



**CAJA DE SALUD
DE CAMINOS**

Cuidamos tu salud

GUIA METODOLÓGICA PARA EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2021-2025

Dr. Rodolfo Edmundo Rocabado Benavides

La Paz, mayo 2021

Dirección Nacional de Planificación

Construyendo una cultura de Planificación

Tabla de contenido

GUIA DEL PROCESO DE LA PLANIFICACION	4
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.....	4
GUIA METODOLOGICA.....	4
(a) PRESENTACION	4
(b) Objetivo de la Guía	5
(c) Características	5
1. Contexto Nacional	5
2. PROCESO DE LA PLANIFICACION	6
ETAPA A: DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL- Análisis Cuantitativo	19
ETAPA B: EVALUACIÓN DE PEI 2016-2025	29
Matriz de Evaluación del PEI anterior.....	30
Matriz de Evaluación POA's.....	31
Matriz de Identificación y análisis de actores FODA y Análisis de Competencias y servicios	31
Análisis FODA de la Entidad.....	31
Análisis de Competencias y Servicios.....	33
Cruce de Variables FODA de la Entidad	34
Ejemplo de problemas en el ámbito político – institucional	35
Construcción de Árbol de Problemas	36
Ejemplo de potencialidad en el ámbito político - institucional.....	37
ETAPA C: MARCO ESTRATEGICO	38
Línea de Base del Diagnóstico Institucional	38
RESULTADO 1: Principios, valores, misión y visión definidos	38
¿Cómo Formular la Misión?	39
¿Cómo Construir la Visión?.....	40
FASE I: ELABORACION DEL PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGIA	41

FASE II: PROPOSITO BASICO INSTITUCIONAL.....	42
FASE III: ELABORACION PEI Y SESIONES DE RETROALIMENTACION, APROBACION Y CONCLUSIONES.....	43
ANEXO 1 Cronograma.....	44
ANEXO 2 Instrumentos de Evaluación y cuestionarios on line	45
ANEXO 3 Plan de Supervisión Facilitadora 2021	49

GUIA DEL PROCESO DE LA PLANIFICACION CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A. GUIA METODOLOGICA

(a) PRESENTACION

Las limitaciones y circunstancias en las que actualmente opera La Caja de Salud de Caminos y R. A.(CSC) la obligan a transformarse y modernizarse, con la finalidad de continuar brindando los servicios que demanda una población beneficiaria. Por un lado, la parte epidemiológica que reorienta la demanda de servicios médicos hacia la atención de padecimientos cada vez más costosos impone la necesidad de mejorar la respuesta que la CSC brinda al beneficiario. Por otro, las actividades, proyectos y programas de los objetivos y ejes de desarrollo del Plan Sectorial de Salud, mediante la generación y cumplimiento de proyectos estratégicos destinados a la incorporación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Medicina Tradicional, Programas de Promoción y Prevención de la Salud y la Gestión de Calidad aplicados a los tres regímenes de la Seguridad Social a Corto Plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.

A lo largo de la historia el Seguro Social en Bolivia ha contribuido al mejoramiento del bienestar de los trabajadores y sus familias. Sin embargo, la situación y los desafíos actuales, evidencia la necesidad de establecer políticas institucionales efectivas e integrales que resulten en mejores servicios de protección social para todos los beneficiarios.

Actualmente el reto en el Sector Salud en el marco del objetivo del Plan Nacional de Desarrollo es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que asume la Medicina Tradicional.

El Sistema de Seguridad Social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y presten servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expreso o presunto. Obliga a los empleadores de las empresas, entidades, organizaciones públicas o privadas, autónomas o semiautónomas, autárquicas o semiautárquicas, descentralizadas o desconcentradas,

cooperativas contratistas, subcontratistas o intermediarios, universidades y en general a todos los que tengan trabajadores a su servicio, a su incorporación dentro del campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. En lo particular el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales.

El sistema se estructura en Seguros de Salud y Seguros de Pensiones. El primero administrado por 6 Cajas de Salud, 8 Seguros universitarios y el Seguro Social Militar. El segundo conformado por el Servicio Nacional del Sistema de Reparto (SENASIR) y las administradoras de Fondos de Pensiones (AFP's) encargadas de la administración del sistema de capitalización individual.

La Caja de Salud de Caminos un Ente Gestor de Corto Plazo aun con muchos desafíos dentro del Sector de Seguridad Social.

Es por ello que para que La Caja de Salud de Caminos se encuentre a la altura de las necesidades actuales en el país, se requiere implementar estrategias que fortalezcan la prestación de cada uno de los servicios, mejoren la capacidad de gestión en su conjunto, refuercen las finanzas institucionales y le permitan transitar hacia un sistema integrado de salud.

Para este fin la Caja de Salud de Caminos ha definido en la presente Guía, que contribuya en la práctica la mejora de la eficiencia y eficacia de la entidad.

(b) Objetivo de la Guía

Construir, en consenso con las autoridades de la entidad y la activa participación de los trabajadores en salud, los lineamientos estratégicos y operativos de la entidad, Fortaleciendo las capacidades y la cultura de planificación institucional, promoviendo el alineamiento y compromiso de la entidad, en torno a su misión y visión con los objetivos estratégicos

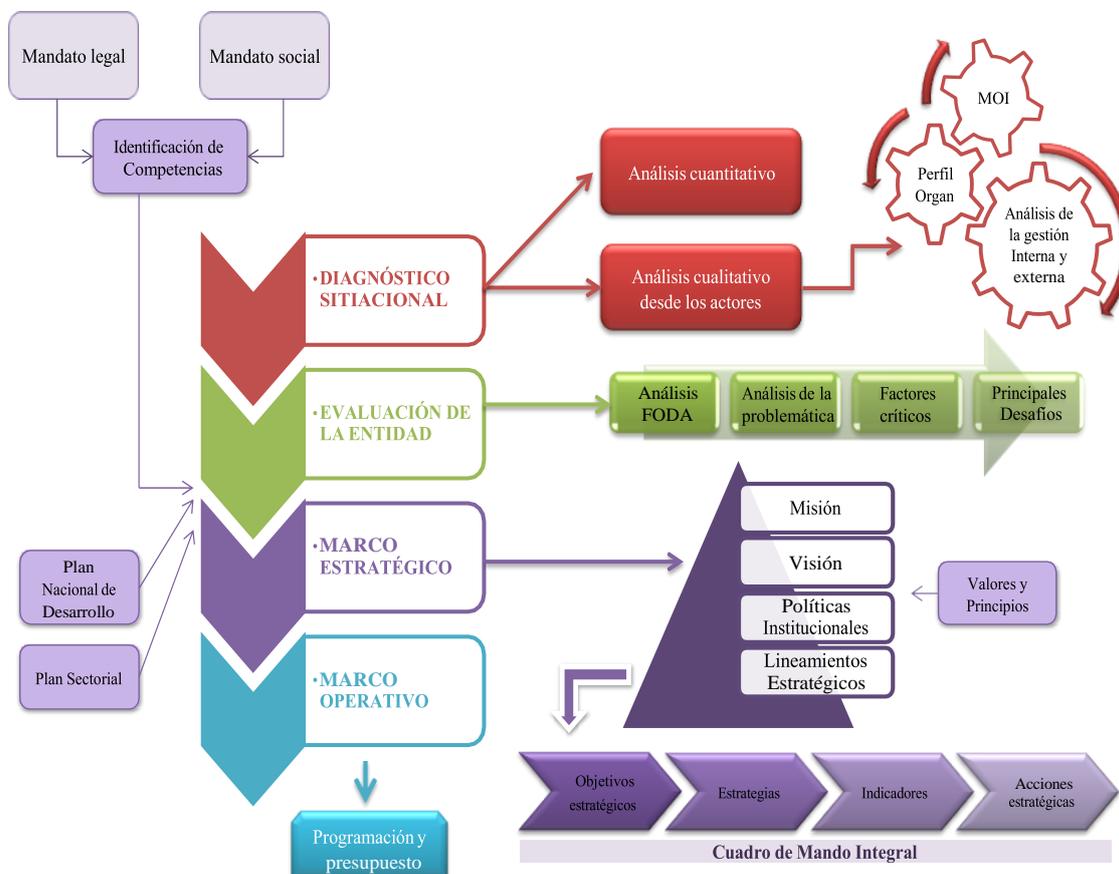
(c) Características

1. Contexto Nacional

- Marco legal
- Responsabilidades Institucionales
- Marco Conceptual

2. PROCESO DE LA PLANIFICACION

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL



ETAPA A: DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

✦ Análisis Cualitativo

Consiste en una investigación de campo, a partir de las percepciones de autoridades, personal directivo y técnico de las 11 Regionales que conforman la Caja de Salud de Caminos con base en los siguientes modelos y herramientas, cada una con diferentes niveles de profundidad en su aplicación y análisis:

- Perfil organizacional.
- Modelo Organizacional Integrado.
- Análisis de la gestión interna y externa.
- Análisis ámbito jurisdiccional.

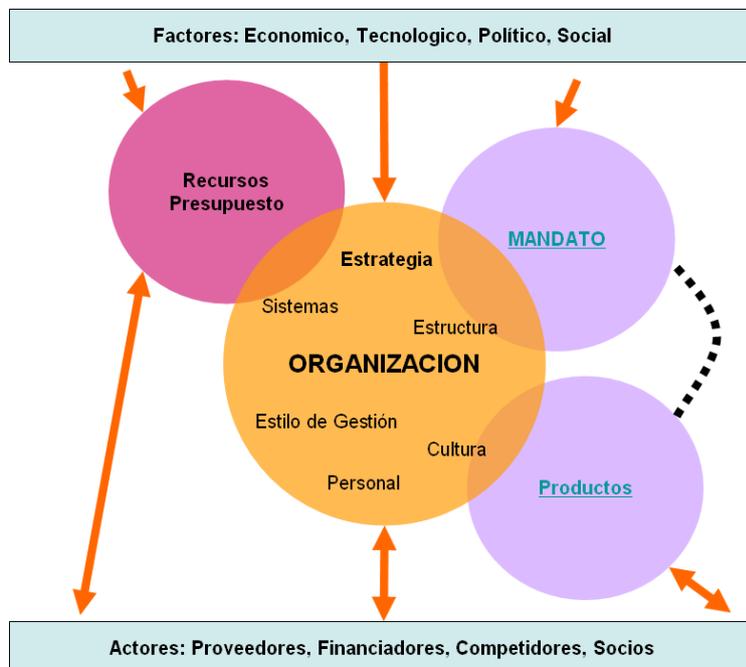
Perfil Organizacional

Tabla 1: Herramienta para planificación – modelo – debe ser modificado de acuerdo a resultados

Campos de observación			++	+	+-	-	--	Comentarios
1	Objetivos	Los objetivos de gestión de la Caja de Salud de Caminos son coherentes al marco legal en vigencia.			⊙			
		La formulación de los objetivos de gestión y las acciones para su cumplimiento responden a un proceso participativo.			⊙			
		Los objetivos de gestión formulados responden a la misión y visión de la institución.			⊙			
2	Planificación	El proceso de formulación del POA al interior de cada unidad funcional es participativo: Participan activamente el nivel ejecutivo (autoridades), directivo (jefes de unidad) y operativo (personal de apoyo jurisdiccional).				⊙		
		Los objetivos de gestión son medibles, alcanzables, realistas, específicos y acotados en el tiempo.				⊙		
3	Acuerdos internos	Se cumplen los acuerdos (por escrito u orales) a cerca de los derechos y obligaciones de cada uno de los trabajadores: cumplimiento de deberes, eficiencia y eficacia en el trabajo, comunicación y gestión de la información.			⊙			
		Cada unidad de la Caja tiene un sistema de monitoreo y control de sus actividades que considera: tiempo y calidad de los servicios.			⊙			
4	Reconocimiento del trabajo	Los trabajadores de la Caja de Salud de Caminos, conocen las exigencias en el trabajo. Sus rendimientos son valorados con incentivos.					⊙	
		Las autoridades y jefes de unidad de la Caja están abiertos, por su propia cultura, a canales de comunicación de fácil acceso en todos los sentidos (entre pares, con los jefes y subordinados); lo que facilita la implementación del reconocimiento como un hábito.		⊙				
5	Delegación	Los mandos superiores, involucran a los trabajadores de sus unidades en la responsabilidad de los resultados, delegan la toma de decisiones.			⊙			
6	Decisiones	En la organización se decide oportuna e inequívocamente, con base en las normas y las competencias.		⊙				

Diagnóstico a partir del Modelo Organizacional Integrado

El modelo organizacional integrado (MOI), es un modelo utilizado para describir, analizar y diagnosticar a la Institución.



Matriz consolidada Modelo Organizacional Integrado

Tabla 2: Herramienta para planificación

Componentes del MOI	ASPECTOS (EJEMPLO)	
	POSITIVOS	NEGATIVOS
Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento Estratégico: El Plan Estratégico para la CSC se encuentra en proceso de elaboración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de personal responsable de los procesos de planificación. No se cuenta con personal responsable de planificación, lo cual dificulta las tareas de formulación de la planificación anual, sujeta al marco estratégico para el quinquenio. • No se involucra a todo el personal en la planificación: Ante la ausencia de una unidad específica, el proceso de planificación se encuentra a cargo de la Unidad de Enlace Administrativo Financiero. No se involucra al personal en su elaboración.
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> • Nueva estructura organizacional: La nueva estructura organizacional responde a las competencias establecidas en la Ley N° XXX de la CSC. La estructura ha sido concebida a fin de una mejor producción de los servicios que presta la CSC 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencias no delimitadas: Existen conflictos competenciales, producto de la falta de delimitación de competencias con las Regionales. Ej. La Unidad de Servicios presenta conflicto competencial en lo concerniente a la gestión de los Servicios

Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de gestión: El sistema de gestión ha sido mejorado mediante el control en la resolución de procesos. • Sistemas administrativos: Los sistemas administrativos están regulados por la Dirección Administrativa y Financiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Débil sistema de planificación: El sistema de planificación es débil. • Débil sistema de seguimiento y evaluación: El seguimiento a la ejecución física de la planificación operativa anual se encuentra a cargo de la unidad de planificación del XXXXX. El mismo es débil y no retroalimenta el proceso.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Personal comprometido y calificado: La institución posee recursos humanos calificados con capacidades para desarrollar el trabajo según atribuciones de la CSC 	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización no llevada a cabo: No se ha llevado a cabo el proceso de XXXXXX del personal administrativo. • Inexistente capacitación del personal: No se tiene un programa para la capacitación de los recursos humanos con vistas a mejorar su desempeño. • Política de recursos humanos inexistente: No se cuenta con una política de desarrollo de los recursos humanos orientada a mejorar el desempeño de los servidores, mediante el desarrollo de sus habilidades, conocimientos y actitudes.
Cultura organizacional y valores	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio entre responsabilidad individual y trabajo en equipo: Se promueve el trabajo en equipo, como estrategia que agrega valor a los procesos, con vistas a lograr un equilibrio entre la responsabilidad individual y el trabajo en equipo. 	
Estilo de dirección de la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y relacionamiento interno: Existe coordinación y comunicación. Se han establecido buenas relaciones de trabajo al interior de las diferentes Salas. • Delegación de funciones: Se delegan funciones conforme las responsabilidades de los cargos. • Toma de decisiones oportuna: La toma de decisiones es oportuna, se realiza de acuerdo con políticas, procedimientos y reglamentaciones definidas. 	
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura: Se cuenta con edificio propio que es parte de la historia del país 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura inadecuada: Los ambientes no son funcionales para la atención al usuario
Equipamiento		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos tecnológicos insuficientes: Los recursos tecnológicos que abarcan el equipo y los sistemas (incluidos la biblioteca y los equipos y programas de los sistemas informáticos) son insuficientes. No se tiene un sistema informático para la sistematización generación de información estadística. Etc.
Financiamiento (propio)		<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento propio en riesgo: Las recaudaciones propias de la CSC encuentran en riesgo XXXXX. • Recursos provenientes XXXX Los recursos provenientes de estas instancias se encuentran en riesgo XXXXXXXX
Financiamiento (externo)		

Diagnóstico a partir del análisis de la Gestión Interna y Externa



Matriz 1 Procesos de planificación

Tabla 3: Herramienta para planificación – modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

SUBCOMP.	INDICADORES	ASPECTOS	
		POSITIVOS	NEGATIVOS
Plan Operativo Anual	Proceso de formulación de los POAS.		
	Proceso de seguimiento al cumplimiento del POA.		
	Personal dedicado a la planeación en la CSC		
Presupuestación	Proceso de formulación del presupuesto anual.		
	Vinculación POA – Presupuesto.		
	Seguimiento a la ejecución presupuestaria y medidas adoptadas.		

