



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO
COMUNIDADES SALUDABLES

PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

2012 – 2016

La Paz – Bolivia

2012

CONTENIDO

CONTENIDO.....	2
SIGLAS.....	4
CUADROS.....	6
1 Introducción	8
1.1 Esquema del marco de resultados de Comunidades Saludables - PMP.....	9
1.2 Área Geográfica de Cobertura.....	10
INDICADORES PMP	13
2 Metodología y metas de los Indicadores de Desempeño reportables a USAID.....	13
2.1 Consejos Sociales Municipales de Salud funcionando.....	13
2.2 Incremento en ejecución presupuestaria	16
2.3 Incremento en asignación presupuestaria	19
2.4 Tasa de tratamiento satisfactoria (Tuberculosis).....	22
2.5 Porcentaje casos nuevos TBP BAAR (+) notificados	24
2.6 Capacitación en actividades basadas en derechos	26
2.7 planes de promoción de la salud comunitarios.....	28
2.8 Mujeres tratadas por complicaciones de violencia.....	30
2.9 Personas referidas para servicios de VBG	32

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

2.10	Indicadores a los que contribuye Comunidades Saludables.....	33
	INDICADORES DE PROYECTO.....	35
3	Metodología y metas de los Indicadores de Desempeño del Proyecto Comunidades Saludables	35
3.1	Personal de salud capacitado.....	36
3.2	Acciones de comunicación implementadas	38
3.3	Actividades de sensibilización enfocadas en VBG	40
3.4	Número de adolescentes sensibilizados sobre derechos en salud.....	41
3.5	POA-PTTO en salud elaborados en forma participativa	43
3.6	Porcentaje incrementado de personas referidas por ACS	45
3.7	Redes municipales SAFCI con propuestas de reorientación.....	47
3.8	Agentes Comunitarios de Salud capacitados para incrementar el acceso a la salud	49
4	Instrumentos para el Seguimiento y Monitoreo	51
4.1	Instrumentos para validación de datos.....	53
5	Cronograma de actividades.....	54
6	ANEXO1 matriz de indicadores de proyecto (Preliminar).....	55

SIGLAS

ACS	Agente Comunitario de Salud.
AIEPI – NUT	Atención de Integral de las Enfermedades Prevalentes del Infante - Nutrición
ALS	Autoridad Local en Salud.
AO	Objetivo de Asistencia
CAI municipal	Comité de Análisis de la Información.
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
CLS	Comité Local de Salud.
CSMS	Concejo Social Municipal de Salud.
CSRA	Consejo de Salud Rural Andino.
DILOS	Directorio Local de Salud.
DOTS	Tratamiento de Tuberculosis Directamente Observado
DPT	Triple Vacuna que inmuniza contra la difteria, tosferina y tétanos.
EESS	Establecimientos de Salud
EPB	Estado Plurinacional de Bolivia.
FORTALESSA	Programa de Fortalecimiento de Sistemas de Salud.
FORTALESSA OPS	FORTALESSA-Organización Panamericana de la Salud
FORTALESSA MSD	FORTALESSA-Ministerio de Salud y Deportes
FUPOCH	Federación única de trabajadores campesinos y Pueblos Originarios de Chuquisaca
GMP	Gestión Municipal Participativa
IR	Resultado Intermedio
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MSD	Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

OE	Objetivo Estratégico
ONG	Organización No Gubernamental
OP	Plan Operativo
PMP	Performance Monitor Impact
POA-PTTO	Plan Operativo Anual – Presupuesto.
PROSALUD-PROMESSO	Programa de Mercadeo Social
SABS	Sistema Administrativo de Bienes y Servicios.
SAFCI	Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIGMA	Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa.
SIPAD	Sistema de Información del Plan de Administración de Desempeño
SINCON	Sistema Integrado de Contabilidad.
SLIM	Servicio Legal Integral Municipal.
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.
TB	Tuberculosis
USAID/B	USAID BOLIVIA.
VBG	Violencia Basada en Género
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CUADROS

Cuadro 1. Cobertura: Municipios, red de salud y establecimientos en el área geográfica designada en el departamento de La Paz.....	11
Cuadro 2. Cobertura: Municipios, red de salud y establecimientos en el área geográfica designada en el departamento de Chuquisaca.....	12
Cuadro 3. AO 4. Indicador: Consejos Sociales Municipales de Salud funcionando	13
Cuadro 4. Indicador IR 1-9. Incremento en ejecución presupuestaria.....	16
Cuadro 5. Indicador IR 1-10. Porcentaje de asignación presupuestaria en salud	19
Cuadro 6. IR2/OP – 15. Tasa de tratamiento satisfactorio de casos nuevos de TB pulmonar	22
Cuadro 7. IR2/OP – 16. Porcentaje de casos nuevos de TB pulmonar con BAAR(+) notificados ..	24
Cuadro 8. IR 3-26. Capacitación basada en derechos.....	26
Cuadro 9. IR 3 - 27 N° de planes de promoción de la salud comunitaria parcial o totalmente financiados	28
Cuadro 10. Valores estándar de contraparte local	29
Cuadro 11. IR 3-28 Personas tratadas por complicaciones de VBG.....	30
Cuadro 12. IR 3-29. Personas Referidas para apoyo legal, psicosocial y protección al menor.....	32
Cuadro 13. Relación de contribución de los resultados específicos del proyecto Comunidades Saludables	34
Cuadro 14 Personal de salud capacitado	36

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Cuadro 15. Acciones de comunicación implementadas.....	38
Cuadro 16. Actividades de sensibilización enfocadas en VBG.....	40
Cuadro 17. Número de adolescentes sensibilizados sobre derechos en salud.....	41
Cuadro 18. POA-PTTO en salud elaborado en forma participativa	43
Cuadro 19. Porcentaje incrementado de personas referidas/retornadas (indicador trazador).....	45
Cuadro 20. Porcentaje de redes municipales SAFCI con propuestas de reorientación (Indicador trazador)	47
Cuadro 21. ACS capacitados para incrementar el acceso a la salud.....	49
Cuadro 22. Matriz de relacionamiento para el seguimiento y monitoreo en función del alcance y las instancias relacionadas (Preliminar)	52
Cuadro 23. Cronograma de Actividades (años calendario).....	54

1 INTRODUCCIÓN

El *Proyecto Comunidades Saludables* forma parte del Programa de Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Bolivia) de apoyo al Sector Salud en Bolivia, el cual integra además los proyectos FORTALESSA-MSD, FORTALESSA-OPS, FORTALESSA-UNICEF, CIES Opciones, y PROSALUD-PROMESO, los que de manera conjunta y sinérgica tienen como mandato el contribuir en la reducción de la exclusión social en la atención en salud en 29 municipios priorizados del Departamento de Chuquisaca (6 redes de salud, sin considerar la Red Sucre Urbano) y 27 municipios priorizados del Departamento de La Paz más la Red de Salud Los Andes del Municipio de El Alto (6 redes de salud). El Proyecto será implementado durante el período 2012 – 2016, por PROSALUD y Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) en el marco del Convenio de Cooperación AID-511-A-12-00001.

El presente documento denominado Plan de Monitoreo y Evaluación del Proyecto Comunidades Saludables, presenta inicialmente un esquema del marco de resultados del proyecto incluyendo los indicadores que corresponden a la contribución directa de Comunidades Saludables a la estrategia de USAID/B, los cuales serán reportados a través del sistema SIPAD V2 del PMP, así como otros indicadores de contribución indirecta e indicadores de proceso. Luego presenta el área geográfica de cobertura y a continuación detalla la metodología y metas de los indicadores de desempeño a los cuales el proyecto reporta. En un anexo, se presentan además los indicadores internos del proyecto.

Para cada indicador, se ha preparado un cuadro que muestra las características del mismo incluyendo definición, cobertura, unidad de medida, descripción, desagregación, periodicidad, línea de base y metas. Posteriormente se encuentra la descripción metodológica para su cálculo. A continuación, se presentan sucintamente los instrumentos a ser utilizados en el seguimiento y monitoreo, así como una matriz de relacionamiento de los objetivos del proyecto (alcance) y las instancias relacionadas para mostrar con qué instrumento se realizará la medición.

Finalmente, se presenta el cronograma de actividades del presente plan. En cuanto a la metodología de evaluación, debido a que no se considerarán municipios control en la línea de base, la misma se desarrollará posteriormente en un documento por separado.

1.1 ESQUEMA DEL MARCO DE RESULTADOS DE COMUNIDADES SALUDABLES - PMP

OEP. Reducir la exclusión social en la atención en salud

Porcentaje de municipios en áreas seleccionadas con Consejos Sociales Municipales de Salud funcionando

Comunidades Saludables REPORTA

IR1. Fortalecimiento del Sistema Operativo y gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud

Sub-IR1.4 Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea: equitativa, efectiva y eficiente.

IR 1-9: Porcentaje promedio del total del presupuesto de salud municipal gastado durante el año objeto del informe.

IR 1-10: Porcentaje promedio de presupuesto municipal total que se asigna para gastos de salud.

IR2. Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud intercultural (Acceso y calidad) (*Acceso Universal y SAFCI*)
Sub-IR2.4 Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos; y responder a necesidades locales.

Sub-ir2.5 Incrementada la habilidad de proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención

Comunidades Saludables REPORTA

IR2/OP – 15. Porcentaje de tasa de tratamiento satisfactorio
IR2/OP – 16 Porcentaje de casos nuevos de TB pulmonar con BAAR(+) notificados

Comunidades Saludables CONTRIBUYE

AO – 1 Porcentaje de necesidad insatisfecha de servicios de atención primaria.

AO – 2 Porcentaje necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar

AO – 7 Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con desnutrición crónica (retraso del crecimiento)

IR2/OP – 18 Número de recién nacidos que reciben atención esencial para el recién nacido a través de programas con apoyo del gobierno de EEUU.

IR2/OP – 19 Número de niños menores de 12 meses vacunados con tercera dosis de DPT3 (pentavalente)

IR2/OP – 20 Número de casos de diarrea infantil tratados con programas apoyados por el gobierno de EEUU.

IR2/OP – 23 Número de niños menores de 5 años apoyados en nutrición por programas del gobierno de EEUU.

IR2/OP – 24 Porcentaje de niños menores de 59 meses de edad que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas.

Comunidades Saludables REPORTA

IR3. Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención de salud culturalmente apropiada

Sub-IR 3.3. Fortalecida la habilidad de los actores Municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de los derechos

Sub-IR 3.4. Mejorada la capacidad de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud

IR3-26: Número de personas capacitadas en actividades basadas en derechos.

IR3-27: Número de planes de promoción de la salud Comunitaria parcial o totalmente financiado.

IR3-28. Número de personas tratadas en establecimientos de salud por complicaciones de violencia.

IR3-29. Porcentaje de personas afectadas por Violencia Basada en Género que son referidas a los servicios de apoyo (protección jurídica, servicios psicosociales, etc).

1.2 ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

Comunidades Saludables implementará sus actividades en municipios seleccionados de forma gradual. Para esto, se ha considerado las variables de nivel de pobreza¹, la clasificación de municipios por variables socioeconómicas² y la cobertura de red de salud para planificar la implementación del Proyecto. Para el primer año de actividades se priorizó trabajar en los 11 municipios cabecera de Red de Salud y la Red Los Andes del municipio de El Alto.

