UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD DEPARTAMENTAL LA PAZ, GESTIÓN 2012

CASO: POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE

POSTULANTE: Ing. Sandro Stelvio Clavijo Cuentas

TUTOR: Lic. M.Sc. Lexin Ramel Arandia Saravia

Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Pública con Mención en Gerencia en Salud.

LA PAZ – BOLIVIA

2014

DEDICADO A:

A mi madre Gloria Cuentas Valenzuela

Mi esposa Lilian Sotomayor Murillo

Y mis hijos Pamela y Leandro

Por su amor y constante apoyo

AGRADECIMIENTO A:

A mis compañeros de trabajo de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz

Por su apoyo y colaboración en la realización del presente trabajo

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. MARCO GENERAL……..1
2. INTRODUCCIÓN……..1
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA……...……2
   3.1 Justificación social…… 2
   3.2 Justificación Académica……2
   3.3 Justificación Práctica……2
   3.4 Justificación Económica……3
4. PROBLEMA……...3
   4.1 Fundamentación del Problema……..……..3
   4.2 Identificación del Problema…….....4
   4.3 Análisis del Problema……....5
5. HIPÓTESIS…..…….....6
   5.1 Hipótesis Principal……....6
   5.2 Hipótesis Nula…… 6
6. OBJETIVOS…….. 6
   6.1 Objetivo General…… 6
   6.2 Objetivos Específicos……...……6
7. METODOLOGÍA ……...7
8. ALCANCES……7

CAPÍTULO II

9. MARCO TEÓRICO……...9
   9.1 Aspecto Conceptual…….. 9
      9.1.1 Demanda Insatisfecha...……9
         a) Oferta y Demanda…… 9
         b) Satisfacción e Insatisfacción……...11
         c) Demanda Insatisfecha…… 15
      9.1.2 Recursos Humanos Insuficientes……..... 16
      9.1.3 Código de Seguridad Social…… 16
   9.2 Aspecto Jurídico……..... 18
   9.3 Aspecto Institucional……..... 23
   9.4 Aspecto Histórico……...25

CAPÍTULO III

10. MARCO PRÁCTICO…… 26

10.1 Tipo de Investigación……26
10.2 El Universo y Muestra……..26
10.3 La Operativización de Variables……29
10.4 Los Instrumentos de Recopilación de Datos…… 30
10.5 Resultados de la aplicación de los Instrumentos……31
Resultados de las Encuestas – Gráficos del Nº 1 al Nº 3……..31
Resultados de las Entrevistas – Gráficos del Nº 1 al Nº 4……34
10.6 Conclusiones…… 38
10.7 Recomendaciones…… 44

BIBLIOGRAFÍA……45
PÁGINAS WEB……46

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS……..…….. 47

Anexo 1. Gráfico: árbol de Problemas.……...……..47

Anexo 2. Matriz de Diseño Metodológico.……..……47

Anexo 3. Gráfico de Gantt: Cronograma…….. 47

Anexo 4. Guía de la Entrevista 1……47

Anexo 5. Cuestionario de la Encuesta……....……47

Anexo 6. Guía de la Entrevista 2.……. 47

Anexo 7. Artículos del código de Seguridad Social…… ……...47

Anexo 8. Artículos de la Ley 1178 (SAFCO)…… ……...47

Anexo 9. Marco Propositivo……....47

ÍNDICE DE CUADROS

CUADROS……47

Cuadro Resumen de la respuesta 1 a la Encuesta (Dem. Insatisfecha)….47

Cuadro Resumen de la respuesta 2 a la Encuesta…….47

Cuadro Resumen de la respuesta 3 a la Encuesta…….47

Cuadro Resumen de la Entrevista 2……..47

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo, mostrar que la demanda insatisfecha de la población asegurada, en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, se debe a la falta de suficientes profesionales médicos para que los mismos realicen la atención correspondiente.

Es importante mencionar, que la Institución, no ha logrado adecuarse a los requerimientos de la creciente demanda, ocasionando insatisfacción con los servicios que presta.

El concepto que se entiende de “Demanda Insatisfecha”, sería aquella población asegurada que no recibe atención médica en consulta externa a pesar de solicitarla.

Las dos principales Leyes bajo las cuales esta normada la Caja Petrolera de Salud y tienen relación con el presente trabajo, son: El Código de Seguridad Social y la Ley 1178.

La Caja Petrolera de Salud viene prestando más de 50 años servicios de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, el Policonsultorio 20 de Octubre funciona prestando servicios de consulta externa desde el mes de Septiembre del año 2001; sin embargo el problema ahora de investigación se viene presentando desde la gestión 2007 y se ha ido incrementando cada gestión, en el presente trabajo el periodo de estudio es la Gestión 2012.

En la Gestión 2012, SI existe Demanda Insatisfecha en la Consulta Externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz; 2.047 asegurados encuestados indican que NO lograron atención médica, a pesar de solicitarla y todo el personal del Policonsultorio 20 de Octubre que son 100 personas, fueron entrevistados, los cuales indicaron que las causas para que se dé la demanda insatisfecha en un mayor porcentaje era la falta de personal médico y en un menor porcentaje la falta de infraestructura, y la solución a este problema sería el contratar personal médico.

Para que no exista Demanda Insatisfecha, nuestra Oferta de servicios médicos debe ser igual o mayor a nuestra Demanda para lo cual, se debe descentralizar la atención de consulta externa, y de esta manera incrementar el número de especialistas médicos que realicen la atención en estos Centros.

