

# ***CAJA DE SALUD CORDES***



## ***PLAN ESTRATEGICO***

## ***INSTITUCIONAL***

***2016-2020***

## **ELABORACION DEL PEI 2016-2020**

### **CREDITOS**

## **ELABORACION DEL PEI 2016-2020**

**Caja de Salud CORDES**  
**Administración**  
**Avenida Arce No 2419 Zona San Jorge**  
**Telf.: 2441611 - 2442192**  
**Fax: 2441213**  
**La Paz – Bolivia**

### **EQUIPO EJECUTIVO**

#### **Dirección**

Dr. Juan Pereyra Claire

**DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL**

### **EQUIPO COORDINADOR**

**Dra. Tatiana Osuna B.**

**DIRECTORA DE SALUD**

**Dr. German Crespo I.**

**ADMINISTRADOR REGIONAL TARIJA**

**Lic. María del Carmen Sánchez E.**

**PLANIFICACIÓN NACIONAL**

**Sr. Julio Rodríguez Q.**

**PRESUPUESTOS NACIONAL**

### **EQUIPO TECNICO AMPLIADO**

#### **Unidad Planificación**

Lic. María del Carmen Sánchez E.

#### **Unidad de Estadística**

Sr. Boris Ruiz Blacut

#### **Unidad de Sistemas**

Lic. Leonardo Chuquimia

#### **Unidad de Asesoría Jurídica**

Dra. María Luz Surculento

#### **Unidad de RRHH**

Sra. Carmen Peña

#### **Unidad de Control de Empresas**

Sr. Ignacio Salas

## **CAJA DE SALUD CORDES**

Dr. Juan Pereyra Claire

**Director Ejecutivo Nacional**

Dra. Tatiana Osuna B.

**Directora de Salud**

Lic. María del Carmen Sánchez E.

**Planificación Nacional**

Sr. Julio Rodríguez Q.

**Presupuestos Nacional**

Sr. Boris Ruiz Blacut

**Estadística Nacional**

Lic. Leonardo Chuquimia

**Sistemas Nacional**

Dra. María Luz Surculento

**Asesoría Jurídica Nacional**

Sra. Carmen Peña

**RRHH Nacional**

Sr. Ignacio Salas

**Control de Empresas Nacional**

*Agradecimiento especial por la colaboración en la revisión, aportes y validación del presente documento normativo*

*A los equipos técnicos de las Administraciones Regionales*

- *Administración Regional de La Paz*
- *Administración Regional de Cochabamba*
- *Administración Regional de Beni*
- *Administración Regional de Santa Cruz*
- *Administración Regional de Tarija*
- *Administración Regional de Cobija*
- *Administración Regional de Guabirá*
- *Administración Regional de Sucre*
- *Administración Regional de Bermejo*

**PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SALUD CORDES**

**2016-2020**

**PEI-CSC 2016-2020**



**Junio 2016**

**La Paz - Bolivia**

## Presentación

La Caja de Salud CORDES ha elaborado el Plan estratégico Institucional 2016-2020, el mismo que expresa una situación ideal, deseable, pero al mismo tiempo posible a ser alcanzada en el mediano y largo plazo. Esta nueva visión del desarrollo está alineada a la política sectorial vigente y está armonizada a las disposiciones del Sistema de Seguro Social de Corto Plazo.

El PEI fue coordinado por la Dirección Ejecutiva Nacional, aplicando una metodología participativa y bajo el marco conceptual de que la planificación es *el cálculo que precede y preside la acción para la toma de decisiones*. Su elaboración abarcó los siguientes cuatro momentos: el **Momento Explicativo**, en el que se indagó las oportunidades y problemas que enfrenta la Caja explicando las causas que los genera, el **Momento Normativo**, en el que se diseñó la nueva situación institucional deseada, el **Momento Estratégico**, en el cual se diseñó la viabilidad hacia la situación deseada, identificando los obstáculos a superar y cómo lograrlos, y el **Momento Táctico-Operacional**, en el que se estableció la capacidad de la CSC para llevar adelante y orientar las acciones que se realizarán en el día a día y su evaluación respecto de los resultados que se alcanzaran para el cumplimiento de la Misión y Visión.

Este documento del PEI resultó necesariamente complejo. Detalla el análisis situacional, los problemas y demandas de los asegurados, sistematiza los objetivos, las políticas, lineamientos y resultados, organizándolos y asignándoles jerarquías y prioridades que posibilitaran concretar las metas globales.

El proceso de elaboración del PEI ha sido una experiencia enriquecedora para el personal de la Caja de Salud CORDES - La manera como se ha completado el proceso nos permite tener confianza de que el futuro de la Caja de Salud CORDES está en buen camino. Agradezco a todos los que contribuyen con sus ideas y propuestas.

Dr. Juan Pereyra Claire  
**DIRECTOR EJECUTIVO**  
**CAJA DE SALUD CORDES**

## I. Introducción

El proceso de cambio sanitario en Bolivia, está orientado a lograr el ejercicio pleno del derecho a la salud y la universalización del seguro de salud de calidad, para lo cual, propone acciones establecidas en el eje tres de la Agenda Patriótica 2005 y las siguientes metas complementarias:

- La inclusión social en salud,
- El ejercicio pleno del derecho a la salud y el acceso a servicios de salud de calidad
- La inclusión de la medicina tradicional y la salud natural
- La determinación social en salud

La Oficina Nacional de la Caja de Salud CORDES en su rol rector del sistema Nacional de Regionales de la CSC ha conducido el proceso de alineación a las políticas y acciones de la Agenda Patriótica, siendo entre estos, el acceso universal a la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

En ese marco, la elaboración del Plan Estratégico Institucional PEI 2016-2020, responde a la necesidad de definir claramente la misión y visión frente al nuevo contexto externo e interno, que incluya el análisis de la situación y la determinación de objetivos estratégicos y de gestión para los próximos cinco años, que posibilite la adecuación institucional a las nuevas necesidades y demandas de los asegurados, en alineación a las políticas de salud sectoriales

Así, el Plan Estratégico Institucional de la Caja de Salud CORDES se plantea como una herramienta de gestión orientada al ordenamiento y racionalización del uso de los recursos financieros, humanos, materiales o técnicos de manera tal que se visualice mejor y se pueda medir el alcance de los objetivos y metas de la Institución.

El Plan, conforme a la programación establecida por la Comisión de Preparación y Elaboración del PEI, fue elaborado y en las siguientes tres momentos:

- a) Organización de la Comisión y elaboración del cronograma y metodología de trabajo.
- b) Momento 1: Elaboración del diagnóstico basado en información sólida con base en estadísticas o información objetiva. La percepción y opinión de los actores locales e institucionales acerca de la situación del desarrollo socio-económico nacional e institucional, fue muy importante y explicativa de las causas externas e internas de los problemas. Para el efecto se llevaron a cabo talleres en los que con ayuda de dinámicas participativas se priorizaron necesidades, se reconocieron las fortalezas y debilidades como las oportunidades y amenazas, que llevaron definición de las bases estratégicas para elaborar el PEI.
- c) Momento 2: La elaboración de la Propuesta de Transformación (Visión al 2020, principios y valores y los objetivos estratégicos), fue realizada en gabinete y se logró analizar, sistematizar y redactar las políticas, objetivos estratégicos y específicos del Plan 2016-2020.

c) Momento 3: La elaboración del Marco Operativo y presupuesto permitió definir los indicadores, metas y supuestos del Plan Estratégico 2016-2020 en versión borrador final.

El PEI-CSC 2016-2020 se elaboró mediante un ejercicio ampliamente participativo de todo el personal de las regionales. Se programaron talleres de trabajo en cuatro fases: Uno para la organización y preparación del proceso de planificación, otro dirigido a identificar los problemas y prioridades de salud de la población asegurada y de la CSC, un tercero para analizar el contexto interno y externo y advertir los lineamientos estratégicos para la gestión y la atención en salud y otro orientado a medir el nivel de desarrollo organizacional o capacidad de gestión institucional. Los resultados de dichos diagnósticos se sintetizaron en una matriz o tabla de fuerzas impulsoras y restrictivas, internas y externas de la Caja de Salud CORDES.

Se trabajó en sujeción a los lineamientos normativos del INASES, con el enfoque de gestión basada en resultados para asegurar la integración vertical con todos los niveles de gestión y atención en salud, para que los procesos, servicios y resultados contribuyan subsidiariamente al logro de objetivos y metas globales definidos en la Visión al 2020, a fin de alcanzar cambios importantes en la mejora del desempeño y el logro de resultados, siguiendo la medición con indicadores que faciliten el seguimiento y la presentación amigable, simple y transparente de informes de trabajo.

El PEI-CSC 2016-2020 está estructurado tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- El análisis situacional y perspectiva del escenario macro-sanitario.
- El Marco legal y políticas de salud vigentes.
- La responsabilidad de la CSC en el contexto del proceso de cambio sanitario nacional.
- El análisis de fuerzas impulsoras y restrictivas externas a la CSC.
- Las estrategias fundamentales, integradas por la Visión, Misión, Objetivos Estratégicos, principios y Valores.
- Las líneas estratégicas a ser implementadas para garantizar el logro de la Misión y Visión institucional.
- El accionar específico de las unidades y áreas funcionales de trabajo para la formulación programática.
- La integración de resultados/productos a ser logrados en los próximos cinco (5) años con sus indicadores, medios de verificación, responsables, involucrados/as y requerimientos financieros y no financieros necesarios para lograr dichos resultados.
- La implementación del sistema de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Institucional.

El proceso de elaboración del PEI-CSC 2016-2020 se ha constituido en una experiencia enriquecedora para todo el personal, en la que de una manera entusiasta y de apropiación, se logró tener conocimiento y confianza sobre el futuro de la Caja de Salud CORDES, avizorando un buen cumplimiento de las metas globales y los objetivos de gestión.

El Plan Estratégico 2016-2020 de la Caja de Salud CORDES es el instrumento de gestión indicativo de la institución aprobado por el ejecutivo nacional, que determina la orientación estratégica sobre la base de las prioridades de todas las Regionales.

Tiene como base la experiencia del plan del quinquenio anterior, y se propone varias innovaciones claves orientadas a:

1. Enfatizar el enfoque de atención centrada en los asegurados
2. Posicionar la Caja de Salud CORDES con las características de un ente gestor de servicios de salud eficaz, eficiente y capaz de ofrecer calidad sostenible en el tiempo.
3. Transparentar sus operaciones realizando rendiciones de cuentas a **la sociedad asegurada cada vez más claras y participativas**
4. Alinear y armonizar las políticas Institucionales conforme el Código de Seguro Social a Corto Plazo
5. Integrar y simplificar el proceso de planificación y gerencia estratégicas promoviendo la aplicación de la gestión orientada a la consecución de resultados.

Por tanto, el PEI plantea enfrentar el futuro de la institución con certidumbre para consolidar su posicionamiento, vigencia y fortalecimiento y sostenibilidad económica financiera Institucional con liderazgo en el Sistema de Seguros de Corto Plazo. Contiene Objetivos Estratégicos para cinco años y, define los Resultados Previstos a través de los programas operativos anuales (POA) y presupuestos correspondientes, para lograr los resultados programados.

## **II. Enfoque político**

El Plan Estratégico Institucional 2016-2020 representa la conjugación de las más altas aspiraciones de la demanda sanitaria de la población asegurada, los criterios técnicos y los propósitos institucionales de la Caja de Salud CORDES en alineación, en alineación al Plan de Desarrollo Económico Social PDES/ Agenda Patriótica 2025, que promueve la inclusión, equidad y participación social, garantiza el ejercicio del derecho a la salud y la vida, protege el medio ambiente, enaltece la identidad cultural de los pueblos originarios, asume la determinación social en salud para la convivencia política de los y las bolivianas.

Así también, el PEI 2016-2020 de la Caja de Salud CORDES contiene Objetivos Estratégicos que alinean con los del Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020 PARA VIVIR BIEN PSDI y define los resultados previstos a nivel institucional nacional sectorial, sus respectivos indicadores y metas. Los Presupuestos por Programas y proyectos para el quinquenio 2016-2020 determinarán dónde se invertirán los recursos para lograr los resultados definidos en el PEI. Las evaluaciones de medio término y final del quinquenio servirán como informes sobre los progresos realizados en la ejecución del PEI 2016-2020.

La integración vertical del proceso de planificación a todos los niveles de gestión pública (nacional, departamental y municipal) es un paso decisivo para la armonización cabal de la gestión institucional de la Caja de Salud CORDES orientada a la consecución de resultados, según la cual los indicadores de resultados previstos en las Regionales, se agregan a los indicadores de Resultados Previstos a nivel departamental y municipal, y a su vez, se agregan a los indicadores de resultados previstos a nivel del Ministerio de Salud.

### **2.1. Objetivos estratégicos**

Para contribuir al logro del Pilar 3 de la Agenda Patriótica en sus objetivos y resultados, la Caja de Salud CORDES, partiendo de su naturaleza, mandato legal y sus características, ha establecido en su PEI 2016-2020, tres ejes o estrategias de desarrollo: 1) Acceso al seguro de salud de corto plazo universal; 2) Provisión de servicios de salud con los más altos estándares de calidad y equidad; y 3) Implementar una gestión eficaz y eficiente, transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

#### **Acceso al seguro de salud de corto plazo universal.**

En cumplimiento del Pilar 3, Meta 1: Acceso universal a servicios de salud de calidad equitativos, la Caja de Salud CORDES desarrollará acciones necesarias para mejorar el acceso al seguro a corto plazo y extender la cobertura de la población asegurada, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales; así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales públicos, en corresponsabilidad social compartida con las empresas y trabajadores.

Esta estrategia es fundamental, tanto por la importancia de la universalización del seguro de salud para responder a las necesidades y derechos de las personas, en particular de aquellos sectores de población excluidos. En este marco, se promoverán las acciones, alianzas estratégicas, disposiciones legales y estudios necesarios para dar viabilidad a este proceso. Asimismo, se coordinará con el INASES, la Oficina Nacional y otras instituciones involucradas, la implementación de nuevas estrategias y planes de seguros orientados a extender la cobertura de asegurados garantizando su sostenibilidad financiera.

Basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía, se desarrollará acciones, alianzas estratégicas, planes y estudios para ampliar la cobertura de la seguridad social; incorporando a la PEA informal, independientes y las PYME, hacia una seguridad social para todos. Toda la acción institucional se orientará a que los trabajadores accedan a servicios de salud sin exclusión ni distinción alguna, con pleno respeto a los derechos humanos y con equidad, sin costo en el punto de atención, como expresión de la garantía del riesgo económico para la salud.

## Provisión de servicios de salud con los más altos estándares de calidad y equidad.

En cumplimiento del Pilar 3, Meta 1: Acceso universal a servicios de salud de calidad equitativos, la Caja de Salud CORDES ha programado brindar a la población asegurada, atención integral con los más altos estándares de calidad y buen trato.

Para el efecto, se renovará el modelo de prestaciones asistenciales, tomando en cuenta los lineamientos del modelo de atención SAFCI, el cual se centrará en la priorización de la prevención de riesgos de la salud y accidentes laborales y prevención de las enfermedades crónicas; se orientará la acción de los médicos y profesionales de la salud a una labor preventiva a nivel individual, familiar y laboral, que permita contribuir efectivamente a la salud y seguridad en el trabajo, con énfasis en un enfoque de derechos que garantice una atención de calidad con respeto a la dignidad de los asegurados.

Se requerirá una oferta de servicios médicos y de enfermería, que permita mejorar la calidad (resolutividad, oportunidad y disponibilidad). Ello implica, fortalecer las instituciones y su capacidad de gestión, organizar sus recursos de manera óptima y mejorar sustancialmente sus procesos de atención, con especial énfasis en la mejora de los procesos de emergencia, hospitalización, consulta externa, otorgamiento de citas, referencias y contra-referencias; así como una apropiada atención de las listas de espera quirúrgica y de procedimientos especializados, que agilicen el acceso a los servicios de los asegurados que los necesitan.

Conscientes del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el perfil epidemiológico de los asegurados, se mejorará la cobertura de los servicios de prestaciones sociales con la implementación y fortalecimiento de

los centros de pares de asegurados con padecimiento de: DIABETIS, CANCER, HIPER TENSION Y CARDIOVASCULARES, CHAGAS Y MENTALES.

Asimismo, se fortalecerá la puesta en uso de la infraestructura sanitaria existente. Se desplegará una estrategia de comunicación orientada a la educación para la salud, con énfasis en los derechos y obligaciones de los asegurados y trabajadores de la Caja de Salud CORDES, el respeto mutuo y la mejora en el trato digno a la población asegurada. Con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los asegurados en el marco del respeto de los derechos humanos y de la dignidad de la persona en el contexto de la “Seguridad Social para todos”, se centrará la atención en identificar los procesos críticos que afectan el buen trato al usuario en las prestaciones asistenciales, con enfoque en los dominios del buen trato; se promoverá la participación de los asegurados y usuarios en la vigilancia de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones. Asimismo, se promoverá la participación de los trabajadores para la mejora de la cultura del buen trato al usuario y se mejorarán los procesos críticos priorizados del sistema de atención que afectan el buen trato al usuario.

Implementar una gestión eficaz y eficiente, transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido

En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en la gestión por resultados, el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y personal de salud.

Se establecerá un código de ética de la función institucional en la Caja de Salud CORDES, que se convierta en el marco de actuación del personal.

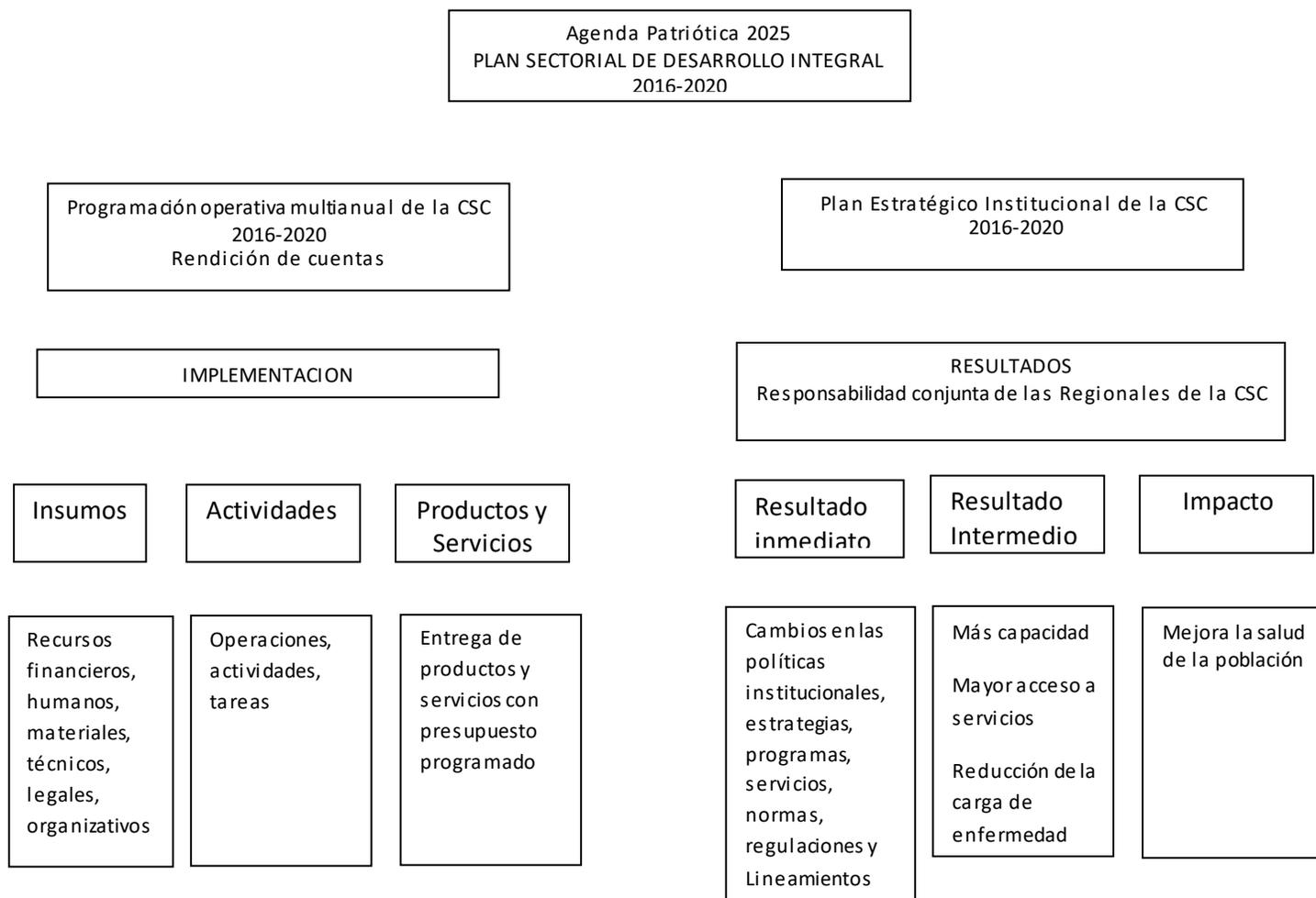
Se implementará una política anticorrupción expeditiva, con procedimientos transparentes, se impulsará el acceso a la información y simplificación administrativa, como mecanismos de transparencia en todas las unidades.

