

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**OFICINA LA PAZ**

---

**ÁREA DE DESARROLLO**  
**MAESTRÍA EN “GESTIÓN GUBERNAMENTAL”**



**PROYECTO DE GRADO**  
**“SISTEMA DE CONTROL DE GESTION**  
**ESTRATEGICO, EN LA PLANIFICACION EN SALUD**  
**DEL POLICLINICO MIRAFLORES - CAJA NACIONAL**  
**DE SALUD, 2011- 2012”**

**Proyecto de grado presentado para la obtención del**  
**Grado de: MAESTRIA EN GESTION**  
**GUBERNAMENTAL**

**AUTOR: Dr. IVO WALTER ARANDIA BARRIOS**  
**TUTOR: Mgr. Sc. VICTOR HUGO ECHEVERRIA BRUNO**  
**LA PAZ - BOLIVIA**

**2012**

## AGRADECIMIENTOS

---

A Dios por guiar mi vida siempre, a mi madre por el apoyo incondicional, a mi familia por su comprensión, a todos y cada uno de mis docentes por el conocimiento impartido, a mi tutor por la valiosa cooperación prestada, a todo el personal del Policlínico Miraflores por su colaboración, a mis compañeros y amigos por su amistad y cariño.

Muchas Gracias.

---

## ÍNDICE GENERAL

---

INDICE DE TABLAS.....	7
-----------------------	---

**BUSCAR INDICE EN TTM FINAL UASB  
PUES ACA DESCONFIGURA TOOOODO**







## INDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla</b>	<b>Descripción</b>	<b>Pág.</b>
I	CUADRO DE MANDO INTEGRAL: ESTRATEGIA Y MISIÓN	20
II	ELEMENTOS DEL ALINEAMIENTO OPERACIONAL	23
III	OBJETIVOS DEL MILENIO	28
IV	PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	71
V	VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL	72
VI	MATRIZ DE COBERTURA DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	72
VII	FICHA DEL INDICADOR - VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL	74
VIII	FORTALEZAS Y DEBILIDADES	83
IX	FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES	84
X	MATRIZ DE CUATRO ACCIONES	86
XI	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	88
XII	INDICADORES ESTRATÉGICOS	89
XIII	MATRIZ DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	91
XIV	INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS	94
XV	FÓRMULAS DE DESEMPEÑO	96
XVI	LÍMITES DE DESEMPEÑO	96
XVII	FÓRMULAS DE TENDENCIA	97
XVIII	TABLA DE ANORMALIDADES	99
XIX	CICLO ESTRATÉGICO - METAS DE INDICADORES PRINCIPALES	101

**INDICE DE FIGURAS.**

---

<b>Figura</b>	<b>Descripción</b>	<b>Pág.</b>
1	ESTRUCTURA DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL	21
2	PIRAMIDE POBLACIONAL - CIUDAD DE LA PAZ	54
3	MAPA ESTRATEGICO	75
4	DIAGRAMA CAUSA-EFECTO	100



## **INTRODUCCION**

---

### **“SISTEMA DE CONTROL DE GESTION ESTRATEGICO EN LA PLANIFICACION EN SALUD DEL POLICLINICO MIRAFLORES - CAJA NACIONAL DE SALUD, 2011.**

El presente proyecto de grado, está dividido en capítulos, a partir de los cuáles se desarrolla y describe al Cuadro de Mando Integral como instrumento base del Sistema de Control de Gestión Estratégico, en la planificación del Policlínico Miraflores.

El Primer capítulo hace referencia en principio a la problemática, que se traduce por la ausencia de herramientas de control de gestión, como factor limitante en los procesos de gestión dentro de esta Institución, así como la justificación del presente estudio que menciona la existencia actual de procesos de Auditoría Interna, reglamento interno institucional, que regulan los procesos de gestión actuales desde la creación de la Caja Nacional de Salud. Se describe además en este capítulo, el objetivo general: que consiste en el diseño del Sistema de Control estratégico en la planificación del Policlínico Miraflores y los objetivos específicos: que hacen mención a las características del Sistema de Control de Gestión, sus propiedades y estructura, además de describir la situación actual del sistema de salud en el país, en la ciudad de La Paz, en la Caja Nacional de Salud y en el Policlínico Miraflores, para diseñar el Sistema de Control de Gestión Estratégico basado en el Cuadro de Mando Integral, en la planificación en salud. Finalmente este capítulo detalla el método empleado en este proyecto.

El Segundo capítulo, detalla el sustento teórico, abordando conceptos importantes que hacen referencia al estado de la atención

sanitaria en la Institución, además del mecanismo de traslado de datos prácticos que servirán para la construcción del al Cuadro de Mando Integral, base del Sistema de Control de Gestión Estratégico en la Planificación del Policlínico Miraflores.

El Tercer capítulo aborda la propuesta, inicialmente describe los pasos para el diseño del Sistema de Control de Gestión Estratégico, basado en el Cuadro de Mando Integral, y posteriormente su desarrollo, con información obtenida de la Institución, trasladada para construir el mencionado Sistema de Control de Gestión.

Finalmente el Cuarto capítulo describe las conclusiones del estudio, así como recomendaciones prácticas, derivadas de datos obtenidos en este proyecto, que servirán inclusive como información precisa para mejorar los procesos de gestión en instituciones de salud, donde se desee incorporar este sistema.

## **CAPITULO I - ASPECTOS METODOLÓGICOS**

---

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿El factor limitante de la gestión, es la ausencia de herramientas de Control de Gestión Estratégico en salud, en el Policlínico Piloto Miraflores dependiente de la Caja Nacional de Salud?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El Policlínico "Piloto" Miraflores, dependiente de la Caja Nacional de Salud - C.N.S., es una Institución sin fin de lucro, sus actividades buscan el beneficio del estado de salud de la sociedad a través de la atención primaria de enfermedades comunes y patologías prevalentes, así como la difusión de conocimientos en salud para la prevención y promoción de hábitos saludables de vida, de su población asegurada y beneficiaria.

Las justificaciones son desarrolladas de acuerdo a tres aspectos técnicos, Económicos y sociales.

### **1.2.1. Justificación Técnica.**

El actual sistema de gestión, implementado en la Caja Nacional de Salud, data desde sus inicios, es decir de más de 50 años atrás, y se basa en procesos de Auditoría Interna, así como del análisis de procesos administrativos, muestra continuamente debilidad en cuanto a sus procedimientos en cuanto a gestión, y denota una falencia en cuanto al manejo Institucional. El Policlínico "Piloto" Miraflores al ser parte de la Caja Nacional de Salud, depende de un sistema descentralizado (Regional La Paz) que aglutina estos procesos, y no cuenta con un Sistema de Control de Gestión en Salud, accesible, sólido, contemporáneo y práctico, como el que se propone, para implementarse en el Policlínico Miraflores, y posteriormente en los demás Policlínicos de la Caja Nacional de Salud, de acuerdo a su requerimiento.

Este sistema de gestión comúnmente está compuesto por cuatro perspectivas que son: financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y crecimiento; pero este modelo puede ser adaptado de tal forma que sea aplicable a una organización, como el Policlínico Miraflores, que juntamente con los once policlínicos dependientes de la Caja Nacional de

Salud, en la ciudad de La Paz, tienen como fin último, no el financiero, sino el Social.

### **1.2.2. Justificación Económica.**

En este tipo de Instituciones la disponibilidad y el uso adecuado de los recursos financieros recaudados y/o asignados es un factor importante para continuar con la realización de sus operaciones, razón que me motivó a diseñar un sistema de control de gestión en salud, basado en la metodología del Cuadro de Mando Integral, que permite traducir la estrategia empresarial gerencial, en un conjunto de indicadores y objetivos estratégicos.

Un sistema de control de gestión estratégico en salud, permitirá que el Policlínico Miraflores optimice sus procesos de gestión, y la eficiencia en el logro de sus objetivos.

### **1.2.3 Justificación Social.**

La facilidad de consulta demandada de los usuarios beneficiara tanto al personal operativo como al directivo, el mismo permitirá el logro de objetivos en la asistencia sanitaria, más rápida y oportuna al momento que se la requiera.

El sistema que controla los procesos de gestión en la institución proporcionará información rápida y oportuna a la dirección para el mejoramiento institucional.

### **1.3. OBJETIVOS.**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar el Sistema de Control de Gestión Estratégico en la planificación en salud, en el Policlínico Piloto Miraflores, dependiente de la Caja Nacional de Salud, 2011- 2012”

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Enunciar las características del Sistema de Control de Gestión.
- Describir las propiedades del Sistema Control de Gestión Estratégico en la planificación en salud del Policlínico Piloto Miraflores.
- Describir la situación actual del sistema de salud en La Paz- Bolivia.
- Analizar el desarrollo de la asistencia sanitaria del Policlínico Miraflores.
- Diseñar el Sistema de Control de Gestión Estratégico basado en el CMI en la planificación en salud.

## **1.4. METODOLOGÍA**

De acuerdo al método utilizado, este estudio se cataloga como descriptivo, así mismo ingresa en dentro de una investigación explicativa, pues pretende analizar los instrumentos constituyentes de un sistema de control de gestión estratégico aplicado a una institución pública de salud.

### **1.4.1. Diseño Metodológico:**

Su diseño es descriptivo, transversal, prospectivo, por cuanto las variables objeto de estudio de acuerdo a su ubicación temporal, se medirán en una sola oportunidad, pues corresponde a un instante en el tiempo al ser realizado durante la gestión 2011-2012.

Corresponde al Método Analítico, pues se han interpolado variables para análisis situacional de la institución (Policlínico Miraflores - C.N.S.)(8).

Pertenece además al Método propositivo; pues se propone el diseño de una herramienta de gestión para su implementación como un Sistema de Control Estratégico en salud, basado en la metodología del Cuadro de Mando Integral, que rige al mencionado Sistema de control de Gestión en Salud, que sirva para la toma de decisiones futuras desde una persona, una comunidad, una institución en su conjunto o alguna unidad dentro de la organización, la exigencia es que posea identidad propia. (22).

### **1.4.2 Fuente de Información.**

Corresponde a información primaria, por el tipo de extracción de datos, pues se recurrió al análisis de registros administrativos actualmente existentes en Dirección del Policlínico Miraflores. En efecto, la institución recolecta actualmente información sobre prestaciones, principalmente con fines administrativo-contables. Dicha información, sin embargo, no ha sido

objeto de tratamiento para su utilización para la gestión, los cuales se encuentran en el archivo del sistema informático.

Corresponde además a la modalidad teórica académica, pues se obtuvieron datos directamente del entorno del Policlínico Miraflores e incorporan procedimientos de análisis estructurados, aprendidos en los módulos de la Maestría mencionada.

#### **1.4.3. Técnicas de procesamiento de datos.**

Para el procesamiento de los datos se procedió inicialmente a consignar los datos cualitativos y cuantitativos. Luego esta información cuantitativa se presentó en tablas y gráficos estadísticos.

#### **1.4.4. Análisis de datos.**

Por su parte, para el análisis de la información cualitativa se elaboraron gráficos no cuantificados a manera de organigramas, y matriz situacional de la institución, la cual contiene el aspecto analizado, de la situación observada actualmente, en relación a tales aspectos la situación ideal de la propuesta se representa con los aspectos requeridos.

#### **1.4.5. Alcances y límites.**

El presente proyecto pretende analizar la situación actual de los procesos de gestión dentro del Policlínico Miraflores, identificando así los límites del estudio, sin embargo es importante mencionar que depende de la Oficina Regional y Oficina Nacional para coordinación pues pertenece a la Caja Nacional de Salud; los alcances se podrán extrapolar a otros policlínicos, o instituciones de salud a requerimiento.



## **CAPITULO II - SUSTENTO TEÓRICO**

---

### **2.1. ¿Qué es un Sistema de Control de Gestión? - Definición:**

El Control de Gestión es un proceso, por el cual se determina el uso de los recursos disponibles de manera eficiente y eficaz para el logro de objetivos planteados en una organización determinada. (Kaplan y Norton - "The Balanced Score Card: 1996,2003) (10). Bajo este concepto se concibe a un sistema de control de gestión, como un conjunto de procedimientos que aglutinan este principio, para lograr el objetivo de una institución, en este estudio, aplicado a un Centro de Salud, con la finalidad de lograr el uso más eficiente de sus recursos, y fines específicos del área de salud.

#### **2.1.2. Los condicionantes del control de gestión:**

**a) El entorno:** Puede ser un entorno estable o dinámico, variable cíclicamente o completamente atípico. La adaptación al entorno cambiante puede ser la clave del desarrollo de la empresa.

**b) Los objetivos de la Institución o empresa:** Condicionan el sistema de control de gestión, según sean de rentabilidad, de crecimiento, sociales y medioambientales, etc.

**c) La estructura de la organización:** Según sea funcional o divisional, implica establecer variables distintas, y por ende objetivos y sistemas de control también distintos.

**d) El tamaño:** Está directamente relacionado con la centralización. En la medida que el volumen aumenta es necesaria la descentralización, pues hay más cantidad de información y complejidad creciente en la toma de decisiones.

*La cultura:* En el sentido de las relaciones humanas en la organización, es un factor determinante del control de gestión, sin olvidar

el sistema de incentivos y motivación del personal, tomando en cuenta también a la población beneficiaria.

### **2.1.3. La finalidad del control de gestión**

El fin último del control de gestión es el uso *eficiente* de los recursos disponibles para la consecución de los objetivos. Sin embargo podemos concretar otros fines más específicos como los siguientes:

- *Informar.* Consiste en transmitir y comunicar la información necesaria para la toma de decisiones.
- *Coordinar.* Trata de encaminar todas las actividades eficazmente a la consecución de los objetivos.
- *Evaluar.* La consecución de las metas (objetivos) se logra gracias a las personas, y su valoración es la que pone de manifiesto la satisfacción del logro.
- *Motivar.* El impulso y la ayuda a todo responsable son de capital importancia para la consecución de los objetivos.

## **2.2. Cuadro de Mando Integral (CMI)**

### **2.2.1. Antecedentes.**

En la década de los años 70, especialmente en Francia se comenzó a utilizar el denominado Cuadro de Mando Integral o Tablero de Mando, una herramienta de gestión que incorporaba en un documento, varios rangos que permitían controlar los aspectos financieros en una empresa, esta metodología ha evolucionado hasta combinar indicadores financieros y no financieros que permiten controlar diferentes procesos del negocio.

La combinación de estos indicadores es la idea principal que recoge la metodología del Cuadro de mando Integral, desarrollada por Robert Kaplan y David Norton, al trabajar en un proyecto que pretendía encontrar nuevas formas de medir el rendimiento organizacional para Analog Devices, una empresa del sector de semiconductores, teniendo así sus inicios en 1992 con la publicación de “The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance” en la Harvard Business Review, hasta convertirse en una herramienta de gestión que traduce las estrategias de la empresa en un conjunto de indicadores (11).

Incorpora un método estructurado de selección de indicadores, en primer lugar, la institución debe analizar el mercado y las estrategias para luego construir un modelo de negocios que permita identificar las interrelaciones existentes entre los diferentes componentes del negocio, este modelo es utilizado a manera de mapa para seleccionar los indicadores del CMI o BSC. Al estar basado sobre un modelo de negocio lo ha convertido en los últimos años en una herramienta de gran valor para la gestión empresarial, es importante mencionar, que el éxito de su implementación radica en el tiempo que los directivos otorguen al desarrollo de su propio modelo de negocio.

El Cuadro de mando Integral (CMI) o Balance Scorecard (BSC), Kaplan y Norton (1992, 1993,1996 y 1997-2004) el cual despliega los objetivos estratégicos en 4 perspectivas: financiera, clientes, procesos y futuro. (11).

**Tabla I. CUADRO DE MANDO INTEGRAL: ESTRATEGIA Y MISIÓN**



**Fuente:** Kaplan y Norton, CMI, cap.1, pág. 14.

En resumen, el CMI se ha transformado en un sistema de gestión estratégica, para gestionar la estrategia a largo plazo, utilizando el enfoque de medición para:

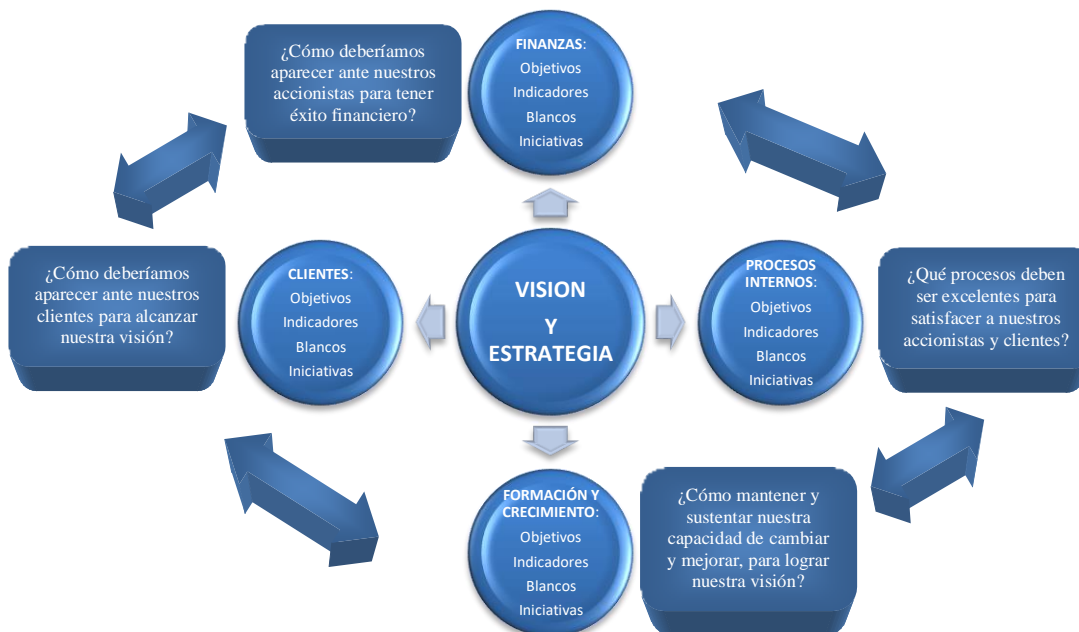
- Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia.
- Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos.
- Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas.
- Aumentar el feedback y formación estratégica.

El hecho de insistir en el tema de disponer de sistemas de medición, es clave en este modelo de gestión, por cuanto es estos tiempos en donde la información es clave, no se puede dejar sin control las diversas variables que afectan a la organización. Variables que no son solamente las financieras. Y a diferencia de los sistemas tradicionales de control en que se busca seguir lo preestablecido, aquí se fomenta la comunicación, información y formación que permita ir hacia el logro de los objetivos de la institución.