DEMANDA INSATISFECHA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD DEPARTAMENTAL LA PAZ GESTIÓN 2012

CASO: POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE

CAPITULO I

1. MARCO GENERAL

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, tiene como objetivo plantear un problema general que se presenta en la consulta externa de la Caja Petrolera de Salud, el cual con el transcurrir del tiempo se ha convertido en un obstáculo para brindar un servicio de calidad a la población asegurada y tampoco lograr una satisfacción global de la misma que, debido a la falta de un mayor número de profesionales médicos que realicen la atención, se ve afectada en la atención médica que solicita; ya que por lo expuesto anteriormente no se brinda toda la atención médica solicitada; para ello utilizaremos el método deductivo.

Es decir, se planteará el problema, se analizará el mismo, y se hará una propuesta de solución a la demanda insatisfecha de la población asegurada en la consulta externa, la cual y como se mencionó anteriormente, se ve afectada cuando solicita atención médica y no recibe la misma, debido a la falta de un mayor número de profesionales médicos que realicen la atención requerida en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud.

También es importante mencionar que la Institución, no ha logrado adecuarse a los requerimientos de la creciente demanda, ocasionando insatisfacción con los servicios que presta. Esto debido, a que años atrás no se hizo la previsión por parte de las autoridades de turno para esta creciente demanda.

Se pretende también, analizar si existen otros factores internos o externos que influyen, para que se presente el problema de la demanda insatisfecha en la consulta externa y plantear soluciones o respuestas para los mismos.

Este trabajo, pretende ser una primera iniciativa de acercamiento para poder medir la Demanda Insatisfecha de la población asegurada, con respecto a la atención de

consulta externa en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud en relación a la falta de profesionales médicos que realicen la misma.

Este proceso se ve reflejado en el Cronograma de Actividades en el Anexo N°3.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Los argumentos que justifican el tema de investigación: “Demanda Insatisfecha en la Consulta Externa de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz Gestión 2012”. Caso: Policonsultorio 20 de octubre, son los siguientes:

3.1 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Desde el punto de vista social, el presente trabajo de investigación, se justifica por la magnitud que abarca el mismo, en la población asegurada de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, que representa alrededor de 50.000 asegurados y sus beneficiarios, siendo los mismos a nivel nacional aproximadamente 300.000[1]. Es esta población asegurada y beneficiarios que se ven afectados por este problema que se va incrementando en el tiempo.

3.2 JUSTIFICACION ACADEMICA

El presente tema de investigación, es factible de ser resuelto desde el enfoque de la gerencia en salud, dado que la vulnerabilidad de este problema puede ser resuelta por los actores de la Institución, es decir por las autoridades de la misma, según las decisiones que tomen.

La teoría de la gerencia en organizaciones de salud, proporcionan métodos e instrumentos de gestión para el análisis y resolución de problemas de este tipo, los cuales serán analizados y propuestos en el presente trabajo.

3.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El presente trabajo de investigación, busca resolver un problema práctico de la realidad que se presenta en la Caja Petrolera de Salud La Paz, una Institución que existe en el medio y por tanto, es importante este tema de estudio que ayudará a dar una solución al mismo.

Al tratarse de una institución que brinda servicios en salud, es transcendente, ya que los afectados son personas con algún tipo de dolencia o enfermedad, la cual

[1] Fuente: www.cps.org.bo

si no es atendida puede complicarse y convertirse en un problema mayor, es por eso importante resolver el problema para evitar perdidas de vidas humanas.

Por lo expuesto anteriormente, es oportuno resolver este problema, que se vive actualmente en los servicios de consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.

3.4 JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

La Institución al ser la segunda más grande y fuerte económicamente en el ámbito de la seguridad social, es factible la solución del problema y la implementación de la propuesta de solución, ya que la Caja Petrolera de Salud La Paz cuenta con los recursos económicos necesarios para dar solución a este problema.

Es decir, cuenta con los recursos para el costo que significará el solucionar el problema, como por ejemplo: costos de contratación de personal, equipamiento médico y de computación, muebles y mobiliario, alquiler de inmuebles, instrumental médico y otros.

4. PROBLEMA

4.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Se fundamenta el problema en base a:

HECHOS OBSERVABLES

Se observa que un grupo de asegurados y/o beneficiarios de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, no logran atención médica en consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre a pesar de solicitarla.

Se observa también que este grupo de asegurados y/o beneficiarios, que solicitan la atención médica, sufren de alguna enfermedad o dolencia, situación que hace que se agudice el problema.

De la entrevista realizada[2] a los asegurados, que esperaban conseguir fichas se ha podido establecer, que la mayoría indica que no consiguió ficha a pesar de solicitarla.

[2] Fuente: Entrevista 1, Anexo 4

ANTECEDENTES

Existen 2.047 asegurados[3] y/o beneficiarios registrados en la gestión 2012, los mismos con demanda insatisfecha en referencia a la solicitud de atención médica en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.

Se proyecta un incremento en la gestión 2013, en el número de asegurados y/o beneficiarios los mismos con demanda insatisfecha, con referencia a la solicitud de atención médica en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.

Es importante mencionar también, que el estudio se inició en la gestión 2013, razón por la cual se basa en la gestión 2012.

SÍNTOMAS

Se han realizado encuestas a los asegurados que no han recibido atención médica en consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, que da las pautas acerca del problema.