Se contará con un responsable de Audiencias Públicas que incorpore un informe, así como indicadores y metas que permitan evaluar cuánto ha avanzado la institución respecto a la implementación de las políticas nacionales de lucha contra la corrupción y planteará acciones para su prevención y para la investigación y sanción de los actos de corrupción.

Se fomentará la meritocracia, mediante la implementación de una gestión de recursos humanos asistenciales y administrativos basada en competencias. Se implementará una política de fomento y desarrollo de las capacidades y el talento humano mediante programas de capacitación continua, priorizando el respeto mutuo y la mejora en el trato a los asegurados.

Se impulsará la investigación científica y tecnológica en coordinación con los centros de formación, acorde a las necesidades de la mejora continua de la calidad de las prestaciones y a la política institucional.

Visualización de la alineación del PEI 2016-2020 de la Caja de Salud CORDES con las políticas, objetivos y resultados del PSDI 2016-2020



<b>AGENDA PATRIOTICA Pilar 3</b>			
<b>META 1 Acceso Universal a servicios de salud de calidad equitativos</b>			
<b>OE 1 Implementar el Sistema Único de Salud</b>	<b>OE 2 Fortalecer el ejercicio de la rectoría de la autoridad sanitaria</b>	<b>OE 3 Lograr que la población ejerza sus derechos y deberes en salud</b>	<b>OE 4 Mejorar la prevención y control de enfermedades</b>
R 1.1. Sistema Único de información en salud integrado	R 2.1. Marco legal adecuado actualizado	R 3.1. Modelo de gestión SAFCI implementado	R 4.1. Prevención de enfermedades
R 1.2 Modelo de atención SAFCI implementado	R 2.2. Financiamiento sectorial plurianual	R 3.2. Población con estilos de vida saludables	R 4.2. Control de enfermedades
R 1.3 Gestión administrativa eficiente	R 2.3. Establecimientos funcionales de salud	R 3.3. Instituciones de salud saludables	

**PEI CAJA DE SALUD CORDES**

**2016 AL 2020**

<b>OE 1 Extender la cobertura del seguro de salud CORDES a los trabajadores públicos, privados, independientes e informales a nivel nacional.</b>	<b>O.E. 3 Implementar una administración efectiva, transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.</b>	<b>OE. 2 Mejorar la prestación de servicios y los procesos estratégicos, operativos y de apoyo a la gestión de calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios</b>		
<b>POLITICAS</b>				
POLITICA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA	POLITICA DE RECURSOS HUMANOS:	POLITICA FINANCIERA, ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y DE SERVICIOS GENERALES:	POLITICA DE MODERNIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	POLITICA DE PRESTACIONES DE SALUD:
<b>LINEAMIENTOS</b>				
SUFICIENCIA FINANCIERA	DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS GERENCIALES.	DESARROLLO TECNOLOGICO BIOMEDICO Y CLINICO	MEJORAMIENTO DE LA PROVISION DE SERVICIOS	
<b>FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CAPITAL HUMANO.</b>				

## **Competencias de la Caja de Salud CORDES**

De acuerdo a los antecedentes históricos y documentales, la Caja de Salud CORDES, fue creada por Resolución Suprema N° 170488 de fecha 11 de septiembre de 1973, bajo el nombre y denominativo de Seguro Social de Corporación Boliviana de Fomento-CBF.

La Caja de Salud CORDES, es una Institución Descentralizada de derecho público con personería jurídica, autonomía de gestión técnica legal y administrativa con patrimonio propio, encargada de la administración de los Seguros de Salud a Corto Plazo para los trabajadores asegurados y beneficiarios afiliados a la entidad por la vía del Seguro Social obligatorio y voluntario, a nivel nacional.

Su personería jurídica emerge de la Ley 0924 de 15 de abril de 1987, Decreto Supremo 21637 del 25 de junio de 1987, Resolución Administrativa N° 03-026-93 de fecha 6 de julio de 1993 expedida por el Instituto Boliviano de Seguridad Social, Ley N° 1788 de 16 de septiembre de 1997 y Decreto Supremo N° 24855 del 22 de septiembre de 1997.

Tiene por finalidad la gestión y aplicación de los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo instituido por el Código de Seguridad Social, Decreto Reglamentario 05315 de 30 de septiembre de 1959 y disposiciones conexas.

Como Entidad inserta en el Sistema del Seguro Social Obligatorio dentro del **Seguro de Salud de Corto Plazo, con autonomía de gestión, técnica y legal con patrimonio propio, establece un enfoque estratégico, integrado y participativo de planificación con acciones consistentes y un marco de rendimiento para lograr su Misión y Visión.**

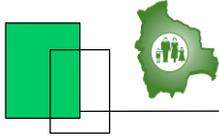
La Caja de Salud CORDES, es parte del Sistema de Seguro social a Corto Plazo en Bolivia y tiene como jurisdicción territorial el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

## **Organización de la Caja de Salud CORDES**

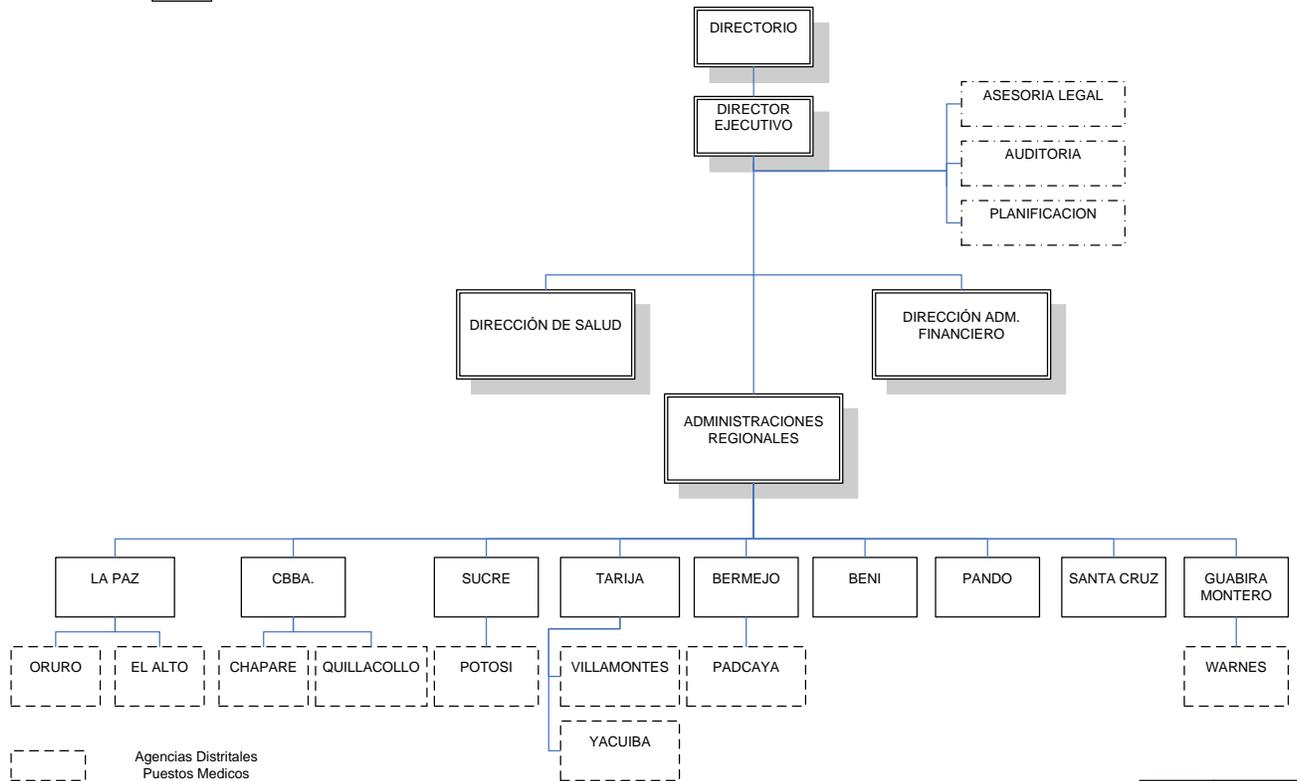
Para el cumplimiento de sus atribuciones, funciones y servicios, la Caja de Salud CORDES salud de Bolivia está organizada en tres ámbitos de gestión: 1) el nacional, que correspondiente a la Oficina Nacional; 2) el ámbito Regional, que corresponden a las administraciones regionales departamentales; 3) y el de las Distritales correspondientes al nivel municipal.

A través de estos tres niveles de gestión provee servicios integrales que garantizan la atención médica y la prevención de los riesgos y daños de la salud de la población asegurada.

# Estructura Nacional



## ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN CAJA DE SALUD "CORDES"



Para el cumplimiento de sus atribuciones, funciones y servicios, la Caja de Salud CORDES, está organizada en tres ámbitos de gestión:

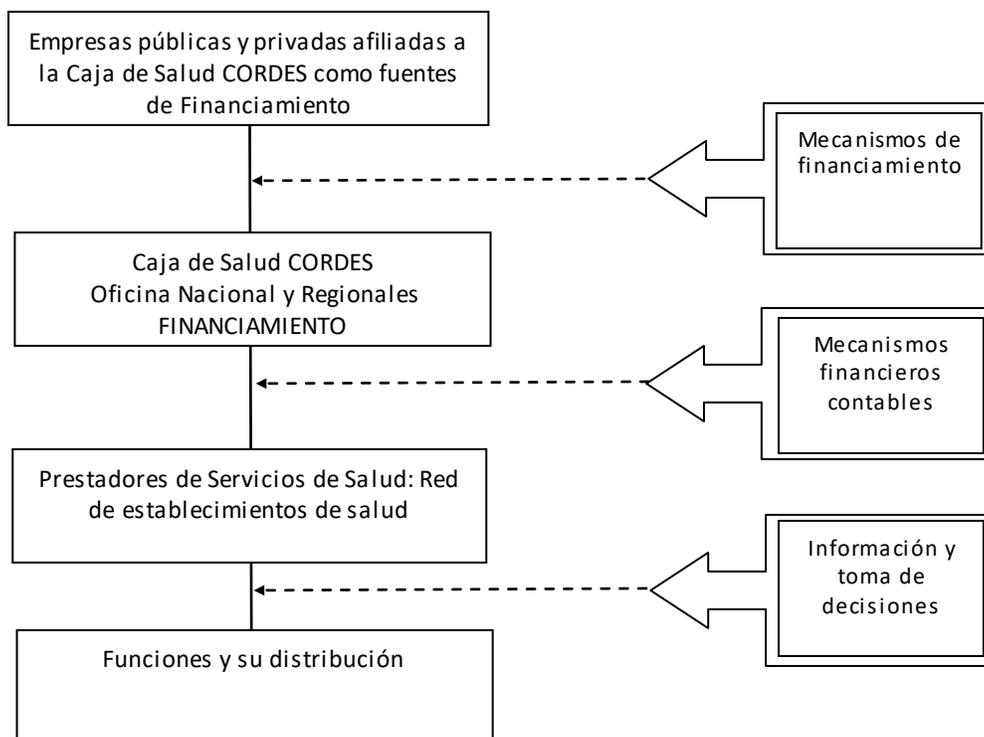
1. El nacional, que correspondiente a la Oficina Nacional.
2. El ámbito Regional, que corresponden a las administraciones regionales.
3. Distritales.

A través de estos tres niveles de gestión provee servicios integrales que garantizan las prestaciones de servicios de salud, prevención y promoción de los Riesgos de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo.

### Funciones de la CAJA DE SALUD CORDES

Dado que el proceso de desarrollo institucional exige como funciones básicas la planificación, el fortalecimiento de los servicios de salud, la rectoría y la gestión del financiamiento, la Caja de Salud CORDES, para el cumplimiento de sus fines desarrolla las siguientes funciones, establecidas en su Estatuto Orgánico:

1. Generar recursos económicos y humanos para garantizar los servicios de salud.
2. Proveer servicios de salud y humanos para garantizar los servicios de salud.
3. Administrar el sistema de seguros de corto plazo
4. Financiación del sistema RECTORIA



## Síntesis de las funciones de la Caja de Salud CORDES

FUNCION	COMPONENTES	RESPONSABLES
Provisión de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de salud</li> <li>• Insumos necesarios</li> </ul>	Clínicas, policlínicos, proveedores de los servicios
Aseguramiento (“pooling”). la garantía de cobertura de los servicios de salud y de acceso a los mismos en caso de necesidad. Generar recursos económicos y humanos para garantizar los servicios de salud	Administración y asignación de los recursos financieros al interior del sistema de salud para garantizar que el riesgo sea compartido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de un conjunto garantizado de prestaciones</li> <li>• Afiliación de usuarios</li> <li>• Compra de prestaciones, pago a proveedores</li> </ul>	Oficina Nacional Regionales

Financiamiento Administrar el Sistema de Seguros de Corto Plazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de fuentes</li> <li>• Colección de recursos</li> <li>• Asignación de recursos al sistema de salud</li> </ul>	Oficina Nacional Regionales Empresas afiliadas
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducción</li> <li>• Regulación</li> <li>• Coordinación y armonización de las otras funciones</li> </ul>	Oficina Nacional de la Caja de Salud CORDES.

La función de financiamiento comprende la determinación de los recursos financieros disponibles en el sistema de salud de la Caja de Salud CORDES, la recaudación de dichos recursos, (cotizaciones), y la distribución y asignación de los flujos financieros dentro del sistema.

Financiamiento a la captación de fondos desde la sociedad (empresas), por parte de la CAJA DE SALUD CORDES como contractualmente responsable del seguro social de corto plazo, por esta finalidad y la identificación de los principales mecanismos de recaudación.

### Funciones específicas:

Funciones
Planificar y elaborar Políticas Institucionales.
Planificar y establecer su Organización Técnico – Administrativo.
Elaborar y aprobar el estado de ingresos y gastos y el Balance
Elaborar y aprobar el POA y presupuesto

Crear o cerrar administraciones regionales
Nombrar, destituir o suspender a las autoridades nacionales.
Promover y ejecutar políticas de fomento, protección y reparación de la salud de los asegurados y beneficiarios dentro de los principios de oportunidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y economía.
Adecuar su funcionamiento de acuerdo a los requerimientos de los servicios y sus probabilidades financieras insertas en su POA y presupuesto.
Estimular y promocionar la capacitación profesional del personal médico, del equipo médico y administrativo conforme programaciones anuales.

Las competencias y los productos que debe generar la Caja de Salud CORDES en función al mandato y funciones que tiene, se visualiza a través del análisis de las competencias, que faculta a la Caja de Salud CORDES Nacional y Regionales a la entrega de los siguientes productos: (normas, servicios y bienes)

Competencias/Atribuciones	Productos		
	Bienes	Normas	Servicios
Formular y aprobar el PEI en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.		PEI	
Ejercer la rectoría nacional para el funcionamiento de la CSC.		Normas de funcionamiento institucional.	
Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado de establecimientos de salud.	Construcción, Ampliaciones, Refacciones, Rehabilitación		Mantenimiento preventivo y reparador
Proveer a los establecimientos de salud, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.	Adquisición de equipos	Normas de equipamiento y uso de equipos	Mantenimiento preventivo y reparador, Adquisición de repuestos, Asesoría en adquisición
Coordinar universidades públicas y otras instancias la capacitación de los recursos humanos.			Programas de capacitación y actualización
Gestionar la acreditación de los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma.		Normas de caracterización y de acreditación	Asesoría técnica en procesos de Acreditación.
Ejecutar los programas de vigilancia epidemiológica en las clínicas y policlínicos.	Adquisición de equipos e insumos para	Planes de los Comités y sub comités de	Capacitación al personal operativo.

	la vigilancia y control epidemiológico	vigilancia epidemiológica.	
Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño del personal.		Guías de Evaluación del desempeño y Normas de supervisión integral, monitoreo	Procesos de evaluación del desempeño.
Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios de salud.		Normas, guías, instrumentos y metodologías de habilitación y certificación de la calidad de establecimientos	

## 2.2. Contribución de la Caja de Salud CORDES al VIVIR BIEN

El Vivir Bien, como concepto milenario sustentado por las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios de América Latina y Bolivia, está vinculado a la relación armoniosa de la vida, con un modo de realización de las personas, desde una vivencia holística, comunitaria y con la naturaleza. El Vivir Bien, constituye el fundamento filosófico de los planes de desarrollo nacional y del sector salud. Está contenida en las políticas del desarrollo nacional a partir del año 2006, como la convivencia complementaria (ayni) con la sociedad y la naturaleza sin desequilibrios respecto de la riqueza y poder, de la pertenencia y responsabilidad con la comunidad, de la preocupación y responsabilidad por los demás, de cuidar a todos los miembros de la comunidad, de cuidar de los niños, mujeres, ancianos y las personas con capacidades especiales.

En este entendido, el PEI de la Caja de Salud CORDES hace parte del sustento del Vivir Bien. Propone un modelo de atención integral a nivel individual, familiar y comunitario, en el que se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes de pares y la solidaridad.

La Caja de Salud CORDES implementa el seguro de salud como alternativa a la mercantilización de la salud, es decir a la reducción del gasto de bolsillo en salud. Se orienta a promover una relación armoniosa de los asegurados trabajadores y sus familias, para la conservación, regeneración preservación de la vida, la salud, el espíritu y el medio ambiente.

