

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA**



MODULO

"SISTEMAS DE SALUD"

INFORME FINAL

**PROPUESTA TECNICA DEL COMPONENTE REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS
DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL SALVADOR. 1999**

COORDINADOR

DR. Guillermo González González

DOCENTE

DR. Antonio Vásquez Hidalgo

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 1999.

I. INTRODUCCION

La Reforma del Sector Salud al momento actual se encuentra en la primera fase de implementación impulsada por el gobierno de turno administrado por ARENA (partido de derecha), pero que se encuentra en un impase al proceso por la resistencia de actores sociales, como: Facultad de Medicina de la U.E.S., Sindicato de Médicos del ISSS, Colegio Médico, ONGs entre otros, con respuestas de Reforma partidarias o unilaterales, pero sin consenso y concertación en la unificación de una propuesta de nación.

Dentro del marco de la Globalización mundial, Modernización del estado, Desarrollo humano sostenible y ajuste estructural, el impulso de la reforma a nivel Latinoamericano se ha enfrentado con serias dificultades técnicas, operativas y financieras en su ejecución, así como: evaluaciones parciales de estructura, y no de proceso y resultados, los cuales no han logrado el impacto esperado a la población usuaria del sistema.

En El Salvador se están realizando esfuerzos aun no muy substanciales en conformar el "Sistema Nacional de Salud ", que involucre diversos actores sociales públicos y privados en sumar acciones conjuntas en salud hacia el capital humano y población económicamente activa.

Con el objeto de no solo bajar las estadísticas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional sino también local, lo cual implica costos insostenibles y capacidad de financiamiento en los programas preventivo-curativos, hacia el desarrollo de un sistema de salud que responda a la problemática del sector salud.

El marco conceptual de la propuesta del componente: Recursos en Salud está diseñada en primer lugar **Capítulo I** sobre el Análisis estructural de los recursos de Salud en El Salvador, que incluye: Recursos Humanos, Servicios de Salud, Equipo y suministros y Recurso Financiero.

En el **Capítulo II** trata sobre los Objetivos y Metas de la propuesta, que permita contribuir al proceso de la Reforma del Sector Salud.

En el **Capítulo III** se indica una propuesta técnica por el Método Matricial por áreas de los Recursos que incluye estrategias, actividades e

indicadores que permitan operativizar y viabilizar el componente de la reforma a estudiar.

En el **Capítulo IV** se refiere al comentario de la propuesta que permita gestionar y justificar a los principales actores sociales del Sistema retomar la propuesta.

La metodología utilizada básicamente consistió en revisión de fuentes primarias y secundarias, así como el análisis e inclusión de propuesta concreta al proceso de la Reforma del Sector Salud en el componente de los Recursos en Salud.

II.OBJETIVOS Y METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL: Diseñar una propuesta técnica del componente Reestructuración de los Recursos de Salud que operativice la factibilidad y viabilidad hacia la búsqueda y contribución de la consolidación e implementación de la Reforma del sistema de Salud en El Salvador.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Analizar los principales problemas que inciden en la viabilidad de la Reestructuración de los Recursos en Salud de la Reforma.
2. Conocer la estructura del sector Salud.
3. Formular una intervención participativa quinquenal que operativice el componente Reestructuración de los recursos de salud.
4. Proteger la Salud de las comunidades.
5. Consensar la propuesta del componente de los recursos.

I. Análisis estructural de los Recursos de Salud.

Los recursos de Salud en El Salvador se desarrollan e implementan mecanismos mal planificados y descoordinados que no cumplen los requisitos de eficiencia, equidad, eficacia y calidad, sin causar un impacto a un menor costo, sino que las Enfermedades

inmuno prevenibles siguen ganando espacios de competencia contra los susceptibles.

Los modelos de atención en lo Público y Privado son de corte curativo más que preventivo, si bien los programas en ambos incluyen aspectos preventivos, los indicadores de salud se mantienen. La cobertura es baja en áreas desprotegidas a efecto que fortalezca el sistema de salud.¹

Al realizar un análisis del problema por la técnica Arbol problema, encontramos que entre sus causas a nivel General no existe una política estatal de gobierno que ejerza fuerza y control en el cumplimiento de la Ley de la Reforma; a nivel Particular existe resistencia a la evaluación de normas y procedimientos de los recursos, excesiva verticalidad de los programas de salud ofertados al usuario, falta de sensibilización y concientización de los sectores público y privados; a nivel singular existen problemas de equidad, eficacia y eficiencia en los recursos, desorden administrativo de los recursos, falta de existencia de Comités de Salud Comunitario. Esto trae a posteriori mala calidad de la atención, duplicidad de esfuerzos en práctica pública y privada, hipertrofia de los recursos, aumento en la incidencia y prevalencia de los indicadores de salud, mal administración del gasto e ineficacia, ineficiencia e inequidad en la población usuaria del Sistema de Salud. (Ver Diagrama 1)

Σ Recursos Humanos

La producción de los servicios de salud por las Instituciones formadoras como : Universidad de El Salvador y 6 Universidades Privadas forman el recurso en muchas veces el Perfil Profesional no esta en función del Perfil Ocupacional, el crecimiento desordenado en los últimos diez años se ha quintuplicado de 2000 a 7800 médicos, 4000 enfermeras, 5000 técnicos según fuentes de Junta de Vigilancia.

¹ ANSAL. Informe Final. Mayo 1994.

Para 1994 el Ministerio de Salud Pública tenía 18,770 plazas de las cuales 2716 (14.47 %) correspondía a personal médico; 149 (0.79 %) a odontología; 2150 (11.45 %) a enfermería; y 3158 (16.82 %) a auxiliar de enfermería. Para 1996 la distribución de los recursos por 100,000 hab fue de 7.8 a médicos, 3.0 a odontólogos, 4.2 a enfermeras y 7.8 a auxiliar de enfermería X 100,000 hab.² Estos indicadores no significan un equilibrio con la demanda del usuario se consideran insuficientes por el alto crecimiento vegetativo de la población por ser El Salvador densamente poblado. El 87.4 % de los recursos corresponde a los departamentales antes regiones de salud:

La mayoría del recurso 80 % se concentra en San Salvador incluyendo médicos generales y especialistas de las diferentes Instituciones publicas y privadas que en zonas rurales, debido a la no existencia de condiciones adecuadas de vida para el profesional y en segundo lugar por la falta de desarrollo de las áreas entre otras causales.³

Σ Recursos Servicios de salud

Para 1998 El Salvador cuenta con aproximadamente 5000 establecimientos de salud que incluye : 532 establecimientos de salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social sin contar con otros establecimientos públicos y privados como ISSS, CEL entre otros. De estos el MSPAS tiene 30 hospitales, 98 casas de salud antes Centros de Salud, 352 unidades de Salud desaparecen los puestos de salud, puestos comunitarios y dispensarios de salud. El 5.6 % a Hospitales, 66.16 % a Unidades de Salud, el 18.42 % a Casas de Salud y el 9.77% a Centros Rurales de Nutrición.³

² MSPAS. Memoria de Labores. 1997-1998.