Los siguientes cuadros resumen los municipios y los establecimientos de salud públicos en los que Comunidades Saludables realizará la implementación de sus actividades por cada año por departamento y por red de salud; así mismo muestra los otros grupos de establecimientos de salud en cada municipio:

¹ Datos proporcionados en una presentación de SEDES

² USAID- Socios para el desarrollo “*Clasificación de municipios por criterios de salud*”, La Paz, Socios para el Desarrollo/PROSALUD, 2012, 147

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Cuadro 1. Cobertura: Municipios, red de salud y establecimientos en el área geográfica designada en el departamento de La Paz

N°	RED	Municipio	2012	2013	2014	2015	2016	N° EESS públicos	N° EESS IGLESIA	N° EESS PRIVADOS	EESS Seguro Social	ONG
1	Andes Manco Kapac	Batallas	x	x	x	x	x	5				
2		Puerto Perez			x	x	x	5				
3		Pucarani		x	x	x	x	9				
4		Tito Yupanqui			x	x	x	2				
5		San Pedro de Tiquina			x	x	x	4				
6		Copacabana			x	x	x	3				
7	Camacho	Puerto Carabuco	x	x	x	x	x	10				
8		Mocomoco		x	x	x		10				
9		Puerto Acosta		x	x	x		5				
10		Escoma		x	x	x		1	1			
11		Humanata		x	x	x		2				
12	Inquisivi	Quime	x	x	x	x	x	4			1	
13		Ichoca		x	x	x		4				
14		Inquisivi		x	x	x		10				
15		Cajuata		x	x	x		5				
16		Licoma pampa		x	x	x		2				
17		Colquiri		x	x	x		9				1
18	Loayza	Luribay	x	x	x	x	x	8				
19		Malla			x	x	x	4				
20		Yaco			x	x	x	9				
21		Cairoma			x	x	x	9				1
22	Los Andes	El Alto	x	x	x	x	x	10		3		9
23	Yungas	Chulumani		x	x	x	x	6				
24		Coripata		x	x	x		6				
25		Coroico	x	x	x	x		5	1			
26		La Asunta		x	x	x		9				
27		Irupana		x	x	x		10				
28		Yanacachi		x	x	x		4				
TOTAL MUNICIPIOS			6	21	28	28	14					
TOTAL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			43	136	172	172	88	170	2	3	3	9

La sumatoria de establecimientos por año incluye los EESS públicos y los EESS de la iglesia

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Cuadro 2. Cobertura: Municipios, red de salud y establecimientos en el área geográfica designada en el departamento de Chuquisaca

N°	RED	Municipio	2012	2013	2014	2015	2016	N° EESS públicos	N° EESS IGLESIA	N° EESS PRIVADOS	EESS Seguro Social	ONG
1	Azurduy	Azurduy	x	x	x	x	x	11				
2		Tarvita		x	x	x		12				
3		Sopachuy		x	x	x		5				
4	Camargo	Camargo	x	x	x	x	x	8			1	
5		Incahuasi		x	x	x		8				
6		Culpina		x	x	x		12				
7		San Lucas		x	x	x		27			1	
8		Villa Charcas		x	x	x		8				
9		Villa Abecia		x	x	x		4				
10		Carreras		x	x	x		6				
11	Monteagudo	Monteagudo	x	x	x	x	x	18			1	1
12		Huacaya		x	x	x		4				
13		Muyupampa		x	x	x		12				1
14		Machareti		x	x	x		11				1
15		Huacareta		x	x	x		14				1
16	Padilla	Padilla	x	x	x	x	x	7			1	
17		El Villar			x	x	x	5				
18		Tomina			x	x	x	10				
19		Villa Alcalá			x	x	x	3				
20		V. Serrano			x	x	x	8				
21	Sucre Rural	Poroma	x	x	x	x	x	18				
22		Sucre			x		x	19				
23	Tarabuco	Tarabuco	x	x	x	x	x	11				
24		Icla		x	x	x		10				
25		Presto		x	x	x		6				
26		Yamparuez		x	x	x		9				
27		Mojocoya		x	x	x		8				
28		Yotala		x	x	x		10				
29		Zudañez		x	x	x		6				
TOTAL MUNICIPIOS			6	24	29	29	11					
TOTAL ESTABLECIMIENTOS			73	245	290	271	118	290	0	0	4	4

La sumatoria de establecimientos por año incluye los EESS públicos y los EESS de la iglesia

*No se considera los EESS del área urbana de Sucre (e.g. 79 públicos), puesto que el Proyecto Comunidades Saludables no implementa acciones en la Red de Salud Sucre Urbano.

EESS: Establecimientos de salud

INDICADORES PMP

2 METODOLOGÍA Y METAS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO REPORTABLES A USAID

Los siguientes cuadros describen los indicadores de desempeño que Comunidades Saludables reporta a USAID/B, en los que se especifica: cobertura, unidad de medida, descripción, desagregación, periodicidad, línea de base y metas. Posteriormente se encuentra la descripción metodológica para su cálculo.

2.1 CONSEJOS SOCIALES MUNICIPALES DE SALUD FUNCIONANDO

Cuadro 3. AO 4. Indicador: Consejos Sociales Municipales de Salud funcionando

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Indicador: Porcentaje de municipios en áreas seleccionadas con Consejos Sociales Municipales de Salud ³ funcionando
Cobertura: La Paz (27 municipios) Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Porcentaje
Descripción: Este indicador mide la proporción de municipios en las áreas geográficas de destino cuyo Consejo Social Municipal de Salud (CSMS) se encuentran activos. Se considera que el CSMS se encuentra funcionando cuando se verifica los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">- El CSMS cuenta con acta de conformación.- El CSMS cuenta con reglamento interno.- El CSMS realiza reuniones frecuentes (al menos una trimestralmente). El numerador incluye todos los municipios con CSMS que cumplen con los criterios, y el

³ “El Concejo Social Municipal de Salud, es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio. Se organiza en una directiva que interactúa con los integrantes del DILOS, garantizando la Gestión Participativa y el Control Social en Salud”. Norma Nacional de la red Municipal de Salud familiar comunitaria Intercultural y Red de Servicios, 2008

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

denominador incluye el total de municipios del área designada.

Desagregado por: Departamento.

Fuente de información: Actas de conformación y reunión de los CSMS, reglamento interno CSMS.

Periodicidad: Anual

Fecha de reporte: Tercer trimestre de cada año calendario.

Línea de base: 0

Hitos de desempeño	Septiembre 2012	Septiembre 2013	Septiembre 2014	Septiembre 2015	Septiembre 2016	TOTAL
Porcentaje de municipios	7 %	38%	58 %	70%	70%	70 %

Metodología

Comunidades Saludables a través de la implementación de su estrategia de trabajo pretende el fortalecimiento de los CSMS de forma que exista una real participación de la población en la gestión participativa municipal en salud a través de la planificación, ejecución y control social de las actividades programadas en salud, en el POA – PTTO municipal.

Comunidades Saludables ha de realizar capacitación, asistencia técnica y acompañamiento para la conformación y/o fortalecimiento de los CSMS, para que estos se desempeñen acorde a las normas SAFCI.

Cálculo

Para el cálculo del indicador se ha de usar la proporción del número de municipios que se encuentran funcionando sobre el total de municipios del área geográfica del proyecto.

El municipio de El Alto no es considerado para la medición de este indicador puesto que Comunidades Saludables no aborda todo el municipio, solo la Red de Salud Los Andes.

Para el cálculo se considera los CSMS que cumplen los criterios enunciados en la descripción del indicador.

La fórmula aplicada para su cálculo será:

$$\% \text{ municipio} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Municipio funcionando}}{\text{Total de municipios del área designada}} \times 100$$

Total de municipios del área designada = 56

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Monitoreo y validación

Se realizara sobre:

- Conformación de los Consejos Sociales Municipales de Salud a través de sus actas de conformación
- Reglamento interno.
- Acta de reuniones del CSMS.

Para analizar la sostenibilidad de los CSMS se realizarán procesos de evaluación participativa a miembros de una muestra de los mismos.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

2.2 INCREMENTO EN EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Cuadro 4. Indicador IR 1-9. Incremento en ejecución presupuestaria

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas.						
Resultado intermedio 1: Fortalecido el sistema operativo y gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud.						
Sub resultado intermedio 1.4: Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea equitativa, efectiva y eficiente.						
Resultado específico del Proyecto: Porcentaje incrementado de actividades ejecutadas, descritas en el POA de Salud.						
Indicador: Porcentaje promedio del total del presupuesto de salud municipal gastado, durante el año objeto del informe.						
Cobertura: La Paz (27 municipios) Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Porcentaje						
Descripción:						
Este indicador mide el resumen de la ejecución presupuestaria en salud a nivel municipal (gastos recurrentes exceptuando los de infraestructura y equipamiento mayor) como un porcentaje del presupuesto total en salud para el año.						
El numerador es la sumatoria del porcentaje de ejecución presupuestaria en gasto en salud de los municipios del área designada; el denominador es el número de municipios en los que se implementa Comunidades Saludables. El indicador es sensible con la incorporación de nuevos municipios.						
Desagregado por: Departamento.						
Fuente de información: Cierre contable del POA-PTTO municipal, (excluyendo infraestructura, equipamiento mayor) de cada uno de los municipios.						
Periodicidad: Anual						
Fecha de reporte: Segundo trimestre de cada año calendario.						
Línea de base: ND (Se realizará un análisis administrativo financiero de 11 municipios)						
Hitos de desempeño	Junio 2012	Junio 2013	Junio 2014	Junio 2015	Junio 2016	TOTAL
% de municipios						

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

La línea de base de la variación en la ejecución presupuestaria municipal en salud, se determinará a partir de un diagnóstico administrativo-financiero en cada uno de los municipios de intervención.

El municipio de El Alto no es considerado para la medición de este indicador puesto que Comunidades Saludables no aborda todo el municipio, solo la Red de Salud Los Andes.

Comunidades Saludables para el logro de este indicador ha de realizar el fortalecimiento al personal de salud y a la comunidad organizada para que desarrolle el seguimiento y control social efectivo en la ejecución presupuestaria de salud a través de:

- Capacitación y asistencia técnica en el Sistema Administrativo de Bienes y Servicios SABS al personal de los gobiernos municipales y al personal de los establecimientos de salud.
- Capacitación y asistencia técnica en gestión participativa municipal en salud a la comunidad organizada.

Cálculo

Para el cálculo del indicador se ha de proceder de la siguiente forma:

1.- Determinar la ejecución presupuestaria en los municipios en los que Comunidades Saludables se encuentra realizando actividades en gestión municipal en el año de referencia.

- La ejecución presupuestaria es la relacionada a salud en la cual no se considera la inversión en infraestructura y equipamiento mayor.

$$EP_i = \frac{\text{Ejecución presupuestaria en salud}_i}{\text{Asignación presupuestaria}_i} \times 100$$

EP_i = Porcentaje de ejecución presupuestaria en salud del municipio i

Ejecución presupuestaria en salud_i = Ejecución presupuestaria del municipio i (expresado en bolivianos)

Asignación presupuestaria_n = Asignación presupuestaria para salud en el municipio i (expresado en bolivianos); en el caso de existir reformulaciones se considerará el monto más alto entre las reformulaciones y lo presupuestado inicialmente.

2 Determinar el porcentaje promedio del gasto en salud en los municipios en los que Comunidades Saludables presta asesoramiento en Gestión Municipal Participativa.

$$\% \text{ gasto promedio}_n = \frac{\sum_{i=1}^m EP_i}{\text{Municipios con apoyo en GMP}_n}$$

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

% gasto promedio_n = Porcentaje de gasto promedio en salud en el año n.

EP i = Ejecución presupuestaria promedio en el año n

Municipios con apoyo en GMP_n = Municipios en los cuales Comunidades Saludables apoya en Gestión Municipal Participativa en el año n

Monitoreo y validación

- Reporte de cierre contable del POA municipal (excluyendo infraestructura y equipamiento mayor) de cada uno de los municipios.
- Reporte del SINCON (Sistema Integrado de Contabilidad) y/o reporte del SIGMA (Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa).

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

2.3 INCREMENTO EN ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

Cuadro 5. Indicador IR 1-10. Porcentaje de asignación presupuestaria en salud

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas.						
Resultado intermedio 1: Fortalecido el sistema operativo y gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud.						
Sub resultado intermedio 1.4: Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea equitativa, efectiva y eficiente.						
Resultado específico del Proyecto: Porcentaje incrementado de actividades ejecutadas, descritas en el POA de Salud.						
Indicador: Porcentaje promedio del presupuesto municipal total que se asigna para gastos en salud.						
Cobertura: La Paz (27 municipios) Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Porcentaje						
Descripción:						
Este indicador mide el resumen del porcentaje de presupuesto asignado a salud (exceptuando gastos de infraestructura y equipamiento mayor) sobre el total del presupuesto municipal.						
El numerador es la sumatoria del porcentaje de asignación presupuestaria en salud de los municipios del área designada; el denominador es el total de municipios en los que Comunidades Saludables realiza acciones en GMP.						
El indicador es sensible con la incorporación de nuevos municipios.						
Desagregado por: Departamento.						
Fuente de información: POA-PTTO municipal, (excluyendo infraestructura y equipamiento mayor) de cada uno de los municipios.						
Periodicidad: Anual						
Fecha de reporte: Tercer trimestre de cada año calendario.						
Línea de base: ND (Se realizará un análisis administrativo financiero de los últimos tres años en 11 municipios cabeceras de red)						
Hitos de desempeño	Junio 2012	Junio 2013	Junio 2014	Junio 2015	Junio 2016	TOTAL
Porcentaje de municipios						

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

La línea de base de la variación en la ejecución presupuestaria municipal en salud, se determinará a partir de un diagnóstico administrativo-financiero en cada uno de los municipios de intervención.

El municipio de El Alto no es considerado para la medición de este indicador puesto que Comunidades Saludables no aborda todo el municipio, solo la Red de Salud Los Andes.

Comunidades Saludables para el logro de este indicador ha de realizar el fortalecimiento al personal de salud y a la comunidad organizada para que se efectivice la gestión participativa municipal en salud, en el proceso de planificación municipal.

Para ello desarrollará procesos de capacitación y asistencia técnica que promueva se lleven a cabo: CAI comunitario, Mesa municipal de Salud y la reunión ampliada de DILOS.

Capacitación y asistencia técnica al DILOS y CSMS en gestión participativa municipal en salud.