	Asignación presupuestaria de la Dirección Administrativa Financiera de la CSC.		
Programación de inversiones			

Paso 2. Procesos de organización

El segundo proceso analizado corresponde a los procesos de organización, marco en el cual, se observaron tres subcomponentes: Estructura orgánica, comunicación interna y desconcentración. El análisis consideró la articulación entre la organización y la planificación, así como aspectos particulares relacionados con la flexibilidad. Para este efecto se empleó la Matriz 2.

Matriz 2 Procesos de organización interna

Tabla 4: Herramienta para planificación- modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

SUBCOMP.	INDICADORES	ASPECTOS	
		POSITIVOS	NEGATIVOS
Estructura orgánica	Estructura orgánica como reflejo de las necesidades y el nuevo marco legal.		
	Habilidades, conocimientos, capacidades y actitudes de los servidores públicos judiciales de la Jurisdicción Ordinaria para el desarrollo efectivo del puesto de trabajo en correspondencia al organigrama vigente.		
	Capacidades requeridas en cada puesto de trabajo		
Comunicación interna y calidad	Comunicación interna entre mandos superiores y niveles operativos.		
	Comunicación al interior de cada unidad funcional del TSJ.		

Comunicación interna y calidad del servicio	Comunicación como mecanismo de coordinación con unidades del Órgano Judicial en general.		
	Comunicación entre la unidad de enlace administrativo del Tribunal Supremo de Justicia y la Dirección Administrativa y Financiera del Órgano Judicial.		
	Calidad de los servicios prestados en términos de eficiencia y eficacia (oportunidad y contenido); área administrativa.		

Paso 3. Procesos de ejecución

El tercer proceso que se abordó fue el de ejecución, sobre el cual fueron analizados los subcomponentes: Gestión de personal, Administración de bienes y servicios, y Gestión Financiera. El trabajo consideró aspectos referidos a la articulación entre los procesos de ejecución, planificación y organización, así como aspectos específicos relacionados con el gasto corriente/inversión. Para el efecto se empleó la Matriz 3.

Matriz 3

- Procesos de ejecución

Tabla 5: Herramienta para planificación- modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

SUBCOMP.	INDICADORES	ASPECTOS	
		POSITIVOS	NEGATIVOS
Gestión de personal	Carrera médica y Escalafón.		<ul style="list-style-type: none"> • No existe norma específica para la carrera médica y el escalafón.
	Subsistema de retribución y escalafón para servidores médicos y administrativos.		<ul style="list-style-type: none"> • No existe un subsistema de retribución y escalafón.
	Proceso de institucionalización y selección de personal.		<ul style="list-style-type: none"> • No se ha dado inicio al proceso de institucionalización en el área administrativa.
	Evaluación del desempeño versus calidad de los recursos humanos.		<ul style="list-style-type: none"> • Al no haber institucionalización de cargos, no existe evaluación del desempeño.
	Requerimientos y necesidades versus dotación de personal administrativo como médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren los requerimientos de personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza inducción al personal de reciente ingreso, lo cual influye en el desempeño colectivo.
Administración de bienes y servicios	Sistema de inventarios de la CSC	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el Sistema de Inventario de bienes xxxxx 	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha analizado ni modificado los criterios para el registro de datos.

	Reglamento SABS aprobado.		<ul style="list-style-type: none"> • El reglamento SABS está xxxxx
	Disponibilidad de bienes en Unidades Funcionales de la CSC		<ul style="list-style-type: none"> • Los bienes con los cuentan las unidades funcionales son insuficientes.
Gestión administrativa financiera	Presupuesto programado/ ejecutado.	<ul style="list-style-type: none"> • El presupuesto programado se ejecuta con base en actividades planificadas. 	La asignación presupuestaria al es insuficiente para cubrir sus necesidades.
	Presupuesto asignado por competencias (administrativa Vs. Medica)	<ul style="list-style-type: none"> • El presupuesto se asigna tanto para el área médica como administrativa 	

Paso 4. Procesos de control interno

Para el análisis de los procesos de control se abordaron aquellos subcomponentes referidos a la evaluación de la ejecución físico/financiera, así como aquellos relacionados con el control del gasto. Para el efecto se empleó la Matriz 4.

Matriz 4 Procesos de control interno

Tabla 6: Herramienta para planificación- modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

SUBCOMP.	INDICADORES	ASPECTOS	
		POSITIVOS	NEGATIVOS
Sistemas de evaluación físico/financieras	Sistema de gerenciamiento de proyectos/ coordinación con la Unidad correspondiente de la DAF y de sus regionales		
	Sistema de control de presupuesto versus gasto.		
Control interno	Seguimiento a la ejecución física de la planificación operativa anual.		
	Seguimiento a la ejecución financiera de la planificación operativa anual.		

Paso 5. Cultura organizacional

A fin de completar el análisis de los procesos SAFCO, se trabajó identificando las características principales de la cultura y el clima organizacional, pues estos aspectos inciden significativamente en la gestión interna.

Para el efecto, se abordaron temas referidos a: Tipo de organización, liderazgo, vínculos y ambiente organizacional, criterios de éxito y estilo de gerencia. Para el efecto se empleó la Matriz 5.

Matriz 5 Cultura organizacional

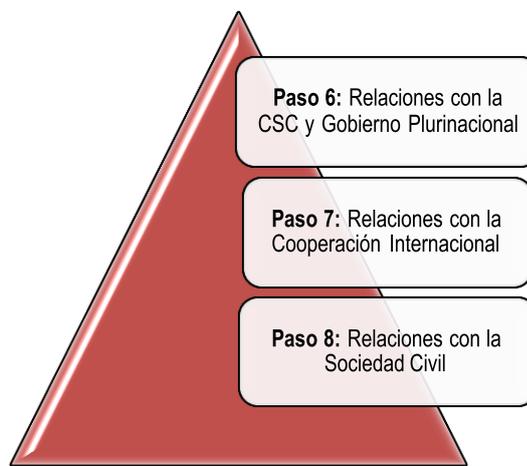
Tabla 7: Herramientas para planificación - modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

SUBCOMPONENTES	ASPECTOS	
	POSITIVOS	NEGATIVOS
<p style="text-align: center;">Tipo de organización</p> <p>Analizar si la CSC es una:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización estructurada con procesos burocráticos. • Organización con orientación competitiva, orientada a la productividad y al logro de resultados. 		
<p style="text-align: center;">Liderazgo</p> <p>Analizar el papel de las autoridades (Jefes Médicos) y jefes de unidad en términos de facilitadores e innovadores de procesos.</p>		
<p style="text-align: center;">Vínculos organizacionales</p> <p>Analizar si el vínculo que mantiene a la CSC es la lealtad y el compromiso o si priman los procesos formales, reglas y políticas.</p>		
<p style="text-align: center;">Ambiente organizacional</p> <p>Analizar si el ambiente interno que reina en la CSC es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participativo y confortable. Existe confianza y apertura. • Tenso y de desconfianza. 		
<p style="text-align: center;">Criterios de éxito</p> <p>Analizar la forma en la que CSC define el éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En base al desarrollo de los recursos humanos, el trabajo en equipo y la preocupación por la gente. • En base a la cobertura de servicios y la ejecución presupuestaria que realice con relación a los resultados obtenidos. 		
<p style="text-align: center;">Estilo de dirección</p> <p>Analizar el estilo de dirección en la CSC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizado por el trabajo en equipo, el consenso, la participación y la no discriminación. • Caracterizado por la presión, el individualismo, la imposición y discriminación. 		

Análisis de la gestión externa

El análisis de la gestión externa abarcó tres aspectos. El primero referido a las relaciones entre la CSC - Gobierno Plurinacional, el segundo referido a las relaciones entre la CSC y la Cooperación Internacional. Finalmente, el tercer aspecto estuvo referido a la relación entre la CSC y la Sociedad Civil.

Para este efecto, se trabajaron tres pasos adicionales al análisis anterior. Éstos son:



Paso 6. Relaciones Con Ministerio Salud – Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo y otras Entidades

Matriz 6 Capacidades/relaciones con La CSC y Gobierno Plurinacional

Tabla 8: Herramientas para planificación- modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

COMPONENTES	¿QUÉ FACTORES CRÍTICOS SE OBSERVAN?	¿QUÉ MEDIDAS DE POLÍTICA SE REQUIEREN?	¿QUE CAPACIDADES SON NECESARIAS?
Comunicación y gestión política.	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación con XXXXXXX es relativa 		
Planificación – Concertación para la generación de proyectos orientados a fortalecer la gestión de la CSC	<ul style="list-style-type: none"> El relacionamiento con el Gobierno Nacional no se hace en función a una planificación previa. 		

Ejecución – inversión.	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con un plan de inversión que permita la gestión de recursos 		
Control.	<ul style="list-style-type: none"> El control interno está sujeto a reglamentación específica a ser dada y socializada por la DAF. 		
Normativa. (Generación/información)			
Regionales.	<ul style="list-style-type: none"> Los procesos de coordinación y articulación con las unidades administrativas Entidades y REGIONALES no son del todo eficientes, los procesos son lentos y burocráticos. 		

Paso 7. Relaciones con la cooperación internacional, entidades públicas y privadas

La actual dinámica de relacionamiento entre la CSCyRA la Cooperación Internacional, así como las potenciales oportunidades de trabajo conjunto sobre temas de interés bilateral o colectivo, ameritan analizar -desde una perspectiva horizontal- los mecanismos y prácticas que permiten construir apoyos mutuos para la resolución de problemas comunes (demandas sociales), a través de gestiones políticas, intercambio de aprendizaje y financiamiento para una mejor provisión de servicios.

En este entendido, se trabajaron cuatro categorías (mecanismos de coordinación, agenda de temas, prácticas y financiamiento de proyectos), sobre los cuales se aplicaron preguntas orientadas a conocer el estado de situación y posteriormente -en función de los resultados- se extrajeron elementos que permitan identificar los requerimientos de capacidades. Para sistematizar la información, se empleó la Matriz 7.

Matriz 7

Capacidades/relaciones con la cooperación internacional, entidades públicas y privadas

Tabla 9 Herramientas para planificación - modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

CATEGORÍAS	¿QUÉ FUNCIONA?	¿CÓMO FUNCIONA?	¿QUÉ SE REQUIERE EN TÉRMINOS DE CAPACIDADES?
Comunicación - Coordinación horizontal. (Mecanismos formales/informales).	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación en temas de interés común. 	<ul style="list-style-type: none"> A través de convenios y acuerdos de cooperación interinstitucional. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de gestión política y cumplimiento de convenios suscritos de acuerdo a términos acordados.

Temas de interés común bilateral – colectivos.	<ul style="list-style-type: none"> Los temas de interés común apuntan principalmente a: Acceso al Servicio en atención, formación de recursos humanos, administración 	<ul style="list-style-type: none"> A través de una buena gestión y la suscripción de acuerdos y convenios. Voluntad política recíproca. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de gestión de la institución para la negociación con la cooperación, redes internacionales y otros.
Prácticas de intercambio. (Aprendizajes, servicios).	<ul style="list-style-type: none"> Aun no se tienen prácticas de intercambio con sus similares. 		<ul style="list-style-type: none"> Realizar acuerdos con otros gestores Formar parte de redes de apoyo con instituciones público-privadas. Desarrollar capacidades institucionales en el tema.
Financiamiento de proyectos.	<ul style="list-style-type: none"> Se tienen algunos 	<ul style="list-style-type: none"> A través de la gestión para el financiamiento de proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> Generar alianzas estratégicas y redes de apoyo. Convenios de financiamiento.

Paso 8. Relaciones con la sociedad civil

A través de la siguiente matriz, se pretende recoger la percepción, comentarios y opiniones de los trabajadores de la CSC respecto de su relacionamiento con la sociedad civil. Entendida ésta como el conglomerado de actores vinculados a colectivos sociales organizados tales como: organizaciones no gubernamentales, sindicatos, asociaciones, federaciones, gremios, etc. Los mismos que expresan y representan los intereses, las demandas y las aspiraciones de la población boliviana respecto a la administración en la prestación del Servicio de Salud.

Matriz 8 Capacidades/relaciones con la sociedad civil

Tabla 10: Herramienta para planificación modelo a ser modificado de acuerdo a resultados

CATEGORÍAS	¿QUÉ FUNCIONA?	¿CÓMO FUNCIONA?	SUGERENCIAS DE MEJORA
Información/Comunicación (Mecanismos formales/informales)	<ul style="list-style-type: none"> No se mantiene comunicación con las organizaciones sociales que respaldaron la designación de Directores 		<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de consulta permanente con las organizaciones sociales a fin de informar sobre los servicios de la CSC y recoger sus criterios para retroalimentar todos los procesos.
Coordinación (Mecanismos formales/informales).	<ul style="list-style-type: none"> No se tienen mecanismos de coordinación con las organizaciones sociales. 		<ul style="list-style-type: none"> Establecer bases de "conocimiento compartido y mejores prácticas" que permitan a las unidades funcionales reutilizar el conocimiento y la experiencia adquirida. Estandarizar los procesos, resultados y capacidades de los trabajadores como mecanismos de coordinación hacia adentro y hacia afuera de la institución.
Participación ciudadana y el control social		<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de mecanismos para impulsar la participación ciudadana. 	<ul style="list-style-type: none"> Estandarizar los procesos y resultados a fin de aperturar el camino para el control social.

ETAPA A: DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL- Análisis Cuantitativo

✦ Análisis Cuantitativo

Esta información complementara el diagnóstico cuantitativo desde la gestión 2012, que sistematiza información correspondiente al comportamiento y la evolución de nuestros Estados Financieros que comprende de 2012 al 2020, con el objeto de realizar **un análisis de ventaja competitiva desde el punto de vista de Value Investing, con 12 test como Propuesta**, proporcionando de esta manera, información y datos históricos del accionar de la labor en la prestación de servicios de Salud a corto plazo.

Test # 1 Márgenes

Márgenes:

Bruto, Es la relación entre la utilidad bruta y el monto de los ingresos, e indica el porcentaje de las ventas que se convierte en utilidades brutas. Se espera que este índice tenga el mayor nivel posible (es decir, que los costos de ventas estén el menor nivel posible), puesto que implica una mayor posibilidad de cubrir los gastos de operación, los intereses de las deudas y las posibles cargas que sean generadas a la Caja.

Operativo, Analiza el grado de eficiencia que puede generar la Caja por el desarrollo de su objeto social (es decir, sus operaciones). Permite identificar si la operación propia de la empresa, por sí sola, puede generar rendimientos, sin depender de operaciones que no son propias de su misión, independientemente si ésta accede a financiación externa.

Neto, Mediante este indicador, se puede analizar en primera medida, la capacidad de la empresa como un conjunto para generar ganancias a partir de la generación de ingresos operacionales.

Test # 2 Crecimiento Ingresos

¿Tienen los Ingresos un crecimiento?, Es razonable esperar que si los ingresos aumentan una parte de la ganancia debe inmovilizarse en el activo operativo. Estos son los recursos que, más que figuradamente, “apoyan” ese crecimiento del nivel de actividad. La diferencia entre la ganancia y el aumento del activo es el excedente operativo de fondos.

Test # 3 Rentabilidad

Permite medir la efectividad, pues de su análisis podemos obtener una visión muy amplia de todos los factores que inciden tanto favorable como desfavorablemente en la obtención de rentabilidad.

Test # 4 Ganancia por Acción.