³ MSPAS. Anuario Estadístico 1994

⁴ MSPAS. Memoria de Labores 1997-1998

Los establecimientos de Salud están distribuidos así en los 14 departamentos de El Salvador: **Ahuachapán 23** (1 hospital, Unidades y Casas de salud 21), **Cabañas 35** (2 hosp., Unidades y casas de salud 25, 8 centros de nutrición), **Chalatenango 54** (2 hospi, Unidades y Casas de Salud 46, 6 centros de nutrición), **Cuscatlán 21** (2 hosp., Unidades y Casas de salud 19), **La libertad 37** (1 hospi, Unidades y casas de salud 30, 6 centros de nutrición), **La Paz 40** (1 hospi, Unidades y casas de salud 29, 10 centros de nutrición), **La Unión 33** (2 hosp, Unidades y casas de salud 30, 1 centro de nutrición), **Morazan 29** (1 hosp, Unidades y casas de salud 27, 1 centro de nutrición), **San Miguel 46** (3 hosp, Unidades y casas de salud 41, 2 centros de nutrición), **San Salvador 72** (7 hospitales, Unidades y casas de salud 62, 3 centros de nutrición), **Santa Ana 51** (3 hospit, Unidades y casas de salud 46, 2 centros de nutrición), **San Vicente 20** (1 hosp, Unidades y casas de salud 17, 2 centros de nutrición), **Sonsonate 25** (1 hosp, Unidades y casas de salud 20, 4 centros de nutrición) y **Usulután 40** (3 hosp, Unidades y casas de salud 34, 3 centros de Nutrición). Se observa que en los 14 departamentos existen hospitales, debido a que algunos centros de salud se transformaron en Hospitales.⁵ Así como el crecimiento desordenado de la Infraestructura .

El 42.74 % de las camas están ubicadas en San Salvador que representa un promedio de 9.1 camas X 10000 hab.⁶ Con un promedio de estancia de 11.2 días, una ocupación de 84 % y un giro de camas de 50. 8 % considerado como alto lo cual aumenta los costos.

┌ Ofertas del Sistema de Salud.

1. Sector Público.

⁵ MSPAS. Lista de Establecimientos del Ministerio de Salud. Abril 1998

⁶ MSPAS. Informe Estadístico Mensual automatizado. Agosto 1998

Las Instituciones que ofertan servicios de salud son: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial, Comisión Ejecutiva del Río Lempa (CEL), Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) y Sanidad Militar. Los dos primeros son los que absorben a la mayoría de los usuarios, el resto solamente tienen derecho los trabajadores y familiares de la Institución en particular que ofrece sus servicios.

- **El MSPAS** se inició en 1948, pero antes en 1895 con la Sanidad de Puertos tiene 532 establecimientos de salud a nivel urbano y rural pero con crecimiento desordenado, funciona con presupuesto de la nación, fondos internacionales. (tiene I, II y III nivel de atención) , coordina aisladamente con otros sectores, cuenta con 18,770 plazas entre médicos, enfermeras y personal técnico.
 - **El ISSS** se inició en 1954, su función básica es la atención en dos áreas: Maternidad e Invalidez, vejez y muerte, tiene aprox. 44 establecimientos sin incluir las clínicas comunitarias , funciona con descuentos al trabajador 25 %, patrono 25 % y por el gobierno 50 %. No se coordina con otros sectores en algunas ocasiones lo hace como en recibir pacientes graves de hospitales nacionales. (tiene I, II y III nivel de atención), cuenta con 9194 plazas entre médicos, enfermeras y personal técnico.
 - **Bienestar Magisterial** está conformado por profesores de Educación Primaria y Secundaria, no cuenta con infraestructura física propia, sino que utiliza servicios por contrato del sector privado, funciona con descuentos a los trabajadores, no coordina con otros sectores, cuenta con 167 plazas entre médicos y personal técnico.
 - **Antel** , anteriormente aglutinaba a los trabajadores de Telecomunicaciones pero actualmente fueron incorporados al ISSS bajo su administración, cuenta con 406 plazas.
 - **CEL** esta conformado por trabajadores de la Hidroeléctrica, cuenta con 15 clínicas y personal médico bajo contrato, funciona con descuentos al trabajador, no coordina con otros sectores. (tiene I y II nivel de atención), cuenta con 760 plazas entre médicos , enfermeras y personal técnico.
 - **ANDA** está conformado por trabajadores de acueductos y alcantarillados, cuenta con clínicas y dispensarios, no coordina con otros sectores. (Tiene I nivel de atención), cuenta con 100 plazas .
 - **Sanidad Militar** cuenta con 2 hospitales, aglutina a personal de alta y familiares, funciona con ayuda del gobierno, no coordina con otros sectores. (Tiene I y II nivel de atención).
- 2. Sector Privado.** Cuenta con médicos especialistas en su mayoría y radicados el 90 % en el área metropolitana (no se tiene el dato estimado de cuantas clínicas ofertan sus servicios). Se incluye a Médicos Generales y especialistas aprox. 5000 con clínicas radicadas en su mayoría en San Salvador. Organismos no Gubernamentales (ONGs) conformado por 11329 plazas con personal médico y no paramédico en las comunidades sobre todo a nivel rural está su centro de operaciones.
- En todos los servicios el modelo de atención es más de tipo curativo que preventivo, la incidencia de morbimortalidad en enfermedades infecciosas como IRAS, EDAS, Parasitismo Intestinal se mantiene por décadas, y las no infecciosas parece ir en aumento⁷, por las condiciones socioeconómicas bajas y el nivel de pobreza tiende a aumentar.

⁷ MSPAS. Memoria de labores. 1997-1998.