Cálculo

Para el cálculo del indicador se ha de proceder de la siguiente forma:

1.- Determinar la asignación presupuestaria en los municipios en los que Comunidades Saludables se encuentra realizando actividades en gestión municipal en el año de referencia.

- La ejecución presupuestaria es la relacionada a salud en la cual no se considera la inversión en infraestructura y equipamiento mayor.

$$AP_i = \frac{\text{Asignación presupuestaria en salud}_i}{\text{Total del presupuesto municipal}_i} \times 100$$

AP_i = Asignación presupuestaria en salud en el municipio i

Asignación presupuestaria en salud_i = Asignación presupuestaria del municipio i en el año de referencia (Expresado en bolivianos)

Total del presupuesto municipal_n = Presupuesto municipal en la gestión de referencia (Expresado en bolivianos)

2.- Determinar el porcentaje promedio de la asignación presupuestaria en salud en los municipios en los que Comunidades Saludables presta asesoramiento en Gestión Municipal Participativa.

$$\% \text{ asignación presupuestaria promedio}_n = \frac{\sum_{i=1}^m AP_i}{\text{Municipios con apoyo en GMP}_n}$$

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

% asignación presupuestaria promedio $_n$ = Porcentaje de asignación presupuestaria promedio en salud en el año n .

AP_i = Porcentaje de Asignación presupuestaria en salud del municipio i

Municipios con apoyo en GMP_n = Municipios en los cuales Comunidades Saludables apoya en Gestión Municipal Participativa en el año n

Monitoreo y validación

- POA-PTTO municipal (excluyendo infraestructura y equipamiento mayor) de cada uno de los municipios.

2.4 TASA DE TRATAMIENTO SATISFACTORIA (TUBERCULOSIS)

Cuadro 6. IR2/OP – 15. Tasa de tratamiento satisfactorio de casos nuevos de TB pulmonar

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas.
Resultado intermedio 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud intercultural (Acceso y calidad) (Acceso universal y SAFCI).
Sub resultado intermedio 2.5: Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a necesidades locales.
Resultado específico del Proyecto: Incrementada la comprensión de las definiciones locales de “acceso” y “calidad” por parte de los proveedores de salud.
Indicador: Porcentaje de nuevos casos registrados de TBP BAAR (+) que se curaron y completaron el tratamiento con DOTS (tasa de tratamientos satisfactorio).
Cobertura: La Paz (Red Los Andes, Red Yungas – 6 municipios) Chuquisaca (Red Camargo, 7 municipios, Red Sucre urbano y red Sucre rural)
Unidad de medida: Porcentaje
Descripción: El indicador mide la capacidad de un programa para retener a los pacientes a través de un curso completo de quimioterapia con un resultado clínico favorable. Casos "curados" son confirmados bacteriológicamente (es decir que presenta baciloscopia negativa al 6to.mes de tratamiento) y los "Termino Tratamiento" pacientes que han completado su tratamiento con mejoría clínica, sin la baciloscopia de egreso. El numerador es el número de casos nuevos de TBP BAAR (+) registrados en el año de referencia que se curaron más el número de términos de tratamiento en el mismo período. El denominador es el número total de casos nuevos de TBP BAAR (+) registrados que iniciaron tratamiento en el período.
Desagregado por: Departamento, red.
Fuente de información: Registros de los programas de tuberculosis a nivel de los establecimientos de salud del ámbito del colaborativo.
Periodicidad: Semestral
Línea de base:

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Hitos de desempeño	Junio 2012	Junio 2013	Junio 2014	Junio 2015	Junio 2016	TOTAL
Porcentaje de casos nuevos TBP BAAR (+) con tratamiento satisfactorio						

Metodología

Comunidades Saludables ha de desarrollar la mejora de capacidades en el personal de los establecimientos de salud, a través de: capacitación y asistencia técnica, capacitación DOTS, prestar asistencia técnica para la mejora en la logística de medicamentos aplicando las cajas DOTS

Así mismo acompañará técnicamente en la implementación de la mejora de calidad a través de ciclos cortos que mejoren los procesos de seguimiento y tratamiento de pacientes.

Cálculo

$$\% \text{ Tasa de éxito} = \frac{\# \text{ TBP}(+) \text{ curados} + \# \text{ término tratamiento}}{\text{Total TBP BAAR } (+) \text{ iniciados}} \times 100$$

Validación

- Registros de programa de tuberculosis a nivel de establecimientos de salud del ámbito del colaborativo.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

2.5 PORCENTAJE CASOS NUEVOS TBP BAAR (+) NOTIFICADOS

Cuadro 7. IR2/OP – 16. Porcentaje de casos nuevos de TB pulmonar con BAAR(+) notificados

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas.						
Resultado intermedio 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud intercultural (Acceso y calidad) (Acceso universal y SAFCI).						
Sub resultado intermedio 2.5: Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a necesidades locales.						
Resultado específico del Proyecto: Incrementada la comprensión de las definiciones locales de “acceso” y “calidad” por parte de los proveedores de salud.						
Indicador: Porcentaje de casos nuevos de TB pulmonar con BAAR (+) notificados.						
Cobertura: La Paz (Red Los Andes, Red Yungas – 6 municipios) Chuquisaca (Red Camargo, 7 municipios, Red Sucre urbano y red Sucre rural)						
Unidad de medida: Porcentaje						
Descripción:						
Este indicador contabiliza el porcentaje de casos nuevos de TBP BAAR (+) notificados al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en un año determinado. El numerador es el número de casos nuevos de TB pulmonar baciloscopía positiva notificados en el período de referencia. El denominador es el total de casos nuevos de TBP BAAR (+) programados de la población total.						
Desagregado por: Departamento, red						
Fuente de información: Registros de los programas de tuberculosis a nivel de los establecimientos de salud del ámbito del Colaborativo.						
Periodicidad: Trimestral						
Línea de base:						
Hitos de desempeño	Septiembre 2012	Septiembre 2013	Septiembre 2014	Septiembre 2015	Septiembre 2016	TOTAL
Porcentaje de casos nuevos TBP BAAR (+) notificados						

Metodología

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Comunidades Saludables ha de mejorar las capacidades del personal de establecimientos de salud a través de capacitación y acompañamiento técnico en: Capacitación DOTS e implementación de la mejora de calidad a través de ciclos cortos para mejorar los procesos de localización de casos.

Cálculo

$$\% \text{ notificados} = \frac{\# \text{ casos nuevos de TBP BAAR (+) notificados}}{\text{Total TBP BAAR (+) programados}} \times 100$$

Validación

- Registros de programa de tuberculosis a nivel de establecimientos de salud.

2.6 CAPACITACIÓN EN ACTIVIDADES BASADAS EN DERECHOS

Cuadro 8. IR 3-26. Capacitación basada en derechos

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas						
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.						
Sub resultado intermedio 3.4: Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.						
Resultado específico del Proyecto: Los miembros de la comunidad han aumentado el conocimiento de derechos ciudadanos y de salud, y los mecanismos para ejercerlos.						
Indicador: Número de personas capacitadas en actividades basadas en derechos.						
Cobertura: La Paz (28 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Numero de hombres y mujeres que han culminado el contenido temático específico en derechos en salud y derechos civiles.						
Descripción: Este indicador mide el alcance de las actividades de formación destinadas a aumentar el conocimiento o la capacidad para apoyar los derechos ciudadanos, de salud y Salud sexual y reproductiva. "Capacitado" significa, haber completado un número mínimo de sesiones individuales o en grupos pequeños preestablecidos (menos de 25 personas por facilitador). Se enfocarán en temas claramente relacionados con los derechos, brindadas por un facilitador capacitado, incluyendo un cofacilitador siempre que el período de sesiones reúna otros criterios						
Desagregado por: Departamento, sexo, idioma materno, área (urbano/rural), edad.						
Fuente de información: Planillas de asistencia, pre y pos test u otro tipo de evaluación.						
Periodicidad: Trimestral						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
Personas capacitadas	175	700	1150	1960	1365	5350

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

Parte de la estrategia abordada por Comunidades Saludables es el desarrollo de capacidades y competencias procedimentales que permita acciones sostenibles en el tiempo por parte de los actores involucrados.

Los hombres y las mujeres que han de recibir procesos de capacitación pertenecen a los siguientes grupos: autoridades municipales, personal de salud, representantes de los CLS, organizaciones sociales priorizadas, jóvenes de colegios y otros que son líderes en su territorio en el área de salud.

La temática abordada en las capacitaciones incluye lo siguiente:

Derechos en salud: Salud Sexual y Reproductiva, derecho a la atención en salud con calidad, derecho a la seguridad social.

Derechos ciudadanos: Participación comunitaria (planificación, ejecución y control POA), reunión y asociación (estructura social de la SAFCI), derecho a la atención con enfoque intercultural entre otros.

La capacitación cumple con los siguientes requisitos:

- Duración acorde a los objetivos de aprendizaje establecidos en una guía pedagógica, siempre considerando las características del grupo que las recibirá.
- Participantes: máximo 25 personas por grupo.

Una persona puede recibir varias capacitaciones y será contabilizada como una persona capacitada por cada evento.

Cálculo

Determinar el número de personas que aprueban con criterios de culminación exitosa de la capacitación.

$$\# \text{ de personas capacitadas} = \sum_{i=1}^n \text{Personas que culminan la capacitación}$$

Se considera que una persona ha culminado con la capacitación cuando:

- Participa en al menos el 65 % del tiempo de duración del evento.
- Ha respondido satisfactoriamente el test de salida en al menos 60 %.

Monitoreo y validación

Las planillas de asistencia, pre y post test, u otro mecanismo de evaluación.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

2.7 PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIOS

Cuadro 9. IR 3 - 27 N° de planes de promoción de la salud comunitaria parcial o totalmente financiados

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas						
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.						
Sub resultado intermedio 3.4: Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.						
Resultado específico del Proyecto: Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos.						
Indicador: N° de planes de promoción de la salud comunitarios parcial o totalmente financiados.						
Cobertura: La Paz (28 municipios) y Chuquisaca (29 municipios).						
Unidad de medida: Planes de promoción de la salud comunitarios.						
Descripción: El indicador mide el número total de planes de promoción de la salud comunitarios, desarrollados por los Comités Locales de Salud (CLS) y adolescentes a través de sus unidades educativas, en el área designada que fueron parcial o totalmente financiados durante el período de referencia, de cualquier fuente con apoyo del Programa.						
Los planes con financiamiento parcial en un período pueden ser considerados nuevamente el período siguiente(s) durante el período en que el financiamiento para la ejecución continúe.						
Desagregado por: Departamento y municipio.						
Fuente de verificación: Planes de promoción de la salud comunitarios, actas de reuniones.						
Periodicidad: Semestral						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
Planes de promoción de la salud comunitarios	6	40	40	40	20	146

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

Comunidades saludables pretende fortalecer a los Comités Locales de Salud en el desarrollo de capacidades a través del acompañamiento en la elaboración de los planes de promoción de la salud en las comunidades a las que representan, que les permita orientar adecuadamente sus demandas.

El indicador considera a los planes de promoción de la salud comunitarios, desarrollados (que se encuentran en ejecución) en el período de referencia y no así de forma acumulativa desde el inicio de Comunidades Saludables.

La contraparte considerada para los proyectos puede incluir la monetización del tiempo invertido en días hombre por las personas que elaboran y ejecutan los proyectos; así mismo se monetizaran los insumos locales brindados por la comunidad.

Cuadro 10. Valores estándar de contraparte local

N°	Descripción	Unidad de medida	Valor (\$US)
1	ACS, ALS, Líderes de la comunidad	Día/hombre	5
2	Personal de salud	Día/hombre	10
3	Alimentación	Persona/día	2

Cálculo

$$\text{Planes de promoción de la salud comunitarios} = \sum_{j=1}^n \text{Planes en ejecución o culminados}_j$$

Se considera que un CLS tiene plan en ejecución o culminado cuando:

- Desarrolla sus actividades acorde a los objetivos establecidos.
- Cuenta con un informe aprobado de avance o conclusión del proyecto por Comunidades Saludables.

Monitoreo y validación

Documentos de planes de promoción de la salud comunitarios.

Informes de avance aprobados por Comunidades Saludables.