En ese marco, el PEI Caja de Salud CORDES 2016-2020, contribuye al sustento del VIVIR BIEN, difundiendo los nuevos conceptos y metodologías de salud, las políticas, estrategias y programas de desarrollo sectorial de acuerdo a los siguientes lineamientos:

1. Contribuye al proceso de transformación del sector salud del país.
2. Asume la determinación social en salud equivalente a la calidad de vida sin exclusiones.
3. Plantea la complementariedad entre el acceso y disfrute del acceso a servicios de salud sin exclusiones y con equidad de los trabajadores asegurados.
4. Garantizar el riesgo económico en salud de los asegurados, que contribuye a la erradicación de la pobreza, desigualdad social y exclusión.
5. Desarrolla, de manera prioritaria, los ejes transversales: inclusión, equidad, calidad, innovación, medio ambiente y gestión de riesgos.

## **III Diagnostico**

### **3.1. Evaluación comparativa de las acciones estratégicas emprendidas Caja de Salud CORDES en el quinquenio 2011-2015**

En cuanto al avance y logros respecto **de programas, proyectos y acciones estratégicas ejecutados en el periodo 2011-2015, se destacan las siguientes actividades:**

- Ampliación de la cobertura del seguro social de corto plazo, posicionándose como cuarto ente gestor en todo el ámbito nacional.
- Construcción de infraestructura sanitaria en todo el país.
- Mejoramiento de la capacidad instalada y de la capacidad de atención en el segundo y tercer nivel de complejidad.
- Mejorada la respuesta institucional frente a enfermedades transmisibles: principalmente rubeola, dengue, influenza A H1N1, fiebre amarilla, etc.
- Fortalecimiento de programa de atención a personas con insuficiencia renal terminal, mediante la compra de servicios de hemodiálisis.
- Vacunación contra el rotavirus para controlar los casos de diarreas y contra el Papiloma virus para controlar el cáncer de cuello uterino.
- Conformación de la estructura de gestión participativa y control social en salud en las regionales.

### **3.2. Resultados alcanzados en el periodo 2011-2015**

El PEI 2011-2015 planteo alcanzar las siguientes metas globales como contribución al cumplimiento de las Metas del sector salud;

- que la población de trabajadores bolivianos, hasta el 2015, acceda en un 60% al Seguro de corto plazo;
- que la población alcance mayor cantidad de años de vida saludables,
- que se reduzcan las tasas de morbi-mortalidad materna –infantil,

### **3.3. Análisis del entorno**

Con la finalidad de compilar información útil del entorno externo que determine el diseño de la estrategia, y así facilitar las decisiones futuras de la Caja de Salud CORDES, se ha visto necesario hacer un análisis de los factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos de impacto en la institución.

#### **Contexto Nacional**

Bolivia, situada en el centro de América del Sur, tiene 9 departamentos y 337 municipios, una superficie de 1.098.581 km<sup>2</sup> y una población estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2010 de 10.426.154 habitantes, 66% urbana y 34% rural. La esperanza de vida al nacer fue de 66,34 años, la tasa de crecimiento demográfico de 2,24% y la tasa global de fecundidad de 3,5 hijos, con diferencias urbano–rurales importantes y la tasa cruda de natalidad de 27,1 nacidos por 1.000

habitantes. La nueva Constitución Política del Estado, organiza el poder público a través de los órganos Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral, y reconoce 36 naciones indígenas y étnicas con sus respectivas lenguas.

Desde el 2006, Bolivia ha registrado una situación económica estable, con tasas de crecimiento del producto interno bruto (PIB) superiores a 4%, y con un ingreso per cápita equivalente a US\$ 4.206 para 2007, pasando a ser considerado un país de ingreso medio bajo. El flujo de divisas –generado principalmente por exportaciones del sector extractivo– ha tenido impacto favorable en las reservas internacionales, las cuales desde 2006 se triplicaron hasta alcanzar cerca de US\$ 10.000 millones en 2010.

El endeudamiento externo se redujo drásticamente de US\$ 5.000 millones en 2003 a US\$ 2,200 millones en 2007. A partir de 2008, la deuda externa comenzó a subir nuevamente a un promedio anual de 9%, debido al financiamiento del Plan Nacional de Desarrollo mediante otros créditos con acreedores nuevos como Venezuela y China, además de la Corporación Andina de Fomento (CAF), el BID y el Banco Mundial. El monto de los nuevos créditos

A partir de 2007 se redujeron los niveles de pobreza moderada y extrema en poco más de 10 puntos porcentuales (de 37,7% en 2007 a 26,1% en 2009) lo que significa que el país estaría a dos puntos de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la pobreza extrema a la mitad de la vigente en 1990. Estos progresos se explican parcialmente por las transferencias monetarias (p. ej. el Bono Juancito Pinto y el Bono Juana Azurduy de Padilla). La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años en 2008 fue de 63 por 1.000 nacidos vivos, una baja considerable frente a la tasa de 75 por 1.000 nacidos vivos registradas en 2003. También aquí se evidencian progresos hacia la meta de 2015.

En el campo laboral, la tasa de desempleo abierto urbano se redujo marcadamente de 7% en 2009 a 5,7% en 2010 (5). El índice de Gini muestra que entre 2006 y 2009 la desigualdad en la población boliviana bajó de 0,59 a 0,51 (en una escala de 0 a 1), aunque persisten altos niveles de desigualdad en las zonas rurales, donde la población indígena es predominante y continúa siendo la más vulnerable.

## **Marco jurídico sectorial**

Dentro de los elementos de mayor impacto político sectorial, se encuentran:

- NUEVA CONSTITUCIÓN POLITICA DEL ESTADO de febrero 2009
- Código de Seguridad Social y su Reglamento Específico.
- Ley 0924 de 15 de abril de 1987,
- Decreto Supremo 21637 del 25 de junio de 1987,
- Resolución Administrativa N° 03-026-93 de fecha 6 de julio de 1993 expedida por el Instituto Boliviano de Seguridad Social,
- Ley N° 1788 de 16 de septiembre de 1997 y
- Decreto Supremo N° 24855 del 22 de septiembre de 1997.
- Decreto Supremo N° 28631 del 8 de marzo 2006.
- Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 (PDES).
- Agenda 2025 y los Objetivos de Salud

- Ley 475 Prestaciones de Servicios de Salud Integral
- Ley N° 777, del 21 de enero 2016 SPIE Sistema de Planificación Integral del estado - PSPI Plan Sectorial de Desarrollo Integral.
- Resolución Ministerial N° 032 de fecha 2-03-16 Lineamientos Metodológicos para la Formulación de Planes de Gestión Territorial Comunitaria para Vivir Bien y para la Formulación de Planes Estratégicos Institucionales PEI

## **Desarrollo económico**

Bolivia es uno de los países menos desarrollados económica y socialmente de América Latina, y en especial de América del Sur. Sus características topográficas, su situación mediterránea, las características de su población, con un alto componente indígena que históricamente ha sido excluida del proceso de desarrollo del país y la debilidad de sus instituciones públicas y privadas, son algunas de las características particulares que explican su realidad de país dependiente del capitalismo central, atrasado y explotado.

Bolivia posee el más bajo IDH de la región, la tendencia de los últimos años es a ir mejorando sus estadísticas sociales, referidas específicamente al alcance e intensidad de la pobreza. Así se reconoce que “la pobreza extrema en Bolivia ha tenido una importante reducción en el último quinquenio. El porcentaje de personas en esta condición ha bajado de 38,2% en 2005 a 26,1% en 2009”. Según los propios autores del informe: “Los últimos años han sido un periodo muy importante para la mejora de las condiciones de vida de la población boliviana. La reducción sostenida de los índices de pobreza, aumento de la cobertura en la educación primaria y secundaria, la disminución de las tasas de mortalidad infantil, la mejora en el estado nutricional de los niños, así como el aumento de la cobertura de partos institucionales son un claro ejemplo de este progreso”. No obstante, a partir del año 2006 aproximadamente se ha verificado un proceso de mejoría, discreta pero estable, en los principales indicadores económicos y sociales del país que permite tener confianza en la posibilidad de que el país comience su difícil pero necesario paso en el camino al desarrollo soberano y sostenible.

Bolivia enfrenta problemas estructurales de carácter crónico, como el alto nivel de desempleo, la falta de empleos formales de calidad y bien remunerados, altos índices de pobreza, envejecimiento poblacional, baja productividad, entre otros. Estos problemas son determinantes para la generación de crisis del modelo de seguridad social de corto plazo actual, por lo que algunos especialistas piensan que, en los próximos años, el sistema de seguros de corto plazo estará en dificultades económicas y no podrá responder a las necesidades de la población.

Si bien la desaceleración económica mundial no tuvo los efectos negativos en Bolivia como en los países de América Latina, durante los años 2014 y 2015, el PIB nacional pronosticado para el 2016 baja hasta el 3%. Esta situación se presenta como un escenario positivo para la creación de nuevas fuentes de trabajo, que repercute favorablemente en el crecimiento de la población asegurada e incorporación al Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, sin embargo, se tienen señales de riesgo de crisis política y de turbulencia e incertidumbre económica para la continuidad del crecimiento de la cobertura poblacional experimentado por la seguridad social de corto plazo hasta el 2015.

Una de las consecuencias más importantes del modelo de inserción mundial basado en los servicios es el comportamiento de enclave y los bajos encadenamientos internos. Esto se traduce en poco empleo por unidad de producto. Adicionalmente, el empleo que más ha crecido en la economía boliviana es el empleo informal, alcanzando casi un 60% del empleo total. La consecuencia principal de este comportamiento es que la calidad de empleo y las condiciones de vida se vean deterioradas para la mayoría de la población empleada.

El nivel educativo promedio de la fuerza de trabajo ocupada es el primario. Se observa una relación inversa entre el nivel educativo y nivel de empleo, es decir, los grupos con mayor nivel educativo registran mayor desempeño. Esta tendencia es más pronunciada en los hombres que en las mujeres. Esta situación puede llevar a los jóvenes a preguntarse para qué estudiar y capacitarse, convirtiéndose en un incentivo para emigrar, privándose al país de recursos humanos de calidad.

## Demografía

### **BOLIVIA: POBLACIÓN, SUPERFICIE Y DENSIDAD DE POBLACIÓN POR CENSO, SEGÚN DEPARTAMENTO, CENSO INE 2012**

<b>TOTAL</b>	<b>10.027.254</b>
Chuquisaca	576.153
La Paz	2.706.351
Cochabamba	1.758.143
Oruro	494.178
Potosí	823.517
Tarija	482.196
Santa Cruz	2.655.084
Beni	421.196
Pando	110.436

La población se caracteriza por su baja densidad (9,7 habitantes por km<sup>2</sup> a nivel nacional) y su desigual repartición dentro del territorio boliviano debido a la migración desde el área rural hacia las ciudades: más del 70% de la población total vive en los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, y la densidad poblacional en departamentos como Beni y Pando es de 2,1 y 1,3 habitantes por km<sup>2</sup> respectivamente.

Por otra parte, Bolivia se caracteriza por tener una población joven: el 64% tiene menos de 30 años y solo el 4% tiene más de 65 años según las proyecciones del INE para el 2010. De la población de mujeres, más de la mitad se encuentra en edad fértil.

El país se encuentra en fase de transición demográfica, caracterizada por una disminución de la natalidad e incremento de la esperanza de vida, resultando en un envejecimiento de la población: la tasa global de fecundidad mostró un importante descenso en los últimos años, pasando de 4,8 hijos por mujer en 1994 a 3,5 en 2008

(Fuente: ENDSA 1994 y 2008), mientras que la esperanza de vida al nacer entre 1990 y 2007 pasó de 59 años a 67 años para ambos sexos (Fuente: OMS 2002 y 2009).

Sin embargo, la transición demográfica no es generalizada a todo el territorio, ya que las disparidades entre las diferentes regiones y áreas del país son grandes.

### **Análisis de salud de la población boliviana**

El análisis de la situación de salud de la población, en conformidad con el marco conceptual establecido por el MS, parte del enfoque de las determinantes de la salud y de sus consecuencias en el perfil epidemiológico de los grupos sociales. Se asume la descripción de la situación demográfica, en base a la información suministrada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), las bases de datos, estudios y publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las Encuestas de Demografía y Salud (ENDSA) y las encuestas MECOVI.

### **Salud materna y reproductiva**

Se toma la información del último ENDSA (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008) El 90% de las mujeres con nacimientos en los cinco años previos a la encuesta recibió atención prenatal de un médico (77%), una enfermera (9%) o un auxiliar de enfermería (4%). Una proporción muy reducida (0,2%) recibió atención prenatal de otras personas y un 10% no tuvo atención.

Medico	enfermera	Aux. de enfermería	Otros	Sin atención
77%	9%	4%	0.2%	10%

En cuidado de parto, 71% fue asistido por personal de salud calificado –médico o enfermera.

En cuanto al lugar de atención del parto, 68% aconteció en establecimientos de salud (57% sector público, 11% sector privado) y 32% tuvo lugar en el domicilio.

En la atención postnatal, 15% reportó no haber recibido atención postnatal luego del nacimiento del último hijo. Si se consideran únicamente los nacimientos más recientes que no ocurrieron en establecimientos de salud, 46% carecieron de atención postnatal.

En planificación familiar, los tres métodos más utilizados entre las mujeres fueron la abstinencia periódica (14,1%), la inyección (7,4%) y el DIU (5,6%). Un 58% no utilizó ningún método y 14,9% acudió a otros métodos. El 20,2% de las mujeres unidas legal o consensualmente declaró necesidad insatisfecha de planificación familiar.

### **Salud infantil y de los adolescentes**

Las infecciones respiratorias agudas IRAs afectaron al 20% de menores de 5 años. El grupo de edad más afectado fue el de 6 a 11 meses de edad, con una frecuencia de 25,9%. El mayor porcentaje con tratamiento en servicios de salud correspondió al

mismo grupo de edad con 59,4%. Respecto a las diarreas, entre 2003 y 2008 los casos ocurridos en las 2 semanas precedentes a la encuesta ENDSA fueron más frecuentes en el grupo de edad de 12 a 23 meses con 40,4%, lejos del grupo de 2 a 5 años con solo 4,4%. Según residencia, en zonas rurales la frecuencia fue 29,1% y en urbanas 23,6%. En 2008, 60% de los menores de 6 meses recibieron leche materna en forma exclusiva.

El grupo etario de 10 a 19 años representa 23% del total de la población. En 2008 el porcentaje de mujeres adolescentes con antecedentes de algún embarazo llegó a 17,9% –4,3% en quienes tenían nivel de estudios superior y 32% en quienes solo tenían educación primaria. Se observaron diferencias marcadas en la proporción de embarazo de adolescentes en áreas rurales (25%) y en áreas urbanas (14%), y también entre las pertenecientes a los quintiles de mayor (31%) y menor (7,8%) pobreza. Los adolescentes constituyen uno de los grupos objetivo en la prevención del VIH/sida. Si bien en este grupo de población 24% de las mujeres y 28% de los hombres tienen un conocimiento integral del VIH/sida, esos promedios esconden diferencias según el nivel educativo, ya que es de solo 8,7% para mujeres con educación primaria y de 49,9% en las que tienen educación superior. El conocimiento acerca de VIH/sida por parte de los jóvenes es mayor en áreas urbanas.

### **Salud de los adultos mayores**

En 2010 Bolivia contaba con una población de 721.039 adultos mayores que representaban 6,9% de la población nacional, con un índice de envejecimiento de 20,09. Las personas adultas mayores tienen ingresos inferiores al resto de los grupos de edad y 20,7% no percibe ningún ingreso, es decir que una de cada cinco personas está en situación de dependencia. Además, 79,3% tiene un ingreso de fuentes como prestación de servicios, intereses de ahorros y pensiones. En este grupo se incluye a las personas que perciben la Renta Dignidad.

La incidencia de la pobreza en este grupo es elevada, ya que 34,5% de las personas de 60 años y más se encuentran bajo la línea de pobreza y 37,2% bajo la línea de indigencia.

La baja cobertura de seguridad social incide en el hecho de que las personas de 60 años y más deban continuar trabajando. El número de personas afiliadas al Seguro de Salud para las Personas Mayores (SSPAM) en 2010 fue de 205.363 (28,48% del total).

### **Mortalidad**

En Bolivia la tasa bruta de mortalidad 2005–2010 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) fue de 7,29 muertes por 1.000 habitantes. En 2008 el país continuó con una de las tasas más altas de mortalidad infantil en América Latina, aunque entre 2003 y 2008 registró una reducción 54 a 50 fallecimientos de menores de un año por 1.000 nacidos vivos. El componente de mortalidad neonatal fue de 27 por 1.000 nacidos vivos, representando más de 50% de la mortalidad infantil y 42,8% de la mortalidad en menores de 5 años en 2008, grupo en que la tasa llegó a 63. La mortalidad infantil fue de 36 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 67 en las rurales, mientras que la de menores de 5 años fue de 43 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 87 en las rurales. La razón de mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores a la ENDSA 2008 (período 2003–2008) fue de 310 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

## **Morbilidad**

### **Enfermedades transmisibles**

#### **Enfermedades transmitidas por vectores**

En 2009 Bolivia sufrió la mayor epidemia de dengue registrada desde la década de los ochenta. Incidió en 130 municipios del país, notificándose más de 84.000 casos sospechosos y 7.421 confirmados, y notificándose además 25 defunciones por dengue severo. Dos terceras partes del total de casos y 69% de las muertes ocurrieron en departamento de Santa Cruz. En 2010 se reportaron cuatro muertes en brotes esporádicos ocurridos en 12 municipios, con una disminución de casos de 93% con relación a 2009.

Bolivia emitió en 2006 la Ley de Chagas N° 3.374, la cual derivó en acciones de control vectorial en los 168 municipios donde es endémica. En 2007 se logró reducir los índices de infestación por *Triatoma infestans* de 55% a una cifra residual de 3,2% como promedio nacional. El departamento de La Paz ha bajado el índice de infestación en el intra y peridomicilio de 45,4% y 46% –respectivamente– en 2003 a 0,4% y 0,9% en 2010. En junio de 2011 la Comisión Internacional de Evaluación de Enfermedad de Chagas declaró la interrupción de la transmisión vectorial de *T. cruzi* y *T. infestans* en el departamento de La Paz.

Los casos de malaria durante el período 2006–2010 se redujeron en 27%. En 2010, el 77% (10.062 de 13.769) de los casos confirmados de malaria procedieron de la zona amazónica del país que comprende todos los municipios de Pando, y los de Riberalta y Guayaramerín del Beni e Ixiamas del departamento de La Paz. En cuatro municipios (Guayaramerín, Sena, Riberalta y Santos Mercado) se concentra más de 75% (7.952 de 10.062) de los casos. Nueve por ciento de los casos totales del país fueron atribuidos a malaria por *Plasmodium falciparum*, de los cuales 99% provienen de la zona amazónica; la malaria urbana solo se registra en el municipio de Guayaramerín. En el período no se registraron muertes atribuidas a malaria, aun cuando en 2010 hubo más de casos que en 2009, lo que posiblemente se deba al mayor acceso a diagnóstico y tratamiento y a la mejor calidad del sistema de notificación.

Bolivia redujo los casos de malaria en 56% durante el período 2000–2010, cumpliendo satisfactoriamente con las metas de la alianza Hacer Retroceder el Paludismo y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la carga de la enfermedad al menos en 50% para 2010 y en 75% para 2015. Estos buenos resultados se debieron principalmente a la introducción de medicamentos combinados con derivados de la artemisina ACT y al uso en gran escala de mosquiteros impregnados de insecticida.