### 2.2.2. Estructura del Cuadro de Mando Integral.

Se compone de cuatro aspectos importantes, que se interrelacionan entre sí, y se muestran en la siguiente gráfico:

**Figura N° 1. ESTRUCTURA DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL**



**Fuente:** Robert S Kaplan y David P. Norton, "Utilidad del CMI en el manejo de un sistema estratégico", Harvard Business Review (1996).

### 2.2.3. Perspectivas del Cuadro de Mando Integral.

El CMI presenta 4 perspectivas, las cuales permiten sustentar un equilibrio de los objetivos de corto y largo plazo, descritas a continuación:

#### a) Perspectiva Financiera

Este enfoque corresponde a uno de los más tradicionales en los sistemas de gestión, por cuanto es fácilmente medible y permite tener un conocimiento de los distintos eventos económicos que suceden en la organización.

### **b) Perspectiva del Cliente**

Se relaciona con la identificación de los segmentos del mercado, la capacidad de incluir indicadores que permitan determinar niveles de satisfacción, retención, adquisición y rentabilidad de los clientes e identificar la cuota de mercado de los distintos segmentos seleccionados. Elementos que deben ir ligados a la capacidad de incluir indicadores que permitan conocer el valor agregado que se otorga a los clientes.

### **c) Perspectiva del Proceso Interno**

Corresponde a la identificación de procesos internos críticos en donde se debe buscar la excelencia que permita dar la mayor satisfacción a los clientes, junto al cumplimiento de los objetivos financieros. En que la diferencia fundamental, con los enfoques tradicionales de procesos es que estos se centran en procesos existentes, en cambio el CMI se preocupa además de anticiparse con nuevos procesos. Condición que involucra desarrollar ambos ámbitos (Innovación, operativo).

### **d) Perspectiva de Formación y Crecimiento**

Esta se orienta hacia la identificación de la estructura que la empresa debe construir hacia futuro, que permitan crear desarrollo. SINDO las perspectivas del cliente y del proceso interno las que identifican los factores críticos para lograr el éxito tanto de hoy como en el futuro.

En que la formación y el crecimiento se derivan de 3 factores claves: *las personas, los sistemas y procedimientos* de la organización.

En la constante búsqueda para lograr el éxito de toda organización, una variable clave es la coherencia que debe existir en su desarrollo organizativo, desde los niveles más estratégicos, hasta el quehacer operacional de esta. Y una de las alternativas que presenta una visión bastante completa y aplicable a distintos tipos de organizaciones es el *Alineamiento Operacional*, (Donosos, 1998) que se refiere a lograr que los

objetivos locales de cada una de las Unidades Internas de la organización, sean coherentes con los objetivos estratégicos de la organización.

**Tabla II. ELEMENTOS DEL ALINEAMIENTO OPERACIONAL**



**Fuente:** Patricio Donoso, En búsqueda del alineamiento operacional Fig.1, pag.2.

#### **2.2.4. Los Instrumentos del control de gestión**

Las herramientas básicas del control de gestión son la planificación y los presupuestos.

*La planificación* consiste en adelantarse al futuro eliminando incertidumbres, y está relacionada con el largo plazo y con la gestión corriente, así como con la obtención de información básicamente externa. Los planes se materializan en programas.

*El presupuesto* consiste en coordinar de forma más exacta los objetivos, concretando cuantías y responsables. El presupuesto aplicado al futuro inmediato se conoce por planificación operativa; se realiza para un plazo de días o semanas, con variables totalmente cuantitativas y una implicación directa de cada departamento. Se debe negociar con los responsables para conseguir una mayor implicación; no se debe imponer, porque originaría desinterés en la consecución de los objetivos.

Se pueden citar otras herramientas operativas como: la división de centros de responsabilidad, el establecimiento de normas de actuación y la dirección por objetivos.

### **2.3. Control de Gestión en Salud**

La necesidad de disponer de un sistema de control de gestión que permita guiar a la organización en el logro de su estrategia, ha obligado a desarrollar, diversos modelos y teorías al respecto. Condición que ha sido recogida para este trabajo de tesis, realizando una revisión bibliográfica de diversos modelos de gestión, que permitan conocer cómo han evolucionado estos modelos y como enfrentan el desafío de las organizaciones sin fines de lucro en su afán de cumplir con sus objetivos organizacionales. Lo anterior, teniendo presente que se está bajo el contexto de una visión sistémica, en donde la formulación como la implantación de la estrategia, deben seguir una línea coherente en su desarrollo.

Reconociendo que la estrategia constituye el corazón de la gestión organizacional, el esfuerzo que se dedique a su formulación como implantación es vital. Siendo centro de este estudio, lo concerniente a su implantación y el apoyo de los conceptos del Control de Gestión para esto.

El objetivo de este estudio, se traduce en diseñar un modelo de control de gestión para el Policlínico Miraflores de la Caja Nacional de Salud, sobre la base del capital humano y la interacción con los mecanismos de control de gestión, así como agentes influyentes del éxito de la institución; Para lo cual se definió la siguiente hipótesis; "La incorporación del sistema de Control de Gestión Estratégico en salud del Policlínico Miraflores dependiente de la Caja Nacional de Salud, es una necesidad latente en esta institución, la cual mejorará los procesos de gestión eficiente en salud". Sin embargo es necesario considerar la



dinámica del sistema, el valor del capital humano (capacidades, compromiso, etc.) y el conocimiento de los distintos involucrados, entre otras características. Objetivos, que se apoyaron mediante la Investigación bibliográfica sobre diferentes modelos de control de gestión, para su posterior aplicación, utilizándose como referencia el Cuadro de Mando Integral.

No olvidando, que dada las condiciones muy particulares de las instituciones públicas como son los centros de salud, existen elementos que dificultan los procesos de cambio, como son las estructuras organizacionales rígidas y la cultural organizacional, que deben ser consideradas en la implantación de cualquier cambio.

### **2.3.1. La estrategia en las organizaciones**

Como consideración preliminar de este estudio, es importante hacer referencia al tema de la estrategia, la cual ha evolucionado continuamente, siguiendo diferentes líneas de pensamiento. Por lo que una forma de resumir estas distintas líneas es aprovechar el esfuerzo realizado por Mintzberg, et al. (1988), que resume la idea principal de cada línea de pensamiento, destacando en forma general, las escuelas prescriptivas, cognoscitivas y de la configuración.

Enfocándonos en la visión que presenta los orígenes de la estrategia como un modelo de estructura de pensamiento en administración, con los esfuerzos realizados por Druker, Chandler, Ansoff y Andrews en los años 50 y 60, donde el profesor Druker, fue uno de los primeros en utilizar el término estrategia en administración, al destacar que las organizaciones debían saber cuál era su negocio (actual) y en cual querían estar (futuro). (José Rivera, 2003).

Ya en los años 70, se comenzaron a desarrollar los consultores estratégicos. En donde el "Boston Consulting Group" (BCG), tuvo un gran impacto en la investigación de problemas de estrategia corporativa y de

negocios, particularmente destacable fue el desarrollo una nueva forma de interpretación en el análisis estratégico, la “matriz de crecimiento-participación” para ser usada una herramienta de análisis de portafolio.

Esta situación dio paso a la necesidad de considerar el entorno, en la formulación de estrategias ganadoras, mediante la “**planificación estratégica**”. De la Escuela de Negocios de Harvard, mediante la aplicación del Modelo FODA, (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) se desarrollo una metodología para la toma de decisiones, que es utilizada con ciertas variaciones hasta nuestros días.

En los ochenta aparece Michael Porter y otros académicos, que refinando esta misma herramienta de análisis estratégico, llevaron a internalizar el “pensamiento estratégico” como un proceso indispensable de éxito. En este mismo sentido, se desarrollo el modelo de la “cadena de valor” por la consultora McKinsey, en donde se trataba de identificar las actividades que generan valor para la empresa. En 1980, Porter publica Competitive Strategy, en donde desarrolla un análisis de mercados y la lucha competitiva, desarrollando técnicas para ser aplicadas en distintas condiciones competitivas.

Pero el tiempo ha demostrado, que lamentablemente no basta con formular sólo buenas estrategias, sino que es necesaria una adecuada implementación, por lo que aparece la **Dirección estratégica**, que se define como “un sistema integrado de dirección, que interrelaciona al proceso de formulación de estrategias con la implementación de estas”. Importancia que a pesar de ser reconocida en muchas oportunidades se transforma en un enigma, dado problemas internos, políticas erróneas, falta de procesos formales, o en el caso de existir están mal diseñadas, luchas de poder y falta de comunicación son algunos de los obstáculos que enfrenta la implementación de una estrategia. Problemas, que permiten deducir que esta etapa no es un proceso rígido, ni exacto, ya que

el factor humano juega un rol esencial, destacando algunos elementos que hacen fracasar la implementación como son:

- La gestión diaria se realiza separadamente de los objetivos estratégicos futuros.
- No existe en la mente de los trabajadores de la empresa, los énfasis relevantes derivados de la estrategia. No se produce el "empoderamiento" de la estrategia.
- La Misión y los Valores son poco concretos, se encuentran enlazados débilmente con los sistemas formales de la organización.
- Las estrategias no bajan en la organización, ni llegan a constituirse en agendas de trabajo que formen parte del trabajo habitual de los miembros de la empresa.
- No existe una alineación entre los desafíos estratégicos y los recursos, capacidades y habilidades superiores de la empresa.
- La estructura organización no representa encargos consistentes con los desafíos derivados de la estrategia.

Por lo expuesto se puede deducir, que para que una estrategia se implemente con éxito, debe existir una coherencia entre lo que ocurre y lo que debería ocurrir dado la estrategia definida, lográndose mediante la inducción de la conducta de las personas al logro de los objetivos de la institución.

#### **2.4. Propuesta de cambio del Gobierno actual para el sector salud**

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y

política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud (público, seguridad social, tradicional y privado) cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes.

Este cambio permitirá alcanzar los siguientes objetivos del Milenio: cumplir las Metas en Salud hasta el 2015:

**Tabla III. OBJETIVOS DEL MILENIO**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>Posibilidad de cumplimiento de la meta al 2015</b>
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Probable
2. Alcanzar la educación primaria universal	Probable
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer	Probable
4. Reducir la mortalidad infantil	Probable
5. Mejorar la salud materna	Probable
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo,	Probable

Chagas y Tuberculosis	
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Probable

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud. O.M.S. - Objetivos del Milenio 2006.

Esta propuesta actual, menciona también, que la población boliviana, hasta el 2015, acceda en un 100 por ciento al sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos. Elimine la desnutrición en niños menores de cinco años. Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.

El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros). Para ellos se crearán políticas, normas y sistemas. (18).

Se eliminará la violencia intrafamiliar focalizada principalmente en niñas de municipios pobres.

En este marco de apoyo gubernamental se han definido las siguientes políticas:

#### **2.4.1. Políticas y estrategias**

- ***Política 1: Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud.***

Esta política permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una

población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, intercultural y comunitario, actualmente en diseño.

- **Política 2: Rectoría**

Esta política recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

- **Política 3: Movilización Social**

Esta política plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión, movilización y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y, por ende, mayor productividad para el país.

- **Política 4: Promoción de la Salud**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida.

La estrategia de esta política es la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del Estado, en los factores determinantes de la exclusión social en salud, incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno o docente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud; con influencia en la

creación de una atmósfera espiritual para la percepción del desarrollo físico y mental en el hogar, en el trabajo y en la colectividad, en el marco de la responsabilidad para la sostenibilidad del ambiente sano y productivo. Con miras a lograr el Vivir Bien.

- **Política 5: Solidaridad**

Esta política desarrollará una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia y la inclusión de los grupos más desprotegidos, que viven en extrema pobreza; orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos a mejores niveles de vida. Esto implica un plan de acciones inmediatas intersectoriales bajo la coordinación del Sector Protección Social y la conciencia nacional sobre nuestros conciudadanos más desprotegidos, entre ellos las poblaciones indígenas, construyendo redes de protección social y comunitaria sostenibles en todo el país.

#### **2.4.2. Visión del sector salud**

La población accede a un sistema único, intercultural y comunitario de salud, respetuoso de las culturas y saberes de indígenas y originarios, inclusivo, equitativo, solidario, de calidad, pertinente con las dimensiones económicas productivas, socioculturales y político organizativas; dinámico, interactivo, intersectorial, descentralizado; liderado por el Ministerio de Salud y Deportes. Actúa sobre los determinantes de salud; con participación de todos los sectores, prioriza la prevención de los riesgos de salud, el medio ambiente, la organización y movilización socio comunitaria del vivir bien.

### 2.4.3. Estrategias

- **Estrategia 1.- Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y comunitaria de Salud**

Modelo: Salud familiar y comunitaria intercultural

Proyectos: Fortalecimientos de las redes de salud, gestión de calidad, intercultural, genero, generacional.

- **Estrategia 2.- Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria**

Programa: La conducción, regulación, fiscalización y modulación del financiamiento.

Proyectos: Fortalecimiento de la capacidad de gestión, vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios, implementación de seguro universal de salud, gestión tecnológica e investigación.

- **Estrategia 3. - Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas**

Programa: Gestión social y control social

Proyectos: Ciudadanía activa participativa y responsable de la salud, alianza con movimientos sociales, Consejos y congresos de salud

- **Estrategia 4.- Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y en la calidad de vida**

Programa: Intersectorialidad.

Proyectos: Promoción de la salud, deporte y salud, municipios saludables

- **Estrategia 5.- Alianza Nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia, y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en pobreza.**



Programa: Solidaridad

Proyectos: Nutrición, Reducción de la violencia

## **2.5. Organización Institucional en Salud**

Se subdivide desde el Ministerio de Salud en cuatro Viceministerios.

1. Viceministerio de salud, que mediante la dirección de Servicios de salud, cuenta con la Unidad de Servicios de salud y Calidad, la Unidad de Unidad de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad Epidemiológica, Unidad de Medicamentos y mediante la Dirección General de Seguros de Salud, cuenta con la Unidad de Seguros Públicos, Unidad de Seguros a Corto Plazo.
2. El Viceministerio de Salud mediante la Dirección General de Servicios de Salud, cuenta con la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Unidad de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad Epidemiológica, Unidad de Medicamentos. Y mediante la Dirección General de Seguros de Salud, cuenta con la Unidad de Seguros Públicos, Unidad de Seguros a Corto Plazo.
3. El Viceministerio de Promoción de la Salud y Deportes, mediante la Dirección General de Promoción de la Salud, cuenta con la Unidad de Promoción de la Salud, que se descompone en áreas de Género y Violencia, Centinela de la Salud, Salud Oral y Comunicación Social. Y paralelamente cuenta con la Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social y la Unidad de Nutrición.
4. El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, cuenta con la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Así mismo se encuentran las siguientes Entidades bajo tuición o dependencia orgánica y administrativa a las siguientes entidades:

- a) Cajas de Salud: Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud CORDES, Caja de Salud de la Banca Privada, Caja de Salud del

Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas - CSSNCA, Caja Nacional de Salud - CNS, Caja Petrolera de Salud - CPS, Seguro Integral de Salud - SINEC, Seguros Sociales Universitarios.

- b) Escuelas: Escuela de Salud Cochabamba, Escuela de Salud La Paz.
- c) Institutos : Instituto Boliviano de la Ceguera - IBC, Instituto Boliviano del Deporte, la Educación Física y la Recreación, Instituto Nacional de Laboratorios de Salud - INLASA, Instituto Nacional de Salud Ocupacional - INSO, Instituto Nacional de Salud Pública - INSP, Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES.
- d) Servicios Departamentales de Salud - SEDES: SEDES - La Paz, SEDES - Oruro, SEDES - Potosí, SEDES - Cochabamba, SEDES - Chuquisaca, SEDES - Tarija, SEDES - Santa Cruz, SEDES - Beni, SEDES - Pando.
- e) Otras dependencias : Centro de Abastecimiento y Suministros - CEASS, Comité Nacional de la Persona Discapacitada - CONALPEDIS, Fondo de Inversión para el Deporte - FID, Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad -LONABOL, Servicios Departamentales de Salud - SEDES.

El Ministro de Salud y Deportes, por delegación del Presidente de la República, preside: El Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, el Consejo Superior del Deporte. La mencionada desconcentración se encuentra detallada en Anexos.

## **2.6. Desconcentración Geográfica de la C.N.S.**

La C.N.S. se encuentra afianzada en 112 provincias, y de acuerdo a datos del INE, de la población nacional que asciende a 8.743.065 hab. la población asegurada en la Institución es 2.033.265 hab. lo que

corresponde a una cobertura de 23.26%. Cuenta con 11 agencias distritales, y 76 puestos médicos a nivel nacional. Ver Anexo 2.

Sin embargo, actualmente y luego de casi 2 meses de paro del sector salud, en su conjunto, tras la promulgación del Decreto 1132, que incorpora 8 horas laborales en todos los centros de salud, de manera arbitraria sin consenso con el sector en cuestión, la población logra comprender el real estado de la salud en nuestro país, pues con esta medida, que no es nada más que un parche dentro del sistema de salud, que pretendía "mejorar" la calidad de atención hacia el usuario, quedaron al descubierto, las verdaderas falencias, de los centros de salud las cuales se pueden enumerar a grandes rasgos:

- Falta de equipamiento
- Carencia de insumos
- Ausencia de medicamentos esenciales
- Falta de mantenimiento y recambio de equipamiento obsoleto
- Defectuosa infraestructura
- Ausencia de ítems de nueva creación

Estas verdaderas carencias, que traducen también en una debilidad en cuanto a procesos de gestión, que afectan de sobremanera al sector salud y su desempeño, son las que serán resueltas en consenso con los sectores interesados, el Colegio Médico de Bolivia, la Universidad Mayor de San Andrés, la Central Obrera de Bolivia y el Gobierno Nacional en la "Cumbre de salud", a realizarse próximamente, la cual pretende resolver "sin imposiciones", y con anuencia, las verdaderas falencias de salud, nunca resueltas por gobiernos pasados.

## **CAPITULO III - PROPUESTA**

---

### **3.1. GENERALIDADES**

#### **3.1.1. Situación General de Salud en Bolivia**

Siendo que Bolivia es un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud nunca asumió la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y descrédito al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes. Algunos de los indicadores que reflejan la grave situación de salud y de exclusión son los siguientes:

El 77 por ciento de la población se encuentra excluida de los servicios de salud, con fuerte incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultural y la social. (ENDSA 2008.)