También, se han realizado entrevistas al personal de salud y administrativo que trabaja en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, con referencia al problema presentado por la demanda insatisfecha en la consulta externa.

4.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿EL QUÉ?

Demanda insatisfecha, en la atención médica de la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre.

¿A QUIÉN?

A los asegurados y beneficiarios.

¿EL DONDE?

Caja Petrolera de Salud del Departamento de La Paz.

¿EL CUANDO?

Gestión 2012.

[3] Fuente: Encuesta, Anexo 5

El problema sería el siguiente:

"Demanda insatisfecha[4] de los asegurados a la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, en atención médica de consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre en la gestión 2012".

"DEMANDA INSATISFECHA: En este caso, los productos o servicios disponibles no son suficientes ni satisfacen la demanda de los destinatarios. Aquí, los especialistas deberán lograr el desarrollo de un nuevo producto o mejorar uno ya existente para colmar la brecha; cuando traten de satisfacer una demanda insatisfecha tendrán que distinguir entre una brecha en el nivel de satisfacción y un vacío en el tipo de satisfacción. La brecha en la clase de satisfacciones, se presenta cuando los destinatarios pueden obtener satisfacción, solo por medio de un producto mejorado o un nuevo producto que corrija las deficiencias de los existentes; el vacío en el nivel de satisfacción tiene que ver con una situación donde los productos de que se dispone no pueden brindar el nivel, grado o satisfacción deseados"[5].

Por lo que se entiende, para este caso específico: "DEMANDA INSATISFECHA", a la población asegurada que NO recibe atención médica en la consulta externa, a pesar de solicitarla.

4.3 ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Para este análisis utilizamos la técnica del Árbol de Problemas, gráfico en Anexo Nº 1.

Problema central: Demanda insatisfecha de los asegurados a la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, en atención médica de consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre en la gestión 2012.

Causa: Oferta del Servicio Médico de Consulta Externa menor a la Demanda.

Sub causa: Recursos Humanos insuficientes para cubrir la demanda del Servicio Médico de Consulta Externa.

Causa: Trato no cordial por parte del personal del policonsultorio tanto de salud como administrativo.

Sub causa: Trato no cordial por parte del asegurado.

Causa: Exámenes programados a largo plazo.

[4] Fuente: Entrevista 1, Anexo 4
[5] Kotler, Philip y Roberto, Eduardo - Mercadotecnia Social - Editorial Diana, México, 1993

Causa: Falta de infraestructura para mayor cobertura.

Efecto: Población asegurada enferma no atendida.

Efecto: Relaciones interpersonales no cordiales entre el asegurado y el personal de la Caja.

Efecto: Servicio ineficiente con exámenes y resultados extemporáneos.

Efecto: Imagen Institucional Desacreditada.

5. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS PRINCIPAL

Existe demanda insatisfecha de la población asegurada en la consulta externa, debido a la falta de suficientes profesionales médicos para realizar la atención en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.

5.2 HIPÓTESIS NULA

La demanda insatisfecha de la población asegurada en la consulta externa, NO se debe a la falta de suficientes profesionales médicos para realizar la atención; sino al bajo rendimiento del personal que atiende en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Constatar que la demanda insatisfecha de la población asegurada en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, se debe a la falta de suficientes profesionales médicos que realicen la atención correspondiente.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Nº 1

Establecer la insatisfacción que tiene la población asegurada, con relación a la atención médica en la gestión 2012.

Objetivo Nº 2

Determinar que la existencia de profesionales médicos que brindan sus servicios en la consulta externa es inferior a la necesaria.

7. METODOLOGÍA

Para la metodología se utilizó la Matriz de Diseño Metodológico, adjunta en Anexo Nº 2. La cual es la siguiente:

Factores: Tipos de Investigación, Métodos, Técnicas e Instrumentos y Fuentes de Información.

Marco General: Investigación Explorativa, Método Delphi, Observación de Campo y Fuentes Primarias y Secundarias.

Marco Teórico: Investigación Bibliográfica, Método Deductivo, Observación Documental y Fuentes Secundarias.

Marco Práctico: Investigación de Campo, Método Deductivo, Encuesta y Entrevista y Fuentes Primarias.

Marco Propositivo: Investigación Descriptiva, Método Heurístico, Lluvia de Ideas y Fuentes Primarias y Secundarias.

8. ALCANCES

SECTORIAL: Seguridad Social.

Que según una definición de la Organización Internacional del Trabajo (1991) la define como “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.

SUB SECTOR: Servicios de Salud de la Seguridad Social.

Tomando en cuenta la definición anterior de la O.I.T., sería “la asistencia médica que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas….”.

INSTITUCIONAL: Caja Petrolera de Salud.

Institución que brinda atención de servicios integrales de salud en la Seguridad Social a corto plazo.

ESPACIAL: Ciudad de La Paz.

TIEMPO: Gestión 2012.

CAPITULO II

9. MARCO TEÓRICO

9.1 ASPECTO CONCEPTUAL

9.1.1 DEMANDA INSATISFECHA

a) OFERTA Y DEMANDA

A pesar de que el modelo es generalmente atribuido a Alfred Marshall (debido a que ese autor formalizó, analizó y extendió su aplicación), el origen del concepto es anterior.