Se establecerá el cálculo para posibles alternativas de financiamiento

Test # 5 Endeudamiento

¿Tiene una política de endeudamiento? Establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la Institución, La función de los indicadores financieros, más concretamente de los indicadores de endeudamiento, es medir cuánta deuda tiene la institución sobre el valor del patrimonio y los activos, el análisis de estos índices permite saber si está gestionando la prestación de los servicios de forma sostenible o si tiende a tener problemas financieros en un futuro próximo.

Test # 6 Rotación

¿Logra mantener (o mejorar) la rotación? las razones de gestión conocidas también como razones de rotación, de actividad, o ratios operativos, constituyen un medio para evaluar el nivel de actividad, así como para medir la eficiencia en el manejo de los recursos financieros. A menudo, esta evaluación recae sobre las cobranzas, los pagos, los inventarios, los activos fijos y el activo total. También permiten evaluar los efectos de las decisiones y las políticas seguidas por la Institución en la utilización de sus recursos.

Test # 7 Net Net

Constituyen una actividad, la cual consiste en la utilización de los datos de la contabilidad para descubrir y revelar hechos económicos del pasado y del futuro en relación con la actividad en prestación de servicios.

Test # 8 Free Cash Flow

Consiste en la cantidad de dinero disponible para cubrir deuda, una vez se hayan deducido el pago a proveedores y las compras del activo fijo (construcciones, maquinaria, equipos). En

general, este cálculo sirve para medir la capacidad de nuestra Institución para generar caja independientemente de su estructura financiera. Es decir, el FCL es el flujo de caja generado por la empresa que se encuentra disponible para satisfacer los pagos a los proveedores de financiación de la misma.

Test # 9 EVA

El Valor Económico Agregado (EVA) o utilidad económica es el producto obtenido por la diferencia entre la rentabilidad de los activos y el costo de financiación o de capital requerido para poseer esos activos. EVA es una medida de actuación para la toma de decisiones en la Caja. Esta medida permite fijar estrategias y objetivos encaminados a la creación de valor. nos indica cuánto valor se crea con el capital invertido. De esta forma veremos cómo la inversión que se requiere realizar en compra de equipamiento, mediremos la forma de agregar valor a nuestra Institución.

Test # 10 Bancarrota

Se analizan y detallan los modelos de predicción de problemas financieros conocidos como Puntajes Z de Altman para el contexto latinoamericano.

La fórmula se puede utilizar para predecir la probabilidad de que una empresa entre en quiebra dentro de dos años. Los puntajes Z se utilizan para predecir incumplimientos corporativos y una medida de control fácil de calcular para el estado de dificultades financieras. El puntaje Z utiliza múltiples ingresos corporativos y valores de balance para medir la salud financiera de una empresa.

La razón mide la habilidad de generación de ingresos a partir de los activos de la Caja, razón por la cual, es considerada como una medida de la capacidad la administración para lidiar con las condiciones competitivas.

Test # 11 Contabilidad Creativa

Es una fórmula financiera que sirve para detectar la manipulación contable de los beneficios de la Caja en base a su información contable.

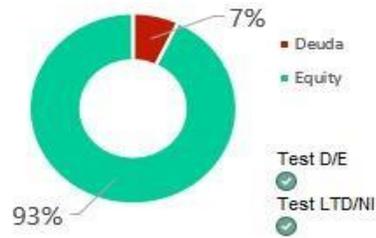
La contabilidad creativa consiste fundamentalmente en aprovechar los vacíos de la normativa legal en cuanto a las diferentes posibilidades de elección con el propósito de transformar la información contable que se presentan en los estados financieros de las empresas.

Este término se utiliza para describir el proceso mediante el cual los contadores y asesores utilizan sus conocimientos sobre las normas contables para "maquillar" las cifras reflejadas en la contabilidad de la empresa, sin dejar de cumplir los principios de contabilidad.

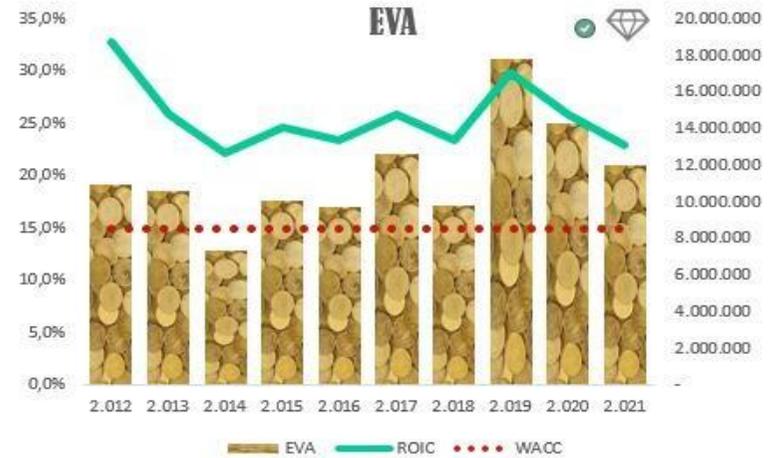
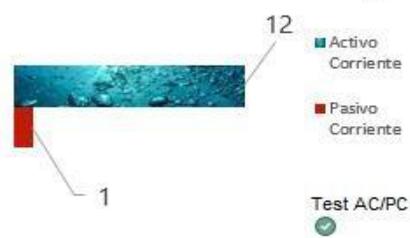
CAJA DE SALUD DE CAMINOS | Análisis de estados financieros



Endeudamiento



Liquidez



Crecimiento Ventas 4%

ROIC promedio 25%

Bancarrota

Altman z-score ✓

Contabilidad Creativa

Beneish m-score ✓

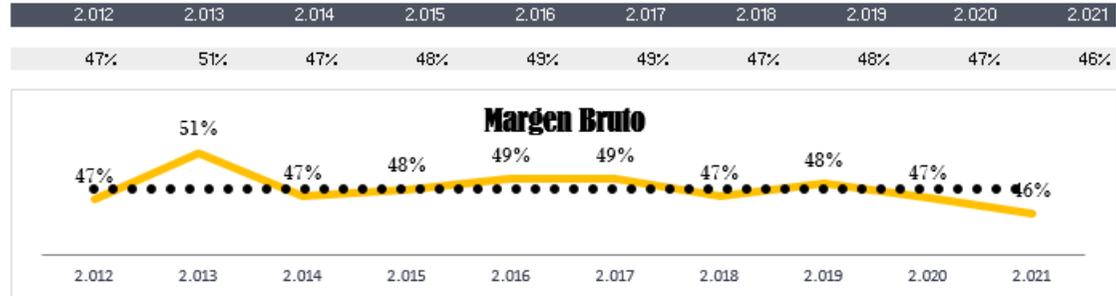


Sheyla H. Ramos Avendaño - Dirección Nacional de Planificación

TEST #1: Márgenes

MARGEN BRUTO

¿Tiene la Caja un margen bruto aceptable?



Promedio Target Test OK?

48% 40% SI

MARGEN OPERATIVO

¿Mantiene la Caja su margen operativo?

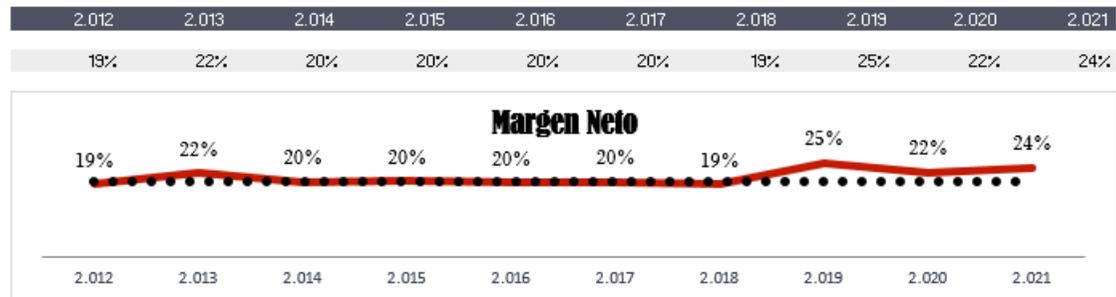


Pendiente Target Test OK?

(0,00) - NO

MARGEN NETO

¿Tiene la Caja un margen neto aceptable?



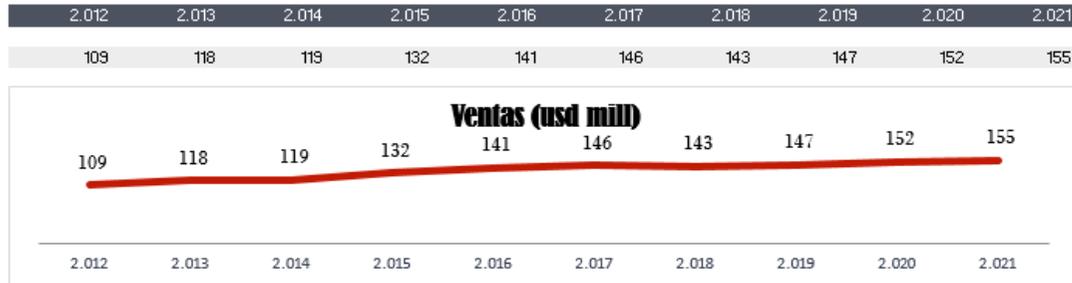
Promedio Target Test OK?

21% 20% SI

TEST #2: Crecimiento Ventas

CRECIMIENTO DE VENTAS

¿Tienen las ventas un crecimiento aceptable?



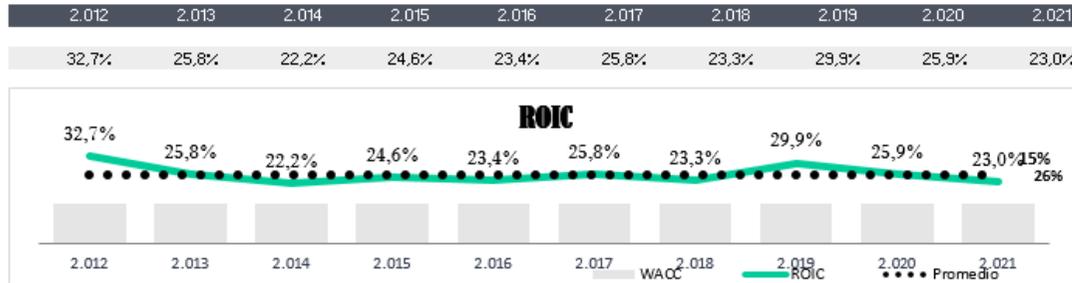
Crecimiento Target Test OK?

4% 50% SI

TEST #3: Rentabilidad

ROIC

¿Tiene la compañía un ROIC superior al WACC?



Promedio Target est OK?

25,7% 15,0% SI

Cálculo del Capital

Activo total	148.975.395	161.895.000	155.810.000	172.066.000	171.514.000	164.336.000	181.942.000	203.780.000	231.216.000	262.031.000
(-) Activos no Operativos										
Excess cash	52.483.872	38.983.800	10.227.900	40.310.350	16.820.900	21.103.350	36.927.650	58.274.250	60.814.600	61.060.700
Goodwill	16.208	10.729.000	10.567.000	12.538.000	12.268.000	11.923.000	11.659.000	11.508.000	11.389.000	11.269.000
Long-term investments										
Other Assets (no operativos)	13.823.000	11.054.000	29.228.000	10.881.000	22.594.000	10.804.000	11.554.000	10.670.000	22.669.000	33.818.000
(-) Pasivos Gratuitos										
Accounts Payable	20.590.909	3.642.000	3.843.000	4.088.000	4.529.000	3.926.000	4.028.000	3.929.000	5.082.000	5.707.000
Deferred Revenue										
(=) Capital	62.061.406	97.486.200	101.944.100	104.248.650	115.302.100	116.579.650	117.773.350	119.398.750	131.261.400	150.176.300
Working Capital	(788.815)	41.116.200	42.676.100	45.920.650	52.786.100	53.265.650	52.508.350	53.029.750	56.368.400	65.570.300
Fixed Capital	62.850.221	56.370.000	59.268.000	58.328.000	62.516.000	63.314.000	65.265.000	66.369.000	74.893.000	84.606.000
Total Capital	62.061.406	97.486.200	101.944.100	104.248.650	115.302.100	116.579.650	117.773.350	119.398.750	131.261.400	150.176.300

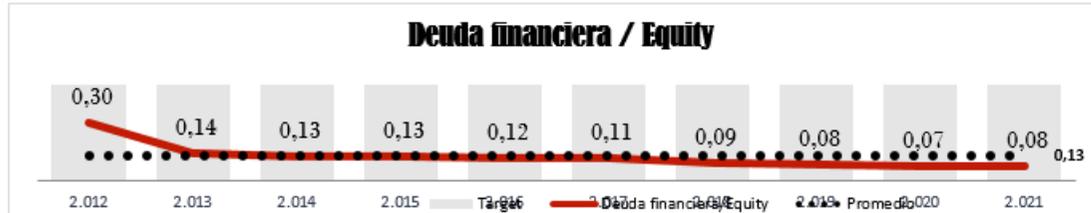
CONTROL

Test #5: Endeudamiento

ENDEUDAMIENTO

¿Tiene una política de endeudamiento conservadora?

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
0,30	0,14	0,13	0,13	0,12	0,11	0,09	0,08	0,07	0,08



Último Target Test OK?

0,08 0,5 SI

DEUDA LP / GA. NETA PROMEDIO

Con lo que la Caja gana, ¿Podría cancelarse rápidamente el pasivo de largo plazo?

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
0,89	0,46	0,48	0,47	0,42	0,38	0,34	0,34	0,35	0,45



Último Target Test OK?

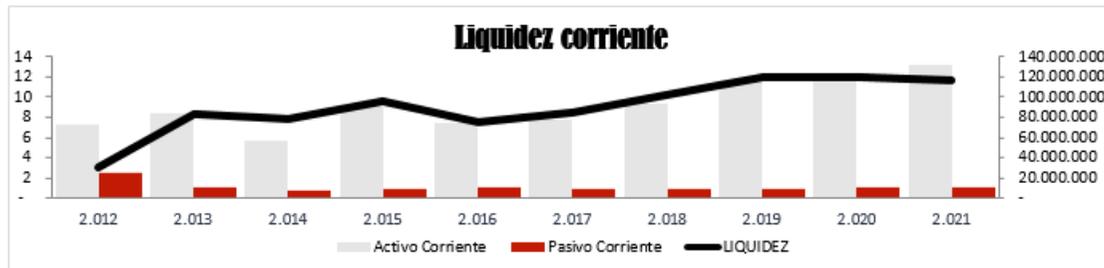
0,45 5 SI

LIQUIDEZ

¿Tiene un nivel de liquidez aceptable?

Activo Corriente
Pasivo Corriente

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
3	8	8	10	7	8	10	12	12	12
72.285.966	83.742.000	56.747.000	90.319.000	74.136.000	78.295.000	93.464.000	115.233.000	122.265.000	132.338.000
24.364.777	10.043.000	7.208.000	9.364.000	9.936.000	9.316.000	9.073.000	9.622.000	10.220.000	11.274.000



Último Target Test OK?

12 1 SI

Test #6: Rotación

ROTACIÓN DEL CAPITAL

¿Logra mantener (o mejorar) la rotación del Capital?

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
1,7	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,0



Pendiente Target Test OK?

(0,0339) - NO

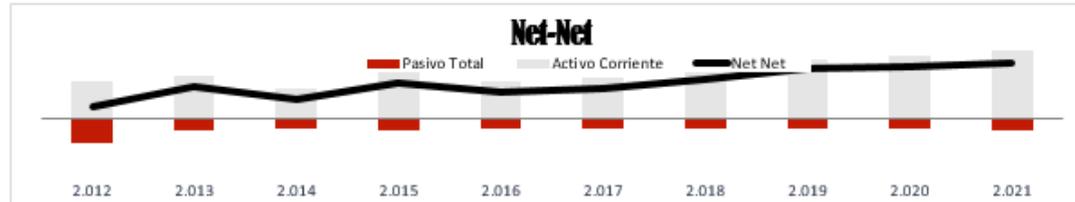
Test #7: Net-net

NET - NET

¿Es una Institucion Net-Net?