Informe final aprobado por Comunidades Saludables

2.8 MUJERES TRATADAS POR COMPLICACIONES DE VIOLENCIA

Cuadro 11. IR 3-28 Personas tratadas por complicaciones de VBG

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.
Sub resultado intermedio 3.3: Fortalecida la habilidad de los actores municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de sus derechos.
Resultado específico del proyecto: Las autoridades municipales usan la información de los CSMS de manera analítica para identificar y eliminar las barreras para ejercer los derechos
Sub resultado intermedio 3.4: Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.
Resultado específico del Proyecto: Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos.
Indicador: Número de personas tratadas por complicaciones de violencia, en establecimientos médicos, (excluyendo la violencia psicológicas/psicosociales).
Cobertura: La Paz (28 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Número de personas tratadas.
Descripción: Este indicador es un recuento de las personas tratadas en salas de emergencia en servicios públicos de salud, por complicaciones de violencia basada en género, incluyendo el asalto físico y sexual. Las complicaciones pueden incluir pero no están limitadas a: laceraciones o hematomas traumáticos, VIH y/o exposición a otras ITS, embarazo, trabajo de parto prematuro u otros resultados maternos/fetal adversos. El tratamiento puede incluir pero no se limita al VIH profilaxis post-exposición, la cirugía y/o tratamientos médicos menores El indicador es sensible a los cambios en la presentación de las tendencias y métodos, así como la prevalencia de la violencia.
Desagregado por: Departamento, área (urbano-rural), grupo de edad, sexo.
Fuente de información: Registro de Establecimientos de Salud Públicos.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Periodicidad: Trimestral						
Línea de base: ND (Se establecerá en el estudio de línea de base)						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
Mujeres tratadas						

Metodología

Comunidades Saludables, desarrollará procesos de información y capacitación en los establecimientos de salud y la comunidad a través de sus líderes (CLS) en derechos de salud relacionados a VBG y los mecanismos para dirigirse a la atención por VBG.

El indicador mide el número de atenciones realizadas por establecimientos de salud públicos, debido a complicaciones por violencia de género.

Cálculo

$$\# \text{ de personas tratadas} = \sum_{i=1}^n \text{Personas que recibieron tratamiento por VBG}_i$$

Monitoreo y validación

A través de los reportes de los establecimientos de salud

2.9 PERSONAS REFERIDAS PARA SERVICIOS DE VBG

Cuadro 12. IR 3-29. Personas Referidas para apoyo legal, psicosocial y protección al menor

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.
Sub resultado intermedio 3.3: Fortalecida la habilidad de los actores municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de sus derechos.
Resultado específico del proyecto: Las autoridades municipales usan la información de los CSMS de manera analítica para identificar y eliminar las barreras para ejercer los derechos
Sub resultado intermedio 3.4: Mejorada la capacidad de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.
Resultado específico del Proyecto: Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos.
Indicador: Porcentaje de personas referidas por Violencia Basada en Género para recibir apoyo legal, psicosocial y protección del menor.
Cobertura: La Paz (28 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Porcentaje de referencias.
Descripción: <p>Este indicador refleja la proporción de hombres y mujeres que son afectados por VBG y son referidos por los establecimientos de salud hacia otros servicios externos relacionados con VBG, incluyendo a la comunidad organizada; para recibir apoyo en servicios relacionados con las secuelas de violencia basada en género.</p> <p>Los servicios pueden incluir pero no están limitados a: asesoramiento legal o ayuda, individual o de grupo, ayuda psicológica o psicosocial, el alojamiento o los servicios de protección incluso para los niños afectados por la violencia.</p> <p>El indicador es sensible a los cambios en las tendencias de referencia y presentación de informes y métodos, así como la prevalencia de la violencia.</p>

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Desagregado por: Departamento, sexo.

Fuente de información: Reportes de establecimientos de salud, SNIS, SLIM.

Periodicidad: Trimestral

Línea de base: ND (Se determinará en la línea base)

Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
% de personas referidas						

Metodología

Se ha de considerar la referencia por Violencia Basada en Género (VBG) realizada por los establecimientos de salud hacia:

- El Servicio Legal Integral Municipal.
- Otras instituciones como: Brigada de protección a la familia, brigada de protección al menor, u otros
- Comunidad organizada

Cálculo

Para el cálculo del indicador se considera las personas que han sido referidas sobre el total de personas atendidas por Violencia Basada en Género.

$$\% \text{ de personas referidas} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Personas referidas}}{\sum_{i=1}^n \text{Personas atendidas por VBG}}$$

Monitoreo y validación

- Cuaderno de registro de los establecimientos de salud.
- Datos del SNIS
- Datos SLIM

2.10 INDICADORES A LOS QUE CONTRIBUYE COMUNIDADES SALUDABLES

Además de los indicadores presentados en el esquema anterior, el Proyecto Comunidades Saludables desarrolla acciones que contribuyen a otros indicadores de USAID/B, realizando capacitaciones y llevando adelante procesos para su logro. El siguiente cuadro resume la contribución relacionada con el Sub RI 2 y los resultados específicos del proyecto.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Cuadro 13. Relación de contribución de los resultados específicos del proyecto Comunidades Saludables

<p>IR2. Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud intercultural (Acceso y calidad) (Acceso Universal y SAFCI)</p>	
<p>Sub IR2.4 Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos; y responder a necesidades locales</p>	
<p>Resultado específico del proyecto. Incrementada la comprensión de las definiciones de “acceso” y “calidad” por parte de los proveedores de salud</p>	
<p>Sub IR2.5 Incrementada la habilidad de proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención.</p>	
<p>Resultado específico del proyecto.</p> <p>Los ACS priorizan visitas domiciliarias de forma apropiada, miden y pesan a niños y desarrollan intervenciones educativas en sus comunidades</p>	<p>AO 1. Porcentaje de necesidad insatisfecha de servicios de atención primaria</p> <p>AO 7 Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con desnutrición crónica (retraso del crecimiento)</p> <p>IR2/OP – 20 Número de casos de diarrea infantil tratados con programas apoyados por el gobierno de EEUU.</p> <p>IR2/OP – 23 Número de niños menores de 5 años apoyados en nutrición por programas del gobierno de EEUU.</p> <p>IR2/OP – 24 Porcentaje de niños menores de 59 meses de edad que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas.</p>
<p>Resultado específico del proyecto</p> <p>Conocimiento de conductas saludables y prácticas de prevención mejoradas para intervenciones probadas que salvan vidas especialmente para madres y niños.</p>	<p>IR2/OP – 18 Número de recién nacidos que reciben atención esencial para el recién nacido a través de programas con apoyo del gobierno de EEUU.</p> <p>IR2/OP – 19 Número de niños menores de 12 meses vacunados con tercera dosis de DPT3 (pentavalente)</p>

INDICADORES DE PROYECTO

3 METODOLOGÍA Y METAS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROYECTO COMUNIDADES SALUDABLES

Comunidades Saludables además de los anteriores indicadores ha establecido indicadores de proyecto relacionados a todos los Resultados Intermedios, sub-resultados intermedios y resultados específicos de proyecto (ver cuadro anexo 1).

A continuación se muestran los cuadros correspondientes a indicadores trazadores que contribuyen al resultado intermedio 2.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

3.1 PERSONAL DE SALUD CAPACITADO

Cuadro 14 Personal de salud capacitado

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas						
Indicador: Número de personas que es personal de salud capacitado						
Cobertura: La Paz (28 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Número de personas.						
Descripción: Este indicador mide el alcance de las actividades de formación destinadas a aumentar el conocimiento o la capacidad para coadyuvar en la implementación de la política SAFCI, en los resultados que comunidades saludables aporta.						
Desagregado por: Departamento, sexo, idioma materno, área (rural – urbano).						
Fuente de información: Carpeta de la actividad (planillas de asistencia, pre-post test, otro tipo de evaluación).						
Periodicidad: Trimestral						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
Personal de salud capacitado	90	210	180	250	55	785

Metodología

Comunidades Saludables como parte de la implementación de su estrategia ha de desarrollar capacidades en el personal de los establecimientos de salud, orientados al logro de los resultados del proyecto.

La temática abordada en las capacitaciones incluye lo siguiente:

- Componente de gestión de la SAFCI
- Calidad concertada y el componente de atención de la SAFCI
- Manejo con calidad del programa TB

La capacitación cumple con los siguientes requisitos:

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

- Duración acorde a los objetivos de aprendizaje establecidos en una guía pedagógica, siempre considerando las características del grupo que las recibirá.
- Participantes: máximo 25 personas por grupo.

Una persona puede recibir varias capacitaciones y será contabilizada como una persona capacitada por cada evento.

Cálculo

Determinar el número de personas que aprueban con criterios de culminación exitosa de la capacitación.

$$\# \text{ de personas capacitadas} = \sum_{i=1}^n \text{Personas que culminan la capacitación}$$

Se considera que una persona ha culminado con la capacitación cuando:

- Participa en al menos el 65 % del tiempo de duración del evento.
- Ha respondido satisfactoriamente el test de salida en al menos 60 %.

Monitoreo y validación

Las planillas de asistencia, pre y post test, u otro mecanismo de evaluación.

3.2 ACCIONES DE COMUNICACIÓN IMPLEMENTADAS

Cuadro 15. Acciones de comunicación implementadas

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas

Indicador: Número de acciones de comunicación implementadas de acuerdo a la estrategia de branding y comunicación para la promoción de la salud de Comunidades Saludables.

Cobertura: La Paz (27 municipios y la red de salud Los Andes de El Alto) y Chuquisaca (29 municipios)

Unidad de medida: Número de acciones.

Descripción:

Las estrategias de comunicación tienen enfoques predefinidos para transmitir mensaje o un conjunto de mensajes sobre salud, por lo general relacionado con la disponibilidad de servicios específicos, las recomendaciones para la búsqueda de tratamiento o comportamientos preventivos, prevención y transmisión de enfermedades infecciosas, u otros temas. La comunicación puede tener diversos objetivos, tales como el cambio de comportamiento, incremento de conocimiento. La propia estrategia abarca dos componentes: el mensaje deseado o información, y la forma de transmisión. Los mensajes pueden ser difundidos a través de los medios de comunicación como la radio o la televisión, materiales impresos difundidos en los centros de salud, hospitales y otros sitios, o de boca en boca, sobre todo por la formación clínica y otros proveedores de servicios para ofrecer información de forma rutinaria durante el contacto normal con los clientes. Estrategias sólo debe contarse si incluyen tanto un mensaje de entrega y documentable usando uno o más de estas estrategias de entrega. Si bien la difusión del mensaje de destino en sí es el punto final de seguimiento, los proyectos pueden desear hacer un seguimiento a nivel de población los cambios en la captación de servicios, relacionados con el mensaje de conciencia o conocimiento que se producen como consecuencia de ello. El recuento incluye las únicas estrategias iniciadas durante el período del informe, es decir, difundidas por primera vez. Ejemplos de estrategias de comunicación pueden incluir: una campaña gráfica con el objetivo de crear conciencia sobre los derechos de las mujeres, una campaña de radio diseñado para animar a los cuidadores de los niños pequeños a elegir alimentos ricos en energía destete, o uno que informa a las personas sobre la disponibilidad o soluciones de rehidratación oral en el local de la salud clínicas.

Desagregado por: Departamento, municipio.

Fuente de información: Informes.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Periodicidad: Trimestral							
Línea de base: 0							
Hitos de desempeño	de	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
% incrementado de personas referidas							

Metodología

Comunidades Saludables tiene la estrategia de comunicación de forma transversal a los resultados intermedios.

Para ello tiene establecido la realización de acciones de comunicación conjuntamente los socios del programa FORTALESSA y apoyar en la elaboración y ejecución de planes de acción en las redes de salud municipal SAFCI.

Cálculo

Para el cálculo se ha de considerar lo siguiente:

$$\text{Acciones de comunicación} = \sum \text{acciones de comunicación en trimestre}$$

Monitoreo y validación

- Reporte de carpetas.
- Copia de materiales producidos.

3.3 ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN ENFOCADAS EN VBG

Cuadro 16. Actividades de sensibilización enfocadas en VBG

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas						
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.						
Sub resultado intermedio 3.4: Mejorada la capacidad de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud						
Resultado específico del Proyecto: Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos.						
Indicador: Número de actividades de sensibilización enfocadas en violencia basada en género.						
Cobertura: La Paz (27 municipios y la red Los Andes) y Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Número de actividades.						
Descripción:						
El indicador hace un recuento del número de actividades de sensibilización en la temática de violencia basada en género realizada por Comunidades Saludables.						
Las actividades pueden ser pero no están a limitadas: Ferias, exposiciones, campañas y otros de forma masiva.						
El indicador hace un recuento de las actividades realizadas durante el período de referencia.						
Desagregado por: Departamento.						
Fuente de información: Reporte de carpetas de eventos informativos.						
Periodicidad: Trimestral						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
# actividades de sensibilización	4	21	33	40	27	125

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

Comunidades Saludables ha de desarrollar procesos de sensibilización sobre violencia basada en género a: adolescentes, organizaciones sociales, autoridades de la estructura social, autoridades del gobierno municipal y otros.

Esto ha de desarrollarlo a través de: Ferias, exposiciones, reuniones informativas, campañas y otros de forma masiva.

Cálculo

Para el cálculo se ha de considerar lo siguiente:

$$\text{Actividades de sensibilización} = \sum \text{Ferias, exposiciones, campañas y otras}$$

Monitoreo y validación

- Reporte de carpetas.
- Copia de materiales producidos.