La expresión 'oferta y demanda' fue acuñada por James Denham-Steuart en su obra "*Estudio de los principios de la economía política"*, publicada en 1767. Adam Smith usó esta frase en su libro de 1776 "*La riqueza de las naciones"*, y David Ricardo, en su libro "*Principios de política económica e impositiva"* de 1817, tituló un capítulo "Influencia de la demanda y la oferta en el precio".

En "*La riqueza de las naciones"*, Smith asume, en general, que la demanda es relativamente fija en el plazo corto y mediano (dependiendo de la cantidad de personas), y que, consecuentemente, es únicamente la oferta la que hace que el precio suba o baje. Conviene recordar que en aquellos tiempos las empresas eran pequeñas, y solo podían contribuir, cada una, fraccionalmente a satisfacer la demanda. Esto, junto a la existencia de libre competencia, hacía que los precios de mercados disminuyeran al máximo posible, tendiendo al costo de producción, el que, a su vez, depende de consideraciones técnicas, no de la demanda.

David Ricardo[6] va aún más lejos afirmando: "Por abundante que sea la demanda, nunca puede elevar permanentemente el precio de una mercancía sobre los gastos de su producción, incluyendo en ese gasto la ganancia de los productores. Parece natural por lo tanto buscar la causa de la variación del precio permanente en los gastos de producción. Disminúyase esos y el precio de la mercadería debe finalmente decaer, auméntense y seguramente subirán.

Durante los últimos años del siglo XIX surgió la escuela de pensamiento marginal, este campo fue iniciado por Stanley Jevons, Carl Menger y Léon Walras. La idea principal es que el precio se establecía a partir de la demanda: los consumidores solo pagan lo que consideran adecuado por la utilidad que perciben que recibirán de los bienes, cualquiera sea el costo de producción. Esto fue un cambio

[6] Fuente: www.economía.ws

sustancial respecto a las ideas de Adam Smith sobre la determinación del precio de venta.

Este modelo fue criticado más tarde por Alfred Marshall[7] en su "*Principios de economía".* Marshall re-introduce a la visión marginalista, a través de la metáfora conocida como las tijeras de Marshall, la consideración del efecto de la oferta, formalizando el modelo de la oferta y la demanda.

"Podríamos con la misma sensatez discutir acerca de si es la hoja superior o la inferior de una tijera la que corta un pedazo de papel que si el valor está controlado por la utilidad o por el costo de producción".

Desde finales del siglo XIX, esta teoría de la oferta y la demanda se ha mantenido prácticamente inamovible. La mayoría de los estudios posteriores se han centrado en buscar adecuar el modelo a situaciones más reales, incorporando aspectos tales como los costes de transacción, la racionalidad limitada o incluso el principio de no racionalidad, etc. basados en la percepción que es el caso que la situación real del mercado corresponde a una de competencia imperfecta.

Por ejemplo -desde las primeras décadas del siglo XX- una variedad de autores -tales como Joan Robinson; Edward Hastings Chamberlin; Heinrich Freiherr von Stackelberg; Jan Tinbergen; Wassily Leontief, etc, introdujeron una serie de adecuaciones o modificaciones parciales a la formalización de Marshall.

Teoría Fundamental

El modelo establece que en un mercado libre, la cantidad de productos ofrecidos por los productores y la cantidad de productos demandados por los consumidores dependen del precio de mercado del producto. La **ley de la oferta** indica que la oferta es directamente proporcional al precio; cuanto más alto sea el precio del producto, más unidades se ofrecerán a la venta. Por el contrario, la **ley de la demanda**[8] indica que la demanda es inversamente proporcional al precio; cuanto más alto sea el precio, menos demandarán los consumidores. Por tanto, la oferta y la demanda hacen variar el precio del bien.

Según la ley de la oferta y la demanda, y asumiendo esa competencia perfecta, el precio de un bien se sitúa en la intersección de las curvas de oferta y demanda. Si el precio de un bien está demasiado bajo y los consumidores demandan más de lo que los productores pueden poner en el mercado, se produce una situación de

[7] Fuente: www.economía.ws
[8] Fuente: LeRoy Miller R., Microeconomía 1ra.ed. Bogotá Ed. McGraw Hill Latinoamérica 1980 p. 8

escasez, y por tanto los consumidores estarán dispuestos a pagar más. Los productores subirán los precios hasta que se alcance el nivel al cual los consumidores no estén dispuestos a comprar más si sigue subiendo el precio. En la situación inversa, si el precio de un bien es demasiado alto y los consumidores no están dispuestos a pagarlo, la tendencia será a que baje el precio, hasta que se llegue al nivel al cual los consumidores acepten el precio y se pueda vender todo lo que se produce mejor.

Demanda

"La demanda es la cantidad de bienes o servicios que las personas intentan adquirir en el mercado"[9].

Oferta

"La oferta es la cantidad de productos o servicios ofrecidos en el mercado a las personas"[10].

También es importante entender que la "Demanda del Mercado es la suma de las Demandas Individuales", "La Demanda del Mercado de un bien dado es solo la suma horizontal de las Demandas Individuales, en otras palabras, la cantidad demandada en el mercado, a cada precio, es la suma de todas las cantidades demandadas por los individuos a ese precio", ya que en el presente trabajo la Demanda que se estudia no es la Demanda Individual, sino la Demanda de un conjunto de asegurados que serían el mercado[11].

b) SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN

Insatisfacción

"La insatisfacción es un sentimiento de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se colma una necesidad"[12].