Activo Corriente
Pasivo Total

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
22.159.632	60.361.000	35.765.000	67.247.000	52.192.000	58.057.000	74.510.000	95.841.000	101.816.000	108.177.000
72.285.966	83.742.000	56.747.000	90.319.000	74.136.000	78.295.000	93.464.000	115.233.000	122.265.000	132.338.000
-50.126.274	-23.381.000	-20.982.000	-23.072.000	-21.944.000	-20.238.000	-18.954.000	-19.392.000	-20.449.000	-24.161.000



Último Target Test OK?

108 - SI

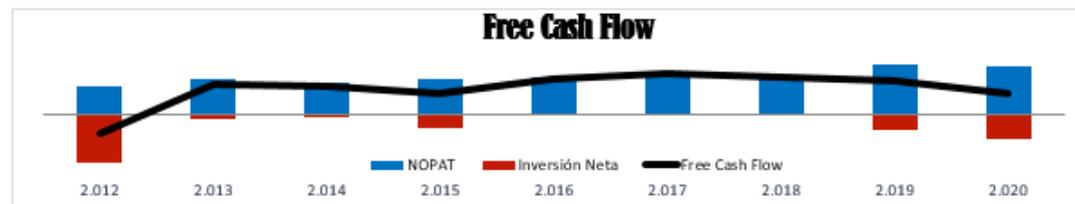
Test #8: Free cash flow

FREE CASH FLOW

¿Genera flujo de caja libre?

NOPAT
Net Investment
Factor de capitalización
Free Cash Flow

2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
9	8	7	6	5	4	3	2	1	-
20.289.799	25.175.893	22.652.851	25.687.697	27.011.236	30.085.680	27.482.662	35.671.693	33.986.899	34.513.681
35.424.794	4.457.900	2.304.550	11.053.450	1.277.550	1.193.700	1.625.400	11.862.650	18.914.900	
3,52	3,06	2,66	2,31	2,01	1,75	1,52	1,32	1,15	1,00
-15.134.995	20.717.993	20.348.301	14.634.247	25.733.686	28.891.980	25.857.262	23.809.043	15.071.999	



Promedio Target Test OK?

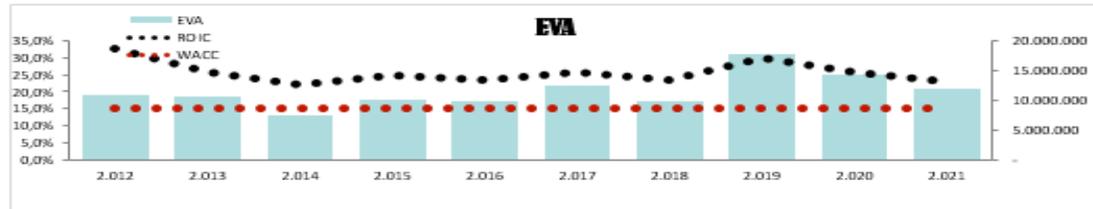
Average FCFF (USD millions)
289 - SI

Test #9: EVA

Economic Value Added

¿Crea valor económica (EVA)?
EVA

	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
	10.980.589	10.552.963	7.361.236	10.050.399	9.715.921	12.598.733	9.816.659	17.761.881	14.297.689	11.987.236



Prácticamente **Target** **Test OK?**

Average EVA (USD millones)	222	-	SI
----------------------------	-----	---	----

Test #10: Bancarrota

ALTMAN Z-SCORE

WC / Total Assets X1
Retained Earnings / Total Assets X2
EBIT / Total Assets X3
Market Cap / Total Liabilities X4
Sales / Total Assets X5

	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
X1	(0,0)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
X2	0,4	0,9	1,0	1,0	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2
X3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
X4	6,0	18,8	18,2	22,2	28,9	33,5	46,7	54,1	67,1	55,3
X5	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6
Z-SCORE	5,6	14,4	14,1	16,5	20,9	24,1	31,7	36,0	43,6	36,3

1.281+1.482+3.383+0.684+1.085
Safe zone Z > 2.99
Grey Zone 1.81 < Z < 2.99
Distress Zone Z < 1.81

Último **Target** **Test OK?**

Z-SCORE	36	2,99	SI
---------	----	------	----

Test #11: Contab. Creativa

BENEISH M-SCORE

5 variable model

	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
	(2,49)	(2,31)	(3,11)	(2,47)	(3,13)	(2,97)	(3,00)	(2,74)	(2,75)	
	OK test	OK test	OK test	OK test	OK test	OK test	OK test	OK test	OK test	
Accounts Receivable	AR	10.098.251	11.223.000	13.054.000	14.164.000	16.962.000	16.620.000	17.166.000	17.076.000	18.886.000
Current Assets	CA	72.285.966	83.742.000	56.747.000	90.319.000	74.136.000	78.295.000	93.464.000	115.233.000	132.338.000
Depreciation	De	7.041.000	6.544.000	7.610.000	8.592.000	8.723.000	8.823.000	8.953.000	8.677.000	9.123.000
Gross Profit	GP	50.914.000	60.007.000	56.140.000	63.062.000	68.518.000	70.981.000	67.630.000	70.754.000	71.778.000
Property, Plant & Equipment	Pe	62.850.221	56.370.000	59.268.000	58.328.000	62.516.000	63.314.000	65.265.000	66.369.000	74.893.000
Revenue	Re	108.569.000	117.704.000	119.062.000	121.993.000	140.762.000	145.733.000	143.487.000	146.595.000	152.448.000
Total Assets	TA	148.975.395	161.895.000	155.810.000	172.066.000	171.514.000	164.336.000	181.942.000	203.780.000	231.216.000

Último **Target** **Test OK?**

#TESTS POSITIVOS	9	-2,22	SI
------------------	---	-------	----

Test #12: Ok principales tests?

¿Obtuvo respuesta positiva en los principales tests?

1. EVA
2. Endeudamiento
3. Misorcos
4. Estabilidad y consistencia de ganancias
5. Altman Z-score
6. Beneish M-score



¿Tiene la Caja una ventaja competitiva durable?

SI

ETAPA B: EVALUACIÓN DE PEI 2016-2025

Implica un estudio de la trayectoria histórica institucional, un análisis y evaluación de información institucional, evaluación de planes anteriores, marco conceptual, estado de situación actual, análisis de actores, análisis de contexto, problemas y potencialidades, y mandato político económico y social

RESULTADO 1: Trayectoria histórica institucional establecida Metodología: Revisión de documentos y bibliografía para el análisis de la entidad en relación a su trayectoria histórica en tres momentos históricos:

- a) Después de 1952 modelo nacional estatista,
- b) Después de 1985 modelo neoliberal y
- c) Después de 2006. Si la entidad es de reciente creación se realizará el análisis de histórico en esos tres momentos en relación al tema que le compete. Asimismo, se debe determinar cuáles son las lecciones aprendidas en cada uno de los tres momentos históricos, en términos: económico – productivo - ambiental, social-cultural y político-institucional. Además, se trabajará en la identificación, análisis y establecimiento de la habilidad principal de la entidad en diversos momentos políticos, económicos, sociales e institucionales. Las preguntas orientadoras para trabajar la trayectoria histórica institucional son las siguientes:

- ¿Cuáles han sido los momentos históricos (en lo económico, político, institucional y/o social) más importantes por las que la entidad ha transcurrido y que le han permitido alcanzar sus mayores logros o en su caso no haber logrado lo que se propuso?
- ¿Qué lecciones aprendidas se pueden identificar en la entidad como producto de las acciones realizadas en el transcurso de los años de su existencia?
- ¿Cuál considera que es la habilidad principal de la entidad?

RESULTADO 2: Planes de la entidad evaluados Metodología: Revisión y análisis del PEI anterior (si hubiera) y/o de los POA's de períodos anteriores, lo cual significa analizar para el mediano y corto plazo si los objetivos, estrategias, metas, programas, proyectos y/o acciones estratégicas

institucionales programados, han sido ejecutados total o parcialmente, estableciendo lo que se ha logrado, lo que no se pudo lograr y cuánto se avanzó en base a los objetivos trazados. Las preguntas orientadoras que permiten trabajar esta parte son:

- ¿Qué se ha logrado avanzar?
- ¿Qué no se ha logrado avanzar?
- ¿Qué faltó por hacer para lograr lo planificado? Para lo cual se pueden utilizar los instrumentos

Matriz de Evaluación del PEI anterior

Tabla 5: Herramientas para planificación

Gestión	Objetivos Estratégicos	Objetivos Estratégicos Específicos	Resultados Programados	Resultados Logrados	Observaciones (Razones por las cuales no se lograron los resultados programados)
2016					
2017					
2018					
2019					
2020					

Matriz de Evaluación POA's
Dirección General del Sistema de Planificación Integral Estatal

Tabla 6: Herramientas para planificación

Gestión Anterior				Gestión Actual			
Objetivos de Gestión/Objetivos Específicos	Resultados Programados	Resultados Logrados	Observaciones	Objetivos de Gestión/Objetivos Específicos	Resultados Programados	Resultados alcanzados a la fecha de análisis	Observaciones
Obj. Gest. 1							
Obj. Esp - 1.1							
Obj. Esp - 1.2							
Obj. De Gest. 2							
Obj. Esp - 2.1							
Obj. Esp - 2.2							

Matriz de Identificación y análisis de actores FODA y Análisis de Competencias y servicios

¿Quiénes son?	¿Qué características tienen?	¿Qué piensan de la entidad? (Percepciones)	¿Qué esperan de la entidad? (Expectativas)
Directos			
De Apoyo			
Internos			

Análisis FODA de la Entidad

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Identificación de factores internos positivos que están bajo el control de la entidad, que favorecen y contribuyen a su desarrollo.	Identificación de factores externos positivos que están fuera del control de la entidad, sin embargo, contribuyen a su desarrollo.	Identificación de factores internos negativos que están bajo el control de la entidad, que dificultan o impiden su desarrollo.	Identificación de factores externos negativos que están fuera del control de la entidad, que impiden u obstaculizan su desarrollo.

RESULTADO 3: Marco conceptual definido Metodología: Revisión y análisis de la CPE, el PND – PDES, el Plan Sectorial de Desarrollo al sector que pertenece la entidad (si corresponde) o el Plan de Territorio Autónomo departamental, regional, municipal o indígena originario campesino, con la que está relacionada la entidad, para establecer la concordancia con el enfoque y la concepción de desarrollo y de planificación que tiene la entidad en términos de su aporte y contribución al Vivir Bien, a la construcción del Estado plurinacional, autónomo y comunitario y a las propuestas de transformación planteadas. Asimismo, realizar la revisión y análisis del rol institucional en los procesos de transformación que está planteando la construcción del Estado Plurinacional, Autonómico y Comunitario y de su nuevo giro institucional en el marco de la nueva planificación integral diferenciada de la planificación tradicional. Las preguntas orientadoras para trabajar esta parte son las siguientes:

- ¿Qué concepción de desarrollo y de la planificación tiene la Entidad?
- ¿Cuál es el rol de la entidad en la búsqueda del Vivir Bien?
- ¿Cómo participa la entidad en el desarrollo sectorial, territorial y nacional?
- ¿Cuál es el rol de la organización en la CPE, el PND o el PDES?
- ¿A cuál de las políticas y objetivos planteados en el PND - PDES responde la institución?

RESULTADO 4: Actores y competencias de la entidad identificados y analizados Metodología: Revisión, sistematización y análisis de normas legales vigentes inherentes a la entidad (CPE, Leyes, Decretos Supremos, Resoluciones Supremas, Resoluciones

Asimismo, se debe proceder a la revisión y análisis de competencias. Identificación, clasificación y análisis de los principales actores internos o institucionales, actores directos y actores de apoyo de la entidad. La identificación y análisis de las atribuciones, facultades y lo que producen las entidades públicas (bienes, normas y/o servicios), se realiza utilizando la matriz de competencias y productos, en base al mandato legal para determinar sus competencias principales y cómo mediante ellas, contribuyen al desarrollo del sector o territorio. La identificación, clasificación y análisis de actores institucionales, se realiza mediante la matriz de análisis de actores, utilizando las siguientes preguntas orientadoras: • ¿Quiénes son?, identificando si son actores directos, de apoyo, institucionales o públicos. • ¿Qué características tienen los actores?, en términos de establecer si

tienen interés en el desarrollo de la entidad, o tienen poder económico, político, social u otro. Si bloquean, apoyan u obstaculizan el desarrollo de la entidad, están cerca o lejos de la entidad. • ¿Qué piensan respecto a la entidad?, en relación a las percepciones que tienen de la entidad, si es burocrática, eficiente, corrupta, cumple con sus funciones parcialmente, no coordina, es vertical, es poco participativa y otras percepciones. • ¿Qué esperan de las autoridades y de los servidores públicos de la entidad?, en relación a lo que produce y a los servicios que brinda, así como a su participación activa y efectiva en el desarrollo de la misma. Para ello se pueden utilizar las siguientes herramientas:

Análisis de Competencias y Servicios

Ref. Normativa	Atribuciones	Facultades	Productos Bienes/Normas/Servicios
CPE. Art 316	Planificar el Desarrollo Integral del país	Elabora el PDES	PDES
		Elaborar el Sistema de Planificación	Difusión
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ SPIE ✓ Guías de Planificación ✓ Reglamentos ✓ Difusión ✓ Asistencia Técnica

RESULTADO 5: Análisis de contexto de la entidad realizado Metodología:

El análisis de contexto actual de la entidad tanto interno como del entorno de la entidad se realiza en base a una lectura de escenarios, identificando y analizando los factores internos y externos que tienen directa relación y repercusión con los objetivos y actividades institucionales mediante la siguiente pregunta orientadora:

- ¿De qué manera los factores internos y externos influyen y/o afectan positiva o negativamente el desarrollo de la entidad? Se analiza la situación actual de la institución desde la perspectiva del contexto interno y externo.

El análisis se realiza en base a los aspectos económicos, financieros, productivos, físicos, ambientales, sociales, culturales, políticos, institucionales, administrativos, técnicos y tecnológicos. El análisis de factores internos y externos en el contexto actual, se puede realizar utilizando el análisis FODA, en las dimensiones: económica-productiva-ambiental, social-cultural y político-institucional, de las entidades de los órganos ejecutivo, legislativo, judicial y electoral o de las entidades territoriales de departamento, región, municipio o indígena originario campesino, que tienen directa repercusión actual en estas entidades, en términos de identificar y analizar aquellos factores internos y externos que están contribuyendo, posibilitando, facilitando o en su caso están impidiendo, obstaculizando y no están permitiendo el desarrollo de la entidad.

Cruce de Variables FODA de la Entidad

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	Potencialidades	Limitaciones
AMENAZAS	Desafíos	Riesgos

RESULTADO 6: Identificación de Problemas y potencialidades Metodología: En base al análisis FODA que se realizó con anterioridad, complementariamente se procede a la revisión de información cuantitativa y cualitativa y de manera más precisa se identifican los problemas y potencialidades más importantes de la entidad. Para lo cual debe procederse a la identificación, formulación, análisis y priorización de problemas de la entidad, utilizando el cruce de variables FODA o la matriz de causalidad y árbol de problemas e identificando indicadores de partida o de inicio de los problemas y potencialidades más importantes, en base a información de respaldo. El cruce de variables FODA, es un instrumento que ayuda a identificar: potencialidades, desafíos, limitaciones y riesgos de la entidad.

También se identifican los problemas o estados negativos: económicos, productivos, ambientales, sociales, culturales, políticos e institucionales de la entidad, que están impidiendo u obstaculizando con cierta intensidad su desarrollo, para ello se utilizan las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Qué está mal?, ¿Cuál es la deficiencia o insuficiencia?
- ¿Dónde se encuentra el problema?, ¿Quiénes son los afectados?
- ¿En qué se expresa el problema?
- ¿Cómo impacta el problema?, ¿Cuáles son los indicadores de estado del problema? Revisión de información cuantitativa y cualitativa de los problemas de la entidad. Identificación de indicadores de partida de los problemas en base a información de respaldo, si no existiera debe procederse a construirla. Para esto se puede utilizar la siguiente herramienta:

Para esto se puede utilizar la siguiente herramienta:

Ejemplo de problemas en el ámbito político – institucional

Preguntas Orientadoras	Ejemplo
¿Qué está mal?, ¿Cuál es la deficiencia o insuficiencia en la entidad?	Poca comunicación y deficiente coordinación de acciones al interior de la entidad y con otras instituciones.
¿Dónde está localizado el problema?	En la interacción y en las relaciones laborales entre el nivel ejecutivo y operativo de la entidad
¿Quiénes son los afectados?	<ul style="list-style-type: none"> • Los servidores públicos que ejecutan cotidianamente las distintas operaciones en la entidad. • Los usuarios/ beneficiarios de la entidad.
¿En qué se expresa el problema?	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente atención a los usuarios/ beneficiarios de la entidad. • Llamadas de atención y memorándums a los operadores de la entidad por demora en los procesos. • Usuarios/ beneficiarios de la entidad insatisfechos con los servicios de la entidad.