El 7,5 por ciento de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas prevenibles y/o curables; el 26,5 por ciento de los sobrevivientes tiene desnutrición crónica y la mayoría de ellos tiene secuelas irreversibles en su capacidad intelectual y desarrollo; el 67 por ciento de los niños menores de tres años tiene anemia y el 19 por ciento déficit de vitamina A. Por otro lado, el 44 por ciento de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, lo que prueba una relación directa entre educación y desnutrición.

Un tercio de la población de niños de áreas rurales menores de tres años e indígenas de la misma edad tiene desnutrición crónica, que equivale al doble de la población de niños de la misma edad que viven en la ciudad. (18).

Por otro lado, el país presenta una mortalidad materna de 320 por 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2008), una de la más alta de Sudamérica. La dispersión de vectores domiciliarios cubre, aproximadamente, el 60 por ciento del territorio, ocupando casi toda la superficie de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, Santa Cruz y, parcialmente, Potosí y La Paz, representando un 80 por ciento el riesgo de transmisión vectorial.

La tuberculosis es un problema grave de salud pública: la notificación de casos procedentes de los servicios de salud públicos muestra una incidencia de casos pulmonares positivos de 67,3 por 100 mil y en todas sus formas de 100,3 x 100 mil.

Para revertir esos indicadores, en el marco de la nueva Política Nacional de Desarrollo, el sector salud establece las siguientes problemáticas:

- Alta privación socio-biológica en mayorías poblacionales determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad vida y sus consecuencias para la salud colectiva, que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.
- Sistema de Salud inequitativo e ineficiente, no se toma en cuenta la diversidad social, étnica y cultural del país. Insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterios de calidad y eficiencia; desconectados entre sí; mal distribuidos; deficientemente equipados; con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados, y sin mecanismos de control social.
- Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad

sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes, y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes; con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre los determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

- Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.
- El sistema de salud no asume la medicina tradicional y no hay complementación plurinacional en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la investigación de la medicina ancestral, a la elaboración de una farmacopea y a la implementación de mecanismos regulatorios.
- Problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición, que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

Existen varias experiencias exitosas del enfoque de salud familiar, comunitaria y plurinacional en el altiplano, valles, llanos y en otros países, que serán sistematizados y aplicados en Bolivia, las cuales ofrecen

resultados meramente asistenciales, no preventivos ni educativos hacia la población urbana, pueblos Indígenas y originarios con estructuras propias, que cuentan con saberes ancestrales en el tratamiento de enfermedades.

Así lo indican las tasas de mortalidad registradas en el periodo 2000-2005, la tasa bruta de mortalidad estimada es de 8.2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer en ambos sexos 63.6 años (INE-CELADE 2004). Desde el 2003 se ha implementado un sistema nacional de registro de estadísticas vitales. Hacia el año 2003, se considera que en todo el país el subregistro de mortalidad general alcanza el 63%. En un estudio de mortalidad realizado el 2010, se señala que las principales causas de mortalidad tienen que ver con las enfermedades del sistema circulatorio (30,3% de las defunciones), enfermedades transmisibles (12,0%) y las causas externas (10,7%). El 10,8% de las defunciones fueron clasificadas con signos y síntomas mal definidos.(18).

#### **a) Problemas específicos de salud - Análisis por grupo de población.**

- **Niños (0-4 años):** El mayor riesgo de morir en los niños se presenta en el primer mes de vida, representando el 40% de las muertes de los menores de 5 años, la mayor proporción de estas muertes (32%) se deben a cuadros de origen infeccioso, principalmente la septicemia, siguen como causas los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer con un 30% y los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 22%. (OPS/OMS 2008). (17).
- **Adolescentes (10-14 y 15-19 años):** Según la Encuesta de Demografía y Salud 2003, el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, (13.7% en 1998). Según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazo se

encuentran entre las adolescentes que residen en el área rural (22 por ciento) y en la zona del Llano (21 por ciento). (OPS/OMS 2008).

- **Adultos (20-59 años):** El año 1976 la tasa global de fecundidad en mujeres sin educación era de 6.6 hijos por mujer, el año 2004 la tasa para las mujeres sin educación es 6.8 hijos por mujer (ENDSA 2008). Las mujeres con grado de educación superior tenían una tasa global de fecundidad de 3.1 hijos por mujer y el 2004. Las desigualdades en la probabilidad de muerte materna siguen siendo mayor para las mujeres que vienen en el área rural, con bajo grado de instrucción, de origen indígena y/o campesina y también las que han migrado a los centros urbanos en busca de mejores condiciones de vida.

#### **b) Análisis por tipo de enfermedad o daño**

- **Enfermedades prevenibles por vacunación:** Según la encuesta de Demografía y Salud, 2003 (ENDSA), 92.4% de los niños menores de un año han recibido la vacuna BCG. En el mismo grupo de edad, la cobertura de vacunación pentavalente alcanza a 93% la primera dosis, 82% la segunda dosis y 65% la tercera dosis. La cobertura de vacunación anti poliomielítica es de 92%, y de vacunación antisarampionosa de 76%. Enfermedades como la Tos Ferina, Sarampión, Varicela, Influenza AH1N1, se han presentado cíclicamente en el país siendo de fácil control al administrar la vacuna oportunamente.(17).
- **VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual:** El Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA ha registrado desde 1984 a diciembre 2006, 1826 personas que viven con el VIH-SIDA en el país. Las relaciones sexuales desprotegidas, siguen siendo la vía de



transmisión más frecuente, dentro de esta vía de transmisión el 67% ha contraído el virus por relaciones heterosexuales, el 23% por relaciones homosexuales y el 10% por medio de relaciones bisexuales. También se considera como mecanismo de transmisión el uso de jeringas contaminadas en personas drogodependientes, pero se tiene un subregistro de estos datos no consignados en estadísticas.

- **Enfermedades infecciosas intestinales:** En el año 2003, el 22 por ciento de los niños menores de cinco años tuvo un episodio de diarrea en las últimas dos semanas, frente a 19% en 1998 (ENDSA 2003). El año 2001 se reportaron 541.697 casos de enfermedad diarreica aguda, 611.982 casos el año 2002 y 701.182 casos en el año 2003. En los tres años 80% de los casos se produjeron en menores de 5 años. (SNIS). Entre 1991 y 1995 Bolivia sufrió 40.212 casos de cólera, con 814 muertes. Desde entonces, la incidencia ha ido en descenso: de 2.068 casos en 1996 a 467 en 1998 y cero casos desde 1999. Se continúa sin casos desde el 2006.
- **Enfermedades transmitidas por vectores:** En el año 2000 se reportaron 31.469 casos de malaria por *P.vivax*, con una IPA de 8.8 por mil. Los casos en el 2001 fueron 15.765, con una IPA de 5 por mil. Para el año 2002 el índice de láminas de análisis de sangre examinadas (IASE) se ha mantenido bajo, cercano al 5% de la población expuesta al riesgo (3'337.998 habitantes). El comportamiento de estos dos índices indica la presencia de una proporción importante de casos no detectados en la población.

El 60% del territorio boliviano es considerado endémico de Chagas por la presencia del vector *Triatoma infestans* en aproximadamente 700.000 viviendas ubicadas en 169 municipios, 13.776 comunidades y una población estimada de 4.000.000 de habitantes en riesgo de enfermar. También en los últimos 7 años se han confirmado 245 casos de fiebre amarilla en Bolivia; los departamentos más afectados son, Cochabamba y Santa Cruz. En el último decenio la tasa de letalidad por esta patología se ha mantenido por encima del 60%.

La Leishmaniasis en Bolivia se encuentra geográficamente distribuida en el área rural de las zonas tropicales y subtropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. En el Departamento de Pando, la tasa de incidencia en el año 2004 fue de 380 casos por 100.000 hab. (218 enfermos), 58 por 100.000 habitantes en Beni (215 enfermos). Tasas menores se presentaron en La Paz, 40 por 100.000 y en Santa Cruz, 13 por 100.000 hab. En el año 2006 se han notificado en todo el país un total de 2.727 casos de leishmaniasis.

- **Zoonosis:** Los casos reportados de rabia humana fueron 2 el año 2003, 2 el año 2002, 7 el año 2001, 7 el año 2000, 10 el año 1999 y 5 en 1998. El Departamento más afectado es el de Cochabamba seguido de los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Santa Cruz. La tasa de letalidad fue del 100%. La razón existente entre casos de rabia humana y animal es de 1:51 casos y de humana/canina de 1:40 casos. En los años 1999 y 2000 se registró una tasa de rabia canina de 1.2 y 1.8 casos por 10.000 canes.

- **Enfermedades crónicas transmisibles:** El año 2002 el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 9.661 casos nuevos de todas las formas de TB, con 85% de casos de tuberculosis pulmonar y 15 % de formas extra pulmonares. Aunque se reconoce un diagnóstico tardío de la tuberculosis, la cobertura de diagnóstico bacteriológico fue del 73% en el 2006 y el éxito del tratamiento de un 85.8% En el año 2008 se reportaron 85 casos de lepra con una tasa de incidencia de 0.07 por 100.000 habitantes.
- **Enfermedades crónicas no transmisibles:** El Cáncer de Cuello Uterino (CACU) es una enfermedad que constituye un riesgo grave para todas las mujeres y que, debido a su magnitud, constituye un problema de salud pública. En Bolivia, las encuestas de morbilidad realizadas por el Registro de Cáncer de La Paz, de base poblacional, La incidencia de este cáncer es aún mayor en otras ciudades del país como Oruro y Potosí cuyas tasas son de 60.9 y 93.5 por 100,000 mujeres, respectivamente (Ríos Dalenz y otros 1991).
- **Enfermedades nutricionales y metabólicas:** La primera Encuesta Nacional de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Factores de Riesgo Asociados realizada con el apoyo de OPS/OMS en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba en 1998, y revisada el año 2002, reportó una prevalencia de diabetes tipo II del 7.6% en mujeres y del 6.8% en hombres, esta prevalencia aumenta progresivamente con la edad y se encuentra relacionada con el sobrepeso y la obesidad.

- **Salud oral:** El índice CPO-D en menores de 12 años es de 6.7% a expensas del componente caries. (Colegio Odontólogos 2004). La prevalencia de caries no tratada en el mismo grupo de edad es de 84,6%.
- **Violencia Intrafamiliar:** La violencia intrafamiliar es otro de los problemas de salud pública relevantes, de cada 10 mujeres casadas o en unión 5-6 reportan ser víctimas de alguna forma de violencia en el hogar y 1-2 de cada 10 hombres también reportan violencia psicológica en el hogar. (Estudio Violencia Intrafamiliar, Bolivia – 1998). Según datos obtenidos del Comando General de la Policía, en el 2004, se reportaron 32.692 denuncias por agresiones recibidas en el hogar, superando en el 36.1% las denuncias en el 2001; 24% de estas denuncias se produjeron por violencia sexual.
- **Desastres naturales:** En febrero de 2002 la ciudad de La Paz soportó una intensa precipitación pluvial que derivó en inundaciones con fuertes corrientes de agua que ocasionaron 70 muertos. El mismo año en la región montañosa de Sama, próxima a la ciudad de Tarija se produjo un incendio de magnitud que no cobró vidas humanas pero destruyó la flora y fauna silvestre de la zona. Por otra parte el 2002 se produjo un desastre natural por una intensa nevada en el sur oeste del Departamento de Potosí que ocasionó la muerte de centenares de llamas (ganado auquénido). El febrero de 2003 se volvió a presentar una inundación en la ciudad de La Paz . En abril del mismo año, se produjo un deslizamiento en la localidad de Chima, al Norte del Departamento

de La Paz con 57 muertos y en mayo un deslizamiento en la zona de Alpacoma de la ciudad de La Paz sin pérdidas humanas.

- **Enfermedades emergentes y reemergentes:** Se presentaron los dos primeros casos de dengue hemorrágico en Santa Cruz, con un fallecimiento, detectándose en uno de los casos por primera vez el serotipo III del virus del dengue, el año 2005. Así mismo el primer caso confirmado de síndrome pulmonar por virus Hanta se reportó en 1998 en Tarija y el segundo en 1999 en Santa Cruz, ambos no letales. En el año 2000 se notifican 5 casos de hantavirus en localidades del área rural cercanas a Bermejo del Departamento de Tarija todos de sexo masculino entre 15 y 54 años, de los cuales solo uno sobrevive. La zona endemo epidémica de Fiebre Hemorrágica Boliviana se encuentra en el Departamento de Beni (Provincia Mamoré). Los años 2000, 2001 y 2002 se reportó un caso cada año. El año 2003 se notificaron 3 casos y, hasta la semana epidemiológica 45 del año 2004, se notificaron 5 casos. La letalidad de la enfermedad es del 60%. (Dirección Nacional de Epidemiología, MSD, 2004).

### **c) Respuesta del Sistema de Salud**

- **Políticas y planes Nacionales de Salud:**

La gestión de Gobierno nacional 2003 – 2007 asume “la salud como un puente para la unidad y entendimiento de todos los Bolivianos”. El Ministerio de Salud y Deportes incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos: Acceso a los servicios de salud, Medicina tradicional, Acceso a medicamentos, Control y prevención de enfermedades, Fortalecimiento Institucional. Forma parte de la política

nacional de salud el incentivo al deporte en la vertiente de la promoción del ejercicio físico para una vida saludable, así como el desarrollo del deporte de alto rendimiento. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud en la perspectiva del cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo del milenio, forman el sustrato de las políticas de salud actuales.

Los acontecimientos sociales luctuosos de octubre de 2003 derivaron en el cambio del presidente de la república (gestión 2002/2007) a través de la sucesión constitucional del Vicepresidente de la república. Los lineamientos de política social y económica que habían sido expresados en el Plan de Desarrollo Económico Social 02/07 han quedado en suspenso luego de la realización el 2004 de un referéndum sobre la propiedad y venta de las reservas de hidrocarburos, que determinará, a través de una nueva ley, el próximo escenario económico que podría tener el país.

- **La reforma del sector salud:**

A continuación de la aplicación de las políticas de liberalización del mercado y modernización/achicamiento de los Estados (década de los 80), en los 90, el país implementó la Ley de Participación Popular y la descentralización administrativa hacia los Gobiernos Municipales. Estas medidas se acompañaron, en el sector, con la aplicación de esquemas de aseguramiento público a través de paquetes de prestaciones, que desde 1994 a la fecha se han mantenido con pocas variaciones. La gestión de Gobierno 2002/2007 había fijado como una de sus líneas principales el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), luego de que desde 1994 se desarrollaran el seguro de maternidad y niñez, el seguro materno infantil y el seguro básico de salud. La gestión 2003 -2007 continúa con el desarrollo de la política de aseguramiento público pero preocupada por hacer más inclusiva esta política, dado que el SUMI solo cubre a la mujer

embarazada hasta los 6 meses después del parto y a los niños menores de 5 años, además de no tener alcance en comunidades rurales dispersas a las que no llega el sistema de servicios de salud.(19).

#### **d) El Sistema de Salud en Bolivia.**

El sistema de salud Boliviano se organiza en subsectores: público, seguridad social, privado y la medicina tradicional. La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (al interior de la seguridad social muchos entes gestores) constituye uno de los problemas más delicados del sistema. La fragmentación y segmentación del sistema reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Un 27 % de la población boliviana es cubierta por el sistema de seguros de salud de corto plazo (seguridad social), un 30% por el Ministerio de Salud y Deportes (público), un 10% por el subsector privado, existiendo aproximadamente un 30% de la población que no tiene acceso a ningún tipo de servicios de salud, salvo la práctica de la medicina tradicional. La Ley de Participación Popular (1994) que transfirió la infraestructura pública de salud a los Gobiernos Municipales, dejando la gestión del recurso humano en la administración central del Ministerio de Salud y sus entes desconcentrados o Servicios Departamentales de Salud (en el ámbito de las Prefecturas) ha dado paso a la conformación de los Directorios Locales de Salud, entidades de gestión compartida en el ámbito local donde concurren, el representante de la Alcaldía Municipal, el representante del Servicios Departamental de Salud y el representante de la sociedad civil, quienes son responsables de la gestión local de salud en el ámbito municipal.

- **Organización de los servicios de salud pública:**

Los servicios de salud están organizados en Redes de Salud. El sistema de salud consigna cuatro niveles de gestión y tres niveles de atención. Los niveles de gestión responden a las dimensiones: nacional, departamental, municipal y local o del establecimiento de salud. Los niveles de atención están estructurados según la capacidad resolutive de los servicios, el primer nivel de atención se corresponde con la atención ambulatoria, el segundo nivel de atención con los hospitales generales (especialidades básicas) y el tercer nivel de atención con los hospitales de especialidades. El modelo de organización de los servicios descansa en la estrategia de la atención primaria de salud.

- **Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública:**

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud (SINAVIS), implementado desde el año 2000 ha tenido un importante desarrollo al 2010. Se destaca el desarrollo de la organización así como las funciones de la vigilancia e la salud pública, el desarrollo de los procesos de análisis de situación de salud con enfoque de equidad y/o medición de las desigualdades en salud. Los productos de este esfuerzo están traducidos en la existencia de una sala situacional en los 9 Servicios Departamentales de Salud.

- **Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual:**

El año 2008 se registran 3.021 establecimientos en el sistema de salud, 2.345 pertenecientes al sector público, 324 a la seguridad social, 173 a ONGs incluida la Iglesia y 179 a establecimientos registrados del



sector privado. Del conjunto de establecimientos, 2.721 corresponden al primer nivel de atención, 198 al segundo nivel y 102 al tercer nivel de atención. La mayor parte de los establecimientos de atención ambulatoria, o primer nivel de atención son atendidos por un equipo de salud conformado por un médico general (médico familiar en el sistema de seguridad social) una enfermera y auxiliares de enfermería. La atención de las personas tiene un enfoque integral. Cuando los problemas de salud de la población demandan una atención especializada, los usuarios deben recurrir a los hospitales generales en los que se brinda atención a ambulatoria y de internación para 4 especialidades básicas, medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría. La atención integral de las personas se inscribe en el espíritu de la estrategia de la atención primaria de salud. Complementan la atención individual el desarrollo de iniciativas y/o programas de impacto como el AIEPI u otros relacionados con enfermedades transmitidas por vectores o de otra naturaleza.

- **Insumos para la salud:**

El mercado farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país y representa 1,15% del PIB. Existen 8.293 medicamentos legalmente registrados, de los cuales se comercializan 5.518. Entre estos, 27% son medicamentos esenciales y 70% son importados. (ENDSA 2008)

- **Recursos humanos:**

El año 2002 se registra un total de 45.189 funcionarios que forman parte del plantel de recursos humanos en los distintos sectores de sistema nacional de salud. 24% de los trabajadores en salud son médicos, 11% enfermeras profesionales, 4% odontólogos, 24% auxiliares de enfermería,

10% de otras ramas técnicas, 10% personal administrativo, y el resto, otro tipos de personal. Bolivia tiene una tasa de 7.6 médicos por 10.000 habitantes.