"La demanda de servicios de salud es irregular e impredecible. Los cuidados médicos sólo brindan satisfacción ante una enfermedad, es decir, ante una desviación del estado normal de una persona. Las personas poseemos

[9] Fuente: www.economía.ws
[10] Fuente: www.economía.ws
[11] Fuente: LeRoy Miller Roger, Microeconomía 1ra.ed. Bogotá Ed. McGraw Hill Latinoamérica 1980 p. 108

Fuente: Ferguson CE., Gould JP., Teoría Microeconómica 4ta.ed. México DF. Ed. Olimpia 1980 p. 9
[12] Fuente: www.colmartinfc.wordpress.com

algunos grados de libertad para alterar nuestros riesgos; a pesar de ello, la enfermedad puede abatirnos, aun contra nuestra voluntad…

Esta aleatoriedad nos lleva a pensar que la demanda por servicios médicos está asociada con una probabilidad relativamente alta de disminuir nuestra integridad personal. Por eso, existe un riesgo de muerte o de incapacidad parcial o total para desarrollar nuestra capacidad de generar ingresos. La enfermedad no sólo implica un riesgo sino un riesgo muy costoso…

Comportamiento esperado de los médicos: el consumidor (el paciente) tiene dificultades para evaluar el servicio recibido, por eso se establece una relación de confianza entre el paciente y el médico. El primero espera que el comportamiento del segundo esté guiado por el interés hacia el paciente…

Esto origina "asimetría de información": el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. El paciente no decide ("no demanda") el tratamiento que va a recibir, en lugar de ello selecciona a un médico, quien es el que toma la decisión…

El médico cumple un doble rol: por un lado actúa en interés del paciente y por otro, en función de su propio interés, como un oferente del servicio. Por ello, puede inducir demanda y el paciente acudirá al médico tantas veces como éste lo solicite...

En muchos casos se da la tendencia a asignar a los bienes de salud una utilidad superior a la real, con lo que nuestras decisiones racionales quedan distorsionadas. Se induce al sobre consumo de las prestaciones de salud, al tiempo que pueden aumentar los riesgos de iatrogenias…

En salud, desconocemos la naturaleza exacta de la necesidad (diagnóstico) y también las prestaciones de salud que contribuirían a resolverla (terapias), lo que nos hace dependientes del proveedor"[13].

"Una vez que la persona decide acudir a un profesional de salud, se pasa a la atención de salud, donde puede quedar su necesidad satisfecha o no, en caso de tener una necesidad no satisfecha el paciente puede demandar atención en los servicios de medicina occidental o podrá recurrir a la medicina tradicional o a la automedicación, formas alternas para satisfacer su necesidad de salud…

[13] Fuente: Sanabria Montañez Cesar "La Demanda por Servicios de Salud Una Aproximación Teórica" www.sisbib.unmsm.edu.pe

La satisfacción del usuario es percibida cuando las expectativas iniciales son confirmadas con el servicio actual, cuando una persona no percibe satisfacción con el servicio recibido acumula una experiencia negativa que la extiende a su entorno y demanda otro servicio…

El concepto de demanda como un proceso dinámico que combina recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, tecnología, servicios e información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud en los usuarios. La oferta constituirá el conjunto de servicios y recursos que la institución pone a disposición del usuario con el objeto de atender la causa por la cual se utiliza el servicio…

La demanda constituye la cantidad de atención médica de un cierto tipo que una determinada persona está dispuesta a obtener, durante un cierto período de tiempo, con el fin de satisfacer su necesidad de salud, se encuentra influenciada por diferentes factores en función de la necesidad sentida, el comportamiento de la enfermedad y la oferta de servicios en donde una necesidad no expresada puede convertirse en demanda"[14].

"Abraham Maslow fue un famoso psicólogo estadounidense y humanista que estudio la motivación humana y cómo esta dependía o se componía de unas necesidades básicas. Publicó su teoría en 1943 en su obra "A theory of human motivation". La teoría dice que conforme satisfacemos unas necesidades básicas los humanos vamos conformando necesidades más elevadas (estas dependen de la satisfacción de las necesidades inferiores. La teoría de Maslow dice lo siguiente: Las necesidades humanas se dividen en dos bloques:

1- Las necesidades básicas o de déficit: si no las satisfacemos implican un desgaste para la persona, una pérdida.

2- Las necesidades de autorrealización o necesidades del ser: aportan algo positivo, una ganancia.

Así pues la pirámide se compone de cinco estratos:

Necesidades básicas (las únicas que nacen con la persona):

- Necesidad de beber, respirar y alimentarse.
- Necesidad de dormir y eliminar deshechos corporales.

[14] Fuente: Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Contreras Ríos, Carlos Enrique; Velásquez Hurtado, José Enrique; Peinado Rodríguez, Jesús. "Revista Médica Herediana" www.scielo.org.pe

- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales (placer físico).
- Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Necesidades de seguridad y protección:

- Seguridad física y salud.
- Seguridad de recursos para vivir con dignidad (educación, transporte, sanidad).
- Necesidad de proteger los bienes y activos.
- Necesidad de vivienda.

Necesidades sociales:

- Necesidad de relación (amistad).
- Necesidad de participación (inclusión).
- Aceptación social.

Necesidades de estima:

- Estima llamada "alta": Respeto a uno mismo, competencia, confianza, logros, independencia y libertad de uno mismo.
- Estima llamada "baja": Reconocimiento, atención, respeto, estatus por parte de los demás.