3.4 NÚMERO DE ADOLESCENTES SENSIBILIZADOS SOBRE DERECHOS EN SALUD

Cuadro 17. Número de adolescentes sensibilizados sobre derechos en salud

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 3: Población rural que no recibe adecuada atención es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada.
Sub resultado intermedio 3.4: Mejorada la capacidad de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud.
Resultado específico del Proyecto: Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildear por servicios basados en derechos.
Indicador: Número de adolescentes (10-19 años) en establecimientos de salud, son sensibilizados sobre derechos en salud.
Cobertura: La Paz (27 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Número de adolescentes
Descripción: Este indicador mide el número de adolescentes que en el trimestre han sido sensibilizados sobre los

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

derechos en salud, para que puedan desarrollar proyectos y/o actividades en sus comunidades relacionadas a estos

El indicador considera a personas entre 10 y 19 años que han participado de eventos informativos.

Desagregado por: Departamento, área (rural – urbano), sexo, grupos de edad.

Fuente de información: Carpetas de reporte eventos informativos.

Periodicidad: Trimestral

Línea de base: ND (Se determinará en la línea base)

Hítos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
% incrementado de personas referidas	-	210	120	70	-	400

Metodología

Comunidades Saludables ha de desarrollar procesos de sensibilización sobre derechos en salud a adolescentes en coordinación con los establecimientos educativos de secundaria en el área de influencia del proyecto.

Esto ha de desarrollarlo a través de: Exposiciones, reuniones informativas, y otros.

Cálculo

Para el cálculo se ha de considerar lo siguiente:

$$\# \text{ adolescentes sensibilizados} = \sum \text{ Adolescentes sensibilizados en derechos en salud}$$

Monitoreo y validación

- Reporte de carpetas.
- Copia de materiales producidos.

3.5 POA-PTTO EN SALUD ELABORADOS EN FORMA PARTICIPATIVA

Cuadro 18. POA-PTTO en salud elaborado en forma participativa

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas.						
Resultado intermedio 1: Fortalecido el sistema operativo y gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud.						
Sub resultado intermedio 1.4: Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea equitativa, efectiva y eficiente.						
Resultado específico del Proyecto: Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAS del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos participativos.						
Indicador: Número de municipios con POA-PTTO en salud elaborados de forma participativa.						
Cobertura: La Paz (27 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)						
Unidad de medida: Porcentaje						
Descripción: Este indicador mide la proporción de municipios en las áreas de implementación que han elaborado su POA-PTTO en salud de forma participativa Participativa se entiende como el cumplimiento en la aplicación de la guía de planificación operativa del MSD, vale decir se han realizado: el CAI ⁴ municipal, mesa municipal de salud y la reunión ampliada del DILOS.						
Desagregado por: Departamento.						
Fuente de información: POA-PTTO municipal; actas y/o listas de participantes de CAI municipal, mesa municipal de salud y la reunión ampliada del DILOS; Matriz de priorización de demandas.						
Periodicidad: Anual						
Fecha de reporte: Tercer trimestre de cada año calendario.						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Junio 2012	Junio 2013	Junio 2014	Junio 2015	Junio 2016	TOTAL
% de municipios	7 %	38 %	58%	70%	70%	70%

⁴ CAI: Comité de Análisis de la Información- Reunión donde se informa sobre los indicadores de salud de una jurisdicción territorial definida. Participan el sector salud, las autoridades municipales y la comunidad, para tomar decisiones y planificar en torno a la salud.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Metodología

Comunidades Saludables en la implementación de su estrategia busca promover la elaboración de POA-PTTO de forma participativa; para lo cual apoyará al MSD en la elaboración de documentos guía para la planificación operativa en salud. Asimismo, desarrollará procesos de capacitación a gestores en salud (autoridades y técnicos municipales, personal de salud y comunidad organizada) en planificación participativa municipal; Asistencia técnica en procedimientos administrativo contables para la elaboración del POA al personal del Gobierno Municipal.

Realizará el acompañamiento para el funcionamiento del DILOS, para la elaboración de su reglamento interno y la aplicación de la normativa relacionada a su funcionamiento; y el seguimiento al POA-PTTO.

Así mismo acompaña para que los POA-PTTO incluyan demandas generadas en los CAI comunitarios u otros.

Cálculo

Para el cálculo se ha e usar la proporción del número de municipios que han elaborado sus POAS de forma participativa, sobre el total de municipios del área geográfica del proyecto

El municipio de El Alto no es considerado para la medición de este indicador puesto que Comunidades Saludables no aborda todo el municipio, solo la Red de Salud Los Andes.

Se considera que el POA-PTTO ha sido elaborado de forma participativa cuando ha aplicado la guía de planificación operativa del MSD (se han realizado: el CAI municipal, mesa municipal de salud y la reunión ampliada del DILOS).

La fórmula aplicada para su cálculo será:

$$\# \text{ municipio} = \sum_{i=1}^n \text{Municipio con POA (participativo)}$$

Monitoreo y evaluación

Se realizará sobre:

- Matriz de priorización de demandas
- Listas y/o actas de participantes de: CAI municipal, mesa municipal de salud, reunión ampliada del DILOS
- Documento de POA

3.6 PORCENTAJE INCREMENTADO DE PERSONAS REFERIDAS POR ACS

Cuadro 19. Porcentaje incrementado de personas referidas/retornadas (indicador trazador)

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud familiar intercultural.
Sub resultado intermedio 2.4: Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a necesidades locales.
Resultado específico del Proyecto: Incrementadas las referencias/retorno entre los establecimientos de salud y los actores locales de la comunidad (ACS, ALS, médicos tradicionales u otro) que permite atención continua.
Indicador: Porcentaje incrementado de personas (hombres, mujeres, niños y niñas) referidas a su establecimiento de primer nivel por un actor local (ACS, ALS, médicos tradicionales u otro) que retornan a su comunidad con información que permite seguimiento a su salud.
Cobertura: La Paz (27 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Porcentaje incrementado de referencias.
Descripción: Este indicador es un recuento del incremento en la proporción de hombres, mujeres, niños y niñas que son referidos por los actores locales (ACS, ALS, médico tradicional u otro) hacia los establecimientos de salud y son retornados hacia los actores locales, para el seguimiento a su salud. No se considera a El Alto, porque el trabajo con los actores locales (ACS, ALS u otro) en áreas urbanas no llega a una coordinación adecuada para dar seguimiento a estos procesos. Se contemplará a establecimientos seleccionados en la red de salud SAFCI.
Desagregado por: Departamento, área (rural – urbano), sexo, grupos de edad.
Fuente de información: Reportes de Establecimientos de salud.
Periodicidad: Semestral
Línea de base: ND (Se determinará en la línea base)

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Hitos de desempeño	de	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
% incrementado de personas referidas		-	10%	20%	30%	35%	35%

Metodología

Comunidades Saludables con el objeto de incrementar el acceso a la salud, busca que los actores locales (ACS, ALS, médicos tradicionales u otros) realicen procesos de referencia a establecimientos de primer nivel y estos retornen para que se realice un seguimiento a su salud.

Para ello Comunidades Saludables trabajará en dos niveles del sistema de salud: redes de salud seleccionadas, redes de salud SAFCI.

En la red de salud SAFCI, ha de implementar el sistema de archivo de boletas de referencia/retorno comunitarias y en al menos dos establecimientos de la red se apoyará para el seguimiento a los ACS en referencia y retorno.

Comunidades saludables también promoverá la supervisión y evaluación continua de los ACS basada en estándares definidos.

En las redes de salud seleccionadas ha de organizar todo el proceso de referencia y retorno comunitario; esto implica: contar con los servicios clasificados de acuerdo a nivel resolutivo, estar identificada la red funcional, los actores, transporte y otros.

Cálculo

Para el cálculo se ha de considerar lo siguiente:

1.- Determinación del índice de referencia/retorno entre los actores locales (ACS, ALS, médico tradicional u otro) y el establecimiento de salud.

$$PRR = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Persona retornada}}{\sum_{i=1}^n \text{Persona referida}}$$

PRR= Personas Referidas y Retornadas en los establecimientos de salud seleccionados.

La selección de los establecimientos de salud será realizada durante el primer año de ejecución del proyecto.

2. Determinación del porcentaje incrementado sobre la línea base.

$$\% \text{ incrementado referencia y retorno}_n = \frac{PRR_n - PRR_{LB}}{PRR_{LB}} \times 100$$

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

PRR_n = Porcentaje de Referencia Retorno en el año n

PRR_{LB} = Porcentaje de Referencia Retorno en la Línea Base.

Monitoreo y validación

- Registros en establecimientos de salud seleccionados.

3.7 REDES MUNICIPALES SAFCI CON PROPUESTAS DE REORIENTACIÓN

Cuadro 20. Porcentaje de redes municipales SAFCI con propuestas de reorientación (Indicador trazador)

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud familiar intercultural.
Sub resultado intermedio 2.5: Incrementada la habilidad de proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención.
Resultado específico del Proyecto: Fortalecida la capacidad de las comunidades para identificar, definir y comunicar a niveles más altos del sistema de salud su propia definición de calidad y acceso.
Indicador: Porcentaje de redes municipales SAFCI seleccionadas con propuestas de reorientación (plan de acción) consensuadas con Consejos Sociales Municipales de Salud (CSMS). El indicador es sensible a cambio de autoridades, cambio de políticas, legitimidad de los Consejos Sociales Municipales de Salud.
Cobertura: La Paz (26 municipios) y Chuquisaca (30 municipios)
Unidad de medida: Porcentaje.
Descripción: Las propuestas de reorientación están orientadas a implementar cambios a partir de las demandas que surjan de la comunidad, en esta se considera que se incluya enfoque de interculturalidad.
Desagregado por: Departamento, municipio
Fuente de información: Propuestas de reorientación de red municipal SAFCI, acta que avala la participación comunitaria.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Periodicidad: Anual							
Línea de base: ND (Se determinará en el primer año)							
Hitos de desempeño	de	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
% redes municipales		-	38%	59%	70%	70%	70%

Metodología

Comunidades Saludables para promover la elaboración de propuestas de reorientación a partir de demandas de las comunidades fortalecerá a los CLS.

El fortalecimiento de los CLS se realizará a partir de informar y/o capacitar en procesos de mejora de calidad concertada en la atención de salud en las redes de salud SAFCI seleccionadas.

Asimismo, acompañará a los CLS en los procesos de seguimiento al plan de acción de calidad concertada que incluya la re-orientación del servicio.

Cálculo

El cálculo será de la siguiente forma:

$$\% \text{ de redes SAFCI} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Redes SAFCI con propuestas de reorientación}}{\text{Total de redes SAFCI a implementar}} \times 100$$

Se considera que una red de salud SAFCI tiene propuesta de reorientación cuando dos establecimientos seleccionados cuentan con:

- Un plan de reorientación (plan de acción).
- Un acta que avala la participación comunitaria.

Total de redes SAFCI a implementar = Son el total de redes que implementarán la metodología de calidad concertada (57 municipios)

Monitoreo y validación

Planes de reorientación de las redes SAFCI.

3.8 AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS PARA INCREMENTAR EL ACCESO A LA SALUD

Cuadro 21. ACS capacitados para incrementar el acceso a la salud

Este indicador será incorporado al sistema de USAID

OE: Reducir la exclusión social en la atención en salud en áreas designadas
Resultado intermedio 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud familiar intercultural.
Sub resultado intermedio 2.5: Incrementada la habilidad de proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención.
Resultado específico del Proyecto: Los ACS refieren a los miembros de la comunidad a establecimientos de salud de forma correcta.
Resultado específico del Proyecto: Los ACS priorizan visitas domiciliarias en forma apropiada, miden y pesan a niños; y desarrollan intervenciones educativas en sus comunidades.
Resultado específico del Proyecto: Conocimiento de conductas saludables y prácticas de prevención mejoradas para intervenciones probadas que salvan vidas especialmente para madres y niños.
Indicador: Número de actores locales (ACS, ALS, médico tradicional u otro) capacitados para incrementar el acceso a la salud.
Cobertura: La Paz (27 municipios) y Chuquisaca (29 municipios)
Unidad de medida: Numero de actores locales (ACS, ALS, médico tradicional u otro) que han culminado el contenido temático específico en AIEPI-NUT comunitario, salud materna neonatal, salud sexual reproductiva y referencia/retorno.
Descripción: Este indicador mide las actividades de capacitación destinadas a incrementar el conocimiento y la capacidad para incrementar el acceso a la salud. "Capacitado" significa, haber completado un número mínimo de sesiones individuales o en grupos pequeños preestablecidos (menos de 25 personas por facilitador). Se enfocarán en temas claramente relacionados con los derechos.
Desagregado por: Departamento, sexo, idioma materno, área (urbano/rural).
Fuente de información: Planillas de asistencia, pre y pos test.