En 2010 en el país se diagnosticaron 1.810 casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, con una tasa de 17,36 por 100.000 habitantes en siete de los nueve departamentos. El departamento de La Paz registró 863 casos distribuidos en 20 municipios; 55% de los casos se concentraron en tres municipios y 85% en comunidades menores de 1.000 habitantes. Informes no oficiales indican la presencia de leishmaniasis visceral en la provincia Germán Busch, departamento de Santa Cruz.

## Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde 2006 aumentó de 11 a 13 el número de vacunas del programa nacional, las cuales en 2011 se aplican contra diarreas por rotavirus; poliomielitis; tuberculosis; difteria; tos ferina; tétanos; hepatitis B; enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b; "sarampión, rubéola, parotiditis" y fiebre amarilla –que se administra también a poblaciones adultas en riesgo. Además, se administra la doble contra difteria y tétanos a mujeres y hombres de 15 a 39 años. También forman parte del esquema regular las vacunas contra la influenza, las cepas de virus estacional y de A H1N1, ahora estacional.

Adicionalmente, se introdujo como experiencia piloto la vacuna contra el virus del papiloma humano para niñas de 9 a 13 años de edad, y se solicitó y consiguió un subsidio para introducir la vacuna anti-neumocócica para 2013. En 2010 se lograron coberturas de 90,4% para BCG; 80% para la tercera dosis contra la poliomielitis; 80,4% para la tercera dosis de pentavalente, y 79,4% para la triple viral aplicada a niños de 12 a 23 meses. En el quinquenio 2006–2010 la tasa de parálisis flácida aguda en menores de 15 años varió de 1,05 a 1,08 por 100.000, tasa que a partir de 2007 presentó una tendencia ascendente. En el mismo período la proporción de casos sospechosos de sarampión/rubéola investigados antes de las 48 horas fue superior a 98%. Desde 2001 no hubo casos confirmados de sarampión y la última campaña de seguimiento se realizó en 2007, cuando se alcanzó una cobertura mayor a 95% en todos los municipios del país. Dicha campaña se realizó con la vacuna sarampión/rubéola (SR). El último caso de rubéola presentado en el país corresponde a la semana 3 de 2006. Desde ese año se notificaron en promedio uno o dos casos anuales de tétanos neonatal. Los casos de fiebre amarilla se redujeron drásticamente. En mayo de 2007 se realizó la Campaña Nacional de Vacunación contra la fiebre amarilla, con una meta de 4.750.250 hombres y mujeres de 2 a 44 años de edad, y se alcanzó una cobertura de 85,6%.

La vigilancia de tos ferina no está implantada en el país, pero se mejoró el diagnóstico de laboratorio. Si bien desde 2004 no se informaron casos sospechosos de difteria en el país, entre mayo y agosto de 2010 se confirmaron cuatro casos de esta enfermedad en los departamentos de Tarija y La Paz. En octubre de 2005 empezó la vigilancia centinela de diarreas graves por rotavirus en niños hospitalizados menores de 5 años de edad.

## Zoonosis

En 2006 el MSD encaró un plan de control de la rabia que para 2010 había conseguido reducir sustancialmente la incidencia de rabia humana y canina. No obstante, para la segunda semana de octubre de 2011 el número de casos de rabia humana había aumentado, con dos fallecimientos en la ciudad de Cochabamba y uno en la ciudad Sucre, y se habían registrado 205 casos de rabia canina en todo el país. Esta incidencia –casi similar a la de 2008- han llevado al Ministerio de Salud a fortalecer e incrementar las acciones de control de esta zoonosis.

En 2010 en una comunidad de Potosí se hizo un estudio sobre hidatidosis que incluyó 1.268 tests ecográficos, de los cuales 4,1% resultaron positivos, y simultáneamente se colectaron 264 muestras de heces de perros, de las cuales 23,9% fueron positivas. En

2009 se registraron 22 casos de hantaviriosis con 4 fallecidos y una tasa de letalidad de 18%, mientras que en 2010 los casos notificados fueron 14 y 4 los fallecidos (28% de letalidad). Los casos se registraron en los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz y Tarija. En 2010 se registraron 49 casos de leptospirosis en 7 departamentos del país.

### **Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza**

Respecto a la fiebre hemorrágica boliviana, en 2006 provocó la muerte de cuatro personas, en 2007 dos personas y entre 2008 y 2010 otras tres personas. Las defunciones ocurrieron en la zona endémica del departamento del Beni.

En un estudio sobre geohelmintiasis realizado en una población guaraní del Chaco, de una muestra de 491 personas 84% dieron positivo. Los parásitos diagnosticados fueron *Blastocystis hominis*, *Hymenolepis nana*, *Ascaris lumbricoides* y *Strongyloides stercoralis*.

#### **VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual**

La epidemia de VIH/sida en Bolivia se concentra en grupos vulnerables (gays, bisexuales y travestis [GBT] y otros hombres que tienen sexo con hombres [HSH]) y en la población de nivel socioeconómico bajo. La prevalencia en población GBT y HSH es de 12,7% y en trabajadoras sexuales de 0,4%.

En 2010 había 6.176 casos registrados, con una prevalencia en población general fue de 0,05%, equivalente a 59 casos por 100.000 personas. Según las estimaciones presentadas por el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida a UNGASS2 2008–2009, en el país hay unas 12.000 personas con VIH/sida. En jóvenes de 20 a 24 años se estimó una prevalencia de 0,02% y en mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba de VIH, 0,16%. El 89% de los casos detectados fueron en tres departamentos del país. La razón hombre/mujer es de 2 a 1, en tanto la distribución proporcional por edad muestra que 6 de cada 10 personas con VIH/sida tienen entre 15 y 34 años. El registro de casos de VIH/sida en el país refleja un aumento paulatino, influido probablemente por una mejor notificación y por la utilización creciente de la prueba rápida de VIH.

En 2008 los servicios para infecciones de transmisión sexual registraron una tasa de morbilidad por sífilis y úlcera genital de 43,7 por 100.000 habitantes. Por su parte los Centros de Vigilancia y Referencia Epidemiológica informaron las siguientes tasas de ITS para 2007: Clamidias (10,5%), Tricomonas (4,6%), sífilis (2,6%) y gonorrea (0,5%). La infección por sífilis congénita es un importante problema de salud pública y, según el estudio de Population Council de 2004, afecta a 7,2% de las mujeres embarazadas y al 11 por 1.000 recién nacidos vivos.

### **Tuberculosis**

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública. La incidencia de la tuberculosis en todas sus formas fue 76,1 por 100.000 habitantes, la pulmonar 59,9 y la pulmonar con baciloscopía positiva (BAAR [+]) disminuyó desde una tasa de 80,1 por 100.000 habitantes en 2001 a 53,8 en 2010. Tal descenso podría estar parcialmente influido por el sub-registro y la baja detección de casos. Los departamentos de Santa Cruz, Pando, Tarija y Beni presentaron tasas de incidencia acumulada de TB BAAR (+) superiores al promedio nacional. Del total de casos de tuberculosis en todas sus

formas, 81,29% fueron pulmonares y de estos, 70,5% correspondieron a TB BAAR (+). Las mayores tasas de incidencia acumulada específicas por edad y sexo se presentaron en pacientes masculinos por encima de 55 años y en el grupo de 15 a 25 años, lo que indica persistencia de la transmisión del bacilo en la comunidad. Los estudios mostraron resistencia general en 16,2%. La tasa de incidencia de TBP BAAR (+) en recintos penitenciarios a nivel nacional en 2008 fue de 437 por 100.000 reclusos. Recientemente se han iniciado acciones colaborativas entre los programas nacionales de tuberculosis y VIH para conocer los niveles de coinfección. En 2009, 51% de los pacientes reconocidos con coinfección VIH/TB recibieron tratamiento.

### **Enfermedades gastrointestinales**

En 2006 se diseñó un plan piloto para tratar la fascioliasis mediante el uso masivo del triclabendazole (TCZ). En 2008 se aplicó este plan en una comunidad Aymara del altiplano norte de La Paz que demostró el uso seguro del TCZ en poblaciones con cargas altas de fasciola. En 2008 se iniciaron desparasitaciones masivas con 71.456 personas, en 2009 con 223.946 personas y en 2010 con 106.936 personas.

### **Enfermedades transmitidas por los alimentos**

En 2010 en 53 muestras de alimentos colectadas en los departamentos de La Paz y Tarija se detectó la presencia de Escherichia coli productora de toxina Shiga, responsable del síndrome urémico hemolítico.

### **Enfermedades crónicas no transmisibles**

Según datos del SNIS para 2010, el 60% de la producción de servicios sanitarios del sistema público fue dirigida a atender las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, neoplasias y osteoarticulares), algunos de sus factores de riesgo como sobrepeso y obesidad y consumo de tabaco y trastornos de salud mental y neurológicos priorizados, como los derivados del consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas, episodios depresivos, ansiedad y epilepsia.

### **Enfermedades cardiovasculares**

El 49,2% de la población mayor de 20 años de edad atendidos en hospitales urbanos y rurales presentó algún grado de hipertensión arterial.

### **Neoplasias malignas**

De acuerdo a la ENDSA 2008, el cáncer cérvico-uterino tuvo una de las tasas más elevadas de prevalencia (22 por 100.000). Los cánceres de órganos digestivos alcanzaron a 4,6 por 100.000 y los relacionados con órganos genitales masculinos 3,5 por 100.000. La tasa de mortalidad por neoplasias fue de 57,4 por 100.000 habitantes para hombres y 89,7 para mujeres. Durante los primeros seis meses de 2011 el SNIS registró un total de 1.956 casos de cáncer cervicouterino y 6.125 casos de otros tipos de cáncer (2.302 en varones y 3.823 en mujeres). De acuerdo al SNIS, el número de mujeres que se hicieron prueba de papanicolaou durante 2009 y 2010 fue de 336.644 y 344.893 respectivamente, y durante este último año 54% correspondió al sector

público, 19% a organismos no gubernamentales, 17% a la seguridad social, 6% a la iglesia y 4% al sector privado y fuerzas armadas.

### **Diabetes**

La prevalencia de hiperglicemia en ayunas (igual o mayor a 126 mg/dl) llegó a 7,3% en la población mayor de 20 años.

### **Enfermedades nutricionales**

En 2008 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad fue de 27,1%, es decir 5 puntos porcentuales menos en relación a 2003. Según grupos de edad, la desnutrición crónica tiende a aumentar con la edad, con una tasa de 9,4% hasta los 6 meses de edad y de 35,4% entre los 24 y 35 meses de edad. Los niños que viven en áreas rurales presentaron un retraso de la talla para la edad de 38,6% frente a 17,2% en los niños urbanos. De igual modo, en niños de madres con menor escolaridad la prevalencia de baja talla para la edad fue de 50,9%, mientras que en niños de madres con mayor escolaridad alcanzó a 9,2%. Asimismo, en el quintil de mayor pobreza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años llegó a 46%, y en el quintil de menor pobreza apenas a 6,5%.

Entre 2003 y 2008 la prevalencia de anemia aumentó de 51% a 61,3%. En ese último año la prevalencia fue de 83,1% en niños de 12 a 17 meses y de 53,6% en niños de 2 a 5 años de edad. Los niños de áreas rurales tuvieron una prevalencia de 67,6%, superior a la de los niños de áreas urbanas (55,7%). En población con bajos niveles educativos y quintiles de mayor de pobreza se constató mayor frecuencia de anemia. Para las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) la prevalencia de anemia subió de 33,1% en 2003 a 38,3% en 2008. Un 49,7% de la población presenta sobrepeso u obesidad, mientras que solamente 48,3% tenía un índice de masa corporal (IMC) en límites normales y apenas 2% por debajo del IMC normal.

## Accidentes y violencia

La ocurrencia de accidentes registra una tendencia al incremento en los últimos años. En 2005 la tasa de traumatismos causados por hechos de tránsito fue de 117 por 100.000 habitantes y en 2009 pasó a 126 por 100.000.

La violencia en todas sus expresiones constituye un serio problema de salud pública. Según datos de la Policía Boliviana, los homicidios y asesinatos mostraron una tendencia creciente de 2006 a 2010, con una tasa de mortalidad que subió de 5,4 por 100.000 habitantes en 2006 a 8,7 en 2010. Las formas de violencia más frecuentes fueron el maltrato a menores y la violencia doméstica. Según datos de la ENDSA 2008, casi la mitad (47%) de las mujeres casadas o unidas fueron víctimas de algún tipo de violencia doméstica ocasionada por la pareja u otra persona. De ellas, solo 9% buscó ayuda institucional. La violencia psicológica contra mujeres de 15 a 49 años de edad llegó a 40% y la violencia física o sexual representó 24%. La tasa de delitos de violencia sexual en adolescentes fue de 14,69 por 100.000 habitantes. La frecuencia de esos delitos fue ocho veces superior en mujeres.

## Salud oral

Las acciones preventivas de fluorización, aplicación de sellantes y de carioestáticos entre 2006 y 2010 cubrieron 12,64% de la población.

## Sistema de salud en Bolivia

El Sistema Nacional de Salud está caracterizado por su fragmentación y segmentación, que ocasiona profundas distorsiones no solamente en el sistema nacional en su conjunto, sino también al interior del subsector público y del subsector del seguro social obligatorio a corto plazo, distorsiones que finalmente se traducen en la ineficiencia del sistema y en la generación de grandes desigualdades, inequidades y discriminación en salud. Dentro de los factores internos de la exclusión social en salud, es decir la forma como se organizan los sistemas de salud, la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud es la causa más importante de la exclusión en salud.

En el subsector de la seguridad social a corto plazo cada Ente gestor, mantiene la autonomía de gestión, con Recursos Económicos y Patrimonio Propio.

Sistema Nacional de Salud																				
Sub Sector Publico					Sub Sector de la Seguridad de Corto Plazo								Sub Sector Privado							
SUMI	SPAM	SES EL ALTO	SUSAT	SUSABENI		Caja Nal. De Salud	Caja Petrolera	Caja Banca Privada	Caja CORDES	Caja de Caminos	Caja Banca Estatal	COSMIL	Seguros Universitario	Seguros Delegados		ONG's	Iglesias	Privados	Medicina Natural	Medicina Alternativa

## Caracterización del sistema de salud boliviano

<b>Bolivia: sistema mixto regulado</b>	Coexistencia de diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios, con regulación pública explícita y grados variables de integración.
	La Seguridad Social a Corto Plazo juega un rol importante y es administrada por entes gestores públicos y privadas.
	El Subsistema privado bien desarrollado tanto en la provisión como en el aseguramiento, que funciona principalmente a través de planes de prepago.
	Subsistema público a corto plazo orientado a la población de ingresos bajos y medios
	Aseguradores privados orientados a la población de ingresos medios y altos.
	Clara separación de las funciones de aseguramiento y provisión y desarrollo de la función rectora en un organismo especialmente dedicado a esas funciones.
	La existencia de un conjunto explícito de prestaciones garantizadas es uno de los ejes sobre los cuales opera el sistema.
	• Alto grado de descentralización con participación de los niveles sub nacionales de gobierno en la rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión.

## La seguridad social en Bolivia

Bolivia es considerada uno de los países tardíos en brindar protección de Seguridad Social. Este atributo surge porque recién en 1956 se logra el universalismo estratificado de cobertura a los trabajadores de los riesgos de invalidez, vejez y muerte, en comparación con otros países de América Latina.

<b>Razón social</b>	<b>Cómo son</b> características, tipo de relación, roles y responsabilidades	<b>Qué opinan sobre el sector</b> Responde a las demandas de los integrantes y cuáles son sus limitaciones.	<b>Qué esperan del sector</b> Resultados, propuestas Expectativas
<b>Instituciones del Seguro Social de Corto Plazo</b> - INASES. Instituto Nacional de Seguros en Salud. - Seguro Social Obligatorio (SSO) de Corto Plazo: administrado por los	- El INASES es la Entidad descentralizada, encargada de normar, implementar, monitorear, evaluar las actividades que realizan las Cajas de Salud.	- No reconocen la rectoría del MSyD. - No hay una coordinación fluida entre los correlatos jerárquicos, intermedios. - Hay coordinación	- Tienen un sistema de información propio. - Responden sí mismas.

<p>entes gestores del Seguro social,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las cajas que integran este subsector son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caja Nacional de Salud</li> <li>- Petrolera</li> <li>- De Caminos</li> <li>- Banca Estatal</li> <li>- Banca Privada</li> <li>- Universitaria</li> <li>- COSSMIL</li> <li>- De seguros delegados como el de COTEL</li> </ul> </li> <li>- Seguro Social Largo Plazo y el Seguro Voluntario: administrado por las Administradoras de los Fondos de Pensiones (AFP's).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las Cajas de Salud cubren las prestaciones en servicios, especie y dinero y supervisan el cumplimiento de las asignaciones familiares, tienen su sede en la ciudad de La Paz y se desconcentran geográficamente en Administraciones Regionales y Agencias Distritales.</li> <li>- Las AFP's son instituciones financieras privadas, encargadas por el Estado para administrar el fondo de capitalización individual, compuesto por los aportes propios de los trabajadores.</li> </ul>	<p>local puntual para temas operativos como es el PAI, VIH/SIDA y el SSPAM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionan la implementación de un Seguro Único de Salud.</li> <li>- No asumen el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural</li> </ul>	
---	---	--	--

### **El seguro social obligatorio a corto plazo.**

La seguridad social a corto plazo constituye un sector del sistema de salud de Bolivia. Esta bajo la responsabilidad de los Entes Gestores que se definen como instituciones descentralizadas de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a Corto Plazo (Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales).

### **EVOLUCION DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL**

<b>Año</b>	<b>Población protegida</b>	<b>Población total Bolivia</b>	<b>% de cobertura</b>
1956	425,027	3.070,434	13.8%
1966	514,256	3.834,333	13.4%
1972	759,044	4.421,130	17.2%
1976	1,029,006	4,878,792	21.1%
1983	1.589,307	5.674,755	28.0%
1987	1.245,593	6.145,185	20.3%

1997	1.900,518	7.619,081	24,9%
2005	2.629.231	9.427.219	27.9%
2006	2.796.842	9.627.269	29.1%
2007	3.018.272	9.827.522	30.7%
2008	3.066.598	10.027.644	30.6%
2009	3.131.733	10.227.300	30.6%
2010	3.617.293	10.426.155	34.7%
2011	3.647.093	10.624.495	34.3%
2012	3.964.983	10.027.254	39.5%

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD**

**EVOLUCION DE LA POBLACIÓN ACTIVA COTIZANTE 1956 - 1996**

GESTION	POBLACIÓN ACTIVA AFILIADA	INDICE DE CRECIMIENTO	PORCENTAJE CRECIMIENTO PERIODO
1956	113.897		
1966	125.571	110.2	10.2
1976	258.119	226.6	105.6
1986	318.552	279.7	23.4
1996	396.157	347.8	24.4

**EVOLUCION DE LA POBLACION COTIZANTE ACTIVA 2006 – 2012**

GESTION	ASEGURADOS ACTIVOS COTIZANTES	INDICE DE CRECIMIENTO	PORCENTAJE CRECIMIENTO ANUAL
2006	694.418	100.0	
2007	764.970	110,2	10,2
2008	790.768	113,9	3,4
2009	816.446	117,6	3,2
2010	1.033.693	148,9	26,6
2011	1.115.001	160,6	7,9
2012	1.250.786	180,1	12,2

Como se observa en los tres cuadros anteriores, la cobertura aumentó en todos los años respecto al año 1956, excepto en la década 1983-1997, periodo en el que se implantan las políticas sociales neoliberales. Para los años siguientes se produce una recuperación en los niveles de cobertura, llegando en el año 2012 al nivel más alto en el período analizado, representando un 40% del total de ocupados.