- **Gastos y financiamiento sectorial:**

El año 2004 el sector salud tuvo un gasto de 484 millones de dólares, equivalente a 5.8 del PIB. Según los agentes financieros, la seguridad social fue responsable del 42% del gasto nacional, 21% el sector público, 32% los hogares, 3.4% los seguros privados y 1.5% las ONGs. (MSD. OPS/OMS. Análisis del Sector 2004).

### **e) Situación de Salud por grupo étnico y social en Bolivia.**

- **La salud del niño:**

Según datos oficiales, la mortalidad infantil se ha venido reduciendo en los últimos 20 años. La mortalidad infantil en la zona rural es muy superior a la urbana. Cerca del 25% de los niños menores de tres años adolecen de desnutrición crónica (déficit de talla para la edad); este porcentaje se ha ido reduciendo. Uno de cada tres niños de las zonas rurales y uno de cada cinco de las urbanas padecían de desnutrición crónica. La prevalencia más alta de desnutrición crónica se encontró en el Altiplano (32%) y en los valles (30%); en los llanos fue de 18%. Según la misma fuente, 15% de los niños de madres con nivel de educación media o superior sufrían retardo en el crecimiento, en contraste con 46% de los hijos de madres sin educación. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición aguda (déficit de peso para la talla) fue más alta en Chuquisaca y Potosí.

La salud del adolescente: La edad mediana de las mujeres en el momento de su primer parto es 21,2 años. Las tasas de fecundidad específicas disminuyeron en los últimos 30 años en todos los grupos de

edad, excepto en el de 15 a 19 años, donde se mantuvo sin variación, incrementando con su peso relativo la fecundidad general del país. Existe también un escaso uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres adolescentes (5,7%).

- ***La salud del adulto:***

La fecundidad descendió 26% en los últimos 5 años; de acuerdo con los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrán 4,8 hijos en promedio frente a 6,5 a principios de los años setenta. La mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se encuentra entre las mujeres con mayor nivel de instrucción que residen en las zonas urbanas y, en el nivel departamental, en Tarija y en Santa Cruz, donde alrededor de 55% de las mujeres usaban métodos anticonceptivos, 60% de los cuales eran modernos. Las causas de muerte materna son, en orden de importancia, hemorragia, toxemia, infección y parto obstruido. Entre ellas, el aborto tiene un peso estimado de 27% a 35%. Los mayores de 60 años censados representaban 7,1% de la población. Las políticas estatales de protección a la ancianidad no son explícitas y los planes y programas de salud en este grupo de edad no tienen prioridad.

- ***La salud de los trabajadores:***

Con una población económicamente activa (PEA) (15 y más años de edad) con un porcentaje importante ocupada en la agricultura. La participación femenina en la PEA ha ido en aumento. El Instituto Nacional de Estadísticas estima que 1.800.000 personas trabajan en el sector informal. No hay información confiable sobre accidentes ocupacionales. A los riesgos ocupacionales tradicionales derivados de la minería y otras

actividades extractivas se han agregado los de la agroindustria y los de las industrias metalmeccánica, metalúrgica y petrolera (sobre todo la gasífera).

#### **f) Regulación legal del sector salud**

- **La Nueva Constitución Política del Estado: Establece en su Sección II Artículo 35.I al 45:** Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Menciona que el Gobierno garantizará el Seguro Universal de salud a toda la población, la cual al momento aun no se implanta, incluye además el acceso a la medicación, a la seguridad social, examen médico, laboratorial y atención de la maternidad en servicios de salud pública.
- **Ley 3131:** “Ley del Ejercicio Profesional Médico”. Tiene por objeto regular la práctica médica en Bolivia, fue promulgado en fecha 2 de agosto del presente años la Ley del Ejercicio Médico Profesional fue promulgada por Emisión del Decreto Supremo del Reglamento a la Ley 3131 del “Ejercicio Profesional Médico”
- **Ley 3250:** Ampliación de Coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio Nacional, con carácter Universal y Gratuito, para otorgar prestaciones especialmente definidas por el Ministerio de Salud y deportes, enmarcadas en la Política de Salud vigentes que guardan estrecha relación con una Maternidad Segura en las mujeres en estado fértil, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer de cuello uterino (Papanicolaou anual) a toda paciente que acuda al SUMI, y tratamiento de lesiones pre malignas contemplando además de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

### **3.1.2. Situación de Salud en la ciudad de La Paz.**

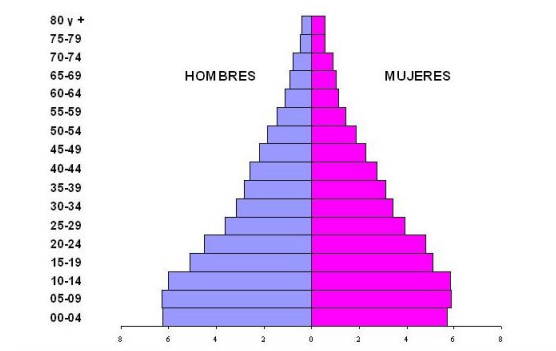
#### **a) Antecedentes Generales**

Es importante hacer presente la gran complejidad que la gestión de sistemas de salud presenta. Según Tobar (1995), para analizar el sector salud se debe partir por la existencia de tres dimensiones: políticas de salud, el estado o situación de salud de la población, y el sistema de salud. Y si se enfoca hacia el sistema de salud, este está compuesto de tres componentes (Tobar, 1998), Económico, político y modelo de atención que de su interacción se producen otros efectos.

En donde se realizan diversos cambios que pese a seguir bajo una estructura gubernamental sustentada en leyes, dar mayores atribuciones a los diferentes entes que son partícipes del sistema, sobre la organización, estructura y funciones de los Servicios de Salud y sus establecimientos. Anteriores gobiernos han estado aplicando algunos modelos de gestión consistentes en, Autoevaluación Hospitalaria y el Modelo de Autogestión Hospitalaria entre otros, que a pesar de representar buenas intenciones en su objetivo, todavía no han implicado un aporte concreto para un cambio tan relevante como es el que se pretende obtener con la reforma, en todos sus aspectos y particularmente la gestión en salud, que es objeto de esta tesis.

Las características demográficas muestran todavía un patrón expansivo (pirámide de base ancha y cima estrecha), con alta natalidad y alta mortalidad, aunque en los últimos periodos intercensales se ha estrechado ligeramente su base. En su estructura poblacional en este departamento muestra un predominio de población joven donde gran parte de los habitantes tienen menos de 15 años (36%).

## Firuga N° 2. PIRAMIDE POBLACIONAL - CIUDAD DE LA PAZ.



**Fuente:** INE 2004

En este departamento mueren 52 niños antes de cumplir el primer año de vida, por cada mil niños nacidos vivos. Aunque esta cifra es ligeramente inferior al promedio nacional (54 por mil), sigue siendo un importante problema de salud.

El parto atendido en servicio de salud se mantiene bajo, con un ligero incremento observado en los últimos años, alcanzando el 49% en el año 2005. Ello significa que la mitad de los partos no son atendidos en establecimientos de salud, lo que conlleva riesgos para la vida de las mujeres y niños/as.

La cobertura de vacunación, representada por la cobertura de la tercera dosis de Pentavalente en niños/as menores de un año es aceptable, con variaciones en los últimos años y en el 2005 fue vacunado el 85% de los niños de esa edad.

A pesar de las intervenciones realizadas por el Ministerio de Salud para controlar la enfermedad de Chagas, este departamento se mantiene un bajo riesgo, ya que 0,9% de las viviendas tiene presencia de vinchucas, insecto transmisor de esta enfermedad. De igual manera, este departamento es considerado de mediano riesgo para la Malaria, con una

incidencia parasitaria anual en el 2005 de 3,0 x 1000 (el índice nacional es de 5,5 por mil).

El departamento de La Paz cuenta con 619 establecimientos de salud, 17 de tercer nivel, 29 de segundo y 573 de primer nivel.

### **b) Justificación de la implementación del Sistema de Control de Gestión Estratégico en salud, en una institución pública.**

La implantación real quedará definida como una oportunidad de desarrollo institucional del Policlínico Miraflores de la Caja Nacional de Salud en regulación y coordinación con mandos intermedios (Oficina Regional - La Paz) y mando central (Oficina Nacional)

A pesar de ser diferente en sus objetivos, las instituciones de salud del sector público y del privado, existe un elemento que es común y el cual es el eficiente uso de los recursos, punto que inclusive tiene una connotación más significativa en el sector público (particularmente salud), ya que existe una obligación moral de utilizar eficientemente los recursos de ha entregado todos los ciudadanos. Por lo que buscar un buen sistema de gestión, se transforma en una obligación que no puede desperdiciarse con procesos de implantación deficientes y sin el compromiso de todos los integrantes de la organización.

Dada su importancia, es imprescindible el compromiso de la alta dirección desde un comienzo, puesto que si se lidera desde las estructuras intermedias, lo más probable es que no se llegue a buen término, ya que no se tendrá la visión corporativa de la organización y presente sesgos de quien lidere. Pero lamentablemente la alta rotación de directivos y la falta de estrategia, dificultan el compromiso de las personas, por lo que esta condición debe ser mejorada si se quiere implementar con posibilidades de éxito un sistema de gestión estratégico.

La implantación de un CMI, no es sólo la construcción de Indicadores, sino un sistema de gestión estratégica, donde los indicadores son un medio para poder obtener el feedback necesario que permita implantar adecuadamente la estrategia.

Bajo los supuestos del sistema propuesto, la implantación debe tener presente que el capital humano es un capital crítico de la organización y por ende debe ser considerado en los distintos procesos, al igual que la capacidad para determinar los distintos stakeholder y su relación con la organización.

Aún cuando, muchos directivos deseen que la implantación del CMI sea en toda la institución, lo más conveniente es desarrollar un plan piloto en una Unidades Estratégicas de Negocio. (En el caso de instituciones de salud, el policlínico u hospital es equivalente a la corporación, y los Servicios Clínicos y/o Unidades mayores representan estas U.E.N.).

Teniendo presente que debe existir una vinculación de la estrategia general de la institución con las de las U.E.N. y de estas a su vez con los objetivo de las unidades funcionales.

### **3.1.3. Situación actual de la Caja Nacional de Salud**

#### **a) Descripción Institucional - Caja Nacional de Salud**

La Caja Nacional de Salud es una institución descentralizada de derecho público, sin fines de lucro, semiautárquica, con personería jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo. Tiene su sede en la ciudad de La Paz y se desconcentra geográficamente en Administraciones Regionales y Agencias Distritales para el cumplimiento de sus objetivos en todo Bolivia.



### **b) Objetivos de la C.N.S.**

De acuerdo a la misión de la Caja Nacional de Salud, el principal objetivo es velar por la salud integral de la población asegurada, empleando todos los recursos a su alcance, para coadyuvar al desarrollo social y económico de la población en los campos de su competencia.

Los objetivos de la entidad revisados desde la gestión 2002 son:

- Prestar atención adecuada y oportuna a la población protegida.
- Mejorar los sistemas de control y evaluación del personal.
- Mejorar los sistemas y procesos de organización administrativa para que sean ágiles y efectivos.
- Establecer políticas de capacitación, motivación y competitividad al personal.
- Mantener niveles de aprovisionamiento de insumos materiales, fármacos y reactivos acordes a las necesidades de la institución.
- Reprogramar el sistema de medicina familiar y comunitaria a la población asegurada.
- Disminuir el nivel de mora.
- Establecer ágiles sistemas de recaudación.
- Implantar sistemas de red informativos.
- Aplicar la estructura de costos en cada Administración Regional.
- Establecer sistemas de fiscalización y auditorías médicas.

### **c) Población asegurada.**

La Caja Nacional de Salud a diciembre de 2001 tuvo un total de 9,017 trabajadores y la población asegurada de alcanza a 1,875,400 personas. El presupuesto aprobado por Ley No 2331 de 8 de febrero de 2002 para la Caja Nacional de Salud, alcanzó a Bs. 842,162,900 , es decir que el crecimiento poblacional estimado para diciembre de 2011 es de 2,250.480 personas superando ampliamente la infraestructura diseñada

inicialmente en la institución (Estadística - C.N.S.), actualmente en reestructuración.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Sectorial, elaborado para las gestiones 2006-2010 el Estado tiene con la población Boliviana una deuda social sanitaria acumulada desde la colonia, agravada en los últimos 20 años con políticas de salud neoliberales que han significado la privatización del sector, la mercantilización de los servicios y el establecimiento de una cultura individualista de la salud. Bajo ese contexto, el Sistema de Salud no ha respondido a las necesidades y demandas del pueblo boliviano, al contrario ha reproducido las desigualdades e inequidades de la estructura económica actual.

El modelo de desarrollo neoliberal ha generado una situación de reproducción social precaria para las mayorías respecto a los procesos de trabajo y de consumo de bienes y servicios, que se expresa en la calidad de vida de las personas y se caracteriza por insuficiencias y deficiencias en la alimentación, la vivienda, la recreación y el acceso a servicios básicos, a la educación, la salud, agua segura, la energía y la seguridad. Todo ello ha derivado en perfiles epidemiológicos caracterizados por las llamadas enfermedades de la pobreza – tuberculosis, diarreas e infecciones–, que a su vez han incidido en la alta morbimortalidad, en general, y materno infantil, en particular, además de ahondar las brechas de inequidad y de género, las diferencias entre lo urbano y lo rural, y entre indígenas y no indígenas.

Se cuenta con un Sistema Nacional de Salud con práctica gerencial en manejo del seguro público (Seguro Universal Materno Infantil y Seguro

Médico Gratuito de Vejez) en todo el territorio nacional, además de 50 años de experiencia en Seguridad Social, en la Caja Nacional de Salud.

**d) Prestación de servicios.**

La C.N.S. en la ciudad de La Paz, atiende consulta médica, en doce Policlínicos en la ciudad de La Paz a pacientes asegurados y beneficiarios; Niños (Pediatria) y adultos (Medicina Interna), además de Mujeres embarazadas (Ginecología - Obstetricia) asistido por el Hospital Obrero , Hospital Otorrino-Oftalmológico, Hospital Psiquiátrico, Hospital Materno Infantil, Hospital Luis Uría de la Oliva, Hospital de Especialidades La Paz, Centro de Especialidades El Alto, y el Hospital Viacha, por medio de Referencia y transferencia para la realización de tratamientos complejos.

Trabaja bajo el sistema de seguro social, prestando servicios a asegurados de más de 2200 empresas, además de contar con la modalidad de seguro voluntario, sirviendo además a sus beneficiarios, es decir familiares hasta 3° grado de los asegurados que realizan sus aportes en todo el país.

**e) Situación en los Hospitales y Policlínicos de la CNS.**

El alto costo de los servicios de salud y la escasez de asignaciones del presupuesto del TGN, hacen de la administración de los servicios un tanto dificultosa en relación a la mejor eficiencia posible. Sin embargo, pienso que se podrían abordar varias de las falencias de las prestaciones en salud institucional, mejorando la gestión institucional a través de un modelo de control de gestión, simple en su aplicación, que logre mejorar sustancialmente el rendimiento en cuando a calidad y eficiencia del servicio prestado.

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual. Se puede entender la calidad de la atención médica como sinónimo de un buen resultado (curación del paciente, alivio o mejoría). A su vez, puede definirse como resultado al “cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud“. Pero esto no es suficiente, también un resultado de calidad se mide a través de la satisfacción del usuario y de la población (la familia y la sociedad).

Dentro de este esquema el análisis de las estructuras y los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran los resultados de la atención. La literatura internacional ya ha dado cuenta suficiente de los problemas actuales en la prestación de salud. Basta mencionar en este sentido algunos datos para Europa que se identifican en estudios de investigación y que reportan problemas de calidad en casi el 15% de los egresos generales y alrededor de un 20% en los egresos de unidades de tratamiento intensivo.

Si bien esta situación ha sido analizada en general en países con mayor desarrollo, es válido suponer que existe por una magnitud del problema superior en el resto de los países, cualquiera sea su desarrollo.

Dentro de este marco las justificaciones de las inversiones para la mejoría de la calidad surgen tanto del campo de las prestaciones para responder adecuadamente a las necesidades del usuario o del campo económico social para controlar el inadecuado uso de recursos y de tecnología. Si bien estas justificaciones son ya más que suficientes para otorgarles una prioridad a esta actividad interesa además agregar otra justificación relacionada con la equidad en salud. En este sentido, la distinta calidad de atención recibida por la población en relación a su

condición económica, social, educacional, cultural y de forma de financiación, es totalmente inaceptable constituyéndose esta desigualdad en uno de los problemas máximos a afrontar en la atención de la salud actual. Todo esfuerzo para lograr una mayor calidad tiene, por lo tanto, justificaciones prestacionales, económico sociales y de la ética social y comunitaria.

En la actualidad existen varios enfoques que pueden ser utilizados para medir la calidad de los servicios de salud, pero casi todos se basan en tres componentes principales:

- Capacitación para la calidad.
- Asesoría permanente y red de informatización para la calidad.
- Investigación

Los temas que se desarrollan en estos tipos de programa son:

- Introducción a la Gerencia Integral de la Calidad: El concepto de calidad y eficiencia. El costo de la no-calidad. La auto-evaluación. Los indicadores de diagnóstico.
- El diagnóstico institucional: El mismo que se concentra en evaluar la situación de las Comunicaciones en los centros de salud, la penetración de la Informática e Internet. El Plan Estratégico para la calidad, es otra de las áreas que concita una gran cantidad de esfuerzo y dedicación de todos los implicados.
- Análisis del proceso de conducción institucional. Comienza con una Identificación de responsabilidades, el estudio de Organigramas, y el desarrollo de Propuestas de cambio. Estos cambios no sólo proponen mejoras en los procesos, sino también en los sistemas de información, y en la manera en cómo se lleva a cabo el análisis de la información existente.

- Las áreas críticas para la calidad. Diagnóstico y toma de acciones correctivas para el mejoramiento de las normas de atención, las Guías clínicas y los algoritmos. También se evalúa y aplica el nivel de la Medicina basada en la evidencia. El control de infecciones y la Bioseguridad, son áreas importantes de aseguramiento de la calidad. La admisión. La mesa de entradas. La atención de emergencia. Las redes de atención médica. Todas ellas constituyen también áreas críticas de la calidad, conjuntamente con la sala de terapia intensiva y quirófanos. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- La internación y la consulta externa. El desarrollo de la enfermería. Los servicios centrales (cocina, lavandería, limpieza). Autoevaluación, Metodología y aplicación.
- Los servicios de diagnóstico tratamiento. Los laboratorios. Banco de Sangre. Diagnóstico por imágenes. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- La planta física del establecimiento. El mantenimiento edilicio y de la tecnología. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- En resumen la situación institucional y definición de un plan estratégico, es el verdadero punto de inflexión para la acción concertada de la calidad en el área de la salud.