Preguntas Orientadoras	Ejemplo
¿Cómo impacta el problema?	<ul style="list-style-type: none"> • Bajos niveles de productividad de la entidad. • Desconfianza e incredulidad de los usuarios/ beneficiarios hacia la entidad. • Alta rotación del personal ejecutivo y operativo no permite continuidad en propuestas. • Despidos por ineficiencia y poca eficacia de servidores públicos del nivel operativo.
¿Cuáles son los indicadores de estado del problema?	<ul style="list-style-type: none"> • 55% de los procesos operativos son rechazados y observados por la máxima autoridad. • 25% del personal tiene llamadas de atención. • 30% del personal se renueva cada año.

El problema central, fundamental o más importante de la entidad en el ámbito político institucional, basado en el análisis de causalidad, puede establecerse como: *“Dificultades en la comunicación y en la coordinación intra e interinstitucional”*.

Construcción de Árbol de Problemas

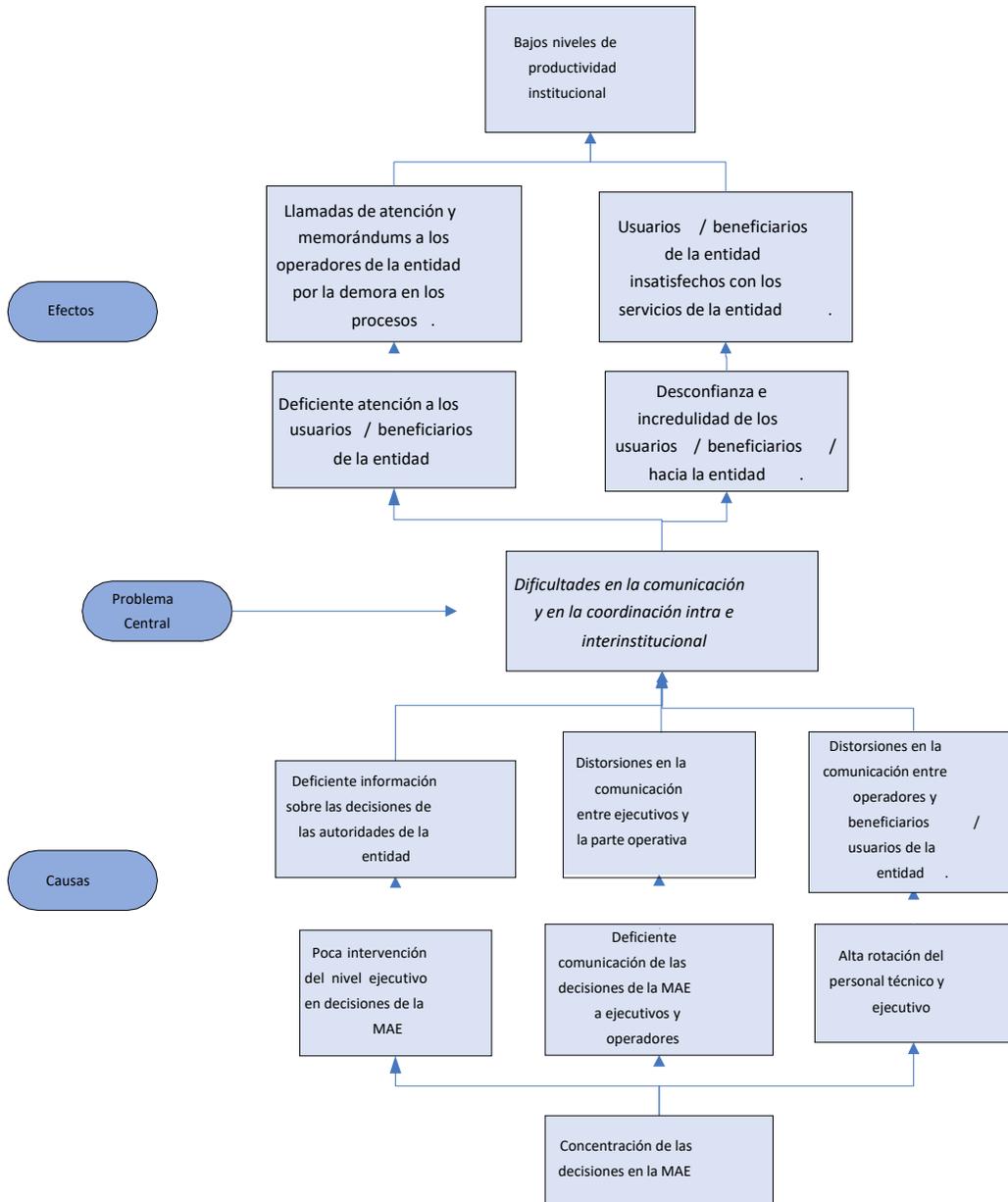


Figura 1 Construcción del Árbol de Problemas

Para la identificación más precisa de potencialidades se utilizan las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Cuál es la ventaja, atributo, condición favorable o facilidad existente y disponible para ser utilizada inmediatamente o en el corto plazo?
- ¿Dónde se encuentra?, ¿Quiénes son los beneficiados?
- ¿En qué se expresa la potencialidad?
- ¿Cómo impacta la potencialidad?, ¿Cuáles son los indicadores de estado de la potencialidad?

Ejemplo de potencialidad en el ámbito político - institucional

Preguntas Orientadoras	Ejemplo
¿Cuál es la ventaja, atributo, condición favorable o facilidad existente y disponible para ser utilizada inmediatamente o en el corto plazo?	Normas y reglamentos específicos de los sistemas de la Ley 1178, actualizados para su implementación inmediata
¿Dónde se encuentra la potencialidad?	En la Dirección de Asuntos Administrativos y Financieros de la entidad.
¿Quiénes son los beneficiados?	Los servidores públicos de la entidad y la población que recibe los servicios de la entidad.
¿En qué se expresa la potencialidad?	En la aceleración y eficiencia de los procesos y trámites internos y externos a la entidad.
¿Cómo impacta la potencialidad?	En un mejor servicio de la entidad en materia de gestión pública.
¿Cuáles son los indicadores de estado de la potencialidad?	85% de los trámites internos se realizan en tiempos iguales o menores a los establecidos. 70% de los trámites externos no tienen dificultades en su atención a los beneficiarios o usuarios de los servicios de la entidad.

En consecuencia, la potencialidad más importante es: *Normas y reglamentos institucionales actualizados y vigentes facilitan y viabilizan los procesos internos y externos de la entidad.*

Asimismo, es importante identificar indicadores de partida de las principales potencialidades, en base a información de respaldo

ETAPA C: MARCO ESTRATÉGICO

RESULTADO 9: Línea de Base estructurada.

Metodología: Organizar, estructurar y sistematizar la información cuantitativa y cualitativa de la entidad, a efectos de contar con una base de datos que se puede convertir en un sistema de información con indicadores de partida o de inicio de la entidad, que sirva de base para la propuesta de desarrollo institucional.

Línea de Base del Diagnóstico Institucional

Problemas	Indicadores	Año Base	Fuente
Potencialidades	Indicadores	Año Base	Fuente

Procedimiento: Trabajo de grupos en taller, trabajo de gabinete y presentación en plenaria. (Opcional)

Dirección General del Sistema de Planificación Integral Estatal

ETAPA 3: Elaboración de la *Propuesta de Desarrollo Institucional* que comprende los principios, la misión, visión, ejes, objetivos estratégicos y estrategias.

RESULTADO 1: Principios, valores, misión y visión definidos

Metodología: Se realiza el planteamiento, análisis y definición de los principios y valores que regirán el desarrollo de las entidades, con base en el enfoque del Vivir Bien y la concepción de desarrollo integral establecidos en la CPE, el PND – PDES y la normativa vigente.

La misión es la identidad y la razón de ser de una entidad, que la distingue de otras similares, por los fines que persigue, por sus valores y principios, por la principal actividad que cotidianamente realiza (mayor habilidad) y, por la población para quién (es) y con quién (es) trabaja. Es la respuesta a: ¿Para qué tenemos una entidad?

La revisión previa que se hace para construir la misión de una entidad, se la puede hacer mediante las siguientes preguntas:

- ✓ Se revisa la trayectoria de la entidad preguntándonos ¿Cómo era nuestra organización?
- ✓ Se retorna al diagnóstico preguntándonos ¿Cómo es ahora nuestra organización?, para recordar la situación actual de la entidad.
- ✓ Se retoma al análisis de contexto, preguntándonos ¿En qué medio se desenvuelve la entidad y cuáles son sus tendencias?
- ✓ Recordamos la habilidad principal de la entidad, preguntándonos ¿Qué es lo que mejor sabemos hacer y qué nos diferencia de los demás?
- ✓ ¿Cómo entendemos la actividad principal que desarrollamos? (conceptos, procesos y métodos)
- ✓ ¿Para quién (es) trabajamos?, ¿Quién (es) nos permiten hacer lo que hacemos?, retomando el análisis de actores.
- ✓ ¿Cuáles son los valores y principios que nos unen?

¿Cómo Formular la Misión?

En resumen, las preguntas orientadoras para formular la misión son las siguientes:

Preguntas Orientadoras	Componentes de la Misión
¿Qué tipo de organización somos?	Para establecer la Naturaleza de la entidad
¿Que buscamos?	Para determinar los Fines más generales (utopías) que persigue la entidad.
¿Cómo lo hacemos?	Para identificar la Principal Estrategia (hilo conductor, habilidad principal)
¿Para quién (es) y con quién (es)?	Para identificar a los principales Actores de la entidad y a los beneficiarios o usuarios de la entidad.
¿Qué nos une?	Para identificar y establecer los principales Principios y Valores que regirán la entidad.

Construcción, elaboración o reconocimiento de la visión institucional, tomando en cuenta el mandato político, económico y social. Es importante plantear la visión, transportándonos imaginariamente hacia el futuro, como aquello que es posible alcanzar y se pueda realizar en el mediano y largo plazo. Es la situación futura o imagen objetivo que se espera lograr, fruto de las acciones estratégicas directas y que cotidianamente las entidades nacionales y territoriales autónomas ejecutan, en un tiempo definido, tanto para los actores directos: usuarios o beneficiarios de la entidad frente a la sociedad, las servidoras y servidores públicos de las entidades.

Las preguntas orientadoras para la construcción de la visión son:

- ¿Cómo vemos a la entidad en el mediano y largo plazo?
- ¿Cómo estará el conjunto de actores para y con quienes trabaja la entidad?
- ¿Cómo será reconocida la entidad por el Estado y la Sociedad?
- ¿Cómo se encontrarán las servidoras y servidores públicos de las entidades?

Se puede utilizar la matriz de construcción o reconocimiento de la visión siguiente:

¿Cómo Construir la Visión?

Matriz para la construcción o reconocimiento de la Visión:

Ámbitos del Desarrollo Sectorial	Con relación a			
	Problemas	Potencialidades	Limitaciones	Riesgos
Económico Productivo-Ambiental				
Social Cultural				
Político Institucional				
Redacción de la Visión:				

FASE I: ELABORACION DEL PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGIA

Participantes de Regionales

- a) Reunión ante el jefe Regional, Administrador y funcionarios, el objetivo y el trabajo a realizar
- b) Inicio del Taller, presentación 30 min
- c) Trabajo de grupos focales (mesa café) el cronograma dependerá de acuerdo a horarios de trabajo
 - Cada grupo designará un secretario y un expositor
- d) Exposición de los grupos 10 min por grupo
- e) Conclusiones del taller

Participantes Actores externos (SEDCAM – JUBILADOS Y EMPRESAS)

- f) Presentación ante las autoridades nacionales
- g) Inicio del Taller previa presentación de Metodología de trabajo 20 min
- h) Trabajo de grupos (mesa café) 1 hora y 30 min
 - Cada grupo designará un secretario y un expositor
- i) Exposición de los grupos 15 min por grupo
- j) Conclusiones del Taller

Nota: para la realización el taller de relevamiento de información con actores Pasivos y activos, se prevé llevar a cabo una exposición de las demandas por medio de una exposición

I. RECURSOS

Dentro de los recursos necesarios para la elaboración del diagnóstico son los siguientes.

- Computadora portátil para las reuniones presenciales y talleres virtuales.
- Plataforma Virtual.
- Espacio adecuado para los talleres presenciales
- Folders, hojas, bolígrafos, marcadores
- Impresora
- Papelógrafo
- 4 laptops
- Pizarra
- Se extenderá certificados de participación

- Banner
- La Metodología empleada para los talleres de diagnóstico será mesas de trabajo o mesa café (Busca discutir un tema particular en pequeños grupos de conversación que van rotando a medida que se desarrolla el taller. Esto permite que diferentes miradas aporten, ya sean demandas o, propuestas y/o soluciones distintas).
- Talleres virtuales mediante zoom se habilitará la plataforma en coordinación con sistemas con los delegados de Planificación.

Se elaborará cuestionarios y videos digitales para que la participación llegue a todos los actores, con el personal, técnico médico y administrativos

Se llevará a cabo dos tipos talleres participativos por separado: uno con miembros representativos, con el objeto de conocer el punto de vista de los actores externos del servicio y otro sólo con el personal de la Caja de Salud de Caminos para conocer en punto de vista del recurso humano

La metodología del taller es sencilla y como ejemplo se señalan las siguientes etapas:

- a) Definición del objetivo
- b) Definición de la agenda temática, es decir, qué tipo de preguntas se tendrán como base para promover la reflexión de los funcionarios y la población asegurada.
- c) Convocatoria para sensibilizar a:
 - Los funcionarios, Jefes médicos y Administrativos, para que de forma abierta reflexionen sobre los problemas identificados y desempeño institucional.
- d) Exposición de la metodología del taller y agenda de trabajo.
- e) Trabajo de grupos con una matriz diagnóstico como guía.
- f) Plenaria de presentación de resultados de grupos de trabajo.
- g) Plenaria de conclusiones.

FASE II: PROPOSITO BÁSICO INSTITUCIONAL

Recopilará y sistematizará los documentos de la CSC, relacionados con documentación, instrumentos de planificación, e instrumentos administrativos y de gestión, entre otros que considere necesario. Así como entrevistas y/o trabajos grupales para el diseño del PEI. Este mismo

trabajo se realizará en la oficina nacional como también en las oficinas regionales Resultado de esta Fase es el Diagnostico.

FASE III: ELABORACIÓN PEI Y SESIONES DE RETROALIMENTACIÓN, APROBACIÓN Y CONCLUSIONES

La elaboración del PEI deberá contener:

1. Construcción de escenarios y matrices.
2. Líneas, objetivos y mapa estratégicos
3. Talleres de reunión de seguimiento
4. Análisis y ajuste organizacional
5. Base de datos de indicadores de gestión administrativa financiera, orgánica y organizativa de la CSC.
6. Cuadro de mando integral sistematizado

Con esta base informativa elaborará el documento final: Plan Estratégico Institucional para alcanzar la finalidad de este trabajo de consultoría. Se deberá presentar el primer borrador del PEI.

Resultados Intermedios: Plan Estratégico Institucional de la Caja Nacional de Salud.

Resultado Final: Acuerdo sobre el contenido de los documentos de aprobación de los documentos presentados con emisión de conformidad por la MAE y/o Autoridad competente.

Si hubiera ajustes al PEI, nuevamente se presentará este documento habiendo subsanado las observaciones realizadas, para su aprobación.