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

Periodicidad: Trimestral						
Línea de base: 0						
Hitos de desempeño	Diciembre 2012	Diciembre 2013	Diciembre 2014	Diciembre 2015	Diciembre 2016	TOTAL
ACS capacitado	-	1400	2500	800	-	4700

Metodología

Parte de la estrategia de Comunidades Saludables para la implementación de la SAFCI es fortalecer a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y otros actores (ALS, médicos tradicionales u otros) para incrementar el acceso a la salud.

La temática abordada en las capacitaciones incluye lo siguiente: AIEPI-NUT comunitario, salud materno/neonatal, salud sexual y reproductiva, procedimientos de referencia y retorno de acuerdo a protocolos guía.

El indicador considera a todas las personas que hayan culminado con el contenido temático, aprueben el test de salida u otro mecanismo de evaluación.

La capacitación cumple con los siguientes requisitos:

- Duración de acuerdo a los objetivos de aprendizaje establecidos en una guía pedagógica, siempre considerando las características del grupo que las recibirá.
- Participantes: máximo 25 personas por grupo.

Una persona puede recibir varias capacitaciones y será contabilizada como una persona capacitada por cada evento.

Cálculo

1.- Determinar el número de personas que aprueban con criterios de culminación exitosa de la capacitación.

$$\# \text{ de personas capacitadas} = \sum_{i=1}^n \text{Personas que culminan la capacitación}$$

Se considera que una persona ha culminado con la capacitación cuando:

- Participa en al menos el 65 % del tiempo de duración del evento.
- Ha respondido satisfactoriamente el test de salida en al menos 60 %.

4 INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Comunidades Saludables realizará el seguimiento y monitoreo de forma permanente lo cual ha de permitir contar con información en tiempo adecuado para el ajuste de estrategia y/o los mecanismos de implementación y ejecución.

El proceso de seguimiento ha de realizarse a nivel nacional y a nivel regional de forma periódica; realizando seguimiento a nivel municipal de forma esporádica. Este proceso será llevado de forma participativa con el equipo técnico y de monitoreo a través de las Reuniones de Evaluación Periódicas y otros instrumentos.

Asimismo, se desarrollarán grupos focales para desarrollar procesos de análisis abiertos con los actores involucrados; pudiendo ser estos multisectoriales.

También se desarrollarán instrumentos específicos, utilizando diversas técnicas y procesos para un mismo resultado, con el propósito de lograr obtener datos suficientes para el análisis. Se utilizarán los siguientes:

- Instrumentos de recolección de datos.
- Entrevistas: abierta, estructurada o semi-estructurada.
- Talleres/grupo focal.
- Observación directa.
- Reuniones multisectoriales.

A continuación se presenta una matriz preliminar de los instrumentos de seguimiento y monitoreo en la que se relaciona el alcance y las instancias relacionadas.

Cuadro 22. Matriz de relacionamiento para el seguimiento y monitoreo en función del alcance y las instancias relacionadas (Preliminar)

<p style="text-align: center;">ALCANCE</p> <p style="text-align: center;">INSTANCIAS RELACIONADAS</p>	Equipo Nacional CS	Reuniones multisectoriales	Actores locales clave (Estructura social, Gobierno Municipal)	Establecimientos de salud	Equipos regionales de CS	SNIS, INE y otros
Indicadores PMP	R		R	R	R	R
Indicadores específicos del Proyecto	R		R	R	R	R
IR 1.4 Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea equitativa, efectiva y eficiente.	AS, EP	GF	AS, EN GF, OD	GF, OD, EN	AS, EP	
IR 1.5 Incrementada la participación de los proveedores de salud y CLS en planificación, administración y monitoreo de actividades de salud.	EP	GF	GF, EN	GF, EN	EP	
IR 2.4 Mejorada la capacidad de los centros de salud para aplicar normas y protocolos y responder a las necesidades locales	EP		GF, EN	E, EN	EP	
IR 2.5 Incrementada la habilidad de los proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención	EP		GF, EN	E, EN	EP	
IR 3.3 Fortalecida la habilidad de los actores Municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de los derechos a partir de la investigación	EP		GF, EN		EP	
IR 3.4 Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a los problemas de salud y obtener acceso a atención de salud	EP		GF, EN		EP	
Sostenibilidad	EP	GF	GF, EN	GF, EN	EP	
Mecanismos de implementación y ejecución	EP	GF	GF, EN	GF, EN	EP	

R: Reporte, EP: Evaluación Participativa, GF: Grupos Focales, EN: Entrevistas abierta, estructurada o semi-estructurada, OD: Observación Directa, AS: Análisis de Stakeholders

4.1 INSTRUMENTOS PARA VALIDACIÓN DE DATOS

Evaluación Participativa (EP)

En esta se ha de realizar la evaluación de actividades y el avance de los resultados (Resultados subintermedios). Para el primer año del proyecto, se tiene previsto realizar estas evaluaciones solamente con la participación del equipo técnico (Nacional y regional). Para ello se analizará la información de monitoreo y la información cualitativa obtenida a partir del uso combinado de otros instrumentos como los grupos focales y entrevistas.

Esto permitirá, analizar la ejecución de la estrategia; replantearla o ajustarla; así como proporciona insumos para la programación de actividades.

Análisis de stakeholders

Para ello se ha de utilizar la adecuación de la metodología Sistemas de Análisis Social 2 (SAS²) que es un sistema abierto y dinámico que permite el constante diálogo con otros enfoques, esto permite incorporar elementos de análisis de stakeholders para procesos de incidencia según la metodología desarrollada por el IIS⁵. El resultado de este análisis será orientador para la determinación de estrategias de implementación del proyecto.

Grupo focal

El objetivo de esta técnica es recopilar información cualitativa con mayor grado de detalle.

Se ha de realizar un número limitado de grupos focales de discusión/análisis y evaluativos para discutir un tema específico en profundidad. La temática abordada en los grupos focales será consensuada entre los equipos gerenciales.

Entrevistas

Excepcionalmente, se desarrollará entrevistas a informantes “clave” con el objeto de contar con información cualitativa sobre el estado de situación y el avance del proyecto.

Observación Directa

Por muestreo, se realizará la observación directa de las actividades desarrolladas a nivel local conjuntamente el equipo nacional de CS.

⁵ Instituto para la Investigación Social y la Incidencia, Tegucigalpa, Honduras

5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 23. Cronograma de Actividades (años calendario)

ACTIVIDADES	2012				2013				2014				2015				2016			
	T1	T2	T3	T4																
Línea Base			X																	
Reporte de indicadores USAID/B			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento indicadores COMUNIDADES SALUDABLES			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verificación de información en regionales			X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Evaluaciones internas periódicas			X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Grupos Focales				X		X		X		X		X		X		X		X		
Evaluación intermedia interna											X									
Informe anual y final de monitoreo y evaluación				X				X				X				X				X

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

6 ANEXO1 MATRIZ DE INDICADORES DE PROYECTO (PRELIMINAR)

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta								Meta final		
				2012		2013		2014		2015			2016	
				%	#	%	#	%	#	%	#		%	#
Resultado Intermedio 1 (Gestión participativa y liderazgo) (Rectoría)														
1	Fortalecido el Sistema Operativo y gestión participativa en todos los niveles del sistema de salud		El fortalecimiento del sistema de operaciones entendido como la gestión administrativa financiera; así como la gestión participativa en los niveles del sistema de salud en los que actúa Comunidades Saludables (Comunitario, local y municipal) El fortalecimiento está relacionado con la mejora de capacidades de los actores municipales e incrementada la participación de proveedores de salud y comunidad organizada en procesos de la gestión municipal en salud											
1.4	Mejorada la capacidad de los actores municipales para asegurar que la gestión de los servicios de salud sea: equitativa, efectiva y eficiente.		Busca la mejora de las capacidades en la aplicación de normas en los actores municipales (autoridades y técnicos del gobierno municipal, personal de salud y la comunidad organizada)											
1.4.1	CSMS en municipios objetivos funcionan y se desempeñan de acuerdo a normas SAFCI		Busca promover la conformación y la participación efectiva de los CSMS en la planificación municipal, ejecución y control social de la gestión municipal											
1.4.1.1		% municipios con CSMS conformados y funcionando	Mide al los CSMS que cumplen al menos tres de los siguientes criterios: Cuenta con acta de conformación, reglamento interno, realiza reuniones frecuentes (al menos una trimestral); participa en la planificación municipal en salud, participa en la ejecución y control social.	7%		37%		58%		70%		47%		70%
1.4.1.2		% de CLS cuyos ALS son capacitados sobre el componente de gestión (por sexo, lengua materna)	Mide el porcentaje de CLS que han recibido capacitación sobre el componente de gestión de la SAFCI. La capacitación tiene una duración de 15 horas continuas o discontinuas; las personas capacitadas han respondido en al menos 80% el test de salida. La capacitación es llevada a cabo en grupos no mayores de 25 personas	9%		40%		36%		51%		13%		51%
1.4.2	Capacidad incrementada de los DILOS para producir POAs del sector salud que reflejen las necesidades identificadas a través de procesos		Busca desarrollar competencias en los DILOS en el marco de las normas vigentes para que lleven procesos de planificación participativa municipal en salud.											
1.4.2.1		% de municipios de La Paz y Chuquisaca con POA-PTTO en salud (con énfasis en promoción de la salud) elaborados a partir de procedimientos de la guía de planificación operativa del MSyD	Mide el porcentaje de municipios en el área designada, que han elaborado el POA-PTTO en salud aplicando la guía para su formulación del MSD (participativamente). Se han realizado: - CAI comunitario - Mesa municipal de salud. - Reunión ampliada de DILOS.	7%		37%		58%		70%		70%		70%
1.4.2.2		% de municipios con DILOS funcionando	Mide el porcentaje de municipios en el área designada cuyos DILOS se encuentran en funcionamiento. Funcionamiento implica: - Cuenta con un reglamento interno. - Se reúnen frecuentemente acorde a lo establecido en su reglamento interno.	7%		37%		58%		70%		70%		70%
1.4.2.3		% de DILOS que se reúnen frecuentemente para monitorear la ejecución del POA	Mide el porcentaje de DILOS que realiza reuniones frecuentes acorde a sus reglamento interno (al menos una reunión trimestral) En las reuniones se ha abordado: - Seguimiento a la ejecución del POA-PTTO en salud.			14%		37%		58%		70%		70%

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016		
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
Resultado Intermedio 1 (Gestión participativa y liderazgo) (Rectoría)														
1.4.3	% incrementado de actividades ejecutadas, descritas en el POA de Salud		Busca incrementar la ejecución de las actividades descritas en el POA de salud, reflejados en la ejecución presupuestaria.											
1.4.3.1		Porcentaje promedio del presupuesto en salud gastado, durante el año objeto del informe	Este indicador mide el resumen del porcentaje de ejecución presupuestaria en salud a nivel municipal (gastos recurrentes exceptuando los de infraestructura y equipamiento mayor). El numerador es el promedio en gasto en salud de los municipios del área designada; el denominador es el presupuesto medio total en salud de la zona. El indicador es sensible a cambios en el/los municipio/s que cuenten con mayor ejecución presupuestaria en salud											
1.4.3.2		Porcentaje promedio del total del presupuesto asignado a gastos en salud	Este indicador mide el resumen del porcentaje de presupuesto asignado a salud (exceptuando gastos de infraestructura y equipamiento mayor) sobre el total del presupuesto municipal. El numerador es el promedio de asignación presupuestaria en salud de los municipios del área designada; el denominador es el presupuesto promedio total de los municipios en el área designada. El indicador es sensible a cambios en el/los municipio con mayor presupuesto											
1.4.3.2		# de municipios con diagnóstico administrativo-financiero elaborados	Mide el número de municipios en los cuales se ha realizado un diagnóstico administrativo - financiero que representa la línea base de intervención.	19%		22%		21%		12%				75%
1.4.4	Alianzas estratégicas formadas para apalancar fondos y promover actividades/estrategias que encaren las determinantes sociales y económicas de la salud en comunidades y municipios		Promueve la creación de alianzas estratégicas intersectoriales entre el Directorio Local de Salud (DILOS) y otros socios; para buscar sinergias que encaren las determinantes sociales y económicas.											
1.4.4.1		# de alianzas estratégicas a nivel local que abordan determinantes de salud (para considerar su inclusión en el POA Municipal)	Mide el número de alianzas estratégicas firmadas entre el DILOS y otros socios estratégicos que están relacionadas con las determinantes de salud; estas pueden ser: - Alianzas multisectoriales - Alianzas con un solo socio			21		33		40		40	40	