El número de consultas hasta mayo de 1998 fue de 5,1 millones ⁸ y el número de establecimientos de salud por parte del MSPAS de 1995 a 1998 se ha triplicado a 532 en total. ⁹

Σ Recursos Equipo y suministros

El equipo utilizado por Instituciones públicas y privadas para atender al usuario es desordenado, así por ejemplo en San Salvador se cuenta con 2 bombas de cobalto una pública y otra privada que están subutilizadas que bien podrían oferta el servicio al área Centroamericana, equipos de Rayos X en número considerable concentrados en San Salvador que prácticamente están " radiando involuntariamente" las 24 horas del día a la población, Tomografía Axial computarizadas en ambas instituciones también consideradas subutilizadas, equipos de laboratorio clínico público y privado saturados según la Junta de Vigilancia del Médico, farmacéutico y laboratorista permite de 1 a 3 establecimientos por propietario (incluso las carreras técnicas están autorizadas a instalar clínicas privadas) , Equipos de resonancia Magnética entre otros.

Al momento parte de los equipos del MSPAS están en regular condiciones, los del ISSS y empresas privadas tienen las mejores condiciones y equipo de punta actualizado lo que genera versus poder de compra y aumento del costo.

Los suministros a Instituciones Públicas se ven limitados por el bajo presupuesto, se licitan públicamente, pero casi siempre compran la de bajo precio que repercute en la calidad. En El Salvador existen aproximadamente más de 15 laboratorios farmacéuticos sin control de calidad. A nivel Privado limitan la compra de acuerdo a

existencias es decir administran adecuadamente a sus necesidades sin control de los precios al consumidor.

Σ Recurso Financiero.

Según el Ministerio de Hacienda para el año 1996 el gasto de Salud del sector público fue de 2,804,469,929 y del sector privado fue de 4,027,552,434 es decir el privado gastó 2 veces más que el público, el resto como ONGs fue mínimo. Paradójicamente el usuario gastó 3,933,963,942 casi equivalente a los anteriores, lo que estadísticamente demuestra que el usuario puede tener " poder de compra" de los servicios de salud.¹⁰

El presupuesto del GOES no está acorde a las necesidades actuales paradójicamente el 80 % esta destinada a pago de salarios, con la tendencia a desaparecer programas como Escuelas Saludables, Mercados Saludables y otros.

Los patronatos dan una valiosa colaboración para el funcionamiento de los servicios de salud para el pago de personal, agua y luz, que lo realizan por medio de una cuota voluntaria que aportan los usuarios y otras actividades pero que al momento según documento Modernización del MSPAS esta prohibido. ¹¹

El presupuesto se caracteriza por: Modelo centralista, inflexible y contrario a un proyecto de desarrollo gerencial departamental (las departamentales no tienen personería jurídica), No esta acorde con las actividades proyectadas, No tiene continuidad ni seguimiento en la ejecución, y no presenta monitoreo y evaluación sistemática.

Para 1996 el gasto en salud fue de 7.3 % del PIB y el gasto percapita anual en dólares fue de 1,180.56 .¹² El

⁸ Ibid

⁹ Ibid

¹⁰ MINISTERIO DE HACIENDA. Informe de egresos. 1996

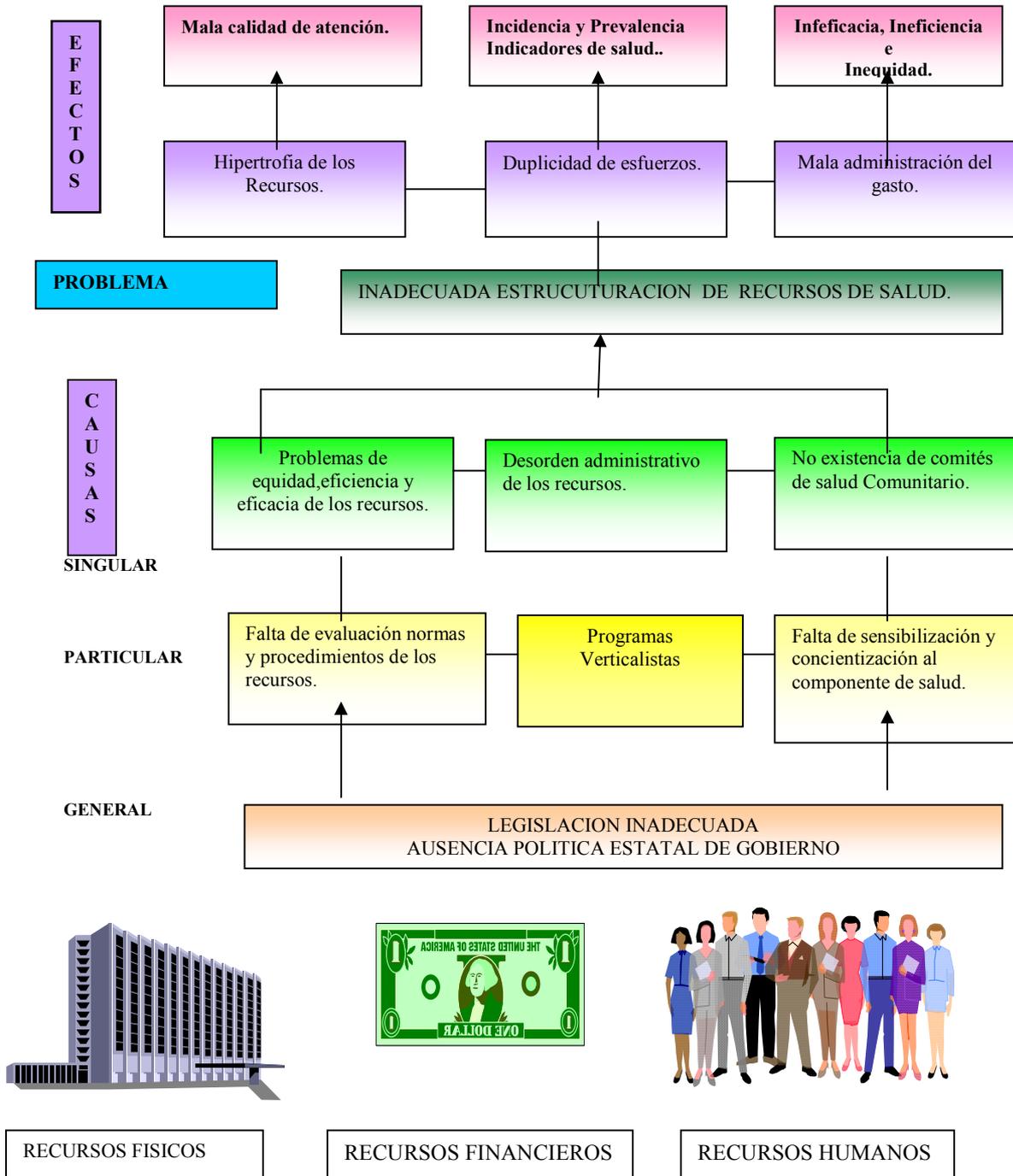
¹¹ MSPAS. Programa Modernización en Salud: sistema Sanitario. 1997