ANEXO 1 Cronograma

ANEXO 1									
IDENTIFICACION, ALCANCE Y CRONOGRAMA DE ENTREGA DE PRODUCTOS									
PLANIFICACION DE ACTIVIDADES			RESULTADOS	AVANCE	%	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			RESPONSABLES
ETAPA A									
RESULTADOS			DIRECCION DE PLANIFICACION						
ETAPA B									
FASE I									
ELABORACION PLAN DE TRABAJO Y METODOLOGIA									
RESULTADO PLAN DE TRABAJO ELABORADO			PLAN DE TRABAJO APROBADO						
FASE II									
PROPOSITO BASICO INSTITUCIONAL									
	DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DE LAS 11 REGIONALES Y OFINA NACIONAL	DIAGNOSTICO ELABORADO							
	SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION	INFORMACION SISTEMATIZADA							
	CONSTRUCCION LINEA BASE INSTITUCIONAL	LINEA BASE INSTITUCIONAL							
RESULTADO DIAGNOSTICO Y LINEA BASE DE LAS 11 REGIONALES			DIAGNOSTICO Y LINEA BASE APROBADA						
FASE II									
ELABORACION PEI Y SESIONES DE RETROALIMENTACION APROBACION Y CONCLUSIONES									
	CONSTRUCCION DE ESCENARIO Y MATRICES	VISION, MISION ELABORADAS							
	LINEAS, OBJETIVOS Y MAPAS ESTRATEGICOS	LINEAS ESTRATEGICAS, OBJETIVOS ESTRATEGICOS, PERSPECTIVA Y MAPA							
	TALLER DE REUNION Y SEGUIMIENTO	BASES ESTRATEGICAS DEL PEI APROBADAS							
	ANALISIS Y AJUSTE ORGANIZACIONAL	PROPUESTA DE ADECUACION ORGANIZACIONAL							
	BASE DE DATOS DE INDICADORES DE GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA, ORGANICA Y ORGANIZATIVA DE LA CSC	SISTEMA DE BASE DE DATOS DE GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA, ORGANICA Y ORGANIZATIVA							
	TALLER DE REUNION Y SEGUIMIENTO	PROPUESTA DE READECUACION E INDICADORES APROBADOS							
	CUADRO DE MANDO INTEGRAL SISTEMATIZADO	AJUSTE FINAL SISTEMA CMI - CSC							
	PLAN DE CAPACITACION AL PERSONAL DE PLANIFICACION ESTRATEGICA A NIVEL NACIONAL EN LAS HERRAMIENTAS DEL PEI	PLAN DE CAPACITACION							
RESULTADO	PEI CSC INSTITUCIONAL	PEI CSC ELABORADO							
	REUNIONES DE ANALISIS CON LAS AUTORIDADES DE LA CAJA SOBRE LOS DOCUMENTOS FINALES APROBACION DE LA MAE U OTRA AUTORIDAD COMPETENTE PARA CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS								
RESULTADO	ACUERDO SOBRE EL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS, APROBACION DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS CON EMISION DE CONFORMIDAD POR LA MAE								

ANEXO 2 Instrumentos de Evaluación y cuestionarios on line

**CAJA DE SALUD DE CAMINOS
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN
GUÍA DE SUPERVISIÓN**

I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN SUPERVISADA:	
UBICACIÓN: DEPARTAMENTO	
MUNICIPIO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CARACTERÍSTICA LEGAL DE LA INSTITUCIÓN	
NOMBRE DE LA MAE	
CARGO DE LA MAE	
NOMBRE DE RESPONSABLE QUE RECIBE LA SUPERVISIÓN	
CARGO DEL RESPONSABLE QUE RECIBE LA SUPERVISIÓN	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	

II. TEMA DE LA SUPERVISIÓN

TEMA ESPECIFICO DE LA SUPERVISIÓN	<i>PDES, PSDI, PEI</i>
MARCO LEGAL/NORMATIVO/TÉCNICO DEL TEMA DE SUPERVISIÓN	<i>Ley N° 786, Ley N° 650, Ley N° 777, PSDI 2016 - 2020</i>

III. MODALIDAD DE LA SUPERVISION

MODALIDAD	SI	NO	FECHA
<i>SUPERVISION PROGRAMADA</i>			
<i>SUPERVISION DIRIGIDA</i>			
<i>SUPERVISION SOLICITADA</i>			

IV. DATOS SOBRE LA ELABORACIÓN DEL PEI

DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
LA CAJA TIENE PEI			
EL PEI FUE ELABORADO POR:			
➤ <i>UNIDAD DE PLANIFICACION INSTITUCIONAL</i>			
➤ <i>CONSULTOR EXTERNO</i>			
➤ <i>OTRO</i>			

LA CAJA NO HA ELABORADO EL PEI	PASE AL LLENADO DE LA MATRIZ PROGRAMACIÓN DE ACCIONES POR RESULTADO...
LA CAJA HA ELABORADO EL PEI	CONTINUE EL LLENADO DE LA PRESENTE GUÍA...

V. MARCO LEGAL/NORMATIVO/TÉCNICO DEL TEMA DE SUPERVISIÓN

NOMBRE DE LA NORMA	SI	NO	VERIFICACIÓN FÍSICA Y/O DIGITAL
SE CUENTA CON LA CPE			
SE CUENTA CON AGENDA PATRIÓTICA 2025			
SE CUENTA CON PDES 2026 – 2020			
SE CUENTA CON PSDI 2016 – 2020			
SE CUENTA CON LA LEY N° 777			
SE CUENTA CON LOS LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS DE ELABORACIÓN DEL PEI			
EL PEI CUENTA CON RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN SEGÚN NORMATIVA DE LA INSTITUCIÓN. Y EL ÓRGANO RECTOR			

VI. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ENFOQUE POLÍTICO			
2. DIAGNÓSTICO			
➤ ANÁLISIS INTERNO			
➤ ANÁLISIS EXTERNO			
3. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES			
4. PLANIFICACIÓN			
5. PRESUPUESTO			

1. ENFOQUE POLÍTICO

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
COMPRENDE LA DEFINICIÓN DE LA VISIÓN POLÍTICA INSTITUCIONAL EN EL MARCO DE LA AGENDA PATRIÓTICA, PDES, PSDI, , SEGÚN CORRESPONDA.		
Identifica o hace mención a los 9 Objetivos Estratégicos del PSDI		

2. DIAGNÓSTICO

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
EL DIAGNÓSTICO INTERNO Y EXTERNO DE LA ENTIDAD IDENTIFICA EL ANÁLISIS DEL CONTEXTO EXTERNO Y LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA AVANZAR EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y RESULTADOS ESTABLECIDOS EN EL PDES, PSDI, SEGÚN CORRESPONDA.		
○ ANÁLISIS INTERNO	SI	NO
○ Atribuciones, competencias y productos		
○ Principios y valores		
○ Evaluación del cumplimiento de sus atribuciones en el último quinquenio.		
○ El estado de la situación actual (estructura organizacional, procesos, recursos humanos, económicos, financieros y físicos)		
○ Capacidades y falencias institucionales específicas.		
○ Análisis de los recursos financieros de la entidad y grado de sostenibilidad		
○ ANÁLISIS EXTERNO	SI	NO
○ Análisis de las principales variables económicas/financieras,		
○ Análisis de las principales variables tecnológicas		
○ Análisis de las principales variables políticas		
○ Análisis de las principales problemas, obstáculos o limitantes		

3. OBJETIVOS Y ESTRATÉGIAS INSTITUCIONALES

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
<i>Tomando en cuenta el enfoque político establece sus objetivos y estrategias institucionales para alcanzar las metas y resultados establecidos en PDES, PSDI, según corresponda.</i>		
<i>Establece alineamiento a uno o más Objetivos Estratégicos PSDI</i>		

4. PLANIFICACIÓN

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
<i>Comprende la propuesta institucional para contribuir a la implementación del PDES, PSDI, de acuerdo al siguiente detalle:</i>		
<i>o Identificación de pilares, metas, resultados y acciones</i>		
<i>o Programación de acciones por resultado.</i>		
<i>o Articulación competencial</i>		
<i>o Roles de actores</i>		
<i>o Análisis de actores y competencias</i>		
<i>o Presupuesto plurianual quinquenal</i>		

5. PRESUPUESTO

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
<i>El presupuesto del PEI incorpora el conjunto de recursos de inversión pública y gasto corriente con un horizonte de cinco años.</i>		
<i>El presupuesto quinquenal está programado anualmente para cada una de las acciones.</i>		

VII. PARA ENTIDADES CON PROYECTOS DE INVERSIÓN:

1. GESTIÓN DE RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO

CONTENIDO MÍNIMO	SI	NO
<i>Presencia de amenazas sobre la región o territorio.</i>		
<i>Capacidad de adaptación al cambio climático a través de acciones de desarrollo integral (programas y proyectos).</i>		

VIII. APROBACION DEL PLAN

DESCRIPCIÓN	SI	NO
<i>El PEI está aprobado por la Máxima Autoridad Ejecutiva que ejerce tuición a la institución</i>		
<i>La aprobación se realizó mediante Resolución Administrativa</i>		

IX. ACTA DE COMPROMISO

Como resultado de la supervisión, se han identificado problemas que se señalan en el presente Acta de Compromiso, planteando las soluciones para cada caso y la fecha tope de implementación de la misma.

PROBLEMAS	SOLUCIONES	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1.		
2.		
3.		
4		

NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE QUE RECIBE LA SUPERVISIÓN	
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR	
FECHA DE LA SUPERVISIÓN	

CUESTIONARIOS ON LINE

https://docs.google.com/forms/d/1aqXoiSzTL7pge0_evpmeSEhdayrmlHr3ZWI51IjOOJk/edit

<https://docs.google.com/forms/d/1gWY4Nv6oioMyq1LYPOQS2wIJ9MIb4GeOa323Ammx0rI/edit>

https://docs.google.com/forms/d/1NRhQccNN-II-3WLZx6g0SWrh_4KahNGmOnte29CPXx8/edit

ANEXO 3 Plan de Supervisión Facilitadora 2021



INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	51
II. JUSTIFICACIÓN	51
III. OBJETIVOS:	52
1. Objetivo General	52
2. Objetivos Específicos	52
IV. MARCO CONCEPTUAL:	52
1. El Monitoreo	52
2. La Supervisión	52
3. La Supervisión Facilitadora	53
V. METODOLOGÍA:	54
1. Ámbito de supervisión	54
2. Conformación de los equipos de supervisión y de seguimiento regional	54
3. Criterios de selección de los establecimientos para la supervisión	55
4. Planificación de la Supervisión Facilitadora	56
5. Desarrollo de la Supervisión Facilitadora	56
6. Clasificación de los establecimientos por resultado de supervisión	68
7. Compromisos para la mejora de la gestión	68
8. Devolución de resultados de la supervisión facilitadora	68
9. Frecuencia de supervisiones a recibir un establecimiento considerando los posibles escenarios	69
10. Evaluación del Plan de Supervisión	69

I. INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Supervisión Facilitadora es una herramienta que establece un mecanismo de supervisión a los establecimientos que conforman la Caja de Salud de Caminos RA, siendo el instrumento que mide el avance en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud.

En este marco, se pretende que la Supervisión Facilitadora se desarrolle como un proceso de trabajo continuo e indispensable para garantizar la calidad en la atención integral en salud de nuestros asegurados, cumpliendo las políticas y estrategias institucionales, requiriendo para tal fin, instrumentos que permitan a los gerentes y prestadores de servicios de salud, reorientar las acciones en función de la mejora continua y rendimiento de los recursos humanos, entre otros, en los servicios de la Caja de Salud de Caminos RA. Para garantizar su efectividad es necesario aplicar un enfoque de trabajo en equipo, considerando el proceso como la oportunidad de consolidar la educación permanente en el entorno laboral en que se desenvuelve el personal pasando del modelo tradicional al modelo Integral Facilitador, debiendo considerar que cada supervisión es una oportunidad de mejora, que permite consolidar las competencias técnicas a través de capacitación permanente en servicio, pasando del modelo tradicional al modelo de Supervisión Facilitadora.

II. JUSTIFICACIÓN

Una de las principales funciones de la Dirección Nacional de Servicios, es velar por el cumplimiento al marco regulatorio para el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, en los diferentes Establecimiento de Salud de la Caja de Salud de Caminos RA en todas sus regionales; siendo necesario para tal fin implementar procesos de supervisión con equipos multidisciplinarios, efectivos e integrales que asesoren a los recursos humanos en salud.

Es también responsabilidad de los Jefes Médicos y Gestores de Calidad según sus funciones la supervisión de componentes específicos a los servicios de salud que forman parte de la Caja de Salud de Caminos RA, considerando los siguientes aspectos.

- Gestión de los servicios de salud
- Atención integral a los asegurados
- Atención integral del usuario interno
- Planificación participativa, de la supervisión, con el propósito de evitar duplicidad en los instrumentos de supervisión

Corresponde a la Dirección Nacional de Salud

- Formular, implementar y dar seguimiento al plan de monitoreo y supervisión para evaluar el desarrollo de los diferentes Establecimientos de Salud que forman parte de la Caja de Salud de Caminos RA.

- Brindar asistencia técnica a los niveles regionales para fortalecer la implementación de los modelos de atención y provisión de servicios, estableciendo la metodología, instructivos e instrumentos para la Supervisión Facilitadora en los diferentes Establecimientos de Salud a nivel nacional

El presente plan tiene la finalidad de establecer un proceso de Supervisión Facilitadora para la mejora continua en los servicios de salud de la Caja de Salud de Caminos RA, donde el supervisor/a asume el rol de facilitador/a, aplicando sus habilidades y conocimientos para generar una cultura de análisis en los equipos de salud, convirtiéndose en asesor para la identificación de acciones para la mejora de la gestión en los establecimientos de salud, integrando los aspectos técnicos y administrativos claves para tal fin.

III. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer la metodología e instrumentos para realizar la supervisión facilitadora al Modelo de Atención Integral en Salud en los Establecimientos de Salud a nivel nacional de la Caja de Salud de Caminos.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Verificar el avance en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud.
- b. Constatar en los Establecimientos de Salud de la Caja de Salud de Caminos, cumplimiento de los criterios establecidos para la operativización del Modelo de Atención Integral en Salud
- c. Brindar asistencia técnica in situ para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud a los jefes Médicos, Gestores de Calidad y equipos técnico/administrativos de las Regionales de la Caja de Salud de Caminos.

IV. MARCO CONCEPTUAL

1. EL MONITOREO:

Se concibe como el proceso periódico de seguimiento al cumplimiento de actividades y metas mediante indicadores verificables objetivamente y puede realizarse de forma directa e indirecta; es un proceso sistemático que permite recolectar, analizar y utilizar información oportuna para hacer seguimiento al progreso de un programa en post de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión. El monitoreo generalmente se dirige a los procesos en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades, quién las ejecuta y a cuántas personas o entidades beneficia y se realiza de forma continua y sistemática durante el proceso.

2. LA SUPERVISIÓN:

Se considera un proceso permanente y continuo de carácter técnico, administrativo y educativo que desarrolla medidas tendientes a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud y garantizar que el personal desempeñe sus actividades con eficiencia, desarrollando y fortaleciendo las competencias en su trabajo.

La Supervisión como parte del mecanismo de control tiene los siguientes fines:

- a. Mejorar la producción y el rendimiento de los recursos en el desarrollo de los procesos de atención en salud.
- b. Promover el desempeño laboral, ético y la motivación de los recursos humanos en los diferentes niveles de atención.
- c. Fortalecer las acciones de gestión para optimizar y racionalizar los recursos potenciando la mejora continua de las condiciones laborales.
- d. Mejorar la calidad de atención del servicio de salud a los asegurados.
- e. Fortalecer las competencias al personal de los Equipos Técnicos de la regionales de la Caja de Salud de Caminos RA, por medio de educación continua y asesoría técnica en terreno.

3. LA SUPERVISIÓN FACILITADORA:

Es un sistema mediante el cual los supervisores/as se centran en las necesidades y potencialidades del personal. La parte más importante de la función del supervisor/a facilitador/a es: asesorar al personal para garantizar el mejoramiento continuo de la calidad, satisfacer las necesidades del equipo de salud y alcanzar las metas institucionales.