Autorrealización:

- Necesidad de ser, motivación de crecimiento, es la que le da el sentido a la propia existencia[15].

Servicio

"Un servicio es un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de la gente. Los servicios incluyen una diversidad de actividades desempeñadas por un crecido número de funcionarios que trabajan para el estado (servicios públicos) o para empresas particulares (servicios privados); entre estos pueden señalarse los servicios de salud"[16].

"La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente." El derecho a disfrutar

[15] Fuente: www.medciencia.com
[16] Fuente: www.wikipedia.org.es

del nivel más alto posible de salud física y mental, ha sido definido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades…

Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere al derecho al más alto nivel de salud física y mental. Sin embargo, el derecho a la salud no se limita únicamente a la atención en salud, sino que debe ser entendido como "(…) un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional"[17].

c) DEMANDA INSATISFECHA

"DEMANDA INSATISFECHA: En este caso, los productos o servicios disponibles no son suficientes ni satisfacen la demanda de los destinatarios. Aquí, los especialistas deberán lograr el desarrollo de un nuevo producto o mejorar uno ya existente para colmar la brecha; cuando traten de satisfacer una demanda insatisfecha tendrán que distinguir entre una brecha en el nivel de satisfacción y un vacío en el tipo de satisfacción. La brecha en la clase de satisfacciones, se presenta cuando los destinatarios pueden obtener satisfacción, solo por medio de un producto mejorado o un nuevo producto que corrija las deficiencias de los existentes; el vacío en el nivel de satisfacción tiene que ver con una situación donde los productos de que se dispone no pueden brindar el nivel, grado o satisfacción deseados"[18].

El concepto que se entiende de "Demanda Insatisfecha", sería aquella población asegurada que no recibe atención médica en consulta externa a pesar de solicitarla.

[17] Fuente: "Indicadores de Derechos Humanos en Bolivia" www.ine.gob.bo
[18] Kotler, Philip y Roberto, Eduardo - Mercadotecnia Social - Editorial Diana, México, 1993.

9.1.2 RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES

Debe existir gestión en el tema de recursos humanos en forma global, para lograr el objetivo de tener en la atención de consulta externa, el personal suficiente de acuerdo a la razón de un médico por mil personas protegidas[19].

Razón de un médico por cada 1.000 asegurados	**Cantidad de Médicos que atienden en el Policonsultorio 20 de Octubre**	**Cantidad de Médicos que faltan para cumplir con la relación de 1.000 por 1**
50.000 asegurados, por lo tanto debe haber 50 médicos.	40 médicos atienden en el Policonsultorio 20 de Octubre.	10 médicos faltan para cumplir con la relación de 1.000 por 1.

Fuente: Elaboración propia

La "Falta de Suficientes Profesionales Médicos", se refiere a que el actual plantel de los mismos no es suficiente para la demanda existente.

Se entiende también, como "Consulta Externa Médica", aquella atención médica que recibe el paciente que no es hospitalaria ni de emergencia.

El concepto de "Policonsultorio" se entiende, como el lugar físico donde se brinda el servicio de consulta externa en sus diferentes especialidades.

También, se entiende por "Población Asegurada", aquella población afiliada al seguro de la Caja Petrolera de Salud[20].

9.1.3 CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

A continuación presentamos, definiciones dadas en el Capítulo III, Artículo 13 del Código de Seguridad Social:

a) **Empleador.-** La persona natural o jurídica a quien se presta el servicio o por cuya cuenta u orden se efectúa el trabajo, mediante un contrato público o privado, expreso o presunto de trabajo, o de aprendizaje, cualquiera sea la forma y modalidad de la remuneración. Asimismo, se considerarán empleadores a las cooperativas de producción y a los contratistas, subcontratistas e intermediarios en la explotación de empresas y negocios. Se considerarán igualmente empleadores al Estado sus organismos dependientes y las instituciones de derecho público respecto de sus empleados y obreros.

b) **Trabajador asegurado.-** La persona, sea obrero, empleado, miembro de cooperativa de producción o aprendiz, que está sujeta al campo de

[19] Fuente: RAI – C.P.S. – Gestión 2013
[20] Fuente: Elaboración propia

aplicación del presente Código.

c) **Beneficiarios.-** Los miembros de la familia del asegurado protegidos por las disposiciones del presente Código.

d) **Derecho-habientes.-** Los herederos del asegurado, que el presente Código reconoce para la percepción de las rentas y demás beneficios previstos en caso de muerte del causante.

e) **Salario.-** La remuneración total que percibe el trabajador sea empleado u obrero, empleado público, aprendiz o miembro de cooperativa de producción como retribución de su trabajo, cualquiera sea la especie forma y modalidad de pago.

Para efectos del presente Código se entiende igualmente por salario las retribuciones por concepto de trabajo extraordinario, suplementarios o a destajo, comisiones, sobresueldos, gratificaciones, porcentajes, honorarios, bonos de producción, de antigüedad, de categorización, usufructo, uso y habitación o cualquier otra remuneración accesoria, exceptuando el aguinaldo.

Los elementos que constituyen el salario para fines de cotización serán los mismos que para los fines de prestaciones, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 81º.

f) **Cotización.-** El aporte a los regímenes del Seguro Social y de Asignaciones Familiares para la cobertura de las cargas financieras y que asigna tanto al empleador como al asegurado, así como por su parte al Estado.