¹² Informe Revista del Banco Central de Reserva. 1996.

presupuesto en Salud fue del 13,0 % de los cuales el 80 % está destinado a gasto de hospitales.¹³

¹³ MSPAS. Memoria de Labores. 1997-1998.

DIAGRAMA 1
ARBOL PROBLEMA
ANALISIS COMPONENTE: REESTRUCTURACION DE LOS RECURSO DE SALUD DE
LA REFORMA EN EL SALVADOR. AÑO 1999.



II. Objetivos y Metas

La propuesta del componente: Reestructuración de los Recursos de Salud, en su inicio se realizarán en 3 etapas: **Sensibilización, Inmersión e Intervención** con una duración de 5 años, incluirá la coordinación de los diferentes actores sociales que tienen propuestas a la Reforma, así como él

meta es la eficiencia, Promover plan de vigilancia y control de las actividades su meta es la eficacia, Articular el perfil profesional y el perfil Ocupacional su meta es la eficiencia; Recursos Servicios de Salud: Reestructurar los servicios de salud pública y privada su meta es la equidad y cobertura, Reestructurar los programas de salud su meta es la eficacia, Evaluar la calidad de atención su meta es la

**CUADRO NO 1
ETAPAS DE LA PROPUESTA: REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS DE SALUD. PLAN QUINQUENAL.**

I ETAPA	II ETAPA	III ETAPA
SENSIBILIZACION	INMERSION	INTERVENCION
FECHA: 1999	FECHA: 2000	FECHA: 2001-2004
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con actores sociales del sistema: MSPAS, ISSS, ONGs, CEL, ANDA, Magisterio y Empresas privadas. ➤ Conformación equipo de trabajo ➤ Realizar estudio de Percepción a las diversas propuestas de la reforma entre organismos y usuarios. ➤ Análisis conjunto de los resultados del estudio de percepción. ➤ Concientización y sensibilización del paquete de la reforma del sector salud unificada. ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concertación de las normas y procedimientos de la propuesta consensada. ➤ Uso de la negociación, coalición y razón a las diversas propuestas del sector público y privado que oferta salud. ➤ Elaboración Cronograma de actividades a la propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prueba piloto o ensayo de la propuesta consensada. ➤ Supervisión y evaluación de las estrategias y actividades. ➤ Monitoreo y evaluación ex ante y ex post. ➤ Sistematización.

Análisis en conjunto que permiten la viabilidad y apertura de una propuesta única consensada por todos; concertación de normas y procedimientos a seguir de acuerdo a la propuesta única de nación, uso de la negociación de los intereses públicos y privados, coalición y razón a la propuesta; realización de una prueba piloto o ensayo con el objeto de evaluar la propuesta y operativizarla posteriormente, monitoreo y evaluación una vez implementada, luego sistematizarla previamente bajo una **política de estado.** (ver cuadro No 1)

Entre los Objetivos y Metas que contribuye a la Reforma está: Recursos Humanos: Evaluar la calidad del personal de salud su meta es la calidad total, Regular y controlar la práctica profesional su

calidad total, Evaluar la subutilización de los recursos su meta es optimizar; Equipo y suministros: Evaluar la calidad del equipo y suministros su meta es la eficiencia, Formular un Plan local de medicamentos su meta es el uso racional; Recurso Financiero: Determinar las fuentes de mecanismos financieros del sector salud su meta es la equidad, Descentralizar y desconcentrar los recursos financieros su meta es uso racional, Administrar localmente los ingresos su meta es uso racional.(ver cuadro No 2).

**CUADRO NO 2
OBJETIVOS Y METAS**

PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS	RESPONSABLES
I. RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la calidad del personal de salud. ➤ Regular y controlar la práctica profesional. ➤ Reestructurar los recursos humanos ➤ Promover Plan de Vigilancia y control epidemiológico de las actividades a desarrollar. ➤ Articular el perfil profesional acorde al perfil ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Calidad total ➤ Eficiencia ➤ Eficiencia ➤ Eficacia ➤ Eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicio de salud/usuario ➤ Junta de Vigilancia ➤ Comunidad/personal de salud ➤ Universidades
II. SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructurar los servicios de salud Público y privado. ➤ Reestructurar los programas de salud de acuerdo a las necesidades del servicio local ➤ Evaluar la calidad de atención ➤ Evaluar la subutilización de los servicios. ➤ Promover la participación comunitaria. ➤ Planificar y coordinar estrategias y actividades de todos los sectores que ofertan salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equidad ➤ Eficacia ➤ Calidad total ➤ Optimizar ➤ Educación sanitaria ➤ Eficiencia y eficacia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema nacional de salud ➤ Servicio de salud/comunidad ➤ Servicio de salud/ usuario ➤ Auditor externo ➤ Comité de salud comunitario ➤ Sistema nacional de salud
III. EQUIPO Y SUMINISTROS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la calidad del equipo y suministros. ➤ Formular un plan local de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eficiencia ➤ Uso Racional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicio de salud/lab. Central ➤ Servicio de salud
IV. FINANCIERO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las fuentes de mecanismo financieros ➤ Descentralizar y desconcentrar los recursos financieros ➤ Administración local de ingresos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equidad ➤ Uso racional ➤ Idem 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema nacional de salud ➤ Sistema nacional de salud ➤ Servicio local

MATRIZ 1

PERFIL DE INTERVENCION DE LA PROPUESTA: REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS EN SALUD.