#### **3.1.4. Policlínico Piloto Miraflores.**

El Policlínico "Piloto" Miraflores, dependiente de la C.N.S., fue el primero en ser implantado en nuestra ciudad en relación a la atención primaria, es objeto de aplicación del presente modelo de control de gestión, pues es un Policlínico similar en su funcionamiento a los 11 Policlínicos de La Paz, el cual además por el crecimiento poblacional se

encuentra más cerca a su expansión, pues presta servicios a 13,855 pacientes de acuerdo a la última zonificación, de la gestión 2011.

#### **a) Misión del Policlínico Miraflores**

La Misión del Policlínico Miraflores, es brindar respuesta a las necesidades y demandas percibidas y sentidas por los usuarios, mediante comunicación efectiva que garantice la atención con calidad y calidez desde una perspectiva de género e interculturalidad.

#### **b) Visión del Policlínico Miraflores**

La Visión del Policlínico Miraflores, es lograr la excelencia de los seguros a corto plazo, mismos que contribuyen al bienestar del usuario a través de procesos de cambio cualitativo y continuo, oportuno, eficiente, integral y universal, proyectado hacia una cultura corporativa y humanística que otorgue la Caja Nacional de Salud.

#### **c) Organigrama funcional - Policlínico Miraflores**

La Dirección del policlínico, cuenta para su apoyo con un ujier, una secretaria, además de la oficina de vigencia de derechos que atiende a los pacientes consultantes, verificando sus documentos de seguro social institucional (AVC) para catalogar la atención como asegurado o beneficiario; además el chofer de ambulancia que es el encargado del traslado de los pacientes, es utilizado también como transporte interno en las diferentes reuniones de Dirección y alto mando institucional.

En jerarquía descendente, se encuentran el Jefe de consulta Externa (Coordinador Médico), Administrador de personal, Jefe de Enseñanza, y Comités de salud. El Jefe de consulta externa es responsable de la coordinación de los servicios de: Medicina Familiar, Odontología, Enfermería, Imagenología, Trabajo Social, Farmacia y

Laboratorio. El Administrador de personal rige el control interna de funciones en el personal de salud mediante coordinación con el encargado de personal, además de coordinar sus actividades con el encargado de cobranzas, subalmacén, estadística, ropería y lavandería, auxiliar de oficina, portería, trabajador manual, e informaciones. Mientras que el Jefe de Enseñanza rige su responsabilidad sobre los residentes médicos de Medicina Familiar (Médicos que realizan 3 años de capacitación en la modalidad de Residencia Médica para obtener su especialidad en Medicina Familiar). Finalmente los Comités de Salud se interrelacionan directamente con estos mandos medios y Dirección para coordinar actividades. El organigrama institucional se detalla complementariamente en el Anexo 3.

#### **d) Prestación de servicios.**

El Policlínico Miraflores, actualmente cuenta con las especialidades de Medicina Familiar, Odontología, Radiología, Urgencias Médicas, Farmacia, Vacunas y Enfermería, los cuales funcionan en 2 turnos de 6 horas, mañana y tarde, de Lunes a Sábado, desde hace 53 años atrás fecha de creación de la C.N.S. y al ser parte de la misma, es parte de la red de referencia hospitalaria (H. Obrero) en caso de pacientes que necesiten atención de III Nivel y/o emergencias.

#### **3.1.5. Análisis Institucional del Policlínico Piloto Miraflores.**

La distribución de los diferentes servicios del Policlínico se encuentran adecuados a las Normas y recomendaciones de la O.M.S., que establece que un Servicio de Atención Primaria en Salud, debe contar con la Especialistas en Medicina Familiar (Que aglutina su accionar en las 36 especialidades médicas, desde un enfoque en A.P.S.) y utiliza servicios complementarios diagnósticos para su desenvolvimiento. Sería recomendable incrementar las especialidades médicas, planteado muchas



veces en reuniones de los grupos de interés (Asegurados) lo que cambiaría notablemente el tipo de modelo de atención así como el Nivel de atención, que viraría a II o III nivel de atención, cambiando la configuración del Policlínico, que derivaría en su crecimiento y/o desaparición por estos motivos.

Sería importante sin embargo considerar incorporar algunas especialidades adicionales, pero con enfoque netamente en Atención Primaria en Salud, lamentablemente el aporte institucional para el sustento de las mismas, sería también poco viable.

Una constante queja de los grupos de interés es la saturación y el tiempo de demora así como la afluencia de pacientes, se sabe que de acuerdo a normas de la OMS la atención médica debe durar en promedio en consulta externa de A.P.S. 15 minutos por consulta, sin embargo esta es reducida, y en muchos casos a 8 ó 10 minutos, pues se atienden incluso hasta 40 pacientes por turno, lo cual muchas veces desmejora la atención médica, motivo de disgusto de la comunidad asegurada, y de saturación de servicios en los mencionados Policlínicos. Se resolvería la saturación de estos servicios incorporando tal vez mayor número de Especialistas en Medicina Familiar (A.P.S.) lo cual es más viable en relación a incorporar otras especialidades de II o III nivel, que estaría siempre dependiendo de los recursos para su contratación.

El crecimiento poblacional igualmente no es paralelo al crecimiento institucional y de recursos humanos efectivos; finalmente la burocracia institucional, hace que los servicios de salud venidos a menos, no presten la asistencia deseada, y a nivel gerencial, los altos costos de mantenimiento de instrumental, actualización de equipos con tecnología actualizada, además de salarios del personal mal asignados, traducen una insuficiente asignación de recursos para la mantención del servicio de

salud, siendo en estas condiciones problemático el manejo de gestión en la institución.

### **3.2. DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

#### **SISTEMA DE CONTROL DE GESTION**

##### **3.2.1. Enfoque estratégico - analítico.**

Considerando que se define a la estrategia como el arte de coordinar todo tipo de acciones para la conducción de una guerra o la defensa de un país, y que enfocando este concepto al ámbito de gestión empresarial, la estrategia es el arte de coordinar las acciones necesarias para alcanzar los objetivos planteados, orientados a lo que la institución aspira ser en un plazo de tiempo determinado; se aplica este concepto dentro de la planificación institucional, mediante un proceso de planeación estratégica detallado a continuación.

##### **3.2.2. Proceso de planeación estratégica**

Se divide en tres etapas:

- a) Desarrollo de estrategias
- b) Implementación de las estrategias
- c) Evaluación de las estrategias

**a) Desarrollo de las estrategias.-** En esta etapa se verifica el desarrollo de estrategias mediante la misión y visión de la institución, se identifican las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno, se definen las fortalezas y debilidades, se establecen los objetivos a largo plazo y se elaboran las estrategias que se seguirán.

**b) Implementación de las estrategias.-** Para la implementación la empresa debe establecer objetivos, crear políticas,

mantener motivados a los empleados y asignar los recursos necesarios que permitan la ejecución de las estrategias formuladas.

**c) Evaluación de las estrategias.-** Esta etapa permite redefinir las metas y la estrategia.

### **3.2.3. Análisis FODA.**

**a) Oportunidades.-** Son situaciones que favorecen a la Institución en la consecución de un propósito establecido. Son circunstancias que ayudan a la cristalización de una ventaja competitiva.

**b) Amenazas.-** Presiones externas que impiden la consecución de los objetivos propuestos.

**c) Fortalezas.-** Son valores, capacidades o conocimientos que una empresa posee en grado superior al promedio, y por ende permite que la empresa se destaque ante la competencia.

**d) Debilidades.-** Son valores, capacidades o conocimientos que una empresa posee en grado inferior al promedio, convirtiéndose en obstáculos para la consecución de los objetivos.

### **3.2.4. Estrategias derivadas del análisis FODA.**

El Análisis FODA proveerá un marco de referencia para la planeación estratégica, pues permite conocer la posición, el potencial y la posible dirección de la Institución. Es una herramienta para la toma de decisiones institucionales, permite identificar el entorno del negocio en términos de oportunidades y amenazas, así como las fortalezas y debilidades propias de la institución.

Las alternativas estratégicas derivadas del análisis FODA, deben basarse en potenciar las fortalezas y superar las debilidades para explotar las oportunidades y hacer frente a las amenazas.

### **3.2.5. Grupos de Interés**

Los Grupos interesados, pueden ser actores internos o externos, de los que depende la Institución, razón por la cual es indispensable identificarlos para cubrir sus requerimientos y necesidades, dado que sus logros y objetivos de alguna forma dependen de lo que haga la Institución.

Esta información se obtiene de la Dirección del Policlínico y los mandos medios que incluyen a los jefes de servicios, al jefe administrativo (Ver organigrama - Anexo 3).

### **3.2.6. Análisis de factores.**

En este acápite se realizará un análisis de los factores internos y externos a la Institución, entre la serie de factores a analizar se encuentran: las oportunidades y amenazas, las fortalezas y debilidades, los grupos de interés, el mercado y la competencia.

Se utilizará la metodología de exploración de indicadores, para identificar los factores que servirán para incrementar el actual cumplimiento de objetivos institucionales. Finalmente se desarrollarán los temas estratégicos, que encierran aspectos importantes de los diferentes análisis realizados, se caracterizan por ser los componentes claves en los cuales se cimentará la estrategia institucional.

### **3.2.7. Definición del "negocio" de la Institución.**

Se realizará un análisis para determinar en qué tipo de "negocio" se encuentra el Policlínico Miraflores, si bien se encuentra dentro del rubro de asistencia sanitaria, se detallará el producto resultante de este análisis.

Los factores claves del éxito para este Policlínico, dependiente de la C.N.S., son: el personal altamente calificado, la tecnología actualizada, las alianzas estratégicas interinstitucionales a las cuales se brinda charlas de promoción y prevención de salud y la implementación de un Sistema de Control de Gestión de Estratégico, para la Planificación operativa en salud.

### **3.2.8. Traslado al Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard.**

Inmediatamente después de haber realizado el enfoque estratégico, se traslada la información obtenida, para la elaboración del CMI. En primera instancia se incluirán los temas estratégicos a cada una de las cuatro perspectivas según corresponda, luego de cada una de ellas se derivarán objetivos estratégicos, y por último por cada objetivo se crearán indicadores que ayudarán a medir su desempeño de acuerdo a necesidad temporal.

### **3.2.9. Perspectivas estratégicas**

Las perspectivas estratégicas permitirán crear valor para las necesidades de los principales grupos de interés y balancear el desempeño de la institución. Estas perspectivas son: financiera, clientes, procesos internos, y aprendizaje y crecimiento.

#### **a) Perspectiva de clientes**

Para elegir los objetivos estratégicos de los clientes se los cataloga en dos grupos por el tipo de aporte que efectúan: los clientes asegurados, y los clientes beneficiarios ambos grupos son atendidos en el Policlínico Miraflores. Para seleccionar las propuestas de valor se toman en cuenta los atributos que ayudan a la Institución a ser diferente en el mercado como son: calidad y servicio. Entre las estrategias están las siguientes:

- Cumplimiento de los objetivos planteados en las propuestas de servicio asistencial de salud.
- Cumplimiento con los objetivos planteados en las propuestas Institucionales de la C.N.S.
- Prestación de servicios (Ampliación de especialidades médicas)

### **b) Perspectiva Financiera**

La perspectiva financiera por lo general se concentra en la forma de medir la liquidez o rentabilidad de la Institución, para que dichos resultados sean presentados a la alta gerencia, pero en este caso depende de la solicitud y asignación de recursos de acuerdo a la estrategia financiera trazada por el responsable del Policlínico (Dirección), y la coordinación con la Oficina Regional de la C.N.S., donde finalmente se autorizará el desembolso respectivo.

Tomando en cuenta un nuevo enfoque para la captación de fondos dentro del Policlínico, y considerando las principales propuestas de valor, tenemos:

- Obtener nuevos fondos de financiamiento
- Aumentar los ingresos con los servicios prestados al sector asegurado (Poco viable, pero altamente eficaz).

### **c) Perspectiva de procesos internos**

La perspectiva de procesos internos permite definir una propuesta de valor para los procesos principales en los cuales la Institución debe enfocarse para el logro de su estrategia. Estos procesos se dividen en cuatro partes: red logística, gestión operativa, gestión de clientes e innovación.

- **Procesos de red logística**

Estos procesos tratan de la integración de la cadena de mando logística. Para este proceso las propuestas son:

- Fomentar la relación con otros Policlínicos
- Incrementar vínculos con centros de mando descentralizado (Regional) y central.

- **Procesos de gestión operativa**

Son procesos que producen y entregan productos y servicios. El Policlínico basa sus procesos operativos en la atención primaria de salud. La propuesta de valor es la siguiente:

- Mejorar la planificación y controlar el proceso de prestación de servicios en Atención Primaria.

- **Procesos de gestión de clientes**

Estos procesos ayudarán a la Institución a mejorar la comunicación y valoración del paciente asegurado. La propuesta para el proceso de clientes es la siguiente:

- Mejorar canales de comunicación con los clientes y Mandos Medios del Policlínico Miraflores.

- **Procesos de innovación**

Estos procesos son los que crean nuevos productos y servicios para la Institución. La propuesta es: Fomentar la invención y creatividad .

**d) Perspectiva de aprendizaje y crecimiento**

También es llamada capital intangible, son los medios más poderosos para efectuar cambios en una Institución. Esta perspectiva se basa específicamente en la parte intangible de las Instituciones como las habilidades, conocimientos y competencias del personal; las bases de

datos, redes y sistemas de informática; y la cultura, valores y trabajo en equipo de una organización. Es por eso que se las ha clasificado en tres partes: capital humano, capital informático y capital organizacional. Las propuestas de valor para esta perspectiva son:

**Tabla IV. PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO**

ESTRATEGIA DEL CAPITAL HUMANO	ESTRATEGIA DEL CAPITAL INFORMÁTICO	ESTRATEGIA DEL CAPITAL ORGANIZACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar estabilidad laboral</li> <li>• Capacitar al personal</li> <li>• Evaluar la competencia del personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar las aplicaciones (redes de informática)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el compromiso del personal con el Policlínico Miraflores.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia

### 3.2.10. Valoración del Impacto social

Puesto que se trata de una institución sin fines de lucro, con un fin social, es necesario valorar el impacto que genera su actividad en la sociedad, la cual deriva de las cuatro perspectivas mencionadas, y se constituirá un aspecto para evaluar las perspectivas financiera, clientes, procesos internos y de aprendizaje y crecimiento.

Se divide en: Impacto en la comunidad, impacto académico, imagen social y contribución al país, como se describe a continuación:



**Tabla V. VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL**

IMPACTO EN LA COMUNIDAD	IMPACTO ACADEMICO	IMAGEN SOCIAL	CONTRIBUCION AL PAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar la difusión del conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formar especialistas jóvenes</li> <li>Fortalecer la tecnología del policlínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ser percibidos como líderes en innovación tecnológica en salud.</li> <li>Ser escogidos como el primer seguro de salud por la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuir con la mejora de la salud de la población asegurada.</li> <li>Ayudar a disminuir las tasas de morbi-mortalidad en el país.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia

Una vez definidos los objetivos se realizó la “Matriz de cobertura de objetivos estratégicos, para comprobar si los objetivos planteados para cada perspectiva tienen coherencia con los temas estratégicos, misión, visión, valores y la propuesta de valor. (Confrontación de datos). Este análisis brinda como resultado valores netos por cada objetivo.

Luego de realizado este análisis se elaboró una hoja resumen detallando los objetivos, para desarrollar los principales indicadores.

**Tabla VI. MATRIZ DE COBERTURA DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

N°	PERSPECTIVA	OBJETIVO
1	<b>FINANCIERA</b>	Incrementar los ingresos por servicios prestados
2		Obtener fondos "nuevos" incrementando el aporte de sus asegurados.
3	<b>CLIENTE</b>	Cumplir con los objetivos planteados en la propuesta actual /clientes
4		Contribuir al desarrollo de hábitos saludables de vida en la población.

5		Incrementar la difusión del conocimiento	
6		Prestación de nuevos servicios (ampliación de especialidades médicas)	
7	<b>PROCESOS</b>	Crear convenios interinstitucionales (Promoción y prevención de salud)	
8		Incrementar vínculos con los demás policlínicos de la C.N.S.	
9		Mejorar y controlar la planificación estratégica del Policlínico Miraflores	
10		<b>INTERNOS</b>	Mejorar los canales de información entre pacientes (clientes) y mandos medios.
11			Fortalecer la tecnología del Policlínico
12			Ser percibidos como líderes en innovación tecnológica en salud
13			Fomentar la innovación y creatividad
14	<b>APRENDIZAJE</b>	Proporcionar estabilidad laboral	
15		Capacitar al personal	
16		Formar jóvenes especialistas (APS)	
17		<b>Y</b>	Evaluar periódicamente la competencia del personal
18			<b>CRECIMIENTO</b>

**Fuente:** Elaboración propia

### 3.2.12. Indicadores Estratégicos

Para la elaboración de la Matriz del C.M.I. es necesario medir los objetivos estratégicos, con indicadores que sirven para evaluar el cumplimiento de los objetivos. Para poder observar con más detalle el

desarrollo de indicadores, se realizará una ficha donde se detallan las principales características del indicador.

**Tabla VII. FICHA DEL INDICADOR - VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL**

**FICHA DEL INDICADOR**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Difusión del conocimiento			
<b>OBJETIVO</b>	Incrementar difusión del conocimiento			
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	# publicaciones / Total publicaciones por año			
<b>RESPONSABLE</b>	Dirección - Jefes de Servicio			
<b>FUENTE</b>	Registro de Difusión de material			
<b>FRECUENCIA DE MEDICION</b>	Trimestral			
<b>COLOR</b>	<b>ROJO</b>	<b>AMARILLO</b>	<b>VERDE</b>	<b>AZUL</b>
<b>VALOR</b>	< 40 %	40 % - 75 %	76 % - 100%	> 100 %

**Fuente:** Elaboración propia

Para este indicador se tomará en cuenta el grado de difusión de los conocimientos (conferencias médicas, ferias de salud, charlas de salud) realizados por el personal del Policlínico. Se cuantificarán las publicaciones, ponencias, talleres, conferencias, charlas, videos, etc. que se hayan realizado en una gestión, y se medirá porcentualmente y en forma temporal requerida mediante método colorimétrico, dependiendo del porcentaje medido.