Los términos de "prima", "aporte", "cotización", "tasa" y "contribución", usados en el presente Código son sinónimos.

g) **Prestaciones.-** Los beneficios otorgados en dinero o en especie (sanitarios, alimenticios y otros), por cuyo medio la Seguridad Social realiza la protección del trabajador y su familia.

h) **Subsidio.-** Las prestaciones periódicas reconocidas a los asegurados en los casos de incapacidad temporal por enfermedad común, maternidad, accidente del trabajo y enfermedad profesional y las acordadas por el régimen de Asignaciones Familiares.

i) **Renta.-** El pago periódico en determinada proporción del salario reconocido a los asegurados, o el pago periódico en proporción de la renta del causante a los derecho-habientes, en los casos de incapacidad permanente por causa profesional, de invalidez, vejez o de muerte.

j) **Caja.-** Cada una de las instituciones de carácter público, encargadas por el Estado de la gestión y aplicación del Código de Seguridad Social, en los

respectivos grupos laborales.

9.2 ASPECTO JURÍDICO

Las dos principales Leyes bajo las cuales esta normada la Caja Petrolera de Salud y tienen relación con el presente trabajo, son: El Código de Seguridad Social Ley del 14 de Diciembre de 1956 y la Ley 1178 (SAFCO) del 20 de Julio de 1990.

También existen otras normas que rigen la Caja Petrolera de Salud y tienen relación con el presente trabajo como Decretos, Resoluciones Ministeriales y Disposiciones Legales de Instituciones como el INASES y otros relacionados al ámbito de la Salud y la Seguridad Social.

Considerando que el Código de Seguridad Social, es fundamental en la normativa de la Caja Petrolera de Salud, se cita a continuación artículos del mismo, que se cree son de importancia. El Decreto Ley 13214 de 24/12/1975, reformó algunos artículos de este Código. Otros Artículos se encuentran en el Anexo Nº 6.

Según el Artículo 1 del C.S.S., el Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Según el Artículo 6 del C.S.S., el Código de Seguridad Social es obligatorio para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicio remunerado para otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expresos o presuntos.

Según el Artículo 9 del C.S.S., los trabajadores mencionados en el artículo 6º que pasen a la situación pasiva percibiendo rentas de invalidez, vejez o de incapacidad permanente total continuarán percibiendo las prestaciones de los seguros de enfermedad y maternidad. Los trabajadores mencionados en el artículo 6º que pasen a la situación pasiva percibiendo rentas de invalidez, vejez o incapacidad permanente total, seguirán percibiendo las Asignaciones Familiares.

Según el Artículo 10 del C.S.S., no están sujetas al Código de Seguridad Social las siguientes personas:

a) Las que ejecuten trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda de quince días;

b) Las personas afiliadas a una institución oficial extranjera para fines de los seguros de invalidez, vejez y muerte;

c) Las personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas, consulares o internacionales que tienen su sede en Bolivia y que gocen de inmunidades y privilegios diplomáticos; y

d) Las que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta la cuantía que señale el Reglamento.

Según el Artículo 14 del C.S.S., en caso de enfermedad, reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo.

Son beneficiarios los siguientes familiares a cargo del trabajador:

a) La esposa, o la conviviente inscrita en los registros de la Caja o el esposo inválido reconocido por los servicios médicos de la misma;

b) Los hijos legítimos, los naturales reconocidos y los adoptivos, hasta los 16 años o 19 años si estudian en establecimientos autorizados por el Estado, o sin límite de edad si son declarados inválidos por los servicios médicos de la Caja, antes de cumplir las edades anteriormente indicadas;

c) El padre inválido reconocido por los servicios médicos de la Caja y la madre, siempre que no dispongan de rentas personales para su subsistencia;

d) Los hermanos, en las mismas condiciones de edad que los hijos, siempre que sean huérfanos o hijos de padres comprendidos en el inciso anterior, que no perciban rentas y que vivan en el hogar del asegurado.

Según el Artículo 15 del C.S.S., el otorgamiento de las prestaciones en especie comienza a partir de la constatación de la enfermedad por los servicios médicos de la Caja.

Según el Artículo 18 del C.S.S., el suministro de medicamentos requerido por el estado del enfermo procede mientras se preste la asistencia medicado dental, hospitalaria o quirúrgica.

Los medicamentos suministrados por la Caja deberán estar contenidos en envases especiales de la institución, siendo terminantemente prohibida su venta,

bajo sanciones, que establecerá el Reglamento, el que también especificará el procedimiento del suministro.

Según el Artículo 20 del C.S.S., en los lugares donde la Caja no disponga de servicios sanitarios propios o contratados, ésta podrá autorizar, caso por caso, al asegurado el empleo de servicios sanitarios particulares. La Caja abonará al interesado el total que importe esta atención.

Según el Artículo 21 del C.S.S., para recibir las prestaciones los asegurados y los beneficiarios deberán cumplir con las prescripciones sanitarias de los servicios médicos de la Caja.

Según el Artículo 22 del C.S.S., para la mejor defensa de la salud de los asegurados y de sus beneficiarios la Caja organizará un programa de medicina preventiva, cuyas medidas serán obligatorias en los plazos y condiciones que establezca el Reglamento. En particular, dicho programa comprenderá vacunaciones contra las enfermedades transmisibles y exámenes periódicos de salud, referidos a catastro pulmonar y examen serológico así como en su caso, los cuidados prenatales y de puericultura. Una vez que el programa de medicina preventiva esté en aplicación, el derecho a las prestaciones de medicina curativa estará sujeto al cumplimiento de las prescripciones de dicho programa.