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta								Meta final		
				2012		2013		2014		2015			2016	
				%	#	%	#	%	#	%	#		%	#
Resultado Intermedio 1 (Gestión participativa y liderazgo) (Rectoria)														
1.5	Incrementada la participación de proveedores de salud y CLS en planificación, administración y monitoreo de actividades de salud		Busca incrementar la participación del personal de los establecimientos de salud											
1.5.1	Decisiones sobre la priorización de actividades de salud local en postas de salud y centros de salud son identificadas a través de la información compartida en los CAIS comunitarios y/u otros procesos con base en la comunidad		Busca promover procesos de participación comunitaria para la priorización de actividades de los centros de salud locales.											
1.5.1.1		% de municipios con POA-PPTO municipales de salud elaborados con la participación de la estructura social en salud.	Mide la razón de municipios con POA-PPTO elaborados de forma participativa, respecto del total de municipios (exceptuando El Alto). Se considera de forma participativa cuando se ha realizado: - CAI municipal - Mesa municipal de salud - Reunión ampliada de DILOS	7%		37%		58%		70%		70%		70%
1.5.1.2		# de municipios de La Paz y Chuquisaca con POA- PPTO en salud que incorporan demandas generadas en los CAI comunitarios u otros procesos	Mide el número de municipios que han incorporado en sus POA-PPTO demandas generadas en los CAI comunitarios u otros procesos (ejem: cabildos, reuniones, etc). Las demandas generadas en los CAI son los problemas y causas identificados en los planes de acción de la comunidad.		4		21		33		40		27	40
1.5.2	CLS en comunidades objetivo funcionando (desempeñan de acuerdo a las normas SAFCI)		Busca que al menos 80% de los CLS esten conformados y funcionando en las redes municipales SAFCI											
1.4.1.3		# de municipios con al menos el 80% de CLS conformados y funcionando en establecimientos de salud	Mide el número de municipios que cuentan con al menos el 80% de CLS conformados y funcionando. Se entiende conformados cuando se encuentran organizados en una directiva. Estan funcionando cuando aplican sus competencias en el marco de la SAFCI (Gestión participativa y control social en salud)		4		21		33		40		27	40
1.5.3	Capacidad incrementada de la comunidad para identificar y realizar cabildeo para intervenciones relacionadas con las determinantes sociales y económicas de la salud		Busca competencias conceptuales y procedimentales para desarrollar procesos de cabildeo en la gestión municipal en salud.											
1.5.3.1		% de CLS que han recibido procesos educativos en gestión municipal en salud para el cabildeo	Mide el porcentaje de CLS con al menos una persona que ha participado de proceso educativo en gestión municipal en salud para el cabildeo. Se entiende proceso educativo, cuando cumple las siguientes características: - Existe una transferencia de conocimiento de una temática definida, promoviendo el desarrollo de una capacidad y/o competencia. - El grupo no es mayor a 30 participantes. - Tiene una duración menor de 15 horas	7%		47%		68%		80%		80%		80%
1.5.4	ALS representa a sus comunidades efectivamente en CLS		Busca que los ALS que son parte de los Comités Locales de Salud realizan un representación efectiva de sus comunidades, a través de: - Canalización de demandas. - Seguimiento a la ejecución del POA de salud.											
1.5.4.1		# CLS de La Paz y Chuquisaca que realizan seguimiento a la ejecución de demandas priorizadas en el POA municipal de salud	Mide el número de CLS que realizan el seguimiento a la ejecución de demandas en el POA municipal de salud. Realizan seguimiento a través de : - Reuniones periódicas revisando informes de ejecución POA salud. - Participación de informes de sector salud municipal.		34		215		310		366		366	366

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016		
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
Resultado intermedio 2 (Acceso y calidad) (Acceso universal y SAFCI)														
2	Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención de salud familiar intercultural		Busca incrementar el volumen de prestaciones de servicios. Asimismo, desarrollar procesos de mejora de calidad de atención considerando la participación de la comunidad en definiciones de calidad concertada incorporando aspectos de interculturalidad.											
2.4	Mejorada la capacidad de centros de salud para aplicar normas y protocolos, y responder a necesidades		Comunidades Saludables, busca mejorar la capacidad técnica para responder a las necesidades locales.											
2.4.1	Incrementada la comprensión de las definiciones locales de "acceso" y "calidad" por parte de los proveedores de salud		Busca desarrollar competencias conceptuales en los proveedores de salud sobre calidad y acceso, que permita incorporar propuestas comunitarias de calidad concertada en su plan de acción. Los proveedores de salud son el personal de establecimientos de salud: medico/a, enfermero/a, aux de enfermería											
2.4.1.1		% de redes SAFCI que han incorporado a través de su personal, las propuestas comunitarias referidas a calidad concertada, en sus planes de acción del servicio de salud	Mide el porcentaje de redes SAFCI cuyo EESS principal ha incorporado las propuestas comunitarias de calidad concertada en su plan de acción (plan comunitario de promoción de la salud). La propuesta comunitaria de calidad concertada, ha sido canalizada por los CSMS a través de la centralización de las demandas de los CLS.	7%		37%		58%		70%		70%		70%
2.4.1.2	Enfoque SAFCI/TB implementado	# de redes de salud seleccionadas con programa de TB fortalecido en su captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento	Mide el número de redes de salud seleccionadas que han mejorado sus procesos de captación, provisión de insumos, diagnóstico, tratamiento, calidad de información y seguimiento. Se han desarrollado instrumentos para el mejoramiento de los procedimientos y se están aplicando.		4									
2.4.2	Incrementadas las referencias retorno entre los establecimientos de salud y los ACS que permite atención continua		Busca que exista un mejor seguimiento a los pacientes referidos por los ACS a un establecimiento, a través de el retorno del paciente con indicaciones para su tratamiento y seguimiento que permita la atención continua.											
2.4.2.1		Porcentaje incrementado de personas (hombres, mujeres, niños y niñas) referidas a su establecimiento de primer nivel por un ACS que retornan a su comunidad con información que permite seguimiento a su salud	Este indicador es un recuento del incremento en la proporción de hombres, mujeres, niños y niñas que son referidos por los ACS hacia los establecimientos de salud y son retornados hacia el ACS, para el seguimiento a su salud. Se contemplará a establecimientos seleccionados en la red de salud SAFCI.			10%		20%		30%		35%		35%
2.4.3	Incrementada la capacidad de supervisar a los Agentes Comunitarios de Salud por parte de proveedores de salud		Busca implementar procesos sostenidos de seguimiento a la ejecución de actividades que realizan los ACS con un instrumento basado en estándares definidos. Los encargados de ello son los proveedores de salud entendidos como el personal de salud.											
2.4.3.1		% de redes municipales SAFCI seleccionados que desarrollan acciones de supervisión a los ACS	Mide el porcentaje de redes municipales SAFCI que aplican una herramienta basada en estándares para la supervisión de ACS. Se considera en el indicador la aplicación en al menos 80% de los estándares.	7%		37%		58%		70%		70%		70%

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta								Meta final		
				2012		2013		2014		2015			2016	
				%	#	%	#	%	#	%	#		%	#
Resultado intermedio 2 (Acceso y calidad) (Acceso universal y SAFCI)														
2.5	Incrementada la habilidad de proveedores de salud a nivel comunitario para brindar atención en salud culturalmente apropiada y comunicar conocimientos sobre conductas más saludables y prácticas de prevención		Busca que los proveedores de salud a nivel comunitario (ACS) fortalezcan sus habilidades para comunicar e informar prácticas saludables (interculturalidad) y trabajar en coordinación con autoridades de la estructura social en salud para contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención											
2.5.1	Fortalecida la capacidad de las comunidades para identificar, definir y comunicar a niveles más altos del sistema de salud su propia definición de calidad y acceso		Busca fortalecer las capacidades de los CSMS y la comunidad organizada, para desarrollar y comunicar propuestas considerando calidad y acceso; hacia los establecimientos de salud (planes de acción) y el gobierno municipal (Plan Operativo Anual de salud) (el último esta considerado en el R1)											
2.5.1.1		% de redes municipales SAFCI seleccionadas con propuestas de re-orientación (en el plan de acción) consensuadas con CSMS y/o DILOS. (incluye enfoque de interculturalidad).	Mide el porcentaje De redes municipales SAFCI cuyo establecimiento principal tienen propuesta de reorientación consensuada con CSMS y/o DILOS. Las propuestas de reorientación surjen de la comunidad y son canalizados a través de los CSMS y/o DILOS. Se cuenta con un plan de acción de la red SAFCI; existe un acta que avala la participación comunitaria.	7%		37%		58%		70%		47%		70%
2.5.2	Materiales de IEC y BCC para los ACS y establecimientos de salud de primer nivel se enfocan en mensajes		Busca desarrollar materiales de IEC y BCC para desarrollar capacidades en ACS y personal de establecimientos de salud.											
2.5.2.1		% de redes de salud SAFCI seleccionadas, cuentan con materiales de IEC y BCC enfocado en mensajes clave y alineados a la estrategia de comunicación de Comunidades Saludables, para orientar a la comunidad	Mide el porcentaje de redes de salud municipales SAFCI que han recibido materiales de IEC y BCC (al menos 80% de sus establecimientos de salud)	7%		30%		21%		12%				70%
2.5.2.2		% de redes de salud SAFCI seleccionada cuentan con materiales de IEC y BCC enfocado en mensajes clave y alineados a la estrategia de comunicación de Comunidades Saludables, para capacitación de ACS	Mide el porcentaje de redes de salud municipales SAFCI que han recibido materiales de IEC y BCC (al menos 80% de sus establecimientos de salud). El material está enfocado para la capacitación de ACS.	7%		30%		21%		12%				70%
2.5.3	Los ACS refieren a los miembros de la comunidad a establecimientos de salud de forma correcta		Busca desarrollar competencias procedimentales en los ACS para realizar referencias de personas de la comunidad hacia establecimientos de salud de primer nivel, siguiendo el protocolo guía.											
2.5.3.1		% de redes municipales SAFCI evalúan los procedimientos de referencia de ACS a establecimientos de primer nivel de atención de acuerdo a protocolos/guías	Mide el porcentaje de redes municipales SAFCI que cuentan con al menos dos establecimientos de salud que evalúan de forma rutinaria el procedimiento seguido por los ACS para referenciar a un establecimiento de primer nivel. La evaluación se refiere al cumplimiento de los protocolos guías.	0%		37%		58%		70%		70%		70%
2.5.4	Conductas más saludables y medidas preventivas adoptadas por miembros de la comunidad													
2.5.4.1		# de redes de salud que cuentan con un plan de comunicación alineado a la estrategia de branding y comunicación para la promoción de la salud de HCP	Mide el número de redes de salud que cuentan con un plan de comunicación. El plan de comunicación implica acciones orientadas a la visibilidad del proyecto (branding) y a la Promoción de la salud (movilización social y adopción de prácticas saludables)			4		8		11		11		11

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final	
				2012		2013		2014		2015		2016			
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#		
Resultado intermedio 2 (Acceso y calidad) (Acceso universal y SAFCI)															
2.5.5	Disminución de factores de riesgo relacionados a la salud a nivel comunitario (mejorado el acceso al agua y saneamiento, mejora de la situación en referencia a otras determinantes de la salud).														
2.5.5.1		# de CLS con proyectos que inciden en la determinantes sociales financiados en el marco de la promoción de la salud (Evaluados exitosamente)	Mide el número total de proyectos que se han ejecutado durante el período de referencia, con el apoyo del Gobierno de EEUU. Los proyectos buscan incidir en las determinantes sociales. El liderazgo principal del proyecto proviene de uno o más individuos que son miembros de la comunidad (adolescentes, líderes de la comunidad). Se considera proyecto ejecutado cuando: - Ha cumplido con los objetivos planteados. - Ha sido evaluado satisfactoriamente por HCP		2		4		4		4		4		14
2.5.6	Los ACS alcanzan un promedio de un año de servicio		Busca promover la identificación de propuestas de permanencia de los ACS en la atención en salud.												
2.5.6.1		# de redes municipales SAFCI seleccionadas cuentan con una propuesta de sostenibilidad para la inclusión de actores locales (ACS) en la atención de salud	Mide el número de redes municipales SAFCI seleccionadas que han desarrollado una propuesta que facilite la permanencia de los ACS en la atención en salud. El documento propuesta contemplará al menos la capacitación y el seguimiento a los ACS.				21		12		7				40
2.5.6.2		# de redes municipales SAFCI seleccionadas incorporan en sus POAs municipales de Salud acciones de capacitación y seguimiento de ACS	Mide el número de redes SAFCI que han incorporado en el POA-PTTO municipal acciones de capacitación y seguimiento a ACS.				3		11		7				40
2.5.7	Los ACS priorizan visitas domiciliarias en forma apropiada, miden y pesan a niños y desarrollan intervenciones educativas en sus comunidades		Busca desarrollar capacidades en los ACS para la atención												
2.5.7.1		# de redes municipales SAFCI seleccionadas desarrollan capacitación de ACS en AIEPI-NUT comunitario	Mide el número de redes municipales SAFCI con al menos 3 establecimientos de salud, que desarrollan procesos de capacitación en AIEPI-NUT comunitario, bajo un programa de capacitación establecido por el EESS. Se considera en el indicador aquellos que desarrollan capacitaciones en el periodo e referencia acorde a un programa de capacitación.		3		11		7						40
2.5.8	Conocimiento de conductas saludables y prácticas de prevención mejoradas para intervenciones probadas que salvan vidas especialmente para madres y niños														
2.5.8.1		# de redes municipales SAFCI seleccionadas desarrollan capacitación de ACS en salud materno neonatal	Mide el número de redes municipales SAFCI con al menos 3 establecimientos de salud, que desarrollan procesos de capacitación en salud materno neonatal, bajo un programa de capacitación establecido por el EESS. Se considera en el indicador aquellos que desarrollan capacitaciones en el periodo e referencia acorde a un programa de capacitación.		3		11		7						40