INTERVENCION	PROBLEMA	OBJETIVOS DEL PERFIL	SERVICIOS DEFINIDOS	RECURSOS PREVISTOS	RESULTADOS PREVISTOS.
<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración de los recursos en salud hacia la calidad, equidad, eficacia y eficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los factores estructurales que inciden en la reestructuración de los recursos de salud en la reforma del sistema de salud en El Salvador. Año 1999? 	<ul style="list-style-type: none"> GENERAL: Proponer un mecanismo técnico en el desarrollo de los recursos de salud en El Salvador. ESPECIFICOS: Identificar la calidad de los servicios de salud. Evaluar los recursos del sector salud: personal, servicios, equipo y suministros y recursos financieros en cuanto a equidad, calidad, eficacia y eficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Recurso humanos de las Instituciones públicas y privadas Recursos físicos de los niveles de atención I, II y III. Recursos financieros del sistema Equipo y suministros. 	<ul style="list-style-type: none"> Directores de los servicios de salud Representantes de los niveles de atención. Usuarios del sistema Jefaturas de las instituciones públicas y privadas. Ministro de Salud Diputados de la Asamblea legislativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Consensar las propuestas de las reformas en un panel foro y luego un referéndum popular de los diferentes actores sociales del sistema público y privado. Contribuir al desarrollo local de los recursos hacia la eficiencia, equidad y calidad.

MATRIZ 2
MONITOREO Y EVALUACION DE LA INTERVENCION

INTERVENCION: REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS DE SALUD 1999						
COMPONENTE	DIMENSIONES	MODELO DE EVALUACION	VARIABLES DE EVALUACION	INDICADORES		RESPONSABLES
Reestructuración de los Recursos de Salud.	Contribuir a crear un impacto positivo en la reestructuración de los recursos a los usuarios del sistema del sector salud en el proceso de la reforma.	Evaluación Normativa. Evaluación Económica	ESTRUCTURA PROCESO RESULTADO	<p>ESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad del equipo e instalaciones. • Disponibilidad del Personal. • Presupuesto asignado. <p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional • Rendimiento de recursos. • Calidad del personal • Cobertura • Evaluación de eficiencia. <p>PROCESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico recursos humanos. • Encuesta utilización de los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión y cumplimiento de actividades. • Auditoria interna y externa. • Equidad de los recursos. • Practica de salud <p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura • Eficacia • Eficiencia • Efectividad • Indicadores de salud. <p>ECONOMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo-efectividad • Costo- beneficio • Costo- eficacia • Costo - utilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actores sociales

MATRIZ 3
PROPUESTA TECNICA: REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS DE SALUD. PLAN QUINQUENAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	SUPUESTO RIESGO	RESULTADO ESPERADO
I. RECURSOS: HUMANOS					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar el nivel de conocimientos. ➤ Evaluar la calidad del personal de salud en los niveles de atención I, II y III. ➤ Regulación y control de la practica profesional ➤ Promover un Plan de Vigilancia y control epidemiológico de los recursos humanos ➤ Articular el perfil profesional acorde al perfil ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentar los conocimientos teórico prácticos. ➤ Capacitación oportuna de los programas de salud. ➤ Incluir contenidos de la reforma al curriculum de las universidades publicas y privadas. ➤ Priorizar y reformar las carreras tecnológicas a las necesidades del país. ➤ Reestructuración del personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cualificar el personal de salud. ➤ Evaluación formativa y sumativa periódica por semestres al personal de salud. ➤ Retroalimentar y adquirir habilidades y destrezas para elaborar historias clínicas uniformes en todos los establecimientos de salud. ➤ Utilizar adecuadamente el sistema de referencia y contrarreferencia. ➤ Impartir clases y discusiones sobre la reforma del sector salud en todas las áreas académicas. ➤ Realizar un estudio de relación personal/usuario del sistema y determinar la atención por numero de habitantes y profesionales. ➤ Hacer un análisis de numero de recursos acorde a las necesidades locales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimiento laboral ➤ % de evaluación formativa y sumativa ➤ % conocimiento adquirido. ➤ % revisión de historias clínicas mal elaboradas. ➤ Grado de aprendizaje ➤ Calidad teórica y practica. ➤ Reestructurar los planes curriculares. ➤ Reestructuración planes curriculares. ➤ Relación medico/hab. ➤ Relación enfermera/hab. ➤ Relación laboratorio/hab. ➤ Necesidades locales ➤ Estudio de percepción ➤ Presencia de organización de un comité de la salud comunitario. ➤ % participacion del comité. ➤ % grado de conocimiento adquirido ➤ grado de impacto de las 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Calidad deficiente ➤ Historias clínicas deficientes. ➤ Resistencia a revisión historias. ➤ Historias inadecuadas ➤ Inequidad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistematizar y reforzar conocimientos. ➤ Calidad del recurso. ➤ Uso correcto llenado de papelería e historias clínicas. ➤ Equidad del recurso humano.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover la participación social 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incluir la participación comunitaria a las políticas de salud local. ➤ Motivar a incentivar a las comunidades la participación local a los programas de salud para la integración de las actividades del servicio de salud. ➤ Fortalecer la participación comunitaria ➤ Desarrollar programas de capacitación a barrios y colonias por área de influencia geográfica al establecimiento de salud. ➤ Vigilancia y control epidemiológico por sitios centinelas ejecutados por líderes comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organizar la comunidad en la exigencia y participación de los planes de los establecimientos de salud local a sus necesidades. ➤ Concertar los programas de salud entre la comunidad y el sistema nacional de salud ➤ Capacitar a la comunidad sobre los planes, políticas y estrategias del establecimiento de salud local. ➤ Formar o reactivar comités de salud comunitarios. ➤ Legalizar personería jurídica de los comités. ➤ Realizar campañas de salud coordinadas con otros establecimientos. ➤ Asistir a la comunidad para impartir charlas. ➤ Elaborar un plan de vigilancia y control de las actividades desempeñadas por el personal de salud entre 	<ul style="list-style-type: none"> medidas. ➤ Historia clínica ➤ Demanda judicial ➤ Quejas del usuario ➤ Sugerencias del usuario ➤ Numero de fichas ➤ Presencia organización y reactivación de un comité de salud comunitario. ➤ % de participación del comité. ➤ % grado de conocimiento adquirido ➤ Grado de impacto de las medidas. ➤ Numero de referencias ➤ Demandas judiciales ➤ Quejas del usuario ➤ Calidad sugerencias del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apatía en la participación ➤ Falta de interés local servicio /población ➤ Ausencia de control y vigilancia ➤ Ausencia y control de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organización estructurada ➤ Programas de salud acorde a la necesidades del usuario/población. ➤ Calidad de atención ➤ Calidad de atención ➤ Disminución del riesgo.
--	--	--	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regulación del egreso masivo de profesionales en Instituciones publicas y privadas. ➤ Participación del sistema a los establecimientos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ servicios/ comunidad. Sistematizar ficha de referencia y contrarreferencia. ➤ Concertar y formular políticas del perfil profesional y perfil ocupacional del egresado. ➤ Control de los recursos a las necesidades ➤ Formar equipos de trabajo entre universidades publicas y privadas para el control de egresados. ➤ Activar u organizar comités de salud del usuario a la estructura organizacional del establecimiento de salud con voz y voto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Numero de fichas. ➤ Numero de egresos ➤ Numero de inscritos en al junta de vigilancia. ➤ Rendimiento en el trabajo. ➤ Optimizar el recurso. ➤ % participación ➤ calidad de la participación ➤ % conocimiento adquirido. ➤ Grado de impacto de las medidas. ➤ % registro jurídico de los comités. ➤ Legalización del comité de salud comunitario. ➤ % de actividades a desarrollar. ➤ Cualificar a miembros de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia de las universidades a ser sujetas de estudio ➤ Saturación de profesionales asalariados. ➤ Desmotivacion ➤ Resistencia a la participación. ➤ Renuencia a participar. ➤ % No comprensión de los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Egreso de profesionales de acuerdo a las necesidades de la población. ➤ Comité activo. ➤ Educación sanitaria. ➤ Practica de normas y cambio de conducta.
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	SUPUESTO RIESGO	RESULTADO ESPERADO
II. RECURSOS: SERVICIOS DE SALUD.					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reestructurar los servicios que ofertan salud. ➤ Reestructurar los programas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar estudio de viabilidad y factibilidad en la articulación de los diferentes recursos de salud al sistema 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconcentración y descentralización de los servicios. ➤ Registro de todos los servicios de salud según 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poder local ➤ Mapa de servicios de salud por localidad ➤ % de servicios articulados 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia a descentralizar y desconcentrar real los servicios. ➤ Resistencia a la 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autonomía ➤ Armonía, cooperación trabajo en equipo. ➤ Subsidio de usuarios con bajo poder

