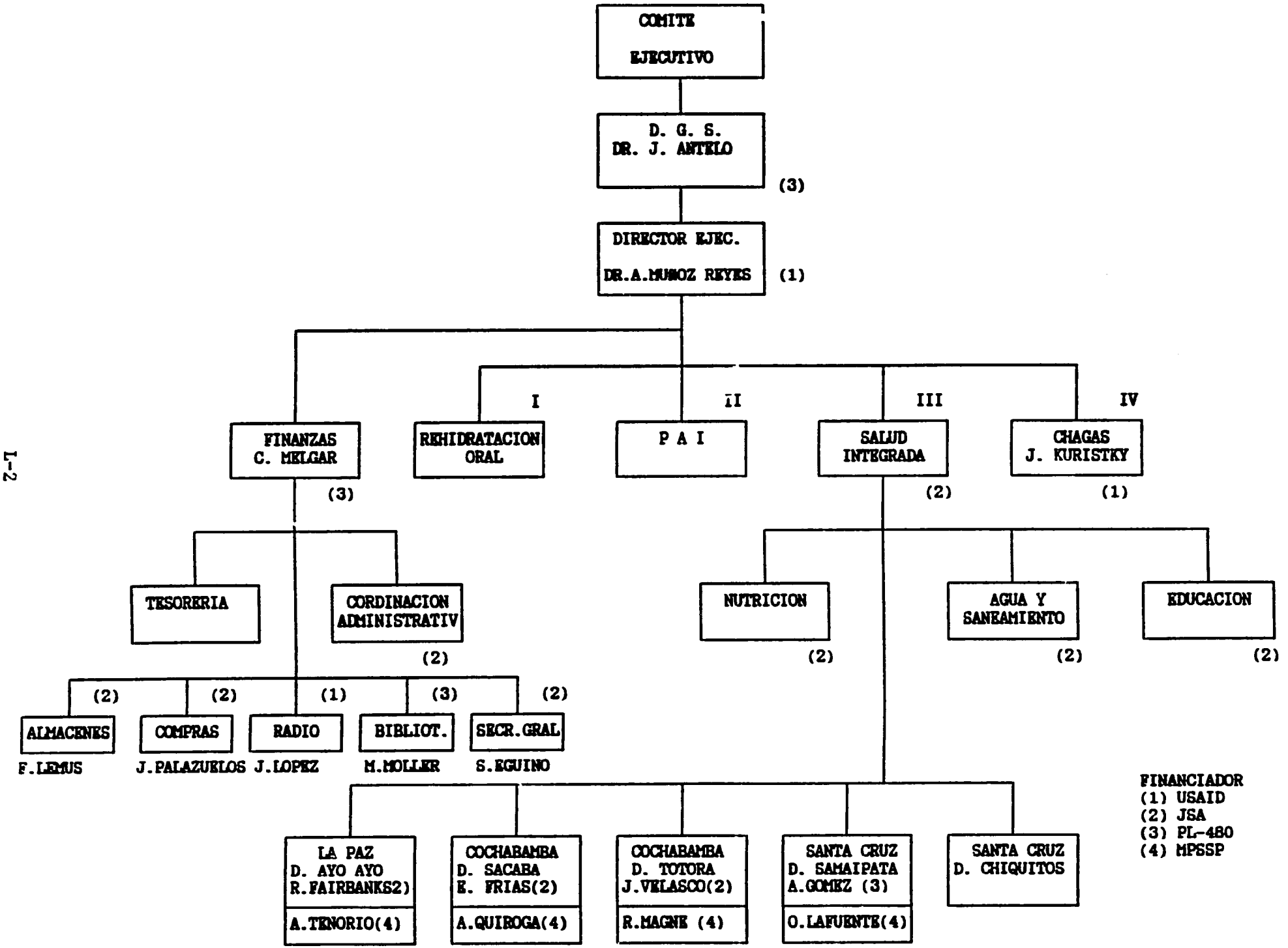
ELEMENTO/ELEMENT	AID ORIGINAL	AID TRANSFERENCIA/ TRANSFER	AID REVISADO/ REVISED	GOB
I. REHIDRATACION ORAL/ORAL REHYDRATION				
A. Asistencia Técnica/Technical Assistance	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
B. Entrenamiento/Training	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
C. Bienes/Commodities	$ 1,000,000	($ 150,000)	$ 850,000	$ 0
D. Otros Costos/Other Costs	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal	$ 1,000,000	($ 150,000)	$ 850,000	$ 0
II. INMUNIZACION/IMMUNIZATION				
A. Asistencia Técnica/Technical Assitance	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
B. Entrenamiento/Training	$ 400,000	$ 0	$ 400,000	$ 300,000
C. Bienes/Commodities	$ 2,150,000	$ 150,000	$ 2,300,000	$ 1,000,000
D. Otros Costos/Other Costs	$ 750,000	$ 0	$ 750,000	$ 0
Subtotal	$ 3,300,000	$ 150,000	$ 3,450,000	$ 1,300,000
III. SI INTEGRADA/INTEGRATED CS				
A. Asistencia Técnica/Technical Assistance	$ 2,816,000	$ 0	$ 2,816,000	$ 778,000
B. Entrenamiento/Training	$ 327,000	$ 0	$ 327,000	$ 1,146,000
C. Bienes/Commodities	$ 3,644,000	$ 0	$ 3,644,000	$ 0
D. Otros Costos/Other Costs	$ 4,913,000	$ 0	$ 4,913,000	$ 2,276,000
Subtotal	$ 11,700,000	$ 0	$ 11,700,000	$ 4,200,000
IV. CHAGAS				
A. Asistencia Técnica/Technical Assistance	$ 400,000	$ 0	$ 400,000	$ 340,000
B. Entrenamiento/Training	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50,000
C. Bienes/Commodities	$ 49,000	$ 0	$ 49,000	$ 2,080,000
D. Otros Costos/Other Costs	$ 51,000	$ 0	$ 51,000	$ 30,000
Subtotal	$ 500,000	$ 0	$ 500,000	$ 2,500,000
Total	$ 16,500,000	$ 0	$ 16,500,000	$ 8,000,000