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016		
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
Resultado Intermedio 3 (Equidad y derechos) (Promoción y participación social)														
3	Población rural que no recibe atención adecuada es empoderada para buscar atención en salud culturalmente apropiada		Busca promover procesos de empoderamiento de la población rural para el ejercicio de derechos para mejorar la salud y eliminar las barreras en la atención y gestión en salud											
3.3	Fortalecida la habilidad de los actores municipales para identificar y eliminar barreras al ejercicio de sus derechos		Busca desarrollar capacidades procedimentales de la comunidad organizada, autoridades de salud y autoridades del gobierno municipal para identificar y eliminar las barreras en el ejercicio de derechos.											
3.3.1	Las autoridades municipales y miembros de la comunidad informados sobre los derechos de salud, motivados y participando de manera activa en la gestión municipal del sector salud para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios		Busca que las autoridades municipales y la comunidad organizada participe en la toma de decisiones en la gestión municipal en salud (planificación, ejecución y control)											
3.3.1.1		% de municipios que han incorporado el tema de derechos en sus actividades de información y educación a la comunidad	Mide el porcentaje de municipios en los cuales al menos el establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive (red SAFCI) ha incorporado el tema de derechos en sus actividades. El programa de actividades puede incorporar procesos de información/ eventos de capacitación en temas de derecho.			25%		63%		70%		45%		70%
3.3.1.2		% de municipios cuyas autoridades del gobierno municipal han participado de los eventos de información sobre derechos en salud (por municipio, sexo, lengua materna, urbano/rural)	Mide el número de autoridades del gobierno municipal que han participado de eventos informativos sobre los derechos en salud.	21%		50%		82%		100%		70%		100%
3.3.2	Las autoridades municipales usan la información de los CSMS de manera analítica para identificar y eliminar las barreras para ejercer los derechos		Busca que autoridades municipales consideren las demandas de la comunidad sobre barreras identificadas al ejercicio de los derechos para ser incluidos en los POAS											
3.3.2.1		% de CSMS que consolidan y priorizan en "matrices de priorización de demandas", acciones de promoción para el ejercicio de derechos	Mide el porcentaje de CSMS que han consolidado las demandas locales de los CLS en las "matrices de priorización de demandas" y que contemplan acciones de promoción para el ejercicio de derechos. Las acciones de promoción para el ejercicio de derechos serán verificadas en las matrices de priorización de demandas bajo una lista estandarizada de las mismas.			7%		37%		58%		70%		70%
3.3.2.2		% de municipios que cuentan con actividades de educación para la vida en sus POAS presupuestado	Mide el porcentaje de municipios que han incorporado actividades de educación para la vida en su POAS. Se verifica al menos dos estándares de educación para la vida incluidos.	7%		38%		59%		70%		70%		70%

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta								Meta final		
				2012		2013		2014		2015			2016	
				%	#	%	#	%	#	%	#		%	#
Resultado Intermedio 3 (Equidad y derechos) (Promoción y participación social)														
3.4	Capacidad mejorada de todos los miembros de la comunidad para identificar soluciones a sus problemas de salud y obtener acceso a la atención en salud		Busca mejorar el conocimiento de los representantes de la comunidad, para identificar soluciones a problemas de salud											
3.4.1	Los miembros de la comunidad han aumentado el conocimiento de derechos y los mecanismos para ejercerlos		Busca mejorar el conocimiento de los representantes de la comunidad y la capacidad de identificar los mecanismos para ejercer sus derechos.											
3.4.1.1		# proyectos educativos elaborados por adolescentes desglosado por sexo, idioma del lugar donde nació, urbano/rural	Mide el número de proyectos que se realizaron durante el período de referencia. Elaborados por adolescentes (estudiantes) relacionados con el componente de educación de la promoción de la salud, en el marco de la SAFCL. Este contempla todos los proyectos presentados por grupos de adolescentes durante el período de referencia.		5		14		17		12		5	53
3.4.1.2		# de personas de organizaciones priorizadas de municipios, capacitados en derechos de salud y SSR desglosado por sexo, idioma del lugar donde nació, urbano/rural	Este indicador mide la participación en actividades de capacitación destinadas a incrementar el conocimiento y la capacidad para apoyar los derechos civiles y en salud. "Capacitado" significa, haber completado un número mínimo de sesiones individuales o en grupos pequeños preestablecidos (menos de 25 personas por facilitador). Se enfocarán en temas claramente relacionados con los derechos. Las organizaciones priorizadas pueden ser: CLS, grupos de adolescentes, organizaciones sociales (Bartolinas, Juana Azurduy, FUPPOCH, etc)		175		700		1150		1960		1365	5350
3.4.2	Las comunidades tienen mayor capacidad para cabildar por servicios basados en derechos		Busca que las organizaciones desarrollen capacidades para desarrollar proceso de negociación. Así mismo cuentan con conocimientos sobre el ejercicio de derechos y los transmitan a miembros de la comunidad											
3.4.2.1		# de grupos organizados informados sobre derechos en salud, a través de sus líderes representantes	Mide el número de grupos organizados que han recibido información sobre derechos en salud a través de sus líderes (participantes de eventos de capacitación con Comunidades Saludables). Cuentan con un acta u otro documento que respalde dicha actividad.		28		84		156		182			182
3.4.2.2		# de CLS que han incorporado actividades de interculturalidad en los planes de acción con los servicios de salud (por municipio)	Hace un recuento de los CLS que incorporan en los planes de acción actividades de interculturalidad. Para cuantificar los CLS tendrán que incorporar al menos dos criterios de interculturalidad de los siguientes: - Fortalecimiento de la medicina tradicional. - Adecuación de los servicios. - Vinculación de la medicina tradicional con los servicios		0		22		95		149		180	180
3.4.2.3		% de municipios con miembros de CLS capacitados en liderazgo, negociación y resolución de conflictos	Mide el porcentaje de municipios sobre el total del área designada que cuentan con al menos el 30% de CLS (al menos un miembro por CLS) capacitados en liderazgo, negociación y resolución de conflictos; que les facilite desarrollar procesos de GMP	12%		53%		82%		100%		68%		100%
3.4.2.4		% de personas referidas para servicios de VBG en apoyo legal, psicosocial y protección del menor (IR3 29) desglosado por sexo, idioma del lugar donde nació, urbano/rural	Este indicador refleja la proporción de hombres y mujeres que son afectados por VBG y son referidos por los establecimientos de salud hacia otros servicios externos, incluyendo a la comunidad organizada; para recibir apoyo en servicios relacionados con las secuelas de violencia basada en género. Los servicios pueden incluir pero no están limitados a: asesoramiento legal o ayuda, individual o de grupo, ayuda psicológica o psicosocial, el alojamiento o los servicios de protección incluso para los niños afectados por la violencia. El indicador es sensible a los cambios en las tendencias de referencia y presentación de informes y métodos, así como la prevalencia de la violencia.	Por determinar										
3.4.2.4.a		# de actividades para informar sobre violencia basada en género	El indicador hace un recuento de el número de actividades informativas en la temática de violencia basada en género realizada por Comunidades Saludables. Las actividades pueden ser pero no están limitadas: Ferias, exposiciones, campañas y otros de forma masiva. El indicador hace un recuento de las actividades realizadas durante el período de referencia.		4		21		33		40		27	125

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016		
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
Resultado Intermedio 3 (Equidad y derechos) (Promoción y participación social)														
3.4.3	Los mecanismos para institucionalizar la movilización social (ALS, CLS, CAI) probados, adaptados y funcionando													
3.4.3.1	Directrices y materiales para la institucionalización de la movilización social desarrollado y validado	Una metodología para movilización social validado	Mide la elaboración de una metodología sobre movilización social validado en al menos 4 municipios.		1									
3.4.5	Proceso competitivo de subdonaciones establecido para apoyar la implementación de planes de acción comunitarios enfocados en temas relacionados con salud neonatal, materna/infantil, salud reproductiva y violencia													
3.4.5.1		: N° de planes de promoción de la salud comunitarios parcial o totalmente financiados	El indicador mide el número total de planes de promoción de la salud comunitarios, desarrollados por los Comités Locales de Salud (CLS) en el área designada que fueron parcial o totalmente financiados durante el período de referencia. Los planes con financiamiento parcial en un año pueden ser considerados nuevamente durante el tiempo que continúe la ejecución del financiamiento		6		40		40		40		20	146
3.4.5.1.c		# de adolescentes participando de actividades de empoderamiento desglosado por sexo, idioma del lugar donde nació, urbano/rural	Hace un recuento del número de adolescentes que participan de reuniones de información, capacitación sobre derechos de SSR y liderazgo, ferias, murales y otros eventos.		20		50		50		50		20	190
3.4.5.3		# de reuniones sobre salud reproductiva apoyados (nacional, regional). Ejemplo Mesa de Maternidad	El indicador hace un recuento de las reuniones sobre salud reproductiva apoyados por Comunidades Saludables. Las reuniones pueden ser pero no esta limitada a mesas de maternidad en cada departamento para abordar temas de SSR en la promoción de la salud. El estar apoyadas implica la presentación de temas comunitarios del proyecto. Se cuena con acta y/u otros documentos de respaldo.		2		2		2		2		2	10

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta												Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016				
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#			
BLOQUE GENERAL																
4	Otras actividades adicionales															
4.1	Asistencia técnica en apoyo al MSD y SEDES															
4.1.1	Solicitudes de Asistencia Técnica y Servicios de Consultoría del MSD y de los SEDES son atendidas con calidad															
4.1.1.1		Número de servicios de consultoría concluidos														
4.1.2	Solicitudes de Asistencia Técnica y Servicios de Consultoría de USAID son atendidas con calidad															
4.1.2.1		Número de servicios de consultoría concluidos														
4.1.3	Investigaciones en salud desarrolladas															
4.1.3.1		Número de investigaciones específicas implementadas														
4.2	Administración del PMP															
4.2.1	Implementar y administrar el SIPAD															
4.2.1.1		Sistema adaptado e implementado														
4.2.2	Sistema de calidad de reporte de información implementado y funcionando															
4.2.2.1		Calidad de información promedio superior al 95 %														
4.2.3	Reportes trimestrales de indicadores de desempeño, elaborados y aprobados por USAID/B															
4.2.3.1		Informes trimestrales y anuales elaborados														
4.3	Plan de seguimiento, monitoreo y evaluación															
4.3.1	Sistema de monitoreo y evaluación implementado y funcionando															
4.3.1.1		Sistema de M&E implementado y funcionando														
4.3.1.2																

Plan de Monitoreo – USAID/BOLIVIA RFA-511-A-12-00001

#	Resultado	Indicador	Definición	Meta										Meta final
				2012		2013		2014		2015		2016		
				%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
BLOQUE GENERAL														
4	Otras actividades adicionales													
4.3.2	Realizado análisis sistemático de información sobre indicadores en salud y avances del proyecto													
4.3.2.1		N° de informes divulgados al equipo del proyecto												
4.3.2.2		PO-PTTO 2013 elaborado												
4.3.3	Elaborada la línea base del proyecto Comunidades Saludables													
4.3.3.1		Documento final de línea base elaborado												
4.3.4	Implementado el sistema de seguimiento de Comunidades													
4.3.4.1		Evaluaciones participativas												
4.3.4.2		Grupos focales												
4.3.5	Realizado la evaluación intermedia de Comunidades Saludables													
4.3.5.1		Informe de evaluación intermedia												
4.3.5.1	Informe anual y final elaborados													
		Número de informes anual y final elaborados												
4.4	Programa de comunicación en salud de USAID													
4.4.1	Visibilización del apoyo del pueblo de EE.UU. Al pueblo de Bolivia													
4.4.1.1		# de municipios con notas enviadas a medios de comunicación y difundidas												
4.4.1.2		# de acciones de comunicación implementadas de acuerdo a la estrategia de branding y comunicación para la promoción de la salud de Comunidades Saludables												
				Las metas serán establecidas una vez el comité de comunicación del Programa de Salud de USAID se constituya. (Comunidades Saludables es el responsable de ello)										
4.4.2	Sistematización de la información pública y documentación de la actividades de CS													
4.4.2.1		# de supervisores de campo capacitados												
4.4.3	Información pública del Programa FORTALESSA difundida uniforme y oportunamente por los socios implementadores													
4.4.3.1		N° de reuniones realizadas												