que ofertan.

- nacional de salud.
- Conformar un equipo de trabajo uniforme entre las entidades publicas y privadas.
- Revisión de los programas de salud.
- Realizar estudio socioeconómico del usuario que asiste al establecimiento de salud I, II y III.
- Subsidio al usuario según estudio socioeconómico.
- Definir los criterios de equidad en la atención de los servicios de salud.

- localidad.
- Organizar una red nacional computarizada de todos los servicios de salud.
- Búsqueda de integración de los establecimientos de salud al sistema nacional de salud.
- Capacitar a la comunidad sobre el uso adecuado del servicio nacional de salud,
- Uso del sistema de referencia y contrareferencia al servicio de salud cercano por niveles de atención para la atención del usuario autorizado por red de servicio nacional en el nivel local (uso de carnet según técnica del semáforo: rojo: extremadamente pobre, Amarillo: clase social baja y Verde para clase social media y alta.
- Subsidio por el estado al usuario que justifique la necesidad del servicio de salud por medio de seguros.
- Establecer un plan de vigilancia y control de las estrategias y actividades.
- Determinar la cobertura del servicio de salud.

- grado de comprensión en el uso de servicio de salud.
- Uso correcto llenado de papelería por medio de una red computarizada.
- % de subsidios
- tasa de morbilidad y mortalidad.
- Atención del usuario no menor de 10,000 hab. Por establecimiento de salud.
- % de cobertura
- tasas de morbilidad y mortalidad.

- reestructuración.
- Descoordinación
- Inoperatividad de los servicios.
- Resistencia al subsidio
- Corrupción
- Tráfico de influencias
- Subregistro.
- Inequidad
- Baja cobertura.

- adquisitivo.
- Uso adecuado carnet de salud.
- Equidad
- 90 % de cobertura.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la calidad de atención por el usuario en los servicios del sector salud. ➤ Evaluar la subutilización de los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de vigilancia y control epidemiológico uniforme. ➤ Estudio de percepción de la calidad de atención ➤ Evaluar la estructura, proceso y resultados del establecimiento de salud. ➤ Estudio análisis oferta-demanda del servicio de salud. ➤ Conocer la relación horas médico trabajadas y consulta del establecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar un plan de información por medio de una red epidemiológica. ➤ Elaborar un instrumento que permita conocer la calidad y atención del establec. De salud. ➤ Elaborar instrumento de evaluación para estructura proceso y resultado. ➤ Elaborar instrumento que permita conocer la satisfacción del usuario. ➤ Estudio de mercado ➤ Diagramas de causa y efecto. ➤ Revisión de archivo de consulta externa por relación hrs consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Red epidemiológica local. ➤ Control subsecuente ➤ Grados de percepción ➤ Análisis de causas de morbilidad ➤ Necesidad demandada ➤ Necesidad atendida ➤ Ver matriz 2 ➤ Análisis oferta demanda ➤ % utilización ➤ <u>No de horas trabajadas</u> ➤ <u>No de pacientes que consultan.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inoperabilidad del sistema. ➤ Baja calidad. ➤ Resistencia a la evaluación. ➤ Estudio deficiente. ➤ Subjetividad en la percepción. ➤ Subutilización del recurso. ➤ Resistencia a la integración. ➤ No priorizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ operatividad de la red. ➤ 90 % calidad de la atención de los servicios. ➤ Eficacia e Eficiencia. ➤ Equilibrio oferta - demanda. ➤ 90 % de utilización. ➤ Desmistificar la competencia. ➤ 100 % articulación ➤ Resultados a corto plazo.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificar, coordinar estrategias y actividades con todos los sectores que ofertan salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción acción intersectorial. ➤ Articulación de los servicios de salud públicos y privados al sistema nacional de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organizar equipos de trabajo. ➤ Planificar coordinadamente. ➤ Formación de equipo de trabajo. ➤ Definir prioridades ➤ Desarrollar un proceso de planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formación de equipos locales. ➤ % de metas programadas ➤ identificación de nudos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia a la integración. ➤ No priorizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desmistificar la competencia. ➤ 100 % articulación ➤ Resultados a corto plazo.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de los programas verticales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reuniones periódicas con las instituciones. ➤ Formación equipo interdisciplinario y multidisciplinario con participación comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación programas. ➤ Cualificar programas de salud. ➤ Número uso de métodos de laboratorio. ➤ Cantidad total de suministros. ➤ Indicaciones medicas ➤ Cantidad total del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia a la revisión de los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impacto
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	SUPUESTO RIESGO	RESULTADO ESPERADO
III. EQUIPO Y SUMINISTROS.					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar la calidad del equipo y suministros utilizados al sector salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de control de calidad del equipo y suministros proporcionados a los establecimientos de salud según especificaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar control de calidad del equipo suministrado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de calidad ➤ % equipo en buen estado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo obsoleto ➤ Mal funcionamiento equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100 % de calidad del equipo.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formular un plan Nacional de medicamentos esenciales y operativizarlo con la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poseer un arsenal terapéutico con control de calidad autorizado por laboratorio central. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar listado de medicamentos esenciales según indicadores del reporte epidemiológico. ➤ Realizar control de calidad de los medicamentos ofertados según procedencia de laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe control de calidad medicamentos reporte de los servicios del uso de los medicamentos. ➤ Cultivos ➤ Numero de recetas medicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia bacteriana ➤ No calidad del medicamento ➤ Uso irracional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución de los indicadores de morbilidad y mortalidad.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar tecnología de punta racional por los establecimientos de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestación de tecnología de punta por el establecimiento de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir al usuario al establecimiento de salud que posea la tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo y calidad del equipo ➤ % de uso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de los costos ➤ Falta de colaboración ➤ Equipo en mal estado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de la utilización equipo.