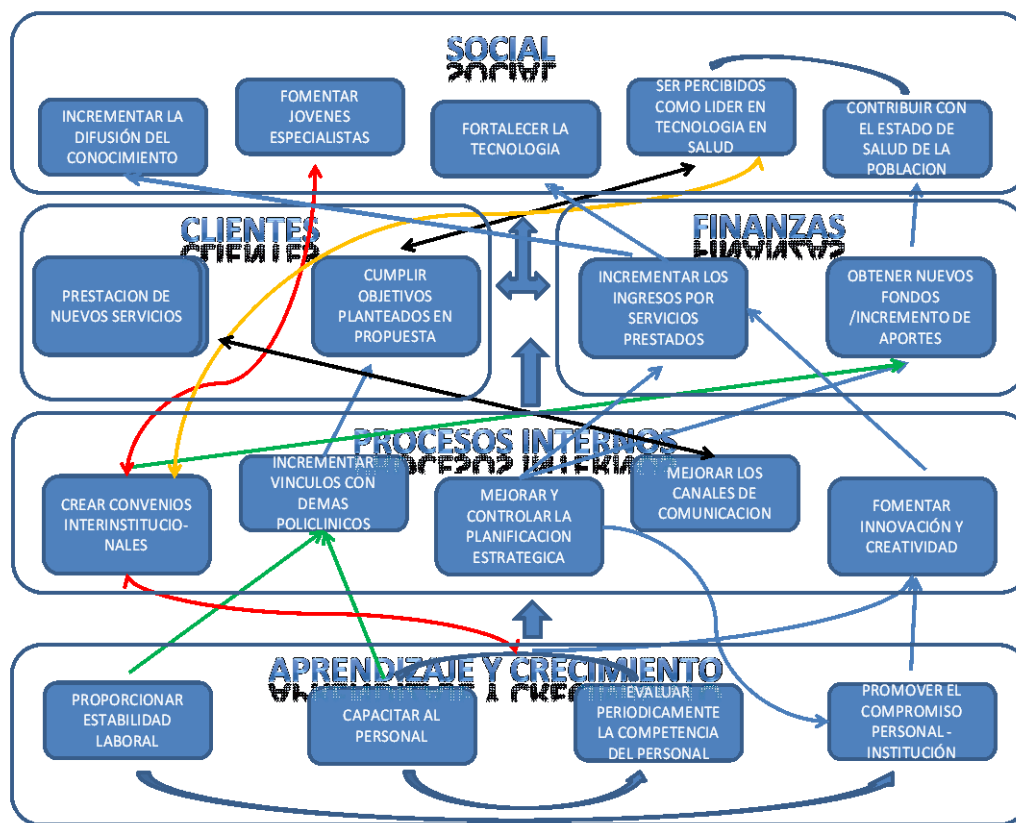
### 3.2.11. Mapa Estratégico

En este acápite se desarrolló un mapa estratégico, el cuál es una ruta de causa-efecto, que ayuda a la Institución a enfocarse en la formulación de su estrategia. En este mapa se trata de enlazar todos los objetivos derivados de las perspectivas estratégicas. La creación de los

mapas son hipótesis que se formulan para ayudar a la Institución a alcanzar la estrategia planteada.

Para el desarrollo de las rutas en la mayoría de los casos la causa son las perspectivas de proceso interno y aprendizaje, el efecto es la perspectiva del cliente, y el impacto son las perspectivas de finanzas o impacto social. A continuación se mostrará un mapa de rutas estratégicas para los objetivos establecidos del Policlínico Miraflores:

**Figura N° 3 MAPA ESTRATEGICO**



**Fuente:** Elaboración propia

### 3.3. RESULTADOS DEL PROYECTO DE GRADO

De la evaluación de la presente investigación realizada en el Policlínico Miraflores se puede establecer de manera general lo siguiente:

- La institución motivo de estudio, al momento no cuenta con un Sistema de Control de Gestión, lo que genera limitación en la ejecución de procesos de gestión en salud.
- Existen datos e información referido a procesos de Gestión, que no son canalizados por los excesivos requerimientos "burocráticos", en la coordinación con la Oficina Regional y Nacional de la C.N.S.
- No se desarrollaron indicadores de gestión de acuerdo a líneas de base por objetivo institucional, para evaluar en cada gestión, y mantener control de procesos de gestión en salud.
- Actualmente el control de gestión se ejerce por procesos de Auditoría Interna, y por el reglamento interno de la C.N.S. que se revisa en cada cambio de autoridad o transición.
- No se desarrollan medios de seguimiento y control por resultados, en ninguna de las gestiones anteriores, cada Gerente Regional ejerce control con un nuevo reglamento interno revisado, que dificulta la gestión institucional y la continuidad de estos procesos.
- No se tiene práctica de socialización periódica de los instrumentos de gestión estratégica en la planificación en la Institución.
- La Estructura Organizativa en relación a la gestión institucional, emerge de la programación de corto plazo, por tanto no permitirá alcanzar objetivos estratégicos consistentes, si no se establece una "Cultura organizacional".

### **3.3.1. Reporte de hallazgos del sistema de indicadores**

#### **a) Detalle de Oportunidades de mejora**

Al momento de seleccionar los indicadores no se realiza una evaluación de los beneficios versus los costos de obtención del indicador.

#### **b) Acciones Correctivas**

Desarrollar solo aquellos indicadores que son rentables para la Institución, aquellos para los cuales la importancia de la información que simbolizan justifique el esfuerzo de su obtención.

Priorizar los indicadores considerando los siguientes criterios:

- Grado de cumplimiento de los objetivos asignados
- Los costos y recursos necesarios para establecer el indicador que incluyen: recojo de información, procesamiento, documentación, etc.

### **3.3.2. Diseño de indicadores**

#### **a) Detalle de Oportunidades de mejora**

No se cuentan con definiciones claras y por escrito de los indicadores

#### **b) Acciones correctivas**

Para una mejor interpretación del indicador añadir un apartado de definiciones, especificando todos aquellos conceptos que pueden ser interpretados de forma diferente. Un indicador debe ser especificado de forma que no pueda generar malas interpretaciones con el objeto de lograr un indicador fiable y comparable en el tiempo.

### **3.3.3. Sistema de la información**

#### **a) Detalle de oportunidades de mejora**

El sistema de cómputo de indicadores que se desarrollo para este Sistema de Control de Gestión es sencillo y permite visualizar el

desempeño y la tendencia de cada indicador, actualmente no muestra ninguna relación entre objetivo estratégico. Además no se puede comparar los resultados de varios indicadores y no proporciona información en caso de que algún indicador requiera de un análisis más profundo.

#### **b) Acciones correctivas**

El desarrollo de un sistema de cómputo que considere al conjunto de indicadores presentados en el cuadro de mando, dado que la interpretación del resultado de un indicador puede cambiar según los resultados de los demás indicadores. Se hace necesario mejorar el sistema de cómputo de tal forma que incluye reportes con gráficos y otras series de cálculo más profundos que puede resultar necesario para realizar un análisis de algún aspecto representado por un indicador o comparar la información con la obtenida en otros indicadores, tener este tipo de información mejorará el proceso de toma de decisiones.

#### **c) Los Grupos de Interés.**

Luego del análisis de los datos institucionales de la Dirección y mandos medios, se obtuvieron los siguientes resultados de los grupos de interés.

Una vez priorizados los requerimientos de los grupos de interés internos mencionados, concluimos que los más importantes para el personal son:

- Estabilidad laboral
- Crecimiento y carrera profesional
- Salarios y beneficios competitivos
- Capacitación y educación continúa

De estos requerimientos el personal del Policlínico, se encuentra totalmente satisfecho con la capacitación y educación continua al igual

que con el crecimiento y carrera profesional; mientras que con la estabilidad laboral y los salarios y beneficios competitivos se encuentran totalmente insatisfechos. A continuación se presenta la estrategia para poder cubrir estos requerimientos importantes para el personal.

- Gestionar nombramientos para el personal que Policlínico Miraflores considere indispensable para mantener la calidad de servicios de salud (APS) y así brindarles estabilidad laboral y la posibilidad de mejorar sus sueldos y beneficios.

### **3.3.4. Resultados del Análisis FODA - Policlínico Miraflores**

#### **a) Oportunidades y Amenazas-Análisis**

En este análisis se detalla la posición y las potenciales oportunidades y amenazas en cuatro factores que engloban el entorno en el cual se desenvuelve el Policlínico Miraflores, estos factores son: Económico, Tecnológico, Recursos Humanos y Socio-Cultural.

Para realizar este análisis, en el Policlínico Miraflores, se llevó a cabo reuniones con la Dirección y mandos intermedios (Administrador, Jefe de Consulta Externa) donde se establecieron eventos futuros que podrían afectar a la Institución, con estos datos se configuró la matriz con la finalidad de priorizar y detectar las oportunidades y amenazas de mayor peso.

A continuación se presenta las potenciales oportunidades y amenazas detectadas en los pronósticos de cada factor analizado:

- **Factor Económico**

- Oportunidades:**

- El Apoyo económico que brinda la C.N.S. mediante la distribución de recursos desde la Regional de Salud, a nivel nacional, financia los insumos, materiales, y el salario de



todo el personal del Policlínico Miraflores, siendo posible contar con su respaldo económico al presentar propuestas de proyectos en las respectivas convocatorias anuales, para mejorar los servicios.

- La disminución de los costos por los servicios prestados, orientados hacia la población asegurada, brinda la oportunidad de mejorar su estado de salud, tomando en cuenta el principio de "solidaridad" dentro del funcionamiento de la C.N.S. como seguro social.

**Amenazas:**

- Cancelación de asegurados (empresas), es una amenaza potencial por ser la principal fuente de fondos los asegurados, para la realización de proyectos de promoción, prevención y atención primaria en salud.
- La disminución de las partidas presupuestarias destinadas a la APS y su priorización en otras áreas tales como el mantenimiento de equipos hospitalarios, difusión de campañas de salud nacionales, etc.

- **Factor Tecnológico**

**Oportunidades:**

- Desarrollo de nuevas tecnologías, con el desarrollo de nuevas tecnologías es factible proponer proyectos competitivos para captar más fondos de parte de las instituciones financiadoras.

- Vínculos y Alianzas estratégicas con otras instituciones, que fortalecerán los aportes y por consecuencia el financiamiento.
- Apoyo de otras unidades de salud (Ministerio de salud) refiriéndose a las otras unidades creadas para el desarrollo de hábitos saludables de vida (promoción y prevención de salud).

**Amenaza:**

- Creación de nuevos seguros de salud, con software actualizado y con base de datos en red.

- **Factor Recursos Humanos**

**Oportunidades:**

- Estándares internacionales sustentados por protocolos de atención en salud, sustentan todo el personal médico y trabajadores en salud, lo que brinda que el personal este consciente de la calidad en la atención en salud proyectada a sus asegurados, que actualmente se pretende mejorar con prácticas de acción normatizadas.
- Formación de especialistas jóvenes, aptos para desarrollar parámetros nacionales e internacionales en la atención en salud, en especial en la población asegurada, lo que incrementará la difusión en los clientes a cerca de la formación profesional y capacitación permanente y actualizada que brinda la oportunidad para desarrollar nuevos vínculos de confianza profesional del ramo de los clientes hacia la institución.

- **Factor Socio-Cultural:**

- **Oportunidad:**

- Difusión del conocimiento en revistas científicas y medios de comunicación, que ayudará al Policlínico Miraflores a posicionarse en el entorno científico y a promocionar la prestación de servicios al cliente, para promover hábitos de vida saludables.

- b) Fortalezas y Debilidades Análisis- Cadena de Valor**

- Para localizar cuales son los valores, capacidades o conocimientos que posee el Policlínico Miraflores, se realizó un análisis a lo largo de la cadena de valor, para detectar los factores que hacen competitivo a este Policlínico y a su vez le permiten diferenciarse de los demás policlínicos, también se analizaron aquellos factores que se convierten en un obstáculo para la consecución de sus objetivos. Es importante mencionar que debido a sus actividades de salud, y ser el primer policlínico en implementarse en La Paz, posee una cadena de valor particular "eminente" y diferente a los demás policlínicos.

Dentro de la cadena de valor del Policlínico Miraflores, se detectaron las siguientes fortalezas y debilidades:

**Tabla VIII. FORTALEZAS Y DEBILIDADES.**

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Posicionamiento en el entorno institucional de la C.N.S.	Instalaciones obsoletas (Infraestructura)
Formación y experiencia del personal	Estabilidad laboral
Equipos especializados (APS)	Remuneraciones y recompensas (bonos de incentivo)
Capacidad de innovación y creatividad	Gestión de recursos propios
Planificación y control de los procesos de salud	Compromiso del personal con la institución
	Difusión del conocimiento y promoción de los servicios de salud

**Fuente:** Información del análisis de la institución, elaboración propia.

### 3.3.5. Estrategias derivadas del Análisis FODA

Dadas las oportunidades y amenazas junto con las fortalezas y debilidades propias del Policlínico Miraflores, se generarán una serie de alternativas estratégicas. Las alternativas estratégicas derivadas del análisis FODA deben basarse en potenciar las fortalezas y superar las debilidades para explotar las oportunidades y hacer frente a las amenazas.

#### a) Estrategias FO

- Hacer uso del posicionamiento del Policlínico Miraflores, en el entorno de la C.N.S., para crear vínculos y alianzas con otras instituciones y policlínicos.
- Potenciar la formación y experiencia del personal para incrementar el apoyo económico de la

Regional de Salud de la C.N.S. y así poder desarrollar más los diferentes servicios de salud (ampliación de instalaciones, y especialidades médicas).

- Aprovechar el apoyo de otras unidades de la C.N.S. para potenciar la capacidad de innovación y creatividad del personal del policlínico.

**Tabla IX. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES.**

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Posicionamiento en el entorno institucional de la C.N.S.	Utilizar el posicionamiento de la Institución en la C.N.S.
Formación y experiencia del personal	Potenciar la formación y experiencia del personal para incrementar el apoyo económico en los diferentes servicios.
Equipos especializados (APS)	Aprovechar el apoyo de otras unidades de la C.N.S. para potenciar la capacidad de innovación y creatividad del personal del policlínico.
Capacidad de innovación y creatividad	
Planificación y control de los procesos de salud	

**Fuente:** Información del análisis de la institución, elaboración propia.

#### ***b) Estrategias FA***

- Crear ventajas competitivas a través del posicionamiento del Policlínico Miraflores en el entorno de la C.N.S. mediante la capacidad de su personal y de los equipos especializados para hacer frente a la probable creación de nuevos seguros de salud.

- Potenciar la habilidad de planificar y controlar los procesos de salud para crear ventajas competitivas

**c) Estrategias DO**

- Adecuar las instalaciones para crear ambientes integrales y completos (nuevas especialidades) dentro del Policlínico con la finalidad de promocionar la APS.
- Conceder nombramientos al personal calificado para proporcionarles estabilidad laboral y así mantener el capital humano que es fundamental para continuar realizando APS de calidad.
- Mejorar la gestión de los recursos propios implementando una estrategia de fomento mediante incentivos internos en cada servicio del policlínico.
- Incrementar la difusión del conocimiento de la promoción y prevención de salud, así como de hábitos saludables de vida, plasmados a través de revistas científicas y medios de comunicación institucional (Boletín Informativo - C.N.S.)

**d) Estrategias DA**

- Mejorar la gestión de los recursos propios como incentivo al personal del Policlínico Miraflores para hacer frente a la monotonía y saturación en la prestación de servicios, así como a la falta de apoyo institucional ocasional.

### 3.3.6. Análisis del tipo de servicio prestado

#### a) Redefinición del cuadro estratégico

Para redefinir el cuadro estratégico se usará la matriz de las cuatro acciones, que son: eliminar, reducir, crear e incrementar. Esta matriz es aplicada una vez que se analicen las características del tipo de servicio prestado, se puede aplicar a cada servicio en el Policlínico, mediante el cual se llegará a conclusiones como: eliminar o reducir un factor que no se considera importante para la estrategia e incrementar y crear factores que permitan diferenciarse y lograr una mejora estratégica en el servicio prestado (APS).

Se presenta la siguiente matriz de cuatro acciones:

**Tabla X. MATRIZ DE CUATRO ACCIONES**

ELIMINAR	INCREMENTAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos burocráticos en la APS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura (consultorios)</li> <li>Equipos con tecnología de punta en salud</li> <li>Mejorar la puntualidad y entrega de análisis</li> </ul>
REDUCIR	CREAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal a contrato temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ítems nuevos para personal calificado en APS (Medicina Familiar).</li> <li>Proyectos de difusión de información auto sostenible.</li> </ul>

**Fuente:** Información del análisis de la institución, elaboración propia.

### 3.3.7. Iniciativas estratégicas

Las iniciativas estratégicas son esfuerzos temporales de elaboración de tareas que están alineados con los objetivos estratégicos garantizando los resultados que el policlínico busca, son proyectos que ayudaran a cumplir con los objetivos estratégicos establecidos.

Las iniciativas estratégicas que se plantearon fueron las siguientes:

- Programa de capacitación del personal
- Análisis de servicios
- Gestión de calidad (ISO)
- Mantenimiento preventivo
- Programas de actualización permanente (Educación médica continua)
- Análisis de competitividad
- Programa de búsqueda de nombramientos (Ítems nuevos)
- Mejoramiento de la infraestructura y tecnología
- Rediseñar y aumentar la efectividad de los procesos
- Programas de difusión de resultados

La evaluación tiene una puntuación que va de 0 a 9, de donde se obtiene el valor porcentual de las iniciativas seleccionadas que tienen un porcentaje mayor al 5%:



**Tabla XI. INICIATIVAS ESTRATÉGICAS**

INICIATIVAS ESTRATEGICAS										
I N I C I A T I V A	Programa de capacitación del personal	Análisis de servicios	Gestión de calidad (ISO)	Mantenimiento preventivo	Programas Educación médica continua	Análisis de competitividad	Programa de búsqueda de nombramientos (Ítems nuevos)	Mejoramiento de la infraestructura y tecnología	Rediseñar y aumentar la efectividad de los procesos	Programas de difusión de resultados
N°										
%										

**Fuente:** Información del análisis de la institución, elaboración propia.

Entonces las iniciativas eliminadas, con valor del menos 5% no son tomadas en cuenta.

### 3.3.8. Indicadores estratégicos.

Se elaboraron de acuerdo a cada perspectiva: financiera, clientes, procesos internos, y aprendizaje y crecimiento, y su utilidad radica en documentar de donde deriva la valoración de impacto social, la cual servirá para evaluar las cuatro perspectivas, al tratarse de una institución sin fines de lucro, con objetivos netamente sociales, como es la asistencia sanitaria que presta el Policlínico Miraflores a sus asegurados y beneficiarios.