**EVOLUCION DE LA POBLACIÓN AFILIADA DE RENTISTAS Y DERECHO HABIENTES  
GESTIONES  
1956 – 2012**

GESTION	POBLACIÓN AFILIADA	INDICE DE CRECIMIENTO	PORCENTAJE CRECIMIENTO
1956	7.361	100,0	
1966	24.699	335,5	235,5
1976	44.940	610,5	82,0
1986	82.223	1.117,0	83,0
1996	124.749	1.694,7	51,7
2006	145.569	1.977,6	16,7
2012	159.918	2.172,5	9,9

En el periodo 1956-2012 en Bolivia se ha dado un crecimiento en la población cotizante.

Este crecimiento de los afiliados cotizantes, además de reflejar un mercado de trabajo en el que se crean nuevos puestos, puede también estar indicando un cambio hacia un empleo protegido para aquellas personas que ya estaban desempeñando una tarea dentro del sector informal. En ese sentido la evolución de la cantidad de personas ocupadas según el INE parece confirmarlo. Mientras la cantidad de ocupados aumentó un 16,7% en el año 2006, en el 2012 se bajó a 9,9% que podría deberse a la evasión de los últimos años.

### Desarrollo y cobertura de los entes gestores

Los entes gestores tienen diferente grado de desarrollo, administración y gestión propios, están dirigidos a diferentes segmentos de la población boliviana y con una cobertura formal amplia al haberse abierto el campo de aplicación, también diferente, según se muestra en la tabla siguiente:

#### **COBERTURA FORMAL DE LOS ENTES GESTORES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO A CORTO PLAZO. GESTIÓN 2015**

ENTE GESTOR	COBERTURA		SEGMENTOS DE LA POBLACIÓN QUE PROTEGE
	CIFRAS ABSOLUTAS	%	
Caja Nacional de Salud	2,965,626	73.9	Empleados públicos y de empresas privadas (maestros, trabajadores del subsector público de salud, fabriles, mineros, etc.).
Caja Petrolera de Salud	274,565	6.8	Trabajadores y empleados petroleros, trabajadores de algunas empresas privadas.
Caja de Salud de la Banca Estatal	7,288	0.2	Trabajadores bancarios del ex Banco del Estado
Caja de Salud de la Banca Privada	94,331	2.4	Trabajadores de los Bancos Privados
Caja de Salud de Caminos	66,744	1.7	Trabajadores del ex Servicio Nacional de Caminos, trabajadores de la ABC
Caja de Salud CORDES	103,196	2.6	Ex trabajadores de las Corporaciones de Desarrollo y otros sectores
SINEC	14,743	0.4	Trabajadores de la Gobernación de Santa Cruz
Seguro Social Universitario (8 Universidades)	370,818	9.2	Docentes y trabajadores administrativos de las universidades públicas
Seguros Médicos Delegados	31,732	0.8	Diferentes grupos poblacionales
COSSMIL	82,113	2.0	Militares y trabajadores del Ministerio de Defensa
<b>TOTAL</b>	<b>4,011,156</b>	<b>100.0</b>	<b>Población bajo régimen patronal</b>

**Fuente:** Anuario Estadístico INASES 2015.

La Caja Nacional de Salud es el mayor ente gestor con una cobertura formal del 76.9% del total de asegurados por el régimen del seguro social a corto plazo. La Caja de Salud de la Banca Estatal (0.1%) y el SINEC (0.3%) son los entes gestores de menor cobertura en el subsector de la seguridad social a corto plazo. En la Caja Nacional de Salud, cerca del 60% de la población asegurada pertenece a los empleados de la administración pública, el resto de afiliados pertenecen a empresas privadas.

## **Financiamiento**

El financiamiento del Seguro Social Obligatorio a corto plazo inicialmente estaba compuesto por recursos provenientes de los aportes patronal, laboral y estatal y comprendía tanto el seguro social a corto plazo como el de largo plazo. El Sistema de Seguridad Social, con la promulgación de la Ley 924 de 14 de Abril de 1987 y su Reglamento Decreto Supremo 21637 de 25 de Junio de 1987, sufre un cambio trascendental, estableciendo la disgregación del sistema; por una parte el Seguro a Largo Plazo (Pensiones de Invalidez, Vejez, Muerte y Riesgos Profesionales) los cuales son administrados por el SENASIR y las Administradoras del Fondo de Pensiones (AFPs), y por otro lado, los Regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo con prestaciones en especie y dinero que son financiados íntegramente con el aporte patronal del 10% sobre el total ganado de las planillas de sueldos y salarios del sector privado y público y que se encuentran a cargo de las ahora denominadas Cajas de Salud o entes gestores del Seguro Social Obligatorio a Corto Plazo. Otra fuente de financiamiento del seguro social obligatorio a corto plazo son los aportes del Sector Pasivo, inicialmente con la tasa del 5% sobre el total de la Planilla de Rentas y posteriormente modificado al 3%, mediante la Resolución Secretarial No. 10.0.0.087/1997 Art. 86 de 27 de julio 1997 Manual de Prestaciones de la Unidad de Recaudaciones del Ministerio de Hacienda.

La falta de cumplimiento del Rol que se le asignó al Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) a la fecha, plantea que las autoridades que realizan los entes gestores del seguro social obligatorio a corto plazo, se encuentran limitadas y son las siguientes:

- Atención eminentemente asistencialista, dirigida a la reparación de la enfermedad con el objetivo de reincorporar la fuerza de trabajo a las relaciones de producción. Algunos entes gestores desarrollan programas de salud ocupacional que promuevan la salud y prevengan la enfermedad de los trabajadores y sus familias.
- Deficientes procesos administrativos y de planificación y programación de operaciones
- Deficiencias en los procesos de adquisición de medicamentos e insumos que provocan frecuentes desabastecimientos
- Deficiencias en la elaboración de las estructuras de costos
- Insuficiente disponibilidad de infraestructura y recursos humanos que no responde al crecimiento de la población asegurada a los entes gestores
- Deficiente equipamiento y falta de una política de mantenimiento preventivo y reparativo de los equipos existentes.
- Injerencia de organizaciones política partidarias y sindicales en la designación de autoridades y en aspectos técnico-administrativos de los entes gestores.

La falta de cumplimiento del Rol del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), a la fecha generan los problemas de los entes gestores de la seguridad social a corto plazo, señalados líneas arriba, tienen como consecuencia la insuficiente calidad de los servicios y las prolongadas listas de espera de los afiliados para recibir atención, situación que despierta la justa y permanente insatisfacción de los asegurados.

### **Ejecución presupuestaria de los entes gestores**

La ejecución presupuestaria de los entes gestores del seguro social obligatorio a corto plazo registra, en general y en todas las gestiones, un saldo positivo entre ingresos y egresos, estos saldos bien podrían ser utilizados en el mejoramiento de la calidad de las prestaciones del seguro social obligatorio a corto plazo, para cuyo efecto se debe contar con un clasificador presupuestario propio del Sistema de seguridad social a Corto Plazo.

**EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS ENTES GESTORES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO A CORTO PLAZO. GESTIÓN 2014**

ENTES GESTORES	INGRESOS 2014		EGRESOS 2014		EXCEDENTE 2014	
	BS.	(\$US)	BS.	(\$US)	BS.	(\$US)
<b>TOTAL</b>	7.613.654.351,43	1.093.915.855,09	4.068.144.926,40	584.503.581,38	3.545.509.425,02	509.412.273,71
CAJA NACIONAL DE SALUD	3.040.858.971,15	436.905.024,59	2.252.811.102,73	323.679.756,14	788.047.868,41	113.225.268,45
CAJA PETROLERA DE SALUD	945.457.101,84	135.841.537,62	877.225.151,50	126.038.096,48	68.231.950,33	9.803.441,14
CJA BANC. ESTATAL SALUD	2.626.859.556,00	377.422.350,00	22.091.060,11	3.174.002,89	2.604.768.495,89	374.248.347,11
CAJA DE SALUD BANCA PRIV.	350.231.134,56	50.320.565,31	310.406.609,15	44.598.650,74	39.824.525,41	5.721.914,57
CAJA DE SALUD CORDES	221.973.796,89	31.892.786,91	179.899.548,09	25.847.636,22	42.074.248,80	6.045.150,69
SEGURO DE SALUD SINEC	44.324.449,03	6.368.455,32	42.501.961,75	6.106.603,70	1.822.487,28	261.851,62
CAJA DE SALUD CAMINOS	91.705.759,70	13.176.114,90	82.217.244,32	11.812.822,46	9.488.515,38	1.363.292,44
SEG.SOCIAL UNIV. LA PAZ	69.290.837,70	9.955.580,13	80.596.328,74	11.579.932,29	11.305.491,03	1.624.352,16
SEG.SOCIAL UNIV. COCHAB.	65.643.799,17	9.431.580,34	67.172.120,23	9.651.166,70	1.528.321,07	219.586,36
SEG.SOCIAL UNIV. CHUQUIS.	29.104.292,07	4.181.651,16	27.701.669,72	3.980.124,96	1.402.622,35	201.526,20
SEG.SOCIAL UNIV. STA. CRUZ	57.364.255,69	8.241.990,76	57.582.864,42	8.273.400,06	218.608,73	31.409,30
SEG.SOCIAL UNIV. ORURO	16.067.781,46	2.308.589,29	15.315.756,80	2.200.539,77	752.024,66	108.049,52
SEG.SOCIAL UNIV. TARIJA	15.096.358,46	2.169.017,02	13.183.746,35	1.894.216,43	1.912.612,11	274.800,59
SEG.SOCIAL UNIV. TRINIDAD	16.312.571,27	2.343.760,24	15.848.703,28	2.277.112,54	463.867,99	66.647,70
SEG.SOCIAL UNIV. POTOSI	23.363.686,44	3.356.851,50	23.591.059,20	3.389.520,00	227.372,76	32.668,50
	7.613.654.351,43	1.093.915.855,09	4.068.144.926,40	584.503.581,38	3.545.509.425,02	509.412.273,71

**Fuente de información: INASES Anuario Estadístico 2014**  
**Tipo de cambio 6.96**

De acuerdo con la información disponible, se observa que en los últimos años los excedentes de ejercicio de los entes gestores son cada vez mayores. En la gestión 2008, la ejecución presupuestaria de los entes gestores registro un excedente de ejercicio de 39.9 millones de \$us, en la gestión 2010, este excedente de ejercicio subió a 58.8 millones de \$us, mientras que en la gestión 2011 este excedente se ha triplicado alcanzando a 185.5 millones de \$us.

De acuerdo con el cuadro N° 9, se efectúa el desglose de la gestión 2014 en cuanto a los ingresos y egresos, obteniendo el excedente de gestión alcanzo a 509.412.273.71 \$us en el Sistema de Seguridad Social a Corto Plazo, lo que demuestra que el ingreso por concepto de aportes se ha incrementado significativamente, esto debido a los incrementos salariales de cada gestión y así mismo a la ampliación de la cobertura de la población que no se encontraba cotizando.

## Mecanismo de financiamiento del seguro social de corto plazo

### Ventajas y Desventajas

Mecanismo de financiamiento	Características	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Seguro de Salud de corto plazo	Es financiado íntegramente con el aporte patronal del 10% sobre el total ganado de las planillas de sueldos y salarios del sector privado y público y que se encuentran a cargo de las ahora denominadas Cajas de Salud o entes gestores del Seguro Social Obligatorio a Corto Plazo. Otra fuente de financiamiento del seguro social obligatorio a corto plazo son los aportes del Sector Pasivo, con la tasa del 3%.	Tiene el potencial para mejorar la equidad de servicios de salud, mediante la aplicación de los principios del Seguro Social a Corto Plazo universalidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y económica.	Requiere planificación, factibilidad política, y priorización sustanciales - el presupuesto puede no proporcionar el nivel suficiente de servicios para satisfacer a la Población asegurada en su conjunto, puede necesitar ser complementado o mediante otros mecanismos de financiamiento.	Equilibrar las prioridades de salud con recursos, Redefinir el nivel de atención y el paquete de los servicios, de acuerdo al perfil epidemiológico, Identificar la participación de los actores del Sistema de Seguro Social a Corto Plazo. Contar con clasificadores presupuestarios propios para el Sistema de Seguro Social a Corto Plazo.

## **La Caja de Salud CORDES**

La Caja de Salud CORDES, es una Institución Descentralizada de derecho público con personalidad jurídica, autonomía de gestión técnica legal y administrativa con patrimonio propio, encargada de la administración de los Seguros de Salud para los trabajadores asegurados y beneficiarios afiliados a la entidad por la vía del Seguro Social obligatorio y voluntario, a nivel nacional.

En la actualidad la Caja de Salud CORDES, cuenta con 722 ítems entre personal ejecutivo, administrativo, médico, paramédico y de servicios a nivel nacional de acuerdo al siguiente detalle:

1. Oficina Nacional	17 ítems
2. Regional La Paz	191 ítems
3. Regional de Guabirá	52 ítems
4. Regional Cochabamba	184 ítems
5. Regional Santa Cruz	34 ítems
6. Regional Sucre	58 ítems
7. Regional Tarija	100 ítems
8. Regional Bermejo	37 ítems
9. Regional Trinidad	32 ítems
10. Regional Cobija	17 ítems

Por la necesidad de los servicios de salud, se tiene que efectuar las contrataciones de personal médico, enfermeras y paramédicos, con el objeto de brindar la atención médica oportuna, con calidez, calidad, sensibilidad, accesibilidad y satisfacción; asimismo se efectúa la contratación de servicios especializados y de diagnóstico; en algunas regionales que no cuentan con infraestructura propia, por lo que se tiene que efectuar la contratación de los servicios de hospitalización, lo que afecta en los costos generales de la atención, por ser demasiado altos.

Se cuenta con la siguiente infraestructura física propia a nivel nacional:

## INFRAESTRUCTURA

REGIONAL	INFRAESTRUCTURA PROPIA		INFRAESTRUCTURA ALQUILADO	
	POLICLINICOS	HOSPITALIZACIÓN	POLICLINICOS	HOSPITALIZACIÓN
LA PAZ	2	1	0	0
ORURO	0		1	1
GUABIRA	1	1	2	0
SANTA CRUZ	1	1		1
COCHABAMBA	2	0	7	4
QUILLACOLLO			1	
CHIMORE			1	1
SUCRE	1	1	0	0
POTOSI			1	1
TARIJA	1	1	0	1
YACUIBA	1		0	
VILLAMONTES	1		0	
BERMEJO	1	1	0	0
TRINIDAD	1	1		3
COBIJA	1	1	0	1
<b>TOTALES</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Se ha cumplido con la ampliación de nuestra infraestructura propia, en el quinquenio 2011 al 2015, sin embargo, falta infraestructura en algunas regionales, nuestra meta al finalizar este quinquenio 2016 al 2020 será contar con infraestructura propia a Nivel Nacional específicamente en el área de Hospitalización.

### **Población cotizante**

Desde el año 2011 al 2015, la Caja de Salud CORDES ha experimentado un crecimiento constante de su población cotizante activa, a nivel nacional, conforme a las siguientes cifras:

#### **Serie histórica del incremento de la población protegida por la seguridad social en relación con la población total de Bolivia**

<b>Año</b>	<b>Cotizantes</b>
Año 2011:	29.588
Año 2012:	32.569
Año 2013:	39.367
Año 2014:	44.075
Año 2015:	45.874

Total, incremento de los cotizantes 2011 al 2015: 55.04%

## **Población pasiva**

La población cotizante pasiva se está manteniendo sin muchos cambios, así tenemos:

Año	Rentistas
2011	3.273
2012	4.043
2013	4.032
2014	4.597
2015	4.642

Relación de cotizantes activos y pasivos.

**Se establece la siguiente relación 2005-2014:**

Año	Relación activo/pasivo
<b>2005</b>	<b>5:1.</b>
<b>2006</b>	<b>7:1.</b>
<b>2007</b>	<b>8:1.</b>
<b>2008</b>	<b>8:1.</b>
<b>2009</b>	<b>9:1</b>
<b>2010</b>	<b>9:1</b>
<b>2011</b>	<b>9:1</b>
<b>2012</b>	<b>9:1</b>
<b>2013</b>	<b>9:1</b>
<b>2014</b>	<b>9:1</b>

## **Población protegida de la Caja de Salud CORDES**

Año	Población Protegida	% de crecimiento respecto del 2010
2011	78.437	
2012.	83.740	6.33%
2013	93.101	13.27%
2014	95.519	2.53%.
2015	103.196	7.43%

La Caja de Salud CORDES, se ha mantenido como uno de los entes gestores con crecimiento sostenido de su población asegurada durante el quinquenio 2011-2015, el horizonte de planeación 2016-2020 encuentra a una CSC con un crecimiento programado del 4%, a pesar del pronóstico poco favorable del entorno externo.

Por tanto, continuar en la senda del crecimiento demanda tener en claro la visión estratégica institucional, la misma que debe estar orientada a cumplir adecuadamente sus funciones centrales de RECAUDACION DE FONDOS, PROVISIÓN DE SERVICIOS y ADMINISTRACIÓN CON EFECTIVIDAD.

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL  
CAJA DE SALUD CORDES  
2016 – 2020**

**MOMENTO 2**  
**Identificación de problemas y**  
**Análisis situacional**

#### **iv) Objetivos y estrategias institucionales**

*Marco estratégico del PEI 2016-2020 de la caja de salud CORDES*

##### **Misión**

La Caja de Salud CORDES es una institución descentralizada, de la seguridad social de plazo, con autonomía de gestión, que otorga prestaciones en dinero, especie y servicios de salud en los regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo, contribuyendo a mejorar la situación de salud de la población.

##### **Visión**

Al 2020, la Caja de Salud CORDES ha incrementado su población asegurada y consolidado su sostenibilidad económico-financiera, cuenta con personal médico y de enfermería de excelencia para la prestación de servicios de salud de calidad y buen trato y satisfacción de usuarios, ha desarrollado la infraestructura y modernizado el equipamiento y la tecnología clínica y administrativa, y es modelo del Sistema de Seguridad Social a Corto Plazo.

##### **Valores**

- **Calidad:** Manejo de los procesos de atención Médica con credibilidad, oportunidad y satisfacción del asegurado y su grupo familiar.
- **Transparencia:** Manejo de los recursos físicos y financieros con transparencia, desarrollando los informes de cumplimiento ante las autoridades del ente Tutor Min. de Salud, Directorio, INASES, Min. de Transparencia.
- **Eficiencia:** Realiza las actividades en forma oportuna y segura, optimizando los recursos al menor costo y en el menor tiempo posible.
- **Ética:** Cumplimiento de principios éticos y morales por nuestros Recursos Humanos.

Objetivos estratégicos

## **POLITICAS INSTITUCIONALES**

### **I. POLÍTICAS DE GESTIÓN FINANCIERA, RECURSOS FÍSICOS E INVERSIONES**

La CSC velará por alcanzar el equilibrio financiero a través del control de gastos, la generación de ingresos de operación y otros ingresos. Garantizará la continuidad de la atención resguardando los recursos físicos y equipamiento manteniendo un efectivo programa de mantenimiento, reparación y reposición en base a los recursos presupuestarios disponibles. Generará iniciativas de inversión, que podrá llevar a cabo considerando el incremento de la afiliación de empresas públicas y privadas.