<p>salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Usar racionalmente los suministros. ➤ Promover y utilizar el diagnostico clínico que el uso de laboratorio y exámenes de gabinete. ➤ Distribuir y usar racionalmente los suministros. ➤ Reestructurar el equipo según necesidades locales. 	<p>salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suministro de medicamentos según necesidades ➤ Racionalizar la indicación del uso métodos de laboratorio ➤ Planificar adecuadamente los suministros. ➤ Distribución existente del equipo según necesidades y establecimientos. 	<p>adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compra de medicamentos según necesidades en el nivel local. ➤ Elaborar mejores diagnósticos clínicos por anamnesis y examen físico. ➤ Indicar exámenes de laboratorio en caso de duda diagnostica. ➤ Monitoreo y/o supervisión posterior a la entrega del suministro. ➤ Elaborar un listado de suministros según necesidades en forma semestral. ➤ Elaborar listado de equipos por establecimientos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ cantidad total de gastos ➤ % uso racional del medicamento ➤ % recetas medicas. ➤ Historia clínica ➤ % uso de métodos de laboratorio. ➤ Cantidad total suministros. ➤ Numero indicaciones medicas ➤ Cantidad total del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No uso adecuado del medicamento o prescripción innecesaria. ➤ Resistencia bacteriana. ➤ Diagnósticos errados ➤ Dependencia de tecnología. ➤ Uso irracional ➤ Uso irracional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso irracional del medicamento. ➤ Evitar la automedicación. ➤ Uso del diagnostico clínico. ➤ Diagnostico y tratamiento adecuados. ➤ Uso racional y adecuado del equipo. ➤ Eficiencia ➤ Uso racional y adecuado del equipo.
---	---	---	--	--	--

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	SUPUESTO RIESGO	RESULTADO ESPERADO
IV. RECURSO FINANCIERO.					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las fuentes de mecanismos financieros al sector salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda de actores internos y externos a la sostenibilidad financiera del sistema nacional de salud. ➤ Reestructurar los recursos financieros de acuerdo a las necesidades locales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar un plan de financiamiento interno y externo de acuerdo a las políticas de salud del sistema nacional de salud. ➤ Estimar los ingresos-egresos del establecimiento de salud. ➤ Integrar al sector privado a las políticas nacionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % fondo internacional ➤ Fuentes de ingreso ➤ % de egresos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de financiamiento externo ➤ Falta de cooperación financiera y técnica. ➤ Mal manejo financiero. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sostenibilidad y autosostenibilidad al sistema nacional de salud .
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Articular los ingresos de los establecimientos de salud por localidad y no centralizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización de los fondos a nivel local según necesidades justificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar fuentes de ingreso del GOES, establecimientos de salud del MSPAS, sector privado, ISSS, Antel y otros a un fondo común denominado sistema financiero local de salud. ➤ Realizar auditorias internas y externas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cantidad de ingresos financieros ➤ Auditoria local y nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corrupción ➤ Mal manejo de fondos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización adecuado de los fondos.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usar racionalmente el presupuesto del GOES. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reforzar el presupuesto del gobierno al sector salud con estudios de factibilidad, viabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso del porcentaje del PIB según necesidades. ➤ Implementar una política de nación hacia el refuerzo presupuestario. ➤ Distribución parte del IVA al sector salud ➤ Lucha en Asamblea legislativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % distribución según necesidades locales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuficiente presupuesto del GOES. ➤ Distribución inequitativa del presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Funcionamiento del sistema financiero local.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar localmente los ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda de la eficiencia del gasto ➤ Gestionar un fondo económico local acorde a las necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medir la eficiencia del gasto según necesidades (ingresos-egresos) ➤ Supervisar y controlar la fuente de ingresos y egresos monetarios por estructura organizacional del establecimiento de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % de egresos ➤ Auditoria. ➤ Balance de ingresos-egresos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso irracional del gasto ➤ Corrupción subregistro 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eficiencia del gasto. ➤ Autosostenibilidad. ➤ Aumento de ingresos al sistema financiero local.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Captar recursos financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estudio socioeconómico completo del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cobro de servicio por cuota o prepago o por seguros médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ % de ingresos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia a pagar los servicios por el usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuotas diferenciadas ➤ Recuperación de costos.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descentralizar el presupuesto del GOES a los servicios locales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificar las necesidades locales según ingresos-egresos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar lista de necesidades locales. ➤ Licitación demandas insatisfechas por los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ número de facturas con registro de IVA ➤ Número de licitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gasto irracional 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eficiencia.

III. COMENTARIO DE LA PROPUESTA

La propuesta técnica se sustenta en un desarrollo y distribución equitativa de los recursos, de acuerdo a un análisis de factibilidad y viabilidad de consenso de todos los sectores hacia el bien común.