Se muestra a continuación la perspectiva, sus objetivos con sus respectivos indicadores:

**Tabla XII. INDICADORES ESTRATÉGICOS.**

N°	PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR
1	<b>FINANCIERA</b>	Incrementar los ingresos por servicios prestados	# Ingresos por servicio/ Total de servicios prestados por año.
2		Obtener fondos "nuevos" incrementando el aporte de sus asegurados.	# Fondos/Total de fondos nuevos por año.
3	<b>CLIENTE</b>	Cumplir con los objetivos planteados en la propuesta actual /clientes	# Objetivos planteados por paciente/Total objetivos planteados por paciente por año.
4		Contribuir al desarrollo de hábitos saludables de vida en la población.	# Procesos de desarrollo de hábitos saludables de vida/Total de procesos de desarrollo de hábitos saludables de vida por año
5		Incrementar la difusión del conocimiento	# Publicaciones /Total de publicaciones por año.
6		Prestación de nuevos servicios (ampliación de especialidades médicas)	#Especialidades médicas/Total de especialidades médicas por año.
7		Crear convenios interinstitucionales (Promoción y prevención de salud)	# Convenios Interinstitucionales / Total convenios interinstitucionales por año.

8	<b>PROCESOS  INTERNOS</b>	Incrementar vínculos con los demás policlínicos de la C.N.S.	# Vínculos con otros policlínicos/Total vínculos con otros policlínicos por año
9		Mejorar y controlar la planificación estratégica del Policlínico Miraflores	% Procesos de control de la planificación estratégica/Total procesos de control de la planificación estratégica.
10		Mejorar los canales de información entre pacientes (clientes) y mandos medios.	# Procesos de información al paciente/Total procesos de información al paciente por año.
11		Fortalecer la tecnología del Policlínico	# Equipos con de última tecnología /Total equipos de última tecnología por año
12		Ser percibidos como líderes en innovación tecnológica en salud	# instituciones líderes en innovación tecnológica en salud/Total Instituciones líderes en tecnología en salud
13		Fomentar la innovación y creatividad	# procesos innovadores o creativos/Total procesos innovadores o creativos por año.
14		<b>APRENDIZAJE  Y</b>	Proporcionar estabilidad laboral
15	Capacitar al personal		# Personal capacitado/Total personal capacitado por año
16	Formar jóvenes especialistas (APS)		# Especialistas (APS) formados / Total de

	<b>CRECIMIENTO</b>		especialistas formados por año.
17		Evaluar periódicamente la competencia del personal	# Procesos de evaluación /Total procesos evaluación por año
18		Promover el compromiso del personal con la Institución.	# Personal comprometido/ Total personal comprometido por año.

**Fuente:** Información del Policlínico Miraflores, elaboración propia.

### 3.3.9. Cuadro de Mando Integral del Policlínico Miraflores.

Con datos obtenidos anteriormente se realiza el traspaso de esta información al CMI, tomando en cuenta las 4 perspectivas, las cuáles derivaran la valoración de impacto social, destinada a evaluar estas perspectivas, para la verificación del cumplimiento de los objetivos trazados por la institución.

**Tabla XIII. MATRIZ DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL.**

N <sup>o</sup> .	PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	RESP.	NIV EL BASE	META C/P	INICIATIVAS ESTRATEGICAS
1	<b>FINANCIERA</b>	Incrementar los ingresos por servicios prestados	# Ingresos por servicio/ Total de servicios prestados por año.	Director	0	50%	Análisis de costos por servicio
2		Obtener fondos "nuevos" incrementando el aporte de sus asegurados.	# Fondos/Total de fondos nuevos por año.	Director	0	50%	Análisis de costo/productividad
3		Cumplir con los objetivos	# Objetivos planteados por				Rediseñar e incrementar la

		planteados en la propuesta actual /clientes	paciente/Total objetivos planteados por paciente por año.	Director	7	10	efectividad de los procesos	
4	<b>CLIENTE</b>	Contribuir al desarrollo de hábitos saludables de vida en la población.	# Procesos de desarrollo de hábitos saludables de vida/Total de procesos de desarrollo de hábitos saludables de vida por año	Director	0	70%	Fortalecimiento del programa de difusión de información médica (promoción - prevención)	
5		Incrementar la difusión del conocimiento	# Publicaciones /Total de publicaciones por año	Jefe de Enseñanza e investigación	2	5	Programas de difusión de conocimiento	
6		Prestación de nuevos servicios (ampliación de especialidades médicas)	#Especialidades médicas/Total de especialidades médicas por año.	Jefe de Enseñanza e investigación	2	5	Ampliación de nuevas especialidades médicas	
7		<b>PROCESOS</b>	Crear convenios interinstitucionales (Promoción y prevención de salud)	#Convenios Interinstitucionales /Total convenios interinstitucionales por año.	Director	5	10	Fortalecimiento del programa de difusión de información a instituciones aseguradas (Promoción).
8	Incrementar vínculos con los demás policlínicos de la C.N.S.		# Vínculos con otros policlínicos/Total vínculos con otros policlínicos por año	Director	2	7	Análisis de competitividad	
9	Mejorar y controlar la planificación estratégica del Policlínico Miraflores			Director	-5	5	Control de calidad por servicio	
10	<b>INTERNOS</b>		Mejorar los canales de información entre pacientes (clientes) y mandos medios.	# Procesos de información al paciente/Total procesos de información al paciente por año.	Director	20%	80%	Programas de difusión de información y resultados
11			Fortalecer la tecnología del Policlínico	# Equipos con tecnología de punta/Total	Director			Programas de difusión de tecnología en salud

			equipos con tecnología de punta por año		0	5	
12		Ser percibidos como líderes en innovación tecnológica en salud		Director	0	5	Análisis de tipo de servicio prestado
13		Fomentar la innovación y creatividad	# procesos innovadores o creativos/Total procesos innovadores o creativos por año.	Director	2	7	Programa de incentivos internos por servicio
14	<b>APRENDIZAJE</b>  <b>Y</b>  <b>CRECIMIENTO</b>	Proporcionar estabilidad laboral	# trabajadores estables/Total trabajadores estables por año	Director	0	2	Programa de búsqueda de nombramiento (ítems)
15		Capacitar al personal	# Personal capacitado/Total personal capacitado por año	Jefe de Enseñanza e investigación	5	8	Programas de capacitación
16		Formar jóvenes especialistas (APS)	# Especialistas (APS) formados / Total de especialistas formados por año.	Jefe de Enseñanza e investigación	5	10	Programas de capacitación de especialistas (Residencia Médica - Medicina Familiar)
17		Evaluar periódicamente la competencia del personal	# Procesos de evaluación/Total procesos evaluación por año	Director	1	8	Programa de capacitación del personal Educación médica continua.
18		Promover el compromiso del personal con la Institución.	# Personal comprometido/ Total personal comprometido por año.	Director	0	5	Programa de búsqueda de nombramiento (ítems)

**Fuente:** Información del Policlínico Miraflores, elaboración propia.

Todas las iniciativas estratégicas planteadas son importantes, por lo que se detallan en esta tabla de CMI.

### 3.3.10. Indicadores Operativos

Es necesario que todo proceso operativo tenga seguimiento, y para eso se construyen los indicadores, en este caso se trata de una ficha de indicadores de cada proceso operativo, detallando los que evaluarán: la eficiencia, el tiempo de ejecución del proceso, la calidad, la productividad, el impacto interno y externo y la cultura de capacitación como se detalla a continuación:

**Tabla XIV. INDICADORES DE PROCESOS OPERATIVOS.**

INDICADOR	PROCESOS			
	Requerimientos del cliente (paciente)	Desarrollo del Servicio Prestado	Responsable	Resultados
<b>ENTRADA</b>	Tiempo empleado para la elaboración del perfil	Horas hombre trabajadas	Jefes de Servicio	Total horas trabajadas/hombre
<b>SALIDA</b>	Pacientes atendidos	Atenciones realizadas	Jefes de servicio	Total atenciones realizadas
<b>EFICIENCIA</b>	Eficiencia en la atención de pacientes	Eficiencia en el trabajo de atención en salud	Director	Programas realizados por Director
<b>TIEMPO</b>	Tiempo de demora en la atención de pacientes	Periodo de atención en salud	Coordinador Médico	Tiempo estimado por atención en salud
<b>CALIDAD</b>	% de Historias Clínicas entregadas conforme	% de Historias clínicas entregadas sin error	Coordinador Médico	Atenciones satisfactoria
<b>PRODUCTIVIDAD</b>	Número de pacientes atendidos con calidad	Historias clínicas entregadas con calidad	Director	Historias clínicas satisfactorias
<b>IMPACTO INTERNO</b>	Costo de errores en la atención de pacientes	Costos de atención en salud	Director	Gastos totales por atención defectuosa
<b>IMPACTO EXTERNO</b>	Satisfacción del paciente	Quejas de pacientes	Director	Total de quejas de pacientes/ personal de salud
<b>CAPACITACIÓN</b>	Nivel de formación	Habilidades para la atención en salud	Jefe de Enseñanza	Conocimientos y experiencia laboral del personal (File Personal)

**Fuente:** Información del Policlínico Miraflores, elaboración propia.

### **3.3.11. Implementación del sistema de gestión de indicadores**

Para que un sistema de gestión de indicadores tenga buenos resultados es necesario complementarlo con un software que facilite la visualización del desempeño de cada indicador.

Por este motivo se ha incorporado en una hoja dinámica de Microsoft Excel, que de forma sencilla y práctica verifique la información del avance de los objetivos a través del indicador. Los indicadores convenientemente deben ser medidos trimestralmente y se calculará el desempeño y la tendencia para evaluar su eficacia. Es por eso que el software desarrollado esta en la capacidad de evaluar el desempeño, tendencia, generar reportes y permitir la actualización de los indicadores según el requerimiento del usuario.

### **3.3.12. Desempeño y Tendencia**

#### **a) Desempeño**

El desempeño mide la efectividad del indicador que es la relación entre los resultados logrados y las metas propuestas; existen tres formas de calcular el desempeño de acuerdo al tipo de indicador: negativo, positivo y centrado.

Las fórmulas para el cálculo son las siguientes:



**Tabla XV. FÓRMULAS DE DESEMPEÑO**

TIPO DE INDICADOR	FÓRMULAS DE DESEMPEÑO
POSITIVO	$D = \frac{V-B}{M-B} \times 100\%$
NEGATIVO	$D = \frac{B-V}{B-M} \times 100\%$
CENTRADO	$D = \frac{V-LI}{M-LI} \times 100\%$ ; $D = \frac{LS-V}{LS-M} \times 100\%$
D: Desempeño ; B: Base ; V: Valor; M: Meta; LI Límite Inferior; LS Límite superior	

**Fuente:** Información del Policlínico Miraflores, elaboración propia.

El desempeño podrá ser visualizado a través de colores, el rojo significa desempeño inaceptable, el amarillo desempeño preocupante, el verde desempeño esperado, y para este caso también se utilizará el color azul el cual significa desempeño excepcional. Para los indicadores estratégicos se han utilizados los siguientes límites de desempeño:

**Tabla XVI. LÍMITES DE DESEMPEÑO**

COLOR	ROJO	AMARILLO	VERDE	AZUL
VALOR	< 40 %	40 % - 75 %	76 % - 100%	> 100 %

**Fuente:** Elaboración propia.

### b) Tendencia

La tendencia determina la dirección, ya sea crecimiento o decrecimiento, del indicador con respecto al valor alcanzado en periodos

anteriores. Las fórmulas para el cálculo de las tendencias son las siguientes:

**Tabla XVII. FÓRMULAS DE TENDENCIA.**

TIPO DE INDICADOR	FÓRMULAS DE TENDENCIA
POSITIVO NEGATIVO	Tasa de crecimiento = $\frac{\text{Valor actual} - \text{Valor anterior}}{\text{Valor anterior}} \times 100\%$
CENTRADO	Tasa de crecimiento = $\frac{\text{Valor actual} - \text{Meta}}{\text{Meta}} \times 100\%$
D: Desempeño ; B: Base ; V: Valor; M: Meta.	

**Fuente:** Información del CMI.

La Tendencia y Desempeño, nos muestra el nivel de tendencia y el grado de desempeño de un indicador de acuerdo tiempo que se seleccione. Además se podrá observar el gráfico del desempeño presionando la opción Graficar del programa Microsoft Excel, incorporado en la tabla dinámica.

Los datos requeridos se procesarán en el software desarrollado, el cual consiste en una tabla dinámica elaborada en el programa Microsoft - Excel el cual nos permite observar reportes de los indicadores así como realizar modificaciones a los mismos, de acuerdo a la introducción de datos sea en secuencia mensual, semestral, o anual requeridas.

### **3.3.14. Ciclos del proceso de toma de decisiones**

Para obtener buenos resultados con la implementación del CMI es necesario un adecuado seguimiento, medición y actuar en el momento necesario. Es importante tener en cuenta el ciclo PIRA (Planeación, Implementación, Revisión y Acción) para una adecuada toma de decisiones.

El proceso de toma de decisiones consta de dos etapas: ciclo operativo y ciclo estratégico.

#### **a) Ciclo Operativo**

Para evaluar el ciclo operativo, se observará el cumplimiento de objetivos de acuerdo al desempeño de los indicadores. Para esta reunión es necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

- Asegurar la ejecución de los objetivos a corto plazo.
- Evaluar las responsabilidades funcionales.
- Generar acciones a corto plazo para cumplir con el plan.
- Asegurar la asistencia de las personas responsables del cumplimiento de objetivos.
- El desempeño de los Indicadores siempre deberá mantener una evidente tendencia de mejora continua.
- Las reuniones permitirán al Director del Policlínico Miraflores tomar las acciones correctivas si los resultados obtenidos no son los esperados.
- En el caso de encontrar alguna irregularidad en la elaboración de los indicadores se realizará una tabla de anormalidad permitirá analizar las causas y tomar las acciones correctivas necesarias.

A continuación se muestra el ejemplo de una tabla de anomalías ante posibles contingencias en la elaboración de indicadores.

**Tabla XVIII. TABLA DE ANORMALIDADES**

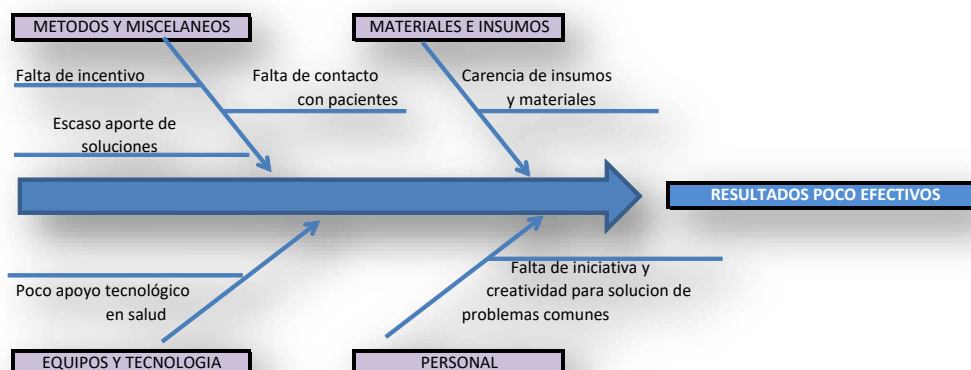
<b>TABLA DE ANORMALIDADES</b>					
<b>RESPONSABLE:</b>					
<b>OBJETIVO:</b>					
<b>CUMPLIMIENTO %:</b>		<b>AVANCE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>DESCRIPCION DE LA ANORMALIDAD (QUE PASÓ ?):</b>					
<b>ANALISIS DE LA CAUSA (POR QUE PASÓ?):</b>					
<b>ACCIONES CORRECTIVAS A TOMAR:</b>					
<b>VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA (CORREGIMOS LA CAUSA?):</b>					

**Fuente:** Elaboración propia.

El proceso del ciclo operativo se llevará a cabo trimestralmente, para poder medir y evaluar los resultados, además se necesitarán visualizar el desempeño de los indicadores del Policlínico Miraflores a través de colores y gráficas de tendencia.

Una vez identificadas las causas principales del problema se procederá utilizar la última herramienta del análisis denominada diagrama de causa efecto para determinar la raíz de los problemas detectados, es necesario recordar que se debe realizar un diagrama causa-efecto por cada problema detectado.

**Figura N°4. DIAGRAMA CAUSA-EFECTO.**



**Fuente:** Elaboración propia.

Finalmente el equipo debe elaborar un plan de acción para mejorar el comportamiento del indicador que se está analizando, en este plan se consideraran las causas raíces generadas en el análisis de causa efecto y se implementarán acciones para eliminarlas, de igual forma se asignarán los recursos económicos necesarios para llevarlas a cabo, estableciendo un responsable y un periodo de ejecución.

### **b) Ciclo Estratégico**

Cuestiona los resultados planteados, o sea, se discute si es necesario esforzarse por alcanzar los resultados esperados. Para esta reunión es necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

- Revisar los objetivos estratégicos con el propósito de refinar la estrategia y su implementación.
- Evaluar la validez de la estrategia y lo bien que está siendo ejecutada.
- Evaluar el impacto de los factores externos en el logro de los resultados.

- Contemplar el uso de herramientas estadísticas como correlación, simulación, regresión, y las que se crean necesarias.
- Realizar un análisis estadístico que comprende: Análisis de componentes principales y de datos de los resultados de los indicadores.
- Elaborar una tabla de seguimiento temporario, con metas planteadas para 5 años en progresión, si fuera necesario replantear las metas cada año (para los casos que aplique) para poder obtener un mejor desempeño en el indicador. Las metas se presentan en las siguientes tablas para los indicadores estratégicos del Policlínico Miraflores.