Este enfoque enfatiza la construcción conjunta de alternativas para la solución de problemas y la comunicación horizontal entre el supervisor y quienes son supervisados.

Las características de la Supervisión Facilitadora son las siguientes:

- a. Proceso continuo, sistemático y planificado con objetivos definidos, tanto cualitativos como cuantitativos.
- b. Preventiva, para identificar brechas en la prestación de servicios de salud, y corregirlas antes que causen daño, tomando en cuenta los recursos disponibles.
- c. Facilita la orientación de los servicios (enseñando-haciendo) cuando se identifique la necesidad de reforzar un conocimiento o procedimiento.
- d. Objetiva e imparcial, para corregir los procesos haciendo uso de instrumentos que permitan reconocer la realidad sin basarse en supuestos.

La supervisión facilitadora está orientada a revisar el proceso de prestación de servicios y se apoya en las siguientes herramientas:

- a. Revisión documental de historias clínicas (Verificación de cumplimiento de estándares, protocolos y normativa)
- b. Entrevistas y/o encuestas de satisfacción del cliente, apertura del buzón de quejas y sugerencias
- c. Análisis de producción de servicios.
- d. Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

Para el desarrollo de las acciones de Supervisión Facilitadora, se dispone de instrumentos elaborados, validados y socializados para la implementación en las diferentes regionales que forman parte de la Caja de Salud de Caminos RA, con la finalidad de:

- a. Orientar el ejercicio ordenado de la Supervisión de acuerdo a prioridades identificadas en los Establecimientos de Salud.
- b. Estandarizar los criterios (Fortalecimiento de la calidad de atención, evitar omisiones, precisar campos de acción y puntos de mejoramiento continuo) de los equipos supervisores para la aplicación de las herramientas de supervisión.

V. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la Supervisión Facilitadora, debe considerarse lo siguiente:

1. ÁMBITO DE SUPERVISIÓN

Para fines de este documento, se considera como ámbito de supervisión las 11 Regionales que forman parte es de la Caja de Salud de Caminos RA

2. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SUPERVISIÓN Y DE SEGUIMIENTO REGIONAL.

Los equipos de Supervisión estarán divididos en dos:

- a. Equipo de supervisión nacional, el cual está conformado por:
 - Responsable Nacional de Gestión de Calidad (Coordinador)
 - Responsable Nacional de Farmacia
 - Responsable Nacional de Epidemiología
 - Responsable Nacional de Enseñanza e Investigación
- b. Equipo de supervisión regional, el cual está conformado por:
 - Responsable Regional de Gestión de Calidad (Coordinador)
 - Responsable Regional de Farmacia
 - Responsable Regional de Epidemiología
 - Responsable Regional de Enseñanza e Investigación

La coordinación del equipo realiza monitoreo al desarrollo de la metodología de supervisión que realizan los equipos conformados.

Las funciones del equipo de supervisión nacional son:

- a. Establecer coordinación con los equipos regionales para la programación, ejecución, cumplimiento y seguimiento de las supervisiones realizadas por la Dirección Nacional de Salud.
- b. Dar seguimiento al cumplimiento de los planes de supervisión de las regionales.
- c. Brindar asistencia técnica durante el desarrollo de la supervisión a los equipos de nivel Regional, desarrollando un rol facilitador para tal fin.
- d. Socializar los resultados de la supervisión con la regional respectiva.

Las funciones del equipo de supervisión regional son:

- a. Establecer coordinación con los equipos institucionales para la programación, ejecución, cumplimiento y seguimiento de las supervisiones realizadas por la Dirección Nacional de Salud.
- b. Dar seguimiento al cumplimiento de los planes de supervisión de su regional.
- c. Solicitar asistencia técnica durante el desarrollo de la supervisión a los equipos de nivel regional, a la Dirección Nacional de Salud.

- d. Socializar los resultados de la supervisión con el equipo de trabajo.

La territorialización es una estrategia y a su vez un proceso, permite materializar la responsabilidad de los equipos del nivel regional en áreas determinadas, haciendo posible ordenar las acciones y realizar una planificación en base a las necesidades detectadas por los “equipos” (supervisores y supervisados), es una estrategia de abordaje que permite:

- a. Conocer la realidad para entender los problemas generales.
- b. Identificar los problemas de salud indagando sus causas más profundas.
- c. Crear nuevas capacidades en los “equipos”.
- d. Generar empoderamiento colectivamente.
- e. Gestar los cambios para dar respuesta a las necesidades existentes.

Se deben considerar los siguientes puntos:

- a. Planificación participativa:

Es un ejercicio de construcción colectiva del abordaje a los establecimientos de salud, es realizado por los equipos supervisores, permite actuar sobre la realidad con el propósito de transformarla en función de las necesidades reales identificadas, esto les faculta a tener una visión clara de la realidad para el abordaje de cada establecimiento de salud, permitiendo además el compartir conocimientos en relación a sus habilidades y destrezas particulares.

En ella se discuten los principales problemas identificados, las recomendaciones hechas con antelación y permite consensuar en equipo las propuestas de acciones a seguir para el abordaje y seguimiento de cada establecimiento en particular.

- b. Análisis, interpretación y priorización de las necesidades:

Buscando entender los problemas, sus causalidades más profundas como base para orientar el plan de supervisión, se deben identificar los problemas de cada regional, así como los principales problemas sanitarios, luego los equipos de supervisión proceden a priorizar los problemas a fin de darles respuesta, esto se denomina “Lectura integral de necesidades” que incluye la priorización y la problematización en dialogo con los supervisados, con la finalidad de cambiar la realidad identificada.

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA SUPERVISIÓN

Los criterios son:

- a. Con bajas coberturas en las actividades priorizadas en la POA.
- b. Que hayan presentado mortalidades recientemente (en cualquier etapa del continuo de vida).
- c. Que en supervisiones previas han presentado bajo porcentaje al aplicar el instrumento integral de supervisión.
- d. Con eventos de interés epidemiológico en las que se requiere acompañamiento.
- e. A regionales con dificultades en la aplicación de las herramientas de Gestión de Calidad).
- f. Y cuando la Dirección Nacional de Salud a través de Gestión de Calidad, vea pertinente, en el marco de la mejora continua de las regionales a nivel nacional ya sea de manera previamente coordinada o aleatoria.

4. PLANIFICACIÓN DE LAS SUPERVISIONES FACILITADORAS.

Como parte importante del proceso de supervisión en las regionales, previo a cada supervisión debe revisarse la información disponible sobre la situación diagnóstica de la regional a supervisar, con el propósito de tomar puntos de referencia específicos que permitan al equipo supervisor priorizar los elementos que son esenciales considerar al desarrollarla.

Para lograr su máxima eficacia se elabora una programación mensual, bimestral o trimestral, según necesidades particulares a nivel regional, se debe de utilizar los instrumentos de supervisión oficiales, los cuales posibilitan la identificación adecuada de las condiciones de eficiencia, los resultados y el cumplimiento del marco regulatorio para la provisión de servicios de salud.

El equipo supervisor de la oficina central realiza la supervisión facilitadora el segundo y cuarto jueves de cada mes, teniendo en consideración que la actividad de supervisión en el día asignado esta sobre cualquier otra actividad que podría surgir durante el desarrollo del plan.

5. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN FACILITADORA:

El instrumento para la Supervisión Facilitadora en las regionales debe ser aplicado considerando la frecuencia establecida según cronograma o necesidad, las regionales debe conocer anticipadamente la fecha de la supervisión y tener preparada previamente la información requerida.

Los equipos al llegar al lugar del establecimiento, deben de desarrollaran los siguientes pasos:

- a. Presentación del equipo supervisor ante el Jefe Médico Regional/Gestor de Calidad y su Equipo Técnico a supervisar, explicando los objetivos y la metodología a desarrollar.
- b. Desarrollar la actividad de supervisión según los objetivos propuestos y se aplica los instrumentos de supervisión.
- c. En las regionales la aplicación del instrumento de supervisión se realiza de la siguiente manera:

REVISIÓN DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLÍNICAS Y EXPEDIENTES CLÍNICOS (VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES, PROTOCOLOS Y NORMATIVA)

En este punto se debe seleccionar diez historias clínicas y 10 expedientes clínicos, entre medicina general y especialidades considerando lo siguiente:

- a. Cumplimiento a la normativa vigente establecida en los protocolos establecidos por la autoridad de la Seguridad Social a Corto Plazo (ASUSS), y las Normas de Atención Clínica (NAC).
- b. Cumplimiento de la prescripción médico en el marco de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).

- c. Cumplimiento de todos los acápite que forman parte de la elaboración de un historial clínico y/o expediente clínico.
- d. Letra clara y comprensible.

La ponderación de este acápite es 15 % para la historia clínica y 15% para el expediente clínico

CAJA DE SALUD DE CAMINOS R.A.				
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD				
Regional:		Establecimiento de salud:		Fecha:
Nombre del evaluador:				
REVISIÓN DE HISTORIAL CLÍNICO				
No.	Servicio	Cumplimiento de la normativa		Observaciones
		SI	NO	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
PONDERACIÓN SOBRE 15%				

CAJA DE SALUD DE CAMINOS R.A.				
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD				
Regional:		Establecimiento de salud:		Fecha:
Nombre del evaluador:				
REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO				
No.	Servicio	Cumplimiento de la normativa		Observaciones
		SI	NO	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
PONDERACIÓN SOBRE 15%				

ENTREVISTAS Y/O ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, APERTURA DEL BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

En este punto se debe realizar diez encuestas a diez diferentes usuarios que acuden a los distintos servicios de los establecimientos de salud, la encuesta debe ser puntual y precisa sin direccionar las respuestas, bajo un trato cordial, amable y respetuoso al entrevistado.

La ponderación de este acápite es 30 %

CAJA DE SALUD DE CAMINOS R.A.				
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD				
Regional:		establecimiento de salud:		Fecha:
Nombre del encuestador:				
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE				
Datos del usuario				
Edad:		Sexo:		servicio solicitado:
No.	Pregunta	Respuesta		Sugerencia
		SI	NO	
1	¿El aseo de la institución le parece bueno?			
2	¿Los trámites para su atención son buenos?			
3	¿Consiguió el servicio que esperaba?			
4	¿Le pareció buena la atención del servicio?			
5	¿Le pareció adecuado el tiempo de espera para su atención?			
6	¿El trato del personal médico fue de su satisfacción?			
7	¿El trato del personal administrativo fue de su satisfacción?			
8	¿Le solucionaron su problema de consulta?			
9	¿Le parecen buenas las instalaciones del servicio?			
10	¿Recomendaría usted los servicios prestados por esta institución?			
PONDERACIÓN SOBRE 30%				

Seguidamente se debe realizar la apertura del buzón de quejas y recomendaciones, considerando las quejas como un punto negativo en la presente evaluación y tomar en cuenta las sugerencias en el marco de su factibilidad y pertinencia.

La ponderación de este acápite es 10%

ANÁLISIS DE LOS COMITÉS DE CALIDAD

En este punto se debe tomar en cuenta a todos los comités de calidad, considerando lo siguiente:

- a. Conformación de los comités
- b. Oficialización de los miembros de los comités
- c. Si los comités funcionan cumpliendo el propósito de su conformación.

La ponderación de este acápite es 30 %

Nombre del comité	Los miembros cuentan con nombramiento oficial		Funciona		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	
PONDERACIÓN SOBRE 30%					

ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.

Este punto tiene por objetivo determinar la producción de servicios dentro de los estándares de calidad que garanticen un buen servicio a los usuarios que acuden a los diferentes establecimientos de salud.

Se debe realizar el análisis de producción de manera individualizada considerando:

- a. Cargo
- b. Tipo de relación laboral
- c. Horario
- d. Consultas
- e. Reconsultas
- f. Referencias
- g. Contrareferencias
- h. Producción en laboratorios
- i. Producción en exámenes de gabinete
- j. Producción en farmacia
- k. Bajas medicas
- l. Otros

Se tiene una herramienta para tal objetivo el mismo que deberá ser actualizada según necesidad y pertinencia

Asimismo, se adjuntan indicadores y estándares referenciales para la prestación de servicios en los establecimientos de Salud, según corresponda.

Estándares del capital humano hospitalario.

<p>En los hospitales, la administración de personal se comporta como un centro de costos y problemas, se estima que del presupuesto total del hospital no debe exceder del 75 - 80% para el pago de nómina.</p>	<p>1 médico por cada 1250- 3000 habitantes 1médico especialista por cada 5 -6 camas 1 medico por cada enfermera 1enfermera por cada 3 auxiliares en enfermeras 1 médico patólogo por cada 100 camas 5 enfermeras por cada 10000 hab. 1 enfermera atiende 8 camas de hosp. Por turno. 1 aux enfermería por cada 3 camas 1 hemoterapista por cada 20-25 camas 1 bioanalista por cada 25 camas 1 cristalero por cada 4 bioanalista 1 cristalero por cada 2 auxiliar laboratorio 1 auxiliar lab. Por cada 2 bioanalista. 1 personal de limpieza por cada 5 camas 1 camillero por cada 25 camas 1 técnico esterilización por cada 4 quirófano 1 auxiliar farmacia atiende 25 personas por hora 1 auxiliar farmacia despacha 40 récipes por hora 1 paciente amb. genera 2 récipes por consulta 1paciente hospitalizado genera 3 recipe por dia 3% de los pacientes hospitalizados requieren nutrición parenteral 1 medico fisiatra 3 pacientes 1 hora 60% de los pacientes cirugía y trauma son referidos a Fisiatria 1 médico fisiatra por 120-150 camas generales 1 médico fisiatra por cada 100 camas traumatología 1 médico fisiatra por cada 10 traumatólogos. 2 fisioterapeuta por cada 2 médicos fisiatras 1 obrero de mantenimiento por cada 15 camas 1 técnico mantenimiento por cada 12 camas 1 almacenista por cada 75 camas (1 por almacén) 2 auxiliar de almacén por cada almacenista 1 kardista por almacén 1 personal de dietética por cada 35 camas 1 nutricionista por cada 10.000 hab. 1 odontólogo por cada 12.500 hab. 1 médico radiólogo + 1 técnico = 5 estudios por hora 1 trabajador social por cada 150 camas 1 personal administrativo por 5 asistencial</p>
---	---

Cuadro de interpretación de indicadores

Número de camas por médico	Es un indicador de disponibilidad y oferta del recurso cama por cada médico, el mismo comparado con el estándar, para los hospitales generales e institutos especializados, es aceptable 5 camas por médico.
Número de camas por enfermera	Es un indicador de disponibilidad y oferta del recurso cama por enfermera, el mismo comparado con el estándar para los hospitales generales e institutos especializados, es aceptable 5 camas por Licenciada en Enfermería.
Número de camas por auxiliar de enfermería	Es un indicador de disponibilidad y oferta de camas por auxiliar de enfermería, el mismo comparado con el estándar. Es aceptable una asignación de 4 camas por auxiliar de enfermería tanto, sin diferenciación de si se trata de hospitales de nivel II o III.
Relación Enf. licenciada x cama unidad crítica	Es casi 1:1 o 2:1, existen circunstancias en los que debería haber dos enfermeras por cada médico.
Relación Enf. auxiliar x cama unidad crítica	Es casi 1:1 o 2:1 existen circunstancias en los que debería haber dos enfermeras por cada médico.