### **II. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS Y DE APOYO**

La CSC, está comprometido a entregar una atención clínica de calidad de toda su red asistencial, basada en la eficiencia, eficacia y efectividad de sus procesos clínicos y de soporte, utilizando la mejoría continua como herramienta fundamental en la calidad de la atención. Se compromete a colaborar en la formación de post grado, otorgando campo clínico a los centros formadores de profesionales y técnicos de la salud.

### **III. POLÍTICAS DE SATISFACCIÓN DE SEGURADOS**

La CSC promoverá el respeto a los deberes y derechos de los asegurados y médicos, velando por una atención de salud sin discriminación, con buen trato, digno en cualquier momento y circunstancia; respetando especialmente la cultura, privacidad y la confidencialidad de la información del paciente y su proceso de atención. Asimismo, promoverá el mantener informados permanentemente a sus usuarios sobre su situación de salud.

### **IV. POLÍTICAS DE AUDITORÍA, PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN**

La CSC realizara la identificación, evaluación y control de los riesgos internos y externos mediante un proceso de mejoramiento continuo con el propósito de minimizar, mitigar y disminuir el impacto de los mismos sobre la institución, resguardando el cumplimiento de la normativa sectorial vigente. Además, promoverá la gestión basada en la planificación por resultados como instrumento para la toma de decisiones y el control para realizar los ajustes necesarios en las acciones, la que deberá considerar los lineamientos estratégicos y políticas de la Institución. Asimismo, la CSC se adhiere a las definiciones planteadas por la Ley de Transparencia y Probidad.

### **V. POLÍTICAS DE FORTALECIMIENTO Y GESTION DEL CAPITAL HUMANO**

La Capacitación de funcionarios será una de las principales herramientas de desarrollo y gestión del recurso humano y su implementación se realizará considerando los lineamientos institucionales y el levantamiento o detección de necesidades de las regionales.

Se realizará difusión de los procesos de capacitación para asegurar la capacidad resolutiva en la atención general y especializada.

La incorporación de nuevos funcionarios/as se realizará en un marco de transparencia y criterios técnicos para encontrar perfiles idóneos y competentes, garantizando que la contratación considere las normativas administrativas vigentes.

Todo puesto de trabajo será ocupado de manera formal, luego de un proceso regular de Reclutamiento y Selección. Dicho proceso garantizará oportunidades iguales a todas las personas y por lo tanto, no implicará discriminaciones de ningún tipo.

## PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016 - 2020

La información obtenida a través de la codificación y análisis de la información, fue clasificada en 4 grandes categorías, en las cuales se ubicaron temas relevantes y críticos de ser abordados por la institución durante los próximos cinco años. Estas son:

Elementos que permiten orientar el quehacer institucional en busca de la Excelencia en la atención de los asegurados.	<b>ESTRATÉGICO</b>	<b>T R A N S V E R S A L</b>	Elementos que requieren del trabajo comprometido de cada una de las personas que se desempeñan en la institución y que impactan en todos los niveles de funcionamiento.
Elementos que se deben abordar dadas las exigencias emanadas desde el marco regulatorio externo (MS, INASES) e Institucional.	<b>NORMATIVO</b>		
Elementos fundamentales para realizar el proceso de atención en cada uno de los asegurados de manera continua.	<b>ÁMBITOS DE SOPORTE</b>		

O.E. 1	POLITICA DE IMAGEN INSTITUCIONAL
O.E. 2	POLITICA DE PRESTACIONES DE SALUD
O.E. 3	POLITICA DE GESTION POR RESULTADOS
O.E. 4	POLITICA DE GESTION FINANCIERA
O.E. 5	POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Contribuir a mejorar la calidad de vida, la situación de salud y la inclusión social de la población boliviana, en alineación a la Agenda Patriótica 2025.

**PEI CSC 2016-2020**

POLITICAS				
POLITICA DE IMAGEN INSTITUCIONAL	POLITICA DE PRESTACIONES DE SALUD:	POLITICA DE GESTION POR RESULTADOS	POLITICA DE GESTION FINANCIERA,	POLITICA DE RECURSOS HUMANOS
LINEAMIENTOS				
Fortalecer la imagen institucional a través de estrategias de sostenibilidad y posicionamiento que permitan consolidar a la CSC como el ente gestor de mejor calidad, buen trato y crecimiento poblacional.	Incrementar la calidad de servicios médicos otorgados en el área clínica, preventiva, promocional y docencia.	Gestionar, articular y coordinar los procesos de prestaciones médicas y los de administración, centrados en los resultados de gestión.	Optimizar la gestión de ingresos y gastos de la institución de acuerdo a normativas vigentes.	Mejorar las condiciones organizacionales y de entorno, la pertenencia y el potencial individual y colectivo orientado al logro de los objetivos de la CSC.
METAS				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementado el acceso al seguro de salud de corto plazo en población y empresas aseguradas en un 4% anual</li> <li>Incrementar el ingreso por cotizaciones en un 7% anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorada la Prevención y control de enfermedades sobre el riesgo obstétrico, la muerte neonatal, la mortalidad infantil, el control de enfermedades prevenibles por vacunación, las no transmisibles en el 100% de los establecimientos de salud de la CSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplido el 100 del marco normativo y de procesos institucionales emitido por el Directorio de la CSC.</li> <li>Cumplido el 95% del avance físico y presupuestario anual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementado el sistema de salud familiar con crecimiento en infraestructura, equipamiento y tecnología en el 100% de los establecimientos de la CSC.</li> <li>Implementado el sistema único de información en salud en las 9 regionales y 3 Distritales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorada la gestión de RRHH por competencias, meritocracia, concursos de cargos y dotación según brechas.</li> <li>Desarrollado el talento humano en el 100% del personal.</li> <li>Mejorada las condiciones organizacionales y de entorno en el 100% de los establecimientos de servicios médicos.</li> </ul>

**E.1. IMAGEN INSTITUCIONAL**

Resultado Impacto	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>R.O. Incrementado el acceso al seguro de salud de corto plazo en un 4% anual</i>	<i>Aumentar las empresas afiliadas en un 4%</i>	<i>Regionales</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
	<i>Incrementar la población asegurada en un 4% anual</i>	<i>Regionales</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
	<i>Incrementar el ingreso por cotizaciones en un 7% anual</i>	<i>Regionales</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>7</i>
	<i>95% de satisfacción de empresas y asegurados</i>	<i>Regionales</i>	<i>70%</i>	<i>80%</i>	<i>85%</i>	<i>90%</i>	<i>95%</i>

Resultado Proceso	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
-------------------	-------	--------------	------	------	------	------	------

<i>Disponer de estrategias para mejorar la capacidad operativa y gestión de las unidades de afiliación y control de empresas</i>	<i>80% de las estrategias cumplidas en las Regionales</i>	<i>Control de empresas</i>	x	x	x	x	x
<i>Mejorar el Sistema de Gestión del aseguramiento automatizado en las unidades de afiliación y control de empresas.</i>	<i>Reportes mensuales del 100% del movimiento de fichaje, archivo e historias clínicas y vigencia diaria de asegurados pasivos y activos.</i>	<i>Control de empresas</i>	x	x	x	x	x
	<i>Reportes mensualmente del 100% de las bajas, altas, registro de nuevos afiliados y autorizaciones de atención en regionales.</i>	<i>Control de empresas</i>	x	x	x	x	x
<i>Generar alianzas estratégicas con organizaciones de salud pública y privada para atender los seguros delegados.</i>	<i>100% de la demanda.</i>	<i>Control de empresas</i>	x	x	x	x	x

## O.E. 2 POLITICA DE PRESTACIONES DE SALUD

<b>Resultado Impacto</b>	<b>Metas</b>	<b>Responsables</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<i>Mejorada la Prevención y control de enfermedades Sobre el riesgo obstétrico, la muerte neonatal, la mortalidad infantil, el control de enfermedades prevenibles por vacunación, las no transmisibles en el 100% de los establecimientos de salud de la CSC.</i>	<i>Reducido el riesgo obstétrico según metas del MS.</i>	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x
	<i>Reducida la muerte neonatal según metas del MS.</i>	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x
	<i>Reducida la mortalidad infantil Según metas del MS.</i>	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x
	<i>Controladas las enfermedades prevenibles, las no transmisibles 1. Diabetes 2. Hipertensión arterial 3. Obesidad-Malnutrición 4. Cáncer 5. Enfermedad Renal 6. Enfermedades mentales. Según metas del MS.</i>	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x
	<i>100% de regionales y sub regionales con expediente /historias clínicas digitalizada</i>	<i>Regionales</i>	3	3	3	3	3

<b>Resultado Proceso</b>	<b>Metas</b>	<b>Responsables</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<i>Mejorada la calidad y buen trato de los servicios de salud de consulta, internación y emergencia</i>	<i>Reducida al 5% la insatisfacción de asegurados en consultas médicas generales</i>	<i>Área de salud de Regionales</i>	x	x	x	x	x

	<i>Implementada una investigación anual de satisfacción de asegurados en cada Regional</i>	<i>Área de salud de Regionales</i>	9	9	9	9	9
<i>2.1.2. Implementada una plataforma de información gerencial estadísticas, tecnologías de información y comunicaciones en todas las unidades asistenciales.</i>	<i>Plataforma instalada funcionando en las 9 s Regionales</i>	<i>Administración</i>	1	3	3	2	
<i>2.1.3. Ejecutar la inversión programada en infraestructura y equipos biomédicos e informáticos</i>	<i>Inversión ejecutada en el 90% de todas las Regionales</i>	<i>Finanzas</i>					
	<i>Numero de construcciones realizadas según nivel de complejidad y Equipamiento adquirido</i>		1	2	1	1	1
<i>2.1.4. Ejecutadas las acciones de prevención de riesgo de infección mediante el CVE</i>	<i>Cumplimiento del 95% de las acciones programadas en el Plan anual del Comité de VE y sub comisiones de la CSC</i>	<i>Regionales</i>	50	60	70	80	90
<i>2.1.5. Impulsar el desarrollo de la investigación científica operativa según prioridades programadas</i>	<i>Cumplimiento del 90% de las investigaciones operativas programadas en cada Regional.</i>	<i>Regional</i>	1	1	1	1	1
<i>2.1.6. Dotar de profesionales médicos, enfermería y administrativos según estudios de dotación de brechas.</i>	<i>95% de brechas cerradas en cada regional</i>	<i>Regional</i>	1	1	1	1	1
<i>2.2. Mejorar la capacidad resolutive de la consulta general, emergencia, fisioterapia capacitando a médicos, enfermeras y fisioterapeutas</i>	<i># de médicos capacitados en mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento, NACS y estándares según Regionales de Tarija, LP, Cbba., Trinidad</i>	<i>Regional</i>	80	80	80	80	80
	<i>No. de Regionales que implementan cursos de capacitación en emergencia I,II y III.</i>	<i>Regional</i>	9	9	9	9	9
	<i>No. de Regionales que implementan cursos de capacitación en fisioterapia</i>	<i>Regional</i>	9	9	9	9	9
<i>2.2.2. Mejorar las intervenciones preventivo-promocionales para las enfermedades crónicas no transmisibles, emergentes, los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.</i>	<i>Sala situacional sobre enfermedades laborales y crónicas instalada y funcionando en cada Regional.</i>	<i>Regionales</i>	9	9	9	9	9
	<i>Número de Centros de grupos de autoayuda conformados funcionando</i>	<i>Regionales</i>	9	9	9	9	9
<i>2.3. Mejorar el impacto de las prestaciones de trabajo sociales y bienestar y de asesoría legal de asegurados</i>							
	<i>% de acciones programadas ejecutadas en TS</i>	<i>TS</i>	90%	90%	90%	90%	90%
	<i>% de satisfacción de usuarios respecto de asesoría legal.</i>	<i>AL</i>	90%	90%	90%	90%	90%

### E.3. POLITICA DE GESTION POR RESULTADOS

Resultado Impacto	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Ejecución física de actividades programadas</i>	90%	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x
<i>Ejecución presupuestaria programadas</i>	90%	<i>Regionales</i>	x	x	x	x	x

Resultado Proceso	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>3.1. Fortalecida la lucha contra la corrupción a través de mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias.</i>	<i>Numero acciones de transparencia y rendición de cuentas realizados anualmente.</i>	<i>Unidad de rendición de cuentas de Regionales</i>	18	18	18	18	18
<i>3.2. Desarrollada la toma de decisiones en base a información oportuna de calidad basada en reportes, incorporando el seguimiento sistemático, la evaluación, y la gestión de riesgos.</i>	<i>12 sesiones anuales de coordinación técnica por Regional</i>	<i>Dirección</i>	12	12	12	12	12

### E.4. POLITICA DE GESTION FINANCIERA

Resultado Impacto	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Ejecución presupuestaria programadas</i>	90%	<i>Regionales</i>	90%	90%	90%	90%	90%

Resultado Proceso	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Optimizada la ejecución de procesos administrativo financieros , registros de afiliación y aportes de empresas, contabilización, fichaje, afiliación, bajas y altas, planillas de sueldos, prestaciones médicas y farmacéuticas, , ingresos, egresos, inversión, cumplimiento de contratos de obras y servicios.</i>	<i>Reporte del 100% de egresos, ingresos, inversión, contabilidad, pagos mensuales de aportes obligatorios y el cumplimiento de contratos de obras y servicios, semestralmente</i>	<i>Unidad de finanzas de las Regionales</i>	x	x	x	x	x
	<i>Reporte del 100% de los análisis de planillas de sueldos, la contabilización por prestaciones médicas, farmacéuticas, pagos mensuales la evaluación y reporte de los egresos, ingresos, la inversión, la contabilidad, los pagos mensuales de aportes obligatorios, y el cumplimiento de contratos de obras y servicios.</i>	<i>Unidad de finanzas de las Regionales</i>	x	x	x	x	x

## E.5. POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Resultado Impacto	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Política de gestión de RRHH institucional implementada</i>	<i>100% del personal médico, de enfermería y administrativo bajo la ley de trabajo sectorial vigente.</i>	<i>Regionales</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Resultado Proceso	Metas	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Realizada una gestión efectiva de Recursos Humanos abarcando todas las etapas del ciclo de vida laboral.</i>	<i>100% anual de la normativa asociada a evaluación de desempeño cumplida</i>	<i>Unidad de RRHH</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
	<i>100% de los perfiles de cargo elaborados por competencias</i>	<i>Unidad de RRHH</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
	<i>Programa anual de capacitación implementados por Regional</i>	<i>Unidad de RRHH</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>9</i>
	<i>100% anual de nuevos funcionarios participan en proceso de inducción</i>	<i>Unidad de RRHH</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
	<i>Programa de capacitación en el reglamento interno.</i>	<i>Unidad de RRHH</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

Contribuir a mejorar la calidad de vida, la situación de salud y la inclusión social de la población boliviana, en alineación a la Agenda Patriótica 2025.

## **v) PLANIFICACIÓN:**

### **Análisis situacional FODA**

El objetivo del análisis de las oportunidades y amenazas es determinar las características estructurales del entorno en el cual se desenvuelven las actividades de la CSC y su posicionamiento en el mismo. A partir de la identificación de las oportunidades y amenazas, se han planteado las estrategias y planes de acción para mejorar su posicionamiento en el entorno.

#### **1. Análisis externo de oportunidades y amenazas:**

A fin de detectar los factores externos que afectan el desempeño de la CSC, se realizó un análisis del macro entorno en las siguientes dimensiones: 1) Entorno externo; socio-económico cultural; entorno demográfico, de salud y servicios de salud; y 2) Interno; en base a los resultados de éstos análisis se identificaron las principales oportunidades y amenazas, las cuales fueron evaluadas en la Matriz de Evaluación de Factores Externos.

#### **2. Análisis interno: fortalezas y debilidades:**

Como resultado de los análisis, se identificaron en total 21 fortalezas y 9 debilidades. Estas componentes contienen la descripción analítica interna, su probable comportamiento futuro, de mantenerse la situación actual y las fuentes de información empleadas.

Finalmente, la matriz de evaluación de los factores internos (EFI) resume y evalúa las fortalezas y debilidades más relevantes ofreciendo una base para identificar las relaciones entre ellas y la necesidad de realizar un esfuerzo por capitalizar las potencialidades, superar las debilidades mediante desafíos y mitigar los riesgos y limitaciones.

## **C. ANALISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA)**

### Identificación de principales problemas

Una de las formas de protección en salud más importantes en Bolivia es el seguro de salud de corto plazo (Cajas gestoras de Salud), sin embargo, la cobertura de éste subsistema es relativamente bajo. Los registros administrativos del INASES reportan una cobertura de 27% de la población total protegida por la seguridad social de corto plazo.

Los problemas de exclusión al seguro de salud de corto plazo son multicausales, y se pueden distinguir causas externas e internas. Entre las causas externas se encuentran las barreras de acceso: económicas, geográficas, laborales y culturales y étnicas. Estas determinan el alto nivel de desempleo, la falta de empleos formales de calidad y bien remunerados,

altos índices de pobreza, envejecimiento poblacional, baja productividad, entre otros.

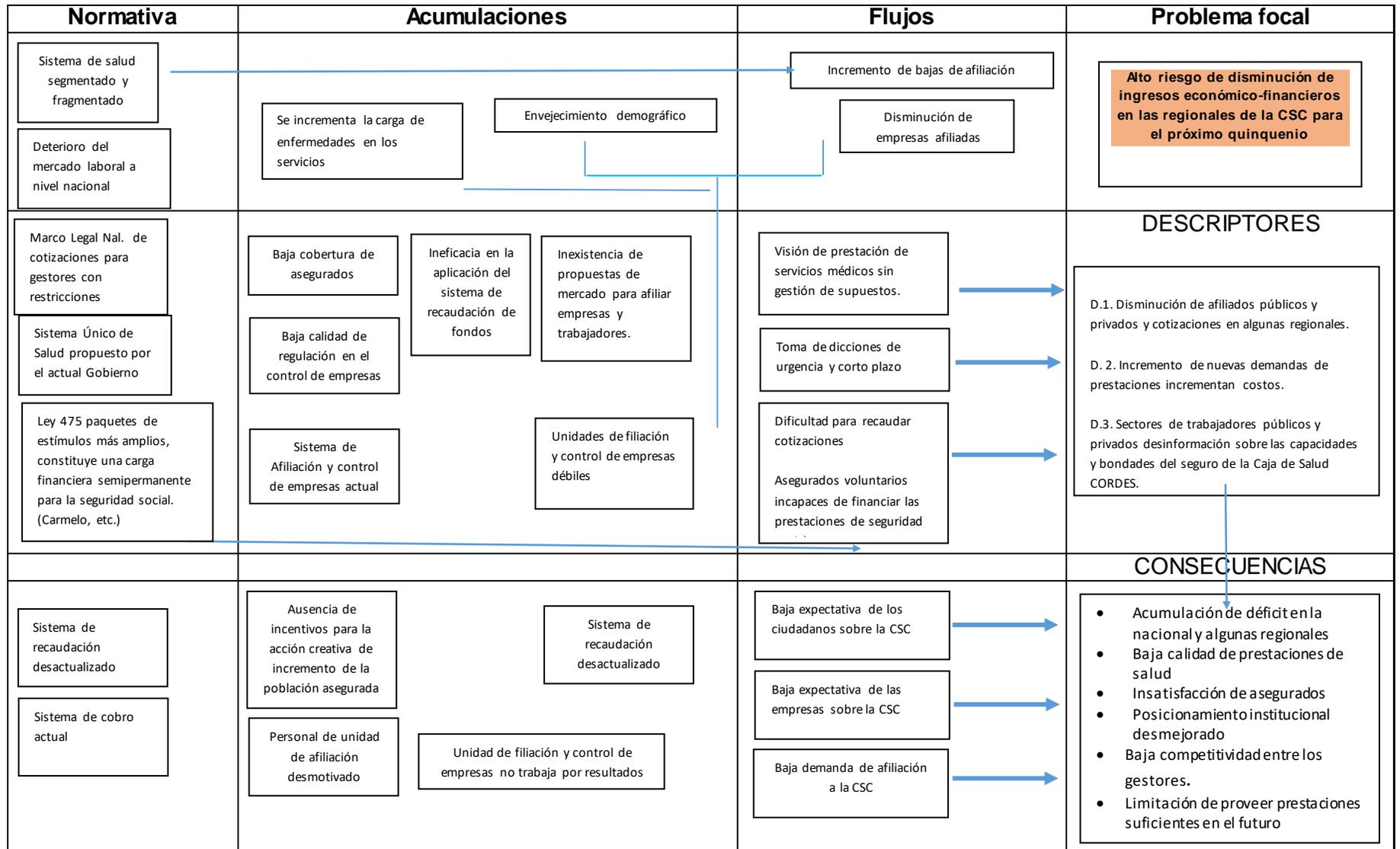
Las causas internas están constituidas por fallas o déficit en la calidad y buen trato, inadecuada estructura física, equipamiento, eficacia y eficiencia. Estos se resumen en: la baja cobertura de la población, las insuficiencias en la aplicación del sistema de recaudación de fondos, la insuficiencia de las propuestas de mercadeo para captar más empresas y trabajadores, el inusitado incremento de los costos y del número de prestaciones, los ineficientes mecanismos de pago a proveedores, la poca efectividad administrativa y las barreras de rectoría en la financiación.