Al conformar los establecimientos de salud de los niveles de atención sin etiquetar público y privado, más bien si se puede **uniformizar el color blanco** más emblema o símbolo rojo alusivo al sistema nacional de salud en todos los establecimientos del sector salud en forma uniforme en cierta medida desaparece lo que se llama " servicio de salud publico y privado ". Permitirá asignar una distribución presupuestaria versus necesidades locales, de acuerdo a la justificación proyectada de los establecimientos de salud, en cuanto a : fuente de ingresos, numero de usuarios/ servicio de salud, recurso humano/usuarios.(Ver diagrama No 2)

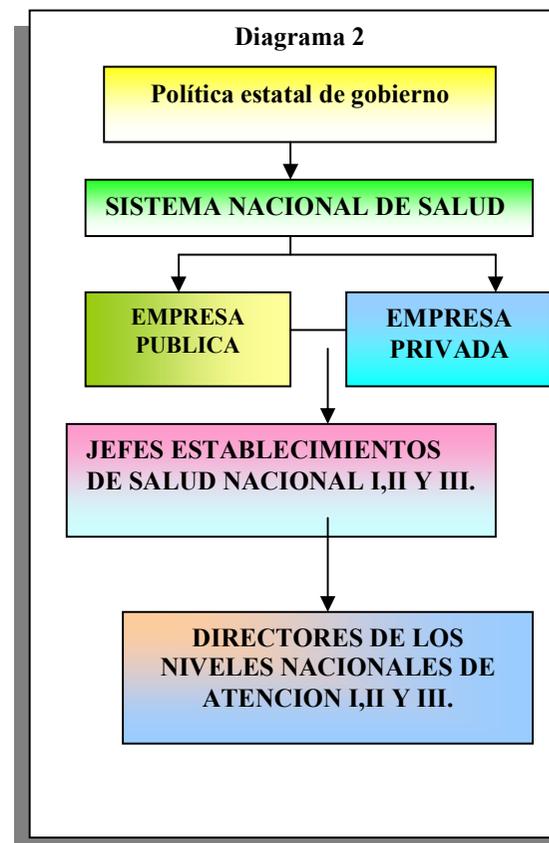
Al existir una **real desconcentración y descentralización** del nivel central al local, pero que al momento sin resultados concretos al momento según entrevistados de los establecimientos locales de salud, de tal forma que de llevarse a cabo permitirá agilizar y brindar una calidad en salud total.

Al utilizar **la razón** como táctica de poder con el objeto de minizar los costos en forma racional y concientizar que el beneficiado será el usuario en un primer momento, posteriormente nuevas generaciones fortalecerán el Desarrollo económico y social del país.

La coalición para conseguir que otros actores sociales se integren y conserven la propuesta de la Reforma del sector salud.

La negociación compartida de intereses de acuerdo a la oferta y demanda, así como la fuente de ingresos y egresos permitirá que el establecimiento justifique sus egresos recibirá equitativamente los costos consiguiendo un mayor soporte y presupuesto.

Las **sanciones legales** consistirá en emitir acuerdos y penalización de hechos agravados, surgidos a partir del Plan de Monitoreo y evaluación de cada recurso en salud, avalado localmente por un comité de salud comunitario, un director y jefe del establecimiento para ser ratificado por Junta directiva de la empresa pública y privada, se reitera empresa no establecimiento publico y privado.



PRESUPUESTO
(ESTIMADO EN MILLONES DE COLONES)

RUBRO	UNIDAD	COSTO		SUBTOTAL RUBRO
		UNITARIO	TOTAL	
1.0 Cumplimiento de las Etapas de sensibilización e Inmersión. 3.1 Capacitación	1 paquete	5.00	5.00	5.00
2.0 Estudio de percepción	1 paquete	1	1	1.0
3.0 Material y Equipos. └ Impresos └ Propaganda radial , prensa y television └ Publicaciones └ Uso de infraestructura hotelera	1 paquete	10.0	10.0	10.0
4.0 Plan de trabajo	1 paquete	1	1	1.0
5.0 Prueba piloto	1 unidad	5	5	5.0
6.0 supervisión y evaluación	3 paquetes	150	450	450.0
7.0 sistematización	3 paquetes	1000	3000	3000.0
SUBTOTAL				3472.00
8.0 Imprevistos				10.0
TOTAL				3482.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
PLAN QUINQUENAL										
1999				2000			2001-2004			
I. ETAPA : SENSIBILIZACIÓN										
1.1 Coordinación de actores sociales										
1.2 Conformación equipos de trabajo										
1.3 Estudio de percepción										
1.4 Análisis de los resultados										
1.5 Concienciación y sensibilización										
II. ETAPA : INMERSION										
2.1 Elaboración Plan de Trabajo										
2.2 Concertación diseño del Plan Operativo										
2.3 Concertación de Normas y Procedimientos										
2.4 Negociación, coalición y razón										
2.5 Formar estructura organizacional										
2.6 Elaboración cronograma de actividades										
III. ETAPA: INTERVENCION										
3.1 Prueba piloto de la propuesta consensada										
3.2 Supervisión y evaluación de estrategias y actividades										
3.3 Plan monitoreo y evaluación										
3.4 Sistematización y continuidad de la intervención anual.										

ANALISIS DE FACTIBILIDAD

X FACTIBILIDAD

ETAPAS	FINANCIERO	ECONOMICO	POLITICO	SOCIAL	AMBIENTAL	TOTAL
I. SENBILIZACION	1	1	2	1	1	6
1.1 Convocatoria						
1.2 Conformación equipo						
1.3 Estudio de percepción						
1.4 Concientización y Sensibilización						
II. INMERSION						
2.1 Plan de trabajo						
2.2 Concertación	1	1	3	1	1	7
2.3 Selección						
2.4 Cronograma						
III. INTERVENCION						
3.1 Implementación						
3.2 Capacitación						
3.3 Monitoreo y evaluación	1	1	2	1	1	6
3.4 Sistematización						
TOTAL	3	3	6	4	3	19

ESCALA: 1 : DE ACUERDO 2: NEUTRO 3: EN DESACUERDO 4: DESACUERDO TOTAL

RESULTADO: 15-30 : FACTIBLE 30-45: NEUTRO 45-60 : DESACUERDO >60: DESACUERDO TOTAL

ANEXOS