**Tabla XIX. CICLO ESTRATÉGICO - METAS DE INDICADORES PRINCIPALES.**

N°	PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICADOR	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	
				1	2	3	4	5	
1	<b>IMPACTO</b>	Incrementar la difusión del conocimiento	Difusión del conocimiento	2					
2		Formar jóvenes especialistas (APS)	Especialistas en formación	3					
3		Fortalecer la tecnología del Policlínico	Índice de percepción del cliente (paciente)	2					
4		<b>SOCIAL</b>	Ser percibidos como líderes en innovación tecnológica en salud	Índice de percepción de otros seguros de salud.	0				
5			Contribuir al desarrollo de hábitos saludables de vida en la población.	Aumento de hábitos saludables de vida	0				
6			Incrementar los ingresos por	Porcentaje de financiamiento por	0				

		servicios prestados	servicios prestados					
7	<b>FINANCIERA</b>	Obtener fondos "nuevos" incrementando el aporte de sus asegurados.	Ingresos por aporte de asegurados	0				
8	<b>CLIENTE</b>	Cumplir con los objetivos planteados en la propuesta actual /clientes	Calificación de objetivos	7				
9		Prestación de nuevos servicios (ampliación de especialidades médicas)	Porcentaje de ampliación de servicios.	0				
10	<b>PROCESOS INTERNOS</b>	Crear convenios interinstitucionales (Promoción y prevención de salud)	Convenios interinstitucionales	5				
11		Incrementar vínculos con los demás policlínicos de la C.N.S.	Vínculos con otros policlínicos	2				
12		Mejorar y controlar la planificación estratégica del Policlínico Miraflores	Entrega de informes	-5				
13		Mejorar los canales de información entre pacientes (clientes) y mandos medios.	Comunicación con clientes /mandos medios	20%				
14		Fomentar la innovación y creatividad	Iniciativa y creatividad	2				
15	<b>APRENDIZAJE Y</b>	Proporcionar estabilidad laboral	Personal con nombramiento (Ítems)	0				
16		Capacitar al personal	Programas de capacitación	5				
17		Evaluar						

	<b>CRECIMIENTO</b>	periódicamente la competencia del personal	Personal calificado	5				
18		Promover el compromiso del personal con la Institución.	Compromiso con la Institución.	1				

**Fuente:** Información del Policlínico Miraflores, elaboración propia.



## CAPITULO IV - CONCLUSIONES

---

### 4.1. Conclusiones

1. En referencia al primer objetivo, la estrategia principal que se plantea en el proyecto, es implementar un sistema de control de gestión estratégico en salud, basado en la estructura del CMI, con el que se pudo constatar que es una hábil herramienta de gestión y evaluación que permite descomponer la visión de la institución y traducirla en objetivos estratégicos, los cuales a su vez se subdividen en un conjunto de indicadores de gestión, agrupados bajo un determinado número de perspectivas, que en el caso específico del Policlínico Miraflores servirá para mejorar objetivos institucionales a corto plazo.

Sin embargo el presente Sistema de Control Estratégico en salud puede ser implementado en niveles superiores (Oficina Regional - Central C.N.S.) al constituirse en una herramienta que facilite la eficiencia de los procesos de gestión.

2. En referencia al segundo objetivo la construcción del Sistema de Control de Gestión en el Policlínico Miraflores con datos obtenidos de la institución, supone una mejoría en los procesos de gestión institucional, el Cuadro de Mando Integral ofrece dentro de su configuración, la posibilidad de generar recursos operativos prácticos para la concretar objetivos y mejorar el desempeño institucional, ofrece así mismo la posibilidad de generar alertas tempranas, acerca de posibles anomalías, o aspectos de incumplimiento de objetivos, que se pueden corregir a tiempo.
3. Respecto al tercer objetivo, se realizó un análisis situacional que describe el estado de salud en el país, en la ciudad de La Paz, en la C.N.S., y en el Policlínico Miraflores, obtenido mediante datos

estadísticos, y datos institucionales, que da pie para la implementación del propuesto Sistema de Control Estratégico, que contribuirá a mejorar el desempeño de la gestión en salud e implícitamente mejorar la asistencia sanitaria en el Policlínico Miraflores.

4. En cuanto al cuarto objetivo, el cumplimiento de metas (Mejoramiento de la asistencia sanitaria) se puede verificar mediante las perspectivas estratégicas las cuales se generan a partir de indicadores creados, incorporados en la matriz del CMI.
5. A cerca del sexto objetivo, el diseño del Sistema de Control de Gestión Estratégico, mediante la elaboración del Mapa Estratégico, es un conjunto de hipótesis de conexiones de objetivos que se esperan den resultado.
6. Para cada perspectiva se creó un indicador estratégico desarrollado con los parámetros conocidos del CMI, detallando el nombre del indicador, la forma de cálculo, responsable, fuente, frecuencia de medición, nivel base, meta, tendencias, y sus respectivos límites de desempeño expresados en los colores.
7. Se plantearon las siguientes iniciativas estratégicas: Programa de capacitación del personal, Análisis de servicios, Gestión de calidad (ISO), Mantenimiento preventivo, Programas educación médica continua, Análisis de competitividad, Programa de búsqueda de nombramientos (Ítems nuevos), Mejoramiento de la infraestructura y tecnología, Rediseñar y aumentar la efectividad de los procesos, Programas de difusión de resultados; considerados solo para los objetivos principales, pues no se puede estimar el presupuesto necesario para su implantación, considerando sus potenciales beneficios para el Policlínico Miraflores. (Tabla X).

8. El enfoque por procesos se realizó solo para los procesos operativos, en el cual se incluyó los nuevos procesos que se pensaron necesarios para la implementación del nuevo sistema de control de gestión estratégico. Además se detalló cada indicador, especificando las partes necesarias e importantes de un proceso operativo.
9. Se facilita la evaluación del desempeño de indicadores mediante la presentación de reportes de los indicadores principales, de acuerdo a la generación de indicadores temporales (Mensuales - Semestrales - Anuales etc.) a requerimiento.
10. Para la toma de decisiones y aprendizaje estratégico se realizó un análisis estadístico utilizando como variables los resultados de los indicadores, datos que fueron obtenidos de la Dirección del Policlínico Miraflores, logrando realizar proyecciones para un periodo de cinco años.

## 4.2. RECOMENDACIONES

1. Es necesario establecer estrategias para generar relaciones de apoyo y desarrollo mutuo con los Niveles de mando superior e Intermedio (Nacional - Regional de Salud - C.N.S.) para establecer una retroalimentación de datos.
2. Es imprescindible generar una cultura organizacional, con menos "burocracia" en los procesos de gestión institucional, para lograr implantar este Sistema de Control de Gestión estratégico, pues para su aprobación debe recorrer cerca de 34 instancias (Oficina Regional -Oficina Nacional) para su aprobación final.
3. Se debe definir detalladamente el concepto que se quiere valorar con los indicadores, con el objetivo de alcanzar indicadores fiables y comparables en el tiempo, otro factor importante es definir aquellos conceptos que puedan ser interpretados de diferente forma. Se considera de mucha utilidad a la hora de interpretar un indicador añadir un apartado de definiciones.
4. Es importante asegurar el cumplimiento de la iniciativa estratégica establecida para que el servicio adecue los procesos de gestión y así garantizar el éxito en la prestación de cada servicio.
5. Es imprescindible que cuando cualquier Institución de salud, inicie la implementación del Sistema de control estratégico de salud, monitoree el funcionamiento del sistema temporalmente y ante posibles anormalidades, corregir a tiempo el desempeño de los indicadores y así tomar las acciones correctivas tempranas, si algún indicador no cumple con las metas establecidas.
6. Será recomendable realizar la tabla de anormalidades en el caso de existir algún indicador más profundo, para evaluarlo, y tomar

acciones correctivas a tiempo, en cuanto a tiempo, costo y productos resultantes.

7. Finalmente se deberá elaborar un plan de ejecución de las iniciativas estratégicas que no fueron desarrolladas, para asegurar el logro de objetivos adicionales.
8. Se sugiere realizar copias de seguridad desde el primer reporte, pues sucede frecuentemente en los cambios o transiciones de autoridades, que toda la información se extravía, lo que dejaría sin efecto la implementación del Sistema de Control Estratégico en salud.
9. Es altamente recomendable incorporar dentro de los manuales institucionales, el manual de elaboración del presente Sistema de Control de Gestión, detallando cada uno de los pasos para su implementación, desarrollo y evaluación, mismo que servirá para sustentar en el tiempo su funcionamiento, evitando de esta manera que su desarrollo quede trunco, si existiera rotación o cambio del personal responsable.
10. Así también el uso y manipulación del propuesto sistema, debe estar a cargo de personal capacitado, responsable y que tenga acceso limitado en relación al personal de la institución, pues puede ser susceptible de cambios no deseados, que interferirían su desarrollo.
11. Es prudente también, mejorar los mecanismos de difusión de información, publicando los resultados obtenidos en los reportes emitidos por el propuesto Sistema de Control de Gestión, hacia el personal de la institución, y si fuese necesario a los usuarios del Policlínico Miraflores, cumpliendo así con procesos de gestión en salud, en forma transparente.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Anthony, Robert N. y Govindarajan, Vijay, (aut.); Sistemas de control de gestión, Editorial McGraw-Hill - 12ª ed. (27/01/2008), 760 páginas, Madrid - España, 2003. pp 57.
2. Associació Catalana de Comptabilitat i Direcció, Comisión de contabilidad de gestión de accionistas; "Manual de Control de Gestión", Editorial Panamericana, 2ª Edición Cataluña - España, pp.288.
3. Amat i Salas, Joan M., (aut.); "Control de gestión una perspectiva de dirección"; Ediciones Gestión 2000, S.A., 6ª ed., 1ª imp.(11/2002); España, 264 páginas.
4. Fassio A. / Pascual L./ Suárez F. "Introducción a la Metodología de la Investigación" Ed. Machi Bs. As.2003. pp. 23.
5. González García G. / Tobar F. "Mas Salud por el mismo Dinero" Ediciones Isalud. Buenos Aires 1997. Boletín 4 pag. pp.2.
6. González García G. / Tobar F. "Salud para los Argentinos" Ediciones Isalud. Bs. As. 2004. pp 2,3.
7. Hector C., Ostengo, Osmar D. Buyatti; "Cómo Implantar un Sistema de Control de Gestión en la Práctica", (10-2007) - 512 páginas.
8. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. "Metodología de la Investigación". Segunda Edición, Editorial McGraw Hill – Interamericana. México D. F., 2001, pp.14, 17, 18, 23-27,30-31,36-39,60-62,73-88,106-109,203-204,223,234-237.
9. ISAGEN, Balance Score Card, Sistema de Cuadro de Mando Integral aplicable a una empresa o institución, editorial ISAGEN S.A. 2º EDICIÓN. Chile 2002.

10. Kaplan R. y Norton D. 2000. "El Cuadro de Mando Integral" Ediciones Gestión 2000. S.A. Segunda Edición. Barcelona, España. pp.11.
11. Kaplan R. y Norton D. 2000. "Como utilizar el Cuadro de Mando Integral" Ediciones Gestión 2000. S.A. Primera Edición. Barcelona, España. pp. 23.
12. Kaplan R. S. / Norton D. P., Balanced Scorecard "Traduciendo la estrategia en acción", Ed. Gestión 2000, Barcelona 1996.
13. López Viñegla, Alfonso El cuadro de mando y los sistemas de información para la gestión empresarial, AECA, Madrid, 1998.
14. Mansilla G. "Tesis de Grado", Ediciones Garza Azul, Segunda Edición. 2007. Cochabamba - Bolivia. 291 páginas.
15. Malave, J. 2003. "Gerencia en salud. Un modelo innovador", Segunda Reimpresión. Fundación Antonio Cisneros Bermúdez. Ediciones IESA. Barquisimeto, Venezuela. pp.9.
16. Ministerio de Salud y Previsión Social. - Sistema Nacional de Información en Salud 2000 - Estadísticas de Salud 2000 - USAID República de Bolivia. 2000. pp. 76-77.
17. Ministerio de Desarrollo Humano- Secretaria Nacional de Salud - Dirección Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades y Riesgos Naturales - Unidad de Control de Emergencias Infecciosas y Desastres Naturales - Programa Nacional de Control de Enfermedades Infecciosas en Bolivia. - La Paz - Bolivia, S.N.S., 1999. pp: 14, 22 - 24, 33 - 34.
18. Ministerio de Salud y Previsión Social. - Sistema Nacional de Información en Salud 2000 - Estadísticas de Salud 2000 - USAID República de Bolivia. 2000. pp.18, 34, 35.
19. Muñiz L., Enric Monfort; "Aplicación práctica del cuadro de mando integral", Editorial Vértice, 10/10/2011 - 100 páginas, España. pp.21.

20. Muñiz, Luis y Prat, Ramón. "Sistemas de Retribución Variable e Indicadores de Control de Gestión", revista Capital Humano. 2002.
21. Muñiz, Luis "Cómo implantar un sistema de control de gestión en la práctica" Ediciones Gestión 2000, S.A. Año 2003. pp 14.
22. Polit D., Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Ediciones Interamericana - McGraw Hill, Cuarta Edición. 1994. México - D.F. 701 páginas. pp.117,146.
23. Rojas F. "Administración de proyectos", Ediciones Global Educación, Primera Edición. 2006. La Paz - Bolivia. 134 páginas
24. Tamayo M., - El Proceso de la Investigación Científica, 3ª Edición, Editorial Limusa - Noriega, México-DF., 1982, pp: 50, 114,120-87,192.
25. Vercher Bellver, Salvador; Serra, Zamorano Benlloch, Vicente, (aut.) Vicente [et al.]; "Sistemas de control de gestión" ,Ediciones Gestión 2000, S.A., 1ª ed., 1ª imp.(10/2005) ISBN, 320 páginas; España. pp. 8,11,14.68.
26. "Balanced Score Card", disponible en: [www.nu.org/.php/script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.nu.org/.php/script=sci_arttext&pid=S0034). Acceso en fecha 8-11-2011. 2 pantallas.
27. "El control de gestión y sus fases", disponible en: [www.grupokaizen.com/portalesmedicos/publicaciones/articulos/8009.html](http://www.grupokaizen.com/portalesmedicos/publicaciones/articulos/8009.html). acceso en fecha: 14-06-2011, 4 pantallas.



## **ANEXOS**

---

### **ANEXO -1: Organización Institucional en Salud**

#### **Viceministerios**

---

#### **Viceministerio de Salud**

Dirección General de Servicios de Salud

Unidad de Servicios de Salud y Calidad

Unidad de Prevención y Control de Enfermedades

Unidad Epidemiológica

Unidad de Medicamentos

Dirección General de Seguros de Salud

Unidad de Seguros Públicos

Unidad de Seguros a Corto Plazo

#### **Viceministerio de Promoción de la Salud y Deportes**

Dirección General de Promoción de la Salud

Unidad de Promoción de la Salud

Género y Violencia

Centinela de la Salud

Salud Oral

Comunicación Social

Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social

Unidad de Nutrición

#### **Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad**

Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad

#### **4.13.3. Entidades bajo tuición o dependencia**

---

El Ministerio de Salud y Deportes tiene bajo su tuición o dependencia orgánica y administrativa a las siguientes entidades:

##### Cajas de Salud

---

Caja Bancaria Estatal de Salud

Caja de Salud CORDES

Caja de Salud de la Banca Privada

Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas -  
CSSNCA

##### **Caja Nacional de Salud - CNS**

Caja Petrolera de Salud - CPS

Seguro Integral de Salud - SINEC

Seguros Sociales Universitarios

##### Escuelas

---

Escuela de Salud Cochabamba.

Escuela de Salud La Paz.

##### Institutos

---

Instituto Boliviano de la Ceguera - IBC

Instituto Boliviano del Deporte, la Educación Física y la Recreación

Instituto Nacional de Laboratorios de Salud - INLASA

Instituto Nacional de Salud Ocupacional - INSO

Instituto Nacional de Salud Pública - INSP

Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES

##### Servicios Departamentales de Salud - SEDES

---

SEDES - La Paz  
SEDES - Oruro  
SEDES - Potosí  
SEDES - Cochabamba  
SEDES - Chuquisaca  
SEDES - Tarija  
SEDES - Santa Cruz  
SEDES - Beni  
SEDES - Pando

#### Otras dependencias

1. Centro de Abastecimiento y Suministros - CEASS
2. Comité Nacional de la Persona Discapacitada - CONALPEDIS
3. Fondo de Inversión para el Deporte - FID
4. Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad -LONABOL
5. Servicios Departamentales de Salud - SEDES

El Ministro de Salud y Deportes, por delegación del Presidente de la República, preside:

El Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura  
El Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición  
El Consejo Superior del Deporte

**ANEXO- 2: Desconcentración Geográfica de la C.N.S.**

## DESCENTRALIZACION GEOGRAFICA POBLACION NACIONAL

• PROVINCIAS	112
• POBLACIÓN NAL.(INE)	8.743.065
• POBLACION ASEGURADA	2.033.265
• COBERTURA EN %	23.26
• AGENCIAS DISTRITALES	11
• PUESTOS MÉDICOS	76

## INFORMACIÓN BIOESTADÍSTICA BOLIVIA

• POLICLINICOS:	
CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD	3.264.636
• HOSPITALES :	
CIRUGIAS:	35.784
PARTOS :	14.777
• DENTAL:	
ATENCIONES	431.952
• LABORATORIO Y SERVICIOS AUXILIARES:	
EXAMENES:	2.832.948
RAYOS X:	301.939
OTROS:	1.050.924
• ENFERMERÍA:	
INYECCIONES:	2.223.371
CURACIONES:	332.795
• VACUNAS A NIÑOS < DE 1 AÑO:	79.310

### EMPLEADOS C.N.S. BOLIVIA

• PERSONAL MÉDICO	2.753
• PERSONAL PARA-MÉDICO	5.439
• PERSONAL ADMINISTRATIVO	1.062
• TOTAL	9.254

### EMPLEADOS C.N.S. - LA PAZ

• PERSONAL MÉDICO	1.018
• PERSONAL PARA-MÉDICO	2.407
• PERSONAL ADMINISTRATIVO	494
• TOTAL	3.919

### DESCENTRALIZACION GEOGRAFICA LA PAZ

• PROVINCIAS	22
• POBLACIÓN NAL.(INE)	2.459.351
• POBLACION ASEGURADA	870.611
• COBERTURA EN %	35.40
• PUESTOS MÉDICOS (Chojlla y Colquiri)	02

**FUENTE:** CAJA NACIONAL DE SALUD LA PAZ -(BIOESTADISTICA - 2009)

## INFORMACIÓN BIOESTADÍSTICA LA PAZ

- POLICLINICOS:  
CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD 1.036.848
- HOSPITALES : CIRUGIAS: 13.064  
PARTOS: 5.936
- DENTAL: ATENCIONES 130.099
- LABORATORIO Y SERVICIOS AUXILIARES:  
EXAMENES: 1.012.500  
RAYOS X: 128.368  
OTROS: 519.593
- ENFERMERÍA: INYECCIONES: 648.303  
CURACIONES: 138.472
- VACUNAS A NIÑOS < DE 1 AÑO: 25.850

### ANEXO 3: ORGANIGRAMA - POLICLÍNICO PILOTO MIRAFLORES



**Fuente:** Elaboración propia - Dirección Policlínico Miraflores