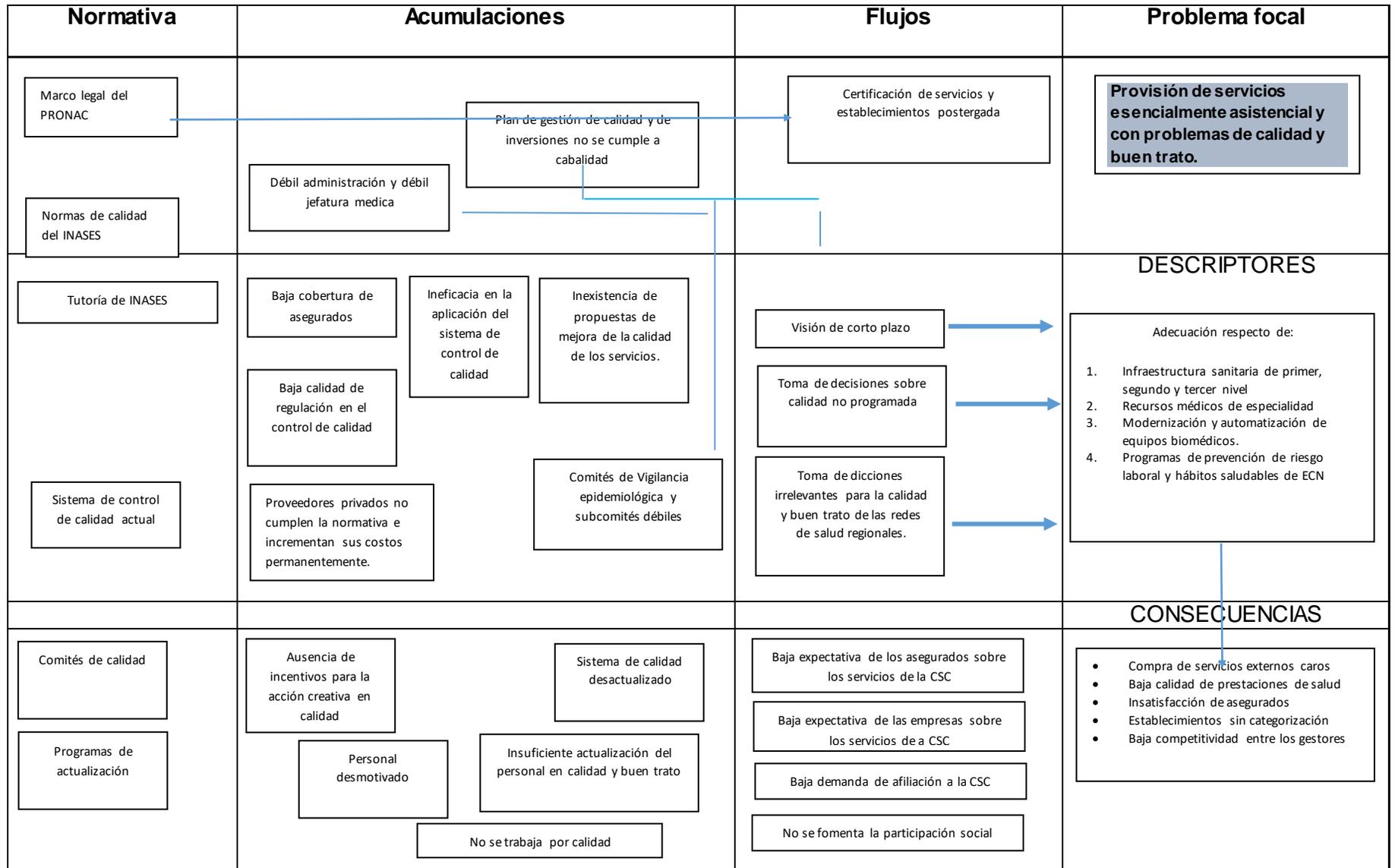
Por tanto, los problemas esenciales identificados. Son los siguientes:

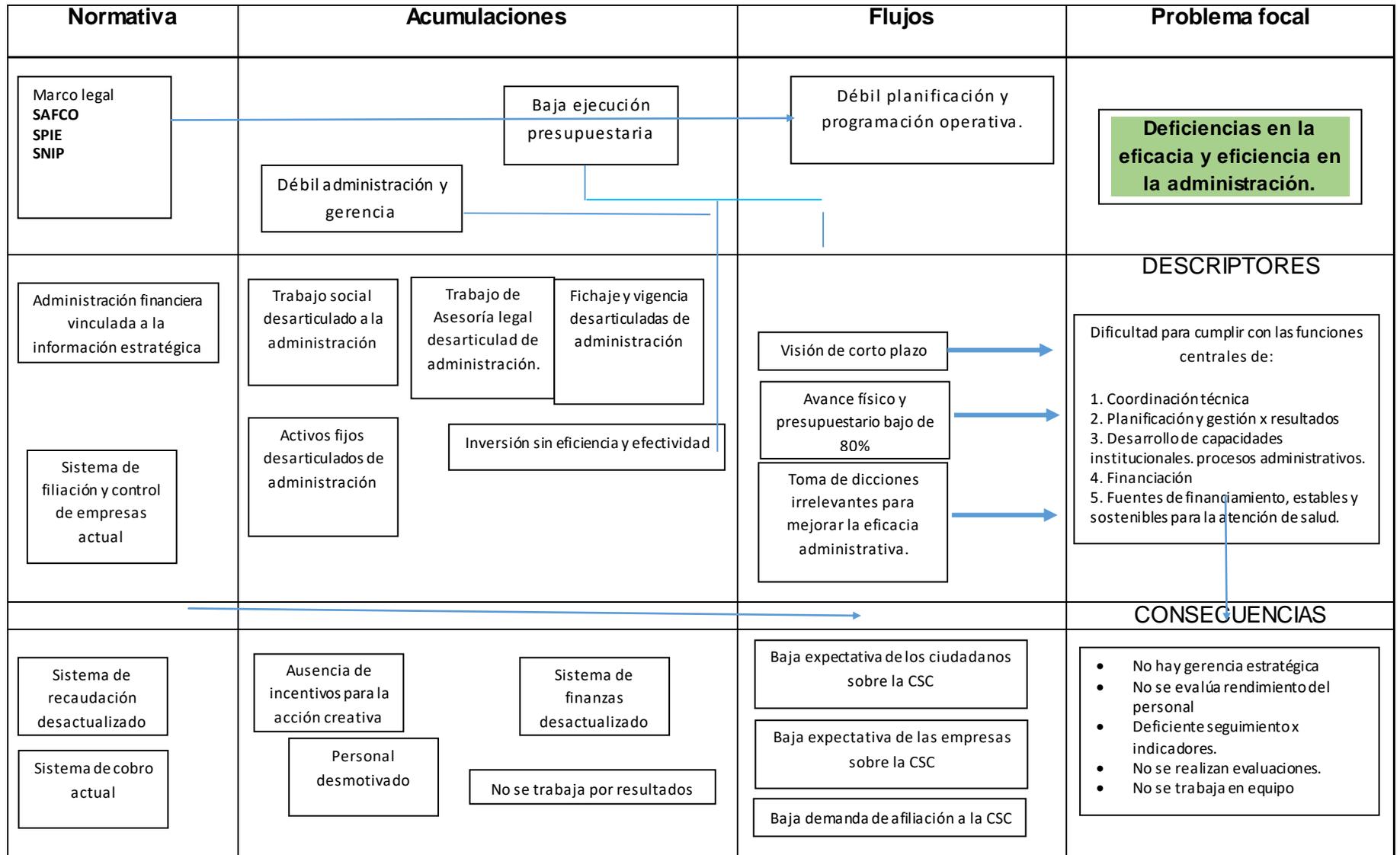
1. Alto riesgo de disminución de ingresos económico-financieros en las regionales de la Caja de Salud CORDES para el próximo quinquenio.
2. Provisión de servicios esencialmente asistencial y con problemas de calidad y buen trato.
3. Deficiencias en la eficacia y eficiencia en la administración.
4. La relación de los problemas esenciales e instrumentales se visualiza en el siguiente cuadro:
- 5 Esquema de los problemas identificados

<p><b>Problema: 1</b></p> <p>Alto riesgo de disminución de ingresos económico-financieros en las regionales de la CSC para el próximo quinquenio 2016-2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja cobertura de asegurados</li> <li>• Insuficiencias en la aplicación del sistema de recaudación de fondos</li> <li>• Inexistencia de propuestas de mercado para afiliar empresas y trabajadores.</li> <li>• Barreras en el acceso a la seguridad social de corto plazo determinadas por causas externas e internas</li> <li>• Alta informalidad laboral</li> <li>• Deterioro del mercado laboral a nivel nacional</li> <li>• La condición del empleo</li> <li>• La fragmentación del sector de la seguridad social de corto plazo: coexistencia de muchos gestores no integrados.</li> <li>• Modelo que se basa en la premisa de que debe existir una relación formal obrero-patronal para que el trabajador y su familia sean protegidos.</li> <li>• Trabajo en la economía en Bolivia es altamente informal, 64% de la población ocupada es informal</li> <li>• No se fomenta la salud laboral para la reducción de la carga de enfermedades en los servicios.</li> <li>• Sectores de trabajadores públicos y privados no tienen información sobre las capacidades y bondades del seguro de corto plazo de la Caja de Salud CORDES.</li> </ul> <p><b>Causas internas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ineficacia de propuestas de mercadeo para ampliar la afiliación de empresas y trabajadores</li> <li>• Baja cobertura poblacional: INASES reporta apenas un 15.8% de la población total protegida por la seguridad social de corto plazo</li> <li>• Insuficiencias en la aplicación del sistema de recaudación de fondos</li> </ul>
---	--

<p><b>Problema: 2</b></p> <p>Provisión de servicios esencialmente asistencial y con problemas de calidad y buen trato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente calidad y buen trato en la atención directa a las personas por parte de personal profesional.</li> <li>• Atención eminentemente asistencialista, dirigida a la reparación de la enfermedad con el objetivo de reincorporar la fuerza de trabajo a las relaciones de producción</li> <li>• Poca acción para fomentar la prevención del riesgo laboral individual y colectivo.</li> <li>• Insuficientes acciones de medicina familiar.</li> <li>• Proveedores privados no cumplen la normativa e incrementan sus costos permanentemente.</li> <li>• Insuficiente participación social</li> <li>• Inusitado incremento de los costos y del número de prestaciones</li> <li>• Ineficientes mecanismos de pago a proveedores</li> <li>• Deficiencias en los procesos de adquisición de medicamentos e insumos que provocan frecuentes desabastecimientos</li> <li>• Deficiencias en la elaboración de las estructuras de costos</li> <li>• Insuficiente disponibilidad de infraestructura y recursos humanos que no responde al crecimiento de la población asegurada.</li> <li>• Deficiente equipamiento y falta de una política de mantenimiento preventivo y reparativo de los equipos existentes.</li> <li>• Insatisfacción de los asegurados por la calidad y buen trato en l área de salud.</li> </ul>
<p><b>Problema: 3</b></p> <p>Deficiencias en la eficacia y eficiencia en la administración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sistema de información tiene problemas de calidad y no realiza análisis sistematizados multidisciplinares para la toma de decisiones.</li> <li>• Falta de automatización gerencial integral para servicios, administración, costos, control, planificación.</li> <li>• Costos de provisión de especialidades elevados</li> <li>• Deficiencia en el seguimiento a los planes operativos.</li> <li>• Deficiencias en la coordinación y comunicación entre inter-Regionales y con la Oficina Nacional.</li> <li>• Inteligencia emocional insuficiente en el personal.</li> <li>• Personal poco motivado</li> <li>• Insuficiente institucionalización de médicos y enfermeras.</li> <li>• Injerencia de organizaciones sindicales en la designación de autoridades y en aspectos técnico-administrativos de los entes gestores.</li> <li>• Deficientes procesos administrativos y de planificación y programación de operaciones</li> <li>• Competencia entre los Entes gestores</li> <li>• Disposiciones legales establecen el porcentaje de aporte para el Seguro de Salud a Corto Plazo, lo que dificulta que la CSC pueda efectuar un estudio de costos para determinar si el porcentaje del 10% es suficiente o no para la atención a los asegurados y sus beneficiarios</li> <li>• Las normativas de contratación y administración de bienes y servicios que aplica la Caja de Salud CORDES, determinan procesos largos por la exigencia de muchos requisitos, dando lugar como consecuencia obstáculos y la pérdida de oportunidades y mejor capacidad de negociación con los proveedores, en los resultados económicos financieros para la Entidad.</li> <li>▪ Insatisfacción de los asegurados por la calidad y buen trato administrativo</li> </ul>







**Matriz FODA**

<p style="text-align: center;"><b>VISION</b> <b>CAJA DE SALUD</b> <b>CORDES</b></p>		Oportunidades	Amenazas
		<p>0-1 Tendencia del entorno político y legal del país con el sistema de seguridad de corto plazo.</p> <p>0-2 Relación entre Gobierno Nacional y Gobiernos Departamentales.</p> <p>0-3 Tasa de crecimiento anual del Producto Interno Bruto (PIB)</p> <p>0-4 Tendencia de la Población Económicamente Activa.</p> <p>0-5 Imagen institucional - POSICIONAMIENTO INSTITUCIONAL</p> <p>0-6 Políticas, normas y lineamientos específicos para el funcionamiento de la seguridad social de corto plazo. INASES.</p> <p>0-7 Demanda de la población por mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud</p>	<p>A-1 Inestabilidad política sectorial (paros laborales).</p> <p>A-2 Propuesta del Sistema Único de Salud del Gobierno Nacional y Ley 475</p> <p>A-3 Fragmentación del subsector de seguros de corto plazo en muchos entes gestores.</p> <p>A-4 Nivel de satisfacción de los usuarios</p> <p>A-5 Incremento de la población de tercera edad.</p> <p>A-6 Enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>A-7 Enfermedades emergentes.</p> <p>A-8 Disminución de empresas afiliadas por factores externos.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Fortalezas</b></p> <p>F-1 Estructura institucional organizada por Regionales, sub-regionales y establecimientos de salud por niveles de complejidad.</p> <p>F-2 Infraestructura propia para hospitalización.</p> <p>F-3 Calidad en la atención médica de consulta externa y hospitalización.</p> <p>F-4 Funcionamiento de todos los Comités de Salud.</p> <p>F-5 Convenios interinstitucionales con hospitales de 3er. Nivel.</p> <p>F-6 Atención de subespecialidades en consulta externa.</p> <p>F-8 Suministro de medicamentos e insumos médicos y hospitalarios.</p> <p>F-9 Autonomía de gestión y patrimonio propio.</p> <p>F-10 Personal competente, estable e identificado con la institución.</p> <p>F-11 Plataforma tecnológica de punta.</p> <p>F-12 Gestión en los recursos financieros.</p> <p>F-13 Mejora continua de los procesos.</p> <p>F-14 Puntualidad en los pagos a los receptores de fondo.</p> <p>F-15 Sistema de Provisión de servicios de calidad a los usuarios.</p> <p>F-16 Políticas y procedimientos basados en Normas de Calidad.</p> <p>F-17 Sistema nacional de información en salud, en proceso de ampliación y mejoramiento tecnológico.</p> <p>F-18 Sistema financiero informatizado</p> <p>F-19 Pago de servicios, bienes y suministros se realizan en forma oportuna.</p> <p>F-20 Desempeño laboral es evaluado anual y sistemáticamente.</p> <p>F-21 Sistema de Compras, Suministros y servicios generales.)</p> <p>F-22 instrumentos y procedimientos para medir el cumplimiento de normas y protocolos establecidos. ( auditoría)</p>	<p><b>ESTRATEGIA FO (potencialidades)</b></p> <p>Consolidar el crecimiento y expansión de la Caja de Salud CORDES y su imagen institucional para competir en la seguridad social.</p> <p>Automatizar el sistema de atención médico y hospitalaria, el fichaje, los registros en consulta externa, de las historias clínicas, las recetas médicas y ordenes de tratamiento complementario.</p> <p>Desarrollar un programa de mejoramiento del talento humano para contar con personal con alta capacidad resolutive, personal altamente calificado, motivado e integrado a la institución y la carrera administrativa.</p>	<p><b>ESTRATEGIA FA (Riesgos)</b></p> <p>Fortalecer la gestión financiera y contrarrestar las fluctuaciones del mercado de seguros públicos.</p> <p>Promover la imagen institucional que permita contrarrestar las desinformaciones generadas por la competencia, los privados, los medios y el sector público.</p>	

<p><b>Debilidades</b></p>	<p>D1 Insuficiente afiliación a la CSC y falta programa de márketing y publicidad.                  D-2 Falta de automatización gerencial integral para servicios, administración, costos, control, planificación.                  D-3 Costos de provisión de especialidades elevados                  D-3 Deficiencia en el seguimiento a los planes operativos.                  D-4 Deficiencias en la coordinación y comunicación entre inter-Regionales y con la Oficina Nal.                  D-5 Inteligencia emocional insuficiente.                  D-8 Personal poco motivado                  D-9 Programa de capacitación y actualización n                  D-10 9. Insuficiente institucionalización de médicos y enfermeras</p>	<p>ESTRATEGIAS DO (Desafíos)</p> <p>1. Sostenibilidad Financiera.</p> <p>Desarrollar Programa de márketing. Identificar fuentes de financiamiento para el desarrollo y fortalecimiento institucional. Promover incrementos en los ingresos por aportes y otros.</p> <p>Concientizar a los Administradores Regionales sobre el uso racional de los recursos. Reducir costos y gastos operacionales.</p> <p>2. Crecimiento y expansión de la Caja de Salud CORDES, con mejor infraestructura hospitalaria propia. Apertura de nuevas Regionales y sub-regionales. Consolidación de la infraestructura y equipamiento de segundo y tercer nivel de complejidad.</p> <p>Desarrollo tecnológico y actualizado, con la implementación del equipamiento médico.</p>	<p>Estrategia DA (Limitaciones)</p> <p>1.Suficiencia financiera</p> <p>2.Crecimiento y expansión institucional</p> <p>3.Desarrollo tecnológico biomédico y hospitalario</p> <p>4.Desarrollo administrativo y automatización de procesos gerenciales.</p> <p>5.Desarrollo del capital humano</p>
---------------------------	--	--	---

v) Planificación:

<u>PLAN</u> <u>2016 -2020</u>		<u>ESTRATEGICO</u>			<u>INSTITUCIONAL</u>	
<u>ALINEACION A LOS RESULTADOS DEL PDES</u>						
<u>PILAR</u>	<u>META</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>LINEA DE BASE</u>	<u>INDICADOR DE IMPACTO</u>	<u>ACCIONES</u>	<u>INDICADOR DE PROCESO</u>
3. SALUD	ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD	SE IMPLEMENTARA EL SERVICIO DE SALUD UNIVERSAL CON INFRAESTRUCTURA PROPIA EQUIPAMIENTO Y RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO	103,196 POBLACIÓN PROTEGIDA	Índice de cobertura de aseguramiento	1. Fortalecer al año 2020 la sostenibilidad económico-financiera de la institución mediante el uso racional de los recursos y una adecuación a las normativas complementarias, establecer mecanismos sistematizados en el cobro de aportes, mediante la unidad de cotizaciones a nivel nacional, incrementar las recaudaciones con la afiliación de nuevas empresas.	Índice de cobertura de aseguramiento
			373 Empresas Afiliadas			
			Se toma el total del ingreso percibido en la gestión 2015 en Bs. 267,550,429			
			Se toma 13 Policlínicos Propios y 8 Hospitales. Total establecimientos 21			
10%	Índice: Capacidad Instalada en equipamiento.	3. Mantener disponible el desarrollo tecnológico para fines de la calidad resolutive de las intervenciones médicas el equipo bio-médico y hospitalario con alta tecnología de punta	Índice: Capacidad Instalada en equipamiento.			