Estándares de frecuencia hospitalaria

La demanda de asistencia médica es muy complejo, depende de factores físicos, ubicación hospital, tiempo de llegada, vías de comunicación costo transporte, servicios ofrecidos, sumado a factores psicológicos y culturales, que impide muchas veces satisfacer las necesidades de la población, en tal sentido se ha estimado según la OMS que los servicios de salud de un hospital debe ofrecer a su población objetivo al año:	<p>10-20% de consultas preventivas</p> <p>80-100% consultas curativas</p> <p>8-10% hospitalizaciones</p> <p>35-50 días de hospitalización por cada 100 hab.</p>
70% de las actividades de Atención médica de un hospital son de carácter ambulatoria, por consiguiente El 30 % de las actividades restantes se refieren a los ingresos de hospitalización	<p>1 examen laboratorio por cada 2,5 consultas</p> <p>1 paciente ambulatorio requiere 0,46 examen diario</p> <p>1 paciente hospitalizado requiere 20 examen laboratorio por egreso</p> <p>1 examen de lab por cada 10 consulta sucesivas</p> <p>3,6 examen de lab por cada 10 consulta de primera</p> <p>20% de las consultas son referidas al laboratorio.</p> <p>5-6 examen se realizan en el laboratorio por hora</p> <p>14 toma de muestra en 1 hora.</p> <p>7 tratamientos fisioterapia por 100 hab.</p> <p>1 estudio Rx por cada 20 consultas ambulatorias</p> <p>1 estudio Rx por cada 10 pacientes hospitalizados.</p> <p>75% pacientes hospitalizados requieren servicio radiología.</p>

Estándares del recurso cama

Índice de camas por habitante	<p>Norma Internacional OMS 2.5 – 4 Camas por 1000 hab.</p> <p>Poblaciones menores 25.000 hab 2,5 - 3 camas por 1000 hab.</p> <p>Poblaciones 25000 -100.000 hab 3 - 4 camas por 1000 hab.</p> <p>Poblaciones mayores 100.000 hab 4 -4.75 camas por 1000 hab.</p>
% Distribución de camas	<p>SEGÚN USO:</p> <p>Emergencias 10%</p> <p>Adultos 60%</p> <p>Niños 30%</p> <p>SEGÚN SERVICIOS:</p> <p>Obstetricia 18%</p> <p>Pediatría 20%</p> <p>Cirugía 20%</p> <p>Medicina 38%</p> <p>Otros 4%</p> <p>En cuanto a estos estándares existen muchas diferencias entre los expertos, ya que el porcentaje por servicios dependerá de la distribución de la población por grupo etario, condiciones de vida, tipo de patologías y complejidad de los servicios ofrecidos</p>
El porcentaje de ocupación	<p>En hospitales de</p> <p>100-199 camas 63% - 74 %</p> <p>200-299 camas 67% - 80%</p> <p>300-399 camas 69% -88%</p> <p>400-499 camas 72%- 95%</p> <p>500-599 camas 81% - 93%</p> <p>+600 camas 90% - 96%</p> <p>Nos indica el grado de utilización del recurso cama disponible en el periodo sujeto a estudio, y "resulta ser un excelente indicador cuando se obtienen cifras alrededor del 85%. Sin embargo, estoy de acuerdo con algunos expertos en el área a nivel internacional, de considerar un aumento a la norma, hasta un 95%, ya que la demanda real de hospitalización en algunos servicios así lo ha exigido, y porque el mismo está influido por el tamaño y tipo de hospital y de su ámbito geográfico de influencia, si tomamos en consideración que cada hospital debe mantener un 15% de camas en reserva legítima para resolver situaciones de contingencia.</p> <p>Es el total de días (promedio) que cada paciente recibe atención desde su ingreso hasta su alta.</p> <p>Se espera que: Traumatología: 15 días</p> <p>50% estancia = 1-5 días Obstetricia 1-2 días</p> <p>30% estancia = 5-10 días Pediatría 5-7 días</p> <p>% estancia = + 10 días Medicina 7-10 días</p> <p>Cirugía 10-12 días</p>
Promedio estancia: de	
Intervalo sustitución.	<p>En teoría, su duración idónea es la suficiente para preparar la cama y el entorno para un nuevo paciente y no debería superar un día o día y medio</p>

Estándares en la emergencia

% De ingreso	Se refiere al % de pacientes que se ingresan una vez que visitan la emergencia Cardiología 40-50% Trauma 4-5% Promedio aceptado 11 a 15 %
% De laboratorio solicitado en emergencia	No debe exceder del 20 % de los pacientes atendidos.
% De exploraciones radiológica	Igual al 20 % nunca exceder de 40%
Correlación entre Dx ingreso y Dx egreso	Debe existir una correlación del 95%
Reingreso a la emergencia	Son los reingresos por una inadecuada atención inicial debe considerarse no calcular los pacientes frecuentadores, nunca debe exceder del 1,5 a 2 %
% De altas contra opinión médica	No exceder de 1 %
Denuncias o reclamo por mal servicio	Se ha estudiado plenamente en hospitales acreditados de países desarrollados y se obtiene como norma que no debe exceder 1 por cada 1000 pacientes

Estándares para consulta ambulatoria

Estándares de la consulta muy cuestionados por los profesionales asistenciales ya que el tiempo de atención va depender del tipo de paciente y complejidad de su patología.	Consulta externa													
	<p>Primera consulta: tiempo estimado 20-30 minutos por consulta</p> <p>Consulta sucesiva: tiempo estimado 10-15 minutos por consulta</p> <p>En una hora de consulta el equipo de salud debe atender 1 paciente de primera y 3 sucesiva.</p> <table> <tr> <td>Medicina</td> <td>6 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Pediatría</td> <td>6 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Medicina</td> <td>6 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Especialidades (otras)</td> <td>4 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td>2,5 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Psicología</td> <td>1,2 consulta por hora</td> </tr> <tr> <td>Cardiología</td> <td>3 consulta por hora</td> </tr> </table> <p>La OMS recomienda de 2-4 consulta por hab/ año</p> <p>1 admisión por cada 60 consultas.</p> <p>Promedio de días en espera por cita para una consulta Estándar de 3 – 5 días</p>	Medicina	6 consulta por hora	Pediatría	6 consulta por hora	Medicina	6 consulta por hora	Especialidades (otras)	4 consulta por hora	Psiquiatría	2,5 consulta por hora	Psicología	1,2 consulta por hora	Cardiología
Medicina	6 consulta por hora													
Pediatría	6 consulta por hora													
Medicina	6 consulta por hora													
Especialidades (otras)	4 consulta por hora													
Psiquiatría	2,5 consulta por hora													
Psicología	1,2 consulta por hora													
Cardiología	3 consulta por hora													

Estándares negativos que miden calidad de servicios hospitalarios

Mortalidad institucional:	Se considera mortalidad institucional toda muerte que ocurre dentro del hospital, aunque el paciente no haya sido admitido a la hospitalización.
Muerte Hospitalaria:	Toda muerte que ocurre dentro del hospital después de las 24 horas de haber sido admitido. Se acepta internacionalmente 2-4 %
Muerte no Hospitalaria	Toda muerte ocurrida dentro del hospital antes de las 24 horas de haber sido admitido.
Mortalidad Infantil	Se acepta internacionalmente luego 10 días hospitalizado 2 %
Tasa mortalidad por anestesia	Se acepta internacionalmente 1 por cada 5000 anestias.

Tasa mortalidad post operatoria	Se acepta internacionalmente 1 %
Tasa de mortalidad por complicaciones obstétricas	Se acepta internacionalmente 0.4 POR CADA 1000 nacidos vivos
Índice de cesáreas	Se acepta internacionalmente 5-6%
% Bruto de autopsias	Calcula Numero de autopsias entre total de defunciones ocurridas en el hospital. Se acepta internacionalmente 20 %
% Complicaciones post operatorias	Se acepta internacionalmente 3-4 %

Otros servicios

Lavandería	<p>4 juegos de cama de adulto</p> <p>8 juegos de camas de niño</p> <p>Fondo fijo 25% de la lencería en uso.</p> <p>2% deterioro o extravío lencería mensual.</p>
Área física del hospital	<p>Habitaciones 1 cama 10 m2 por cama</p> <p>Habitaciones 2 camas 7 m2 por cama</p> <p>Habitaciones 4 camas 6 m2 por cama En reten 2 m2 por cuna</p> <p>0,50 m se separación entre cunas</p> <p>0,15 m separación entre cuna y pared</p> <p>3m2 por incubadora</p> <p>En terapia intensiva 9 m2 por cama</p> <p>Capacidad optima 5-6 camas por servicio.</p> <p>En pasillos 2,40m ancho</p> <p>10% área total construida</p> <p>En área quirúrgica 10,9m2 por cama</p>

ANÁLISIS DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA)

Las diferentes regionales de la Caja de Salud de Caminos RA deberán realizar, el análisis FODA institucional, consiste en un proceso donde se estudian debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de las regionales de la Caja de Salud de Caminos RA.

Se trata de una herramienta muy importante antes de realizar cualquiera estrategia regional. En este sentido, para que una regional lleve a cabo con éxito dicha estrategia, primeramente, deberá conocer la situación presente de su regional.

El objetivo de este análisis, es que las regionales, a partir de la información que obtenga sobre su situación puedan tomar las decisiones o cambios organizativos que mejor se adapten a las exigencias de su entorno de manera integral.

El análisis FODA se basa en dos pilares básicos:

- Análisis interno: Se deberán poner en cuestión el liderazgo, la estrategia, las personas que trabajan en la regional, los recursos que tienen y los procesos.

Dentro del análisis interno se deberán analizar las fortalezas y las debilidades que tiene la regional. Las fortalezas nos dirán las destrezas que tiene la regional que la hacen diferente de sus competidores. Y por el contrario, las debilidades nos mostrarán los factores que nos hacen quedar en una posición desfavorables respecto a nuestros competidores.

- Análisis externo: Se deberán estudiar el medio, el sector y la competencia.

Dentro del análisis externo, estudiaremos las oportunidades y las amenazas. Dentro de las posibilidades debemos tener en cuenta el posible futuro. Es decir, los nuevos mercados en los que tiene cabida nuestra regional. Y, las amenazas nos pueden alertar sobre los factores que pueden poner en peligro la supervivencia de nuestra regional.

Aquí presentamos un esquema de los componentes del análisis FODA:



Tipos de estrategia a aplicar tras el análisis FODA para el fortalecimiento con el enfoque del cliente externo-interno

Según los resultados que obtenga la regional después del análisis FODA deberá aplicar un tipo de estrategia determinada. Podemos clasificar estas estrategias en ofensiva, defensiva, para la supervivencia o para la reorientación.

- Estrategias ofensivas: Consiste generar rendimientos mayores gracias a tu potencial. Es decir, gracias a las oportunidades (factor externo) buscamos contrarrestar las debilidades (factor interno).
- Estrategias defensivas: Consiste en reducir los riesgos que te generan las vulnerabilidades. Es decir, reducir los riesgos que provocan las amenazas (factor externo) apoyándote en tus fortalezas (factor interno)
- Estrategias de reorientación: La idea es corregir debilidades (factor interno) gracias a las oportunidades (factor externo).
- Estrategias de supervivencia: Fortalecer tus debilidades para sobrevivir a tus amenazas.

La tabla de análisis FODA es la siguiente:

DEBILIDADES	AMENAZAS	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES

Todas las estrategias que involucran una intervención deberán ser sistematizadas de la siguiente manera para su seguimiento y cumplimiento.

Problema encontrado	Solución/es al problema	Inicio de intervención	Término de la intervención	observaciones

Posterior a la supervisión facilitadora realizada, implementando todas las herramientas mencionadas

- Se lleva a cabo una reunión con el personal con la finalidad de facilitar un espacio participativo para aclarar dudas, realizar la discusión de resultados obtenidos durante la supervisión, clasificación del establecimiento en base a los criterios aplicables del Instrumento de Supervisión Facilitadora, así como en la elaboración de compromisos de mejora de la gestión.
- Se debe dejar en el establecimiento una copia del informe de supervisión realizado
- Los equipos de supervisión no deben elaborar otro informe adicional de la supervisión realizada.

Otras consideraciones metodológicas:

- La supervisión facilitadora se basa en una metodología de capacitación enseñanza- aprendizaje, que busca mejorar la eficiencia y efectividad de los recursos humanos, así como la calidad en la prestación de servicios.
- El equipo facilitador debe aclarar dudas que surjan con respecto a la ponderación aplicada a cada ítem.
- El cumplimiento de los compromisos de mejora son responsabilidad del Jefe Médico y Gestor de Calidad de cada regional, debiendo ser cumplido en el plazo establecido, lo cual será monitoreado por el equipo multidisciplinario de la Dirección Nacional de Salud bajo la coordinación del Responsable Nacional de Gestión de Calidad.
- La instancia central y las diferentes regionales a nivel nacional, deben cumplir los compromisos de mejora que les corresponda según los hallazgos de la supervisión realizada.
- Solo debe quedar por escrito en el libro de supervisiones los siguientes aspectos: Fecha de la supervisión, equipo participante, el puntaje total obtenido y la fecha de la próxima supervisión; toda la demás información queda en la copia del informe de supervisión realizada, que se deja en las regionales.

6. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS POR RESULTADOS DE SUPERVISIÓN.

La clasificación se hace en base al porcentaje de cumplimiento de los Ítems establecidos en los criterios del instrumento de Supervisión Integral y Facilitadora, que resulta de la sumatoria de los puntos que son ponderables.

Los establecimientos se clasifican de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN DE LA SUPERVISIÓN		
RANGO	PORCENTAJE	MEDIDAS
Bueno	Entre 80 y 100%	Es necesario mantener las acciones para permanecer con la mejora continua
Regular	Entre 60 y 79%	Es necesario intensificar acciones para lograr la mejora continua.
Malo	59 % o menos	Es necesario implementar acciones inmediatas para lograr la mejora continua.

7. COMPROMISOS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN:

Para fines del presente plan de supervisión, se definen los compromisos para la mejora de la gestión como los acuerdos establecidos en el momento de la supervisión ente el equipo facilitador y Equipo facilitado, los cuales reflejan los propósitos claros y precisos que se pretenden obtener mediante el desarrollo de acciones previstas y concretas, siendo de obligatoriedad cumplimiento.

Criterios para su elaboración:

- Definir el propósito: El equipo establece criterios de la situación encontrada que se necesita mejorar.
- Concertar el compromiso: Los compromisos que se establecen se concertan y se acuerdan en el pleno, con el propósito que sean pertinentes y factibles de realizar.
- Formalizar los compromisos y establecer criterios de seguimiento: Para la
- Supervisión Integral y Facilitadora registrar los compromisos
- Deben ser firmados por la instancia que realiza la supervisión facilitadora y el Jefe Médico y Gestor de Calidad de los establecimientos de salud según la regional que corresponda, el día de la devolución de los resultados de la supervisión.

8. DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN FACILITADORA:

- Es realizada al regional objeto de la supervisión facilitadora el mismo día en que se realiza la actividad.
- El equipo facilitador debe entregar al regional objeto de la facilitación copia del informe de supervisión realizada, el cual debe ser claro, preciso y conciso.
- En un plazo no mayor a 4 días hábiles posterior a la supervisión, cada Jefe Médico y el Gestor de Calidad deberá socializar e informar al resto del personal a su cargo los resultados y compromisos de la supervisión facilitadora realizada.

9. FRECUENCIA DE SUPERVISIONES A RECIBIR UNA REGIONAL CONSIDERANDO LOS POSIBLES ESCENARIOS:

Se deben realizar seguimiento a los compromisos para la mejora de la gestión pactados con las regionales facilitadas, para lo cual se debe utilizar los instrumentos necesarios para realizar el seguimiento a la supervisión facilitadora realizada.

La periodicidad de estas supervisiones depende de la puntuación del establecimiento como resultado de la supervisión facilitadora, considerando lo siguiente:

FRECUENCIA DE SUPERVISIÓN		
RANGO	PORCENTAJE	SUPERVISIÓN
Bueno	Entre 80 y 100%	Trimestral
Regular	Entre 60 y 79%	Bimestral
Malo	59 % o menos	Mensual

Sin embargo, las supervisiones también serán realizadas por la instancia central cuando así se vea pertenece por esta instancia, mismas que pueden o no ser planificadas o coordinadas con las diferentes regionales a nivel nacional.

10. EVALUACIÓN DEL PLAN DE SUPERVISIÓN

Se realizará una evolución cuantitativa y cualitativa de manera semestral y anual, por parte del equipo supervisor de la Dirección Nacional de Salud, con la finalidad de tener un registro de acciones y logros obtenidos que al logro de objetivos de manera continua.

El presente documento debe ser de aplicación obligatoria por todas las regionales que forman parte de la Caja de Salud de Caminos R.A, con el fin de coadyuvar a la mejora de la calidad de manera integral, para una mejor atención hacia nuestros asegurados, optimizando los recursos en el marco de la normativa vigente, para una atención con calidad y calidez.