94

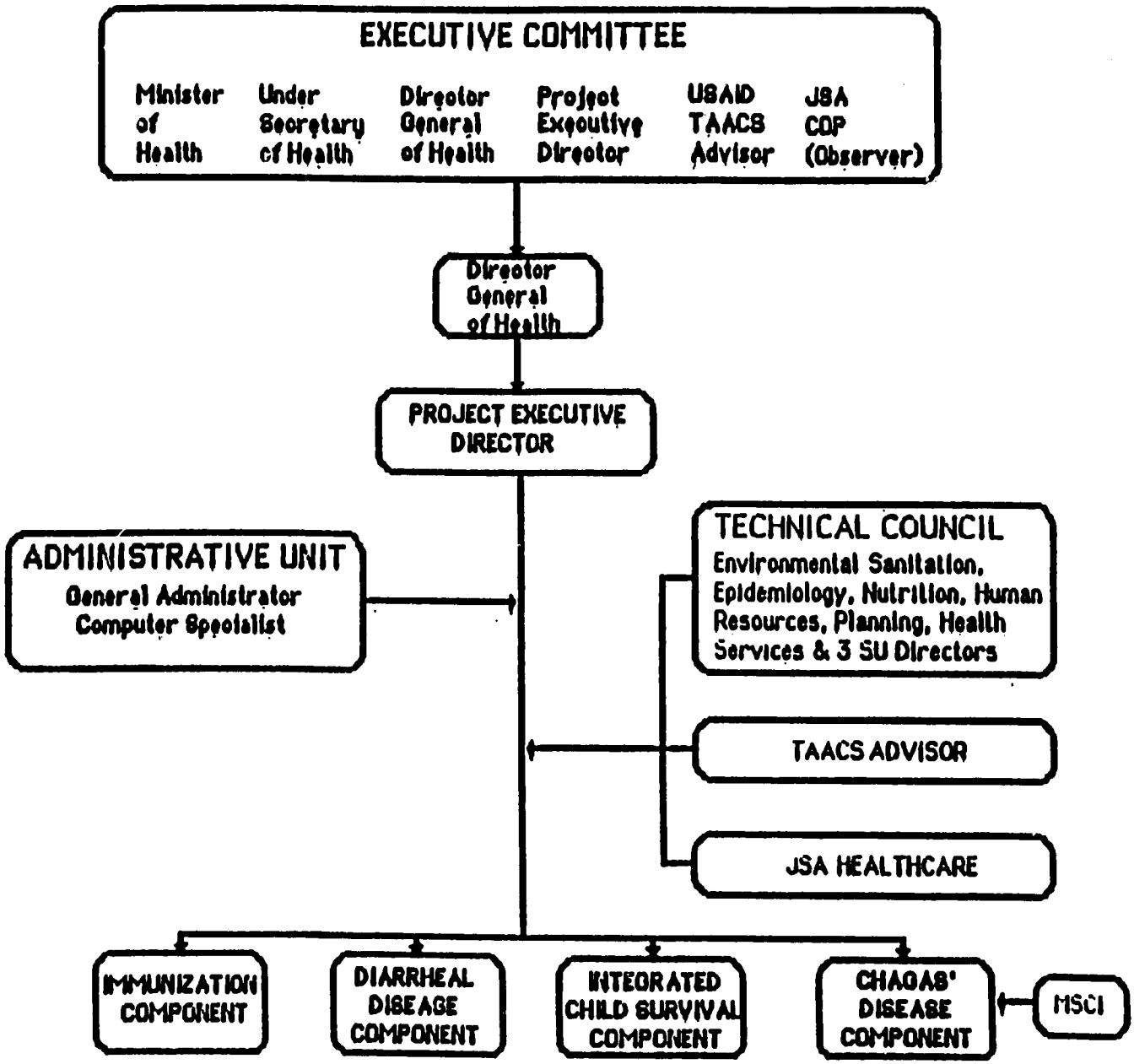
ANEXO L

ORGANIGRAMAS DEL PROYECTO

PROYECTO DE SALUD INFANTIL Y COMUNITARIA



PROJECT MANAGEMENT UNIT
COMMUNITY AND CHILD HEALTH PROJECT



ANEXO M

REPORTE SOBRE ESTADO FINANCIERO (6 noviembre de 1991)

PROYECTO DE SALUD INFANTIL Y COMUNITARIO
511-0594
ESTATUS DE FINANCIAMENTO
06/Noviembre/91
(US$)

	ELEMENTO	PRESUPUESTADO	PROGRAMADO	GASTADO	POR PROGAMAR
REHIDRACION ORAL					
01-C	BIENES	$850,000	$330,537	$3,637	$519,463
INMUNIZACIONES					
02-B	ENTRENAMIENTO	$400,000	$147,200	$147,200	$252,800
02-C	BIENES	$2,300,000	$2,149,523	$1,766,364	$150,477
02-D	OTROS COSTOS	$750,000	$737,000	$554,689	$13,000
	SUB-TOTALES	$3,450,000	$3,033,723	$2,468,453	$416,277
SI INTEGRADO					
03-A	ASTENCIA TECNICA	$2,816,000	$2,594,596	$1,416,119	$221,404
03-B	ENTRENAMIENTO	$327,000	$143,272	$42,272	$183,728
03-C	BIENES	$3,644,000	$2,016,562	$163,354	$1,627,438
03-D	OTROS COSTOS	$4,913,000	$779,597	$332,205	$4,133,403
	SUB-TOTALES	$11,700,000	$5,534,027	$1,953,950	$6,165,973
CHAGAS'					
04-A	ASISTENCIA TECNICA	$400,000	$400,000	$168,273	$0
04-C	BIENES	$49,000	$47,751	$15,527	$1,249
04-D	OTROS COSTOS	$51,000	$51,000	$19,467	$0
	SUB-TOTALES	$500,000	$498,751	$203,267	$1,249
	TOTALES	$16,500,000	$9,397,038	$4,629,307	$7,102,962