			15%	Indice: Capacidad de Gestión Administrativa	4. Implementación de sistemas computarizados para la automatización de la información administrativa, de alta tecnología y actualizada, como también la sistematización de los registros en las áreas de control empresas, en el área de salud Bioestadística y la conexión de consultas médicas, historias clínicas con farmacia laboratorio y rayos x, otras áreas de acuerdo a requerimiento institucional	Indice: Capacidad de Gestión Administrativa
			Nº Total de RRHH: Permanentes 595 Eventuales 376	% de número de personal en el área de salud de la institución	5. Establecer sistemas de recursos humanos que aseguren contar con personal con alta capacidad resolutive, personal altamente calificado, motivado e integrado a la institución y la carrera administrativa	% de número de personal en el área de salud de la institución
			Nº Total de RRHH: Permanentes Administrativos 78 Eventuales 22	% de número de personal administrativo de la institución		

CAJA DE SALUD CORDES  
DIRECCION EJECUTIVA  
PLANIFICACIÓN

E - 2

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016 -2020

DEPENDENCIA	CAJA DE SALUD CORDES - INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO								
DIRECCION:	DIRECCIÓN EJECUTIVA								
UNIDAD:	PLANIFICACIÓN								
PROG / PROYECTO:									
RESULTADO 0									
RESULTADOS:									
1.- Incrementar la Población Asegurada y consolidar su sostenibilidad económica -financiera.									
2.- Prestación de los servicios de salud óptima para satisfacción de los asegurados y sus beneficiarios.									
ACCIONES	LÍNEA BASE	INDICADORES DE PROCESO	META	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
1. Fortalecer al año 2020 la sostenibilidad económico-financiera de la institución mediante el uso racional de los recursos y una adecuación a las normativas complementarias, establecer mecanismos	103,196 POBLACIÓN PROTEGIDA	Índice de cobertura de aseguramiento	Incrementar la población asegurada en un 4% anual	4.128	4.229	4.458	4.636	4.824	22.275

sistematizados en el cobro de aportes, mediante la unidad de cotizaciones a nivel nacional, incrementar las recaudaciones con la afiliación de nuevas empresas.	1,767 Empresas Afiliadas		Aumentar las empresas afiliadas en un 4%	1.838	1.912	1.988	2.067	2.150	9.955
	Se toma el total del ingreso percibido en la gestión 2015 en Bs. 267,550,429		Incrementar el ingreso por cotizaciones en un 7% anual	286.278.959	306.318.486	327.760.780	350.704.034	375.253.316	1.646.315.575
2.Incrementar la infraestructura hospitalaria propia a nivel nacional, la infraestructura de consulta externa, implementar más consultorios de atención especializada	Se toma 13 Policlínicos Propios y 8 Hospitales. Total establecimientos 21	Índice: Capacidad Instalada en Infraestructura	Incrementar en 6 establecimientos de salud con infraestructura propia a nivel nacional.	1	2	1	1	1	6
3. Mantener disponible el desarrollo tecnológico para fines de la calidad resolutive de las intervenciones médicas el equipo bio-médico y hospitalario con alta tecnología de punta	10%	Índice: Capacidad Instalada en equipamiento.	Incrementar en un 70% el equipamiento de alta tecnología a nivel nacional	15%	20%	10%	15%	10%	70%

<p>4. Implementación de sistemas computarizados para la automatización de la información administrativa, de alta tecnología y actualizada, como también la sistematización de los registros en las áreas de control empresas, en el área de salud Bioestadística y la conexión de consultas médicas, historias clínicas con farmacia laboratorio y rayos x , otras áreas de acuerdo a requerimiento institucional</p>	<p>15%</p>	<p>Índice: Capacidad de Gestión Administrativa</p>	<p>Incrementar en un 60% la sistematización de los sistemas de control administrativos y de salud con la sistematización de las historias clínicas.</p>	<p>15%</p>	<p>15%</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>	<p>60%</p>
<p>5. Establecer sistemas de recursos humanos que aseguren contar con personal con alta capacidad resolutive, personal altamente calificado, motivado e integrado a la institución y la carrera administrativa</p>	<p>Nº Total de RRHH: Permanentes 596 Eventuales 376</p>	<p>% de número de personal en el área de salud de la institución</p>	<p>PERMANENTES 905</p>	<p>49</p>	<p>55</p>	<p>60</p>	<p>65</p>	<p>80</p>	<p>309</p>
	<p>Nº Total de RRHH: Permanentes Administrativos 77 Eventuales 22</p>	<p>% de número de personal administrativo de la institución</p>	<p>PERMANENTES 99</p>	<p>6</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>22</p>
<p>Elaborado Por</p>			<p>Aprobado Por</p>						

**vi) Presupuestos**

CAJA DE SALUD CORDES  
DIRECCIÓN EJECUTIVA  
PLANIFICACIÓN

E - 3

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016 -2020

<b>PRESUPUESTO POR ACCIONES</b>						
<b>EN BOLIVIANOS</b>						
<b>DEPENDENCIA</b>	CAJA DE SALUD CORDES - INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO					
<b>DIRECCION:</b>	DIRECCIÓN EJECUTIVA					
<b>UNIDAD:</b>	PLANIFICACIÓN					
<b>PROG / PROYECTO:</b>						
<b>RESULTADO O RESULTADOS:</b>						
1.- Incrementar la Población Asegurada y consolidar su sostenibilidad económica -financiera.						
2.- Prestación de los servicios de salud óptima para satisfacción de los asegurados y sus beneficiarios.						
<b>ACCIONES</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>TOTAL</b>
1. Fortalecer al año 2020 la sostenibilidad económico-financiera de la institución mediante el uso racional de los recursos y una adecuación a las normativas complementarias, establecer mecanismos sistematizados en el cobro de aportes, mediante la unidad de cotizaciones a nivel nacional, incrementar las recaudaciones con la afiliación de nuevas empresas.	200.034.658,00	220.038.123,00	242.041.935,00	266.245.128,00	292.869.630,00	1.221.229.474,00
2.Incrementar la infraestructura hospitalaria propia a nivel nacional, la infraestructura de consulta externa, implementar más consultorios de atención especializada	950.000,00	3.500.000,00	2.500.000,00	2.500.000,00	1.000.000,00	10.450.000,00

3. Mantener disponible el desarrollo tecnológico para fines de la calidad resolutive de las intervenciones médicas el equipo bio-médico y hospitalario con alta tecnología de punta	31.195.211,00	34.314.732,00	37.746.205,00	41.520.825,00	45.672.907,00	190.449.880,00
4. Implementación de sistemas computarizados para la automatización de la información administrativa, de alta tecnología y actualizada, como también la sistematización de los registros en las áreas de control empresas, en el área de salud Bioestadística y la conexión de consultas médicas, historias clínicas con farmacia laboratorio y rayos x , otras áreas de acuerdo a requerimiento institucional	860.000,00	946.000,00	1.040.600,00	1.144.660,00	1.259.126,00	5.250.386,00
5. Establecer sistemas de recursos humanos que aseguren contar con personal con alta capacidad resolutive, personal altamente calificado, motivado e integrado a la institución y la carrera administrativa	102.440.260,00	102.440.260,00	112.684.286,00	123.953.714,00	136.349.085,00	577.867.605,00
<b>TOTALES PRESUPUESTOS ANUALES</b>	<b>335.482.145,00</b>	<b>361.241.132,00</b>	<b>396.015.044,00</b>	<b>435.366.346,00</b>	<b>477.152.768,00</b>	<b>2.005.247.345,00</b>
Elaborado Por	Aprobado por:					

CAJA DE SALUD CORDES  
 DIRECCION EJECUTIVA  
 PLANIFICACIÓN

E - 4

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016 -2020

ACCIONES Y COMPETENCIAS							
DEPENDENCIA	CAJA DE SALUD CORDES - INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO						
DIRECCION:	DIRECCIÓN EJECUTIVA						
UNIDAD:	PLANIFICACIÓN						
PROG / PROYECTO:							
RESULTADO O RESULTADOS:							
1.- Incrementar la Población Asegurada y consolidar su sostenibilidad económica -financiera. 2.- Prestación de los servicios de salud óptima para satisfacción de los asegurados y sus beneficiarios.							
ACCIONES	COMPETENCIAS				ACTORES		
	MS	GAD	GAM	OTROS	COOPERACIÓN	MINISTERIOS	OTROS
1. Fortalecer al año 2020 la sostenibilidad económico-financiera de la institución mediante el uso racional de los recursos y una adecuación a las normativas complementarias, establecer mecanismos sistematizados en el cobro de aportes, mediante la unidad de cotizaciones a nivel nacional, incrementar las recaudaciones con la afiliación de nuevas empresas.				x		MIN.SALUD (INASES)	CAJA DE SALUD CORDES
2. Incrementar la infraestructura hospitalaria propia a nivel nacional, la infraestructura de consulta externa, implementar más consultorios de atención especializada				x		MIN.SALUD (INASES)	CAJA DE SALUD CORDES
3. Mantener disponible el desarrollo tecnológico para fines de la calidad resolutive de las intervenciones médicas el equipo bio-médico y hospitalario con alta tecnología de punta				x		MIN.SALUD (INASES)	CAJA DE SALUD CORDES

<p>4. Implementación de sistemas computarizados para la automatización de la información administrativa, de alta tecnología y actualizada, como también la sistematización de los registros en las áreas de control empresas, en el área de salud Bioestadística y la conexión de consultas médicas, historias clínicas con farmacia laboratorio y rayos x , otras áreas de acuerdo a requerimiento institucional</p>			<p>x</p>		<p>MIN.SALUD (INASES)</p>	<p>CAJA DE SALUD CORDES</p>
<p>5. Establecer sistemas de recursos humanos que aseguren contar con personal con alta capacidad resolutive, personal altamente calificado, motivado e integrado a la institución y la carrera administrativa</p>			<p>x</p>		<p>MIN.SALUD (INASES)</p>	<p>CAJA DE SALUD CORDES</p>
<p>Elaborado Por</p>	<p>Aprobado Por</p>					

## **vii) GESTIÓN DE RIESGO Y CAMBIO CLIMÁTICO:**

### **Gestión del riesgo salud ambiental**

Es un hecho científico que el clima global está siendo alterado significativamente, como resultado del aumento de concentraciones de gases de efecto invernadero tales como el dióxido de carbono, metano, óxidos nitrosos y clorofluorocarbonos. Estos gases están atrapando una porción creciente de radiación infrarroja terrestre y se espera que harán aumentar la temperatura planetaria entre 1,5 y 4,5 °C. El cambio climático plantea un reto importante, y en gran medida desconocido, puesto que los patrones del proceso salud-enfermedad están siendo alterados.

Los factores climáticos son determinantes de diversas enfermedades transmitidas por vectores, de muchos trastornos gastrointestinales y de ciertas afecciones atribuibles al agua. Las relaciones entre las variaciones interanuales del clima y las enfermedades infecciosas son más patentes allí donde dichas variaciones son acentuadas, y en las poblaciones vulnerables. El fenómeno de El Niño brinda una muestra para comprender las futuras repercusiones del cambio climático global en las enfermedades infecciosas. Tanto la temperatura como las aguas de superficie influyen considerablemente en los insectos vectores de enfermedades. Tienen especial importancia las especies de mosquitos vectores, que propagan la malaria y enfermedades víricas como el dengue, el Magyaro, el ZICA y la fiebre amarilla. Las temperaturas más elevadas favorecen la reproducción de los vectores y reducen el periodo de maduración de los microorganismos patógenos en su interior. Hoy día, se constata un incremento de la frecuencia de muchas enfermedades infecciosas, incluidas algunas de reciente aparición (VIH/SIDA, hantaviriosis, hepatitis C, SRAS, etc.), reflejando el impacto combinado de los rápidos cambios demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y de otro tipo sobre nuestros modos de vida. El cambio climático también modificará la frecuencia de las enfermedades infecciosas

Bolivia, es un país vulnerable al impacto del cambio climático debido a los índices de pobreza e inequidad, tiene un porcentaje alto de población indígena (66.2 %) y es en este grupo donde se concentra la pobreza e inequidad, tiene una biodiversidad muy significativa con una variedad amplia de ecosistemas que son vulnerables a los diferentes impactos del cambio climático. Más de la mitad de su población está ubicada en la zona amazónica, donde existen altas tasas de deforestación (tasa promedio de deforestación de 302 249 hectáreas/año), lo que incrementa la vulnerabilidad frente a las inundaciones. Está localizado en una región de extremos climáticos, Bolivia es uno de los países más afectado por desastres “naturales” en los últimos años.

La población boliviana aún no está sensibilizada ante los riesgos de los cambios climáticos globales y nacionales para la salud, lo que reflejaba un desconocimiento general de la forma en que la alteración de los sistemas biofísicos y ecológicos puede afectar a largo plazo al bienestar y la salud de la población.

Teniendo en cuenta la importancia de esta situación, el Estado Plurinacional de Bolivia, por parte del Ministerio de Salud, ha definido la Política Nacional de Cambio Climático, que establece las medidas de mitigación, adaptación y respuesta, a las que se compromete para enfrentar este fenómeno global.

Por lo tanto, la Caja de Salud CORDES, coincidiendo en su importancia, compromete su participación activa y el cumplimiento de sus responsabilidades, apoyando el Plan de Desarrollo y las políticas sectoriales encaminadas a contribuir al vivir bien de la población.

La gestión del riesgo ambiental y sus efectos en la salud de la población asegurada que estable la Caja de Salud CORDES, está orientada a estimar cuantitativamente la «carga de morbilidad» asociada a factores ambientales en las principales categorías de enfermedades y afecciones de notificación obligatoria.

Al centrarse en el criterio de evaluar la carga de enfermedad y el modo en que la influencia del medio ambiente repercute en las prevalencias e incidencias de diversos tipos de enfermedades, la Caja de Salud CORDES coadyuva al sector salud en el entendimiento de las interacciones entre el medio ambiente y la salud de la población asegurada.

Las estimaciones reflejan, en efecto, cuánta mortalidad, morbilidad y discapacidad pueden evitarse, desde una perspectiva realista, cada año mediante la reducción de la exposición humana a los riesgos ambientales.

En esta parte del PEI se señalan específicamente la evaluación comparativa de la carga total de morbilidad atribuible a algunos de los riesgos ambientales más importantes que se dan en la población asegurada de la Caja de Salud CORDES a nivel nacional.

PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CONTRIBUYEN A LA CARGA DE MORBILIDAD RELACIONADA CON EL MEDIO AMBIENTE ENTRE LOS NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS

	<u>REGIONALES</u>	LP	Oru	SC	Cbba.	Sucre	Ptsi	Tja.	Bmjo.	Beni	Pando
	<u>ENFERMEDADES</u>										
1	IRAS	X	x	x	x	X	x	X	x	x	x
2	Diarrea y gastrointestinales	X	x	x	x	X	x	X	x	x	x
3	Traumatismos	X	x	x	x	X	x	X	x	x	x
4	Vectoriales			x	x				x	x	x
5	Accidentes	X		x	x					x	x
6	Alérgicas			x	x			X		x	x
7	Poli artropatías	X	x	x	x	X	x	X	x	x	x
8	Dermatológicas	X	x	x	x	X	x	X	x	x	x

Anuario Bioestadístico 2015 CSC

Entre las enfermedades con la mayor carga absoluta atribuible a factores ambientales modificables figuraban: la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, «otras» lesiones por accidentes, y vectoriales.

La carga de morbilidad por diarrea está asociada en aproximadamente un 94% a factores de riesgo ambientales tales como el consumo de agua no potable, el saneamiento deficitario y la higiene insuficiente.

- Las infecciones de las vías respiratorias inferiores están asociadas a la contaminación del aire en locales cerrados, relacionada en gran medida con la utilización de combustible sólido en los hogares y posiblemente con la exposición pasiva al humo del tabaco, así como con la contaminación del aire exterior. El 42% de estas infecciones son atribuibles a causas ambientales.
- Entre las «otras» lesiones accidentales están las causadas por los peligros en el lugar de trabajo, la radiación y los accidentes industriales; el 44% de estos traumatismos son atribuibles a factores ambientales.
- El 42% de vectoriales (malaria, leishmaniasis, leptospirosis, otras) podría atribuirse a factores ambientales modificables, pues estas están asociadas a las políticas y prácticas de aprovechamiento de tierras, deforestación, ordenación de los recursos hídricos, ubicación de los asentamientos y modificación del diseño de las viviendas, por ejemplo, la mejora de los desagües.
- La inactividad física es un factor de riesgo de diversas enfermedades no transmisibles, entre ellas la cardiopatía isquémica, los cánceres de mama, colon y recto, y la diabetes mellitus.

¿Cómo podría coadyuvar la Caja de Salud CORDES frente a los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente?

- Asumiendo las estrategias de salud pública y preventiva que establezca el MS sobre las intervenciones sanitarias ambientales. De hecho, ya asume la vigilancia regular, basada en el sistema de notificación de casos a nivel nacional y departamental, y la Vigilancia específica.
- Con la provisión de servicios de salud integrales en todo el país.
- Con la desconcentración de sus Regionales y establecimientos de salud.
- La participación social de los asegurados, activos y pasivos.
- El incremento del acceso a seguros de salud a corto plazo de la CSC.