El programa de medicina preventiva de la Caja, encarará los problemas de la salud pública nacional, coordinando su labor con las entidades estatales existentes.

Según el Artículo 23 del C.S.S., la asegurada y la esposa o conviviente del asegurado tienen derecho, en los periodos de gestación, parto y puerperio, a la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos que requiera el estado de la paciente.

Según el Artículo 126 del C.S.S., en caso de que un trabajador sea dado de baja, por causa de incapacidad temporal debida a enfermedad común, accidente del trabajo o enfermedad profesional, seguirá percibiendo los beneficios, en la misma forma prescrita para los otros trabajadores.

Según el Artículo 127 del C.S.S., el trabajador en goce de renta por incapacidad permanente total, de vejez o de invalidez, percibirá los beneficios directamente de la Caja.

Según el Artículo 128 del C.S.S., cuando un trabajador queda cesante, forzosa o voluntariamente, continuará percibiendo las Asignaciones Familiares hasta los dos meses a contar del primer día del mes siguiente a la fecha de la cesantía. El

empleador o la Caja, según los casos, continuará otorgando los correspondientes subsidios durante dicho lapso, previa exhibición del carnet de asegurado, para evidenciar la cesantía del trabajador.

Considerando que La Ley 1178 (SAFCO), es fundamental en la normativa de la Caja Petrolera de Salud, se cita a continuación artículos de la misma, que se cree son de importancia. Otros Artículos se encuentran en el Anexo Nº 7.

Según el Artículo 1 de la Ley 1178, la presente ley regula los sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de:

a. Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del Sector Público;

b. Disponer de información útil, oportuna y confiable asegurando la razonabilidad de los informes y estados financieros;

c. Lograr que todo servidor público, sin distinción de jerarquía, asuma plena responsabilidad por sus actos rindiendo cuenta no sólo de los objetivos a que se destinaron los recursos públicos que le fueron confiados, sino también de la forma y resultado de su aplicación,

d. Desarrollar la capacidad administrativa para impedir o identificar y comprobar el manejo incorrecto de los recursos del Estado.

Según el Artículo 6 de la Ley 1178, el Sistema de Programación de Operaciones traducirá los objetivos y planes estratégicos de cada entidad, concordantes con los planes y políticas generados por el Sistema Nacional de Planificación, en resultados concretos a alcanzar en el corto y mediano plazo; en tareas específicas a ejecutar; en procedimientos a emplear y en medios y recursos a utilizar, todo ello en función del tiempo y del espacio. Esta programación será de carácter integral, incluyendo tanto las operaciones de funcionamiento como las de ejecución de pre inversión e inversión. El proceso de programación de inversiones deberá corresponder a proyectos compatibilizados con las políticas sectoriales y regionales, de acuerdo con las normas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

Según el Artículo 8 de la Ley 1178, el Sistema de Presupuesto preverá, en función de las prioridades de la política gubernamental, los montos y fuentes de los recursos financieros para cada gestión anual y su asignación a los requerimientos monetarios de la Programación de Operaciones y de la Organización Administrativa adoptada. Se sujetará a los siguientes preceptos generales:

a. Las entidades gubernamentales que cuenten con recursos provenientes de tributación, aportes a la seguridad social y otros aportes, regalías o transferencias de los tesoros del Estado, sujetarán sus gastos totales a la disponibilidad de sus recursos, a las condiciones del financiamiento debidamente contraído y a los límites legales presupuestarios, no pudiendo transferir gastos de inversión a funcionamiento.

b. Las entidades con autonomía de gestión y de patrimonio cuyos ingresos provengan exclusivamente por venta de bienes o por prestación de servicios, financiaran con tales ingresos sus costos de funcionamiento, el aporte propio del financiamiento para sus inversiones y el servicio de su deuda. Sus presupuestos de gastos son indicativos de sus operaciones de funcionamiento e inversión.

c. Los presupuestos de gastos del Banco Central y de las entidades públicas de intermediación financiera sometidas al programa monetario del Gobierno y a la vigilancia de la Superintendencia de Bancos, son indicativos de sus operaciones de funcionamiento y de inversión no financiera.

d. La ejecución de los presupuestos de gastos de las entidades señaladas en los incisos b) y c) de este artículo, está sujeta, según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo las referidas a las modificaciones, traspasos y transferencias dentro de sus presupuestos, así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y proveer el cumplimiento de sus obligaciones, reservas, aumentos de capital, rédito sobre patrimonio neto y otras contribuciones obligatorias. No se permitirá la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestados a gastos de funcionamiento.

Según el Artículo 9 de la Ley 1178, el Sistema de Administración de Personal, en procura de la eficiencia en la función pública, determinará los puestos de trabajo efectivamente necesarios, los requisitos y mecanismos para proveerlos, implantará regímenes de evaluación y retribución del trabajo, desarrollará las capacidades y aptitudes de los servidores y establecerá los procedimientos para el retiro de los mismos.

Según el Artículo 10 de la Ley 1178, el Sistema de Administración de Bienes y Servicios establecerá la forma de contratación, manejo y disposición de bienes y servicios. Se sujetará a los siguientes preceptos:

a. Previamente exigirá la disponibilidad de los fondos que compromete o definirá las condiciones de financiamiento requeridas; diferenciará las

atribuciones de solicitar, autorizar el inicio y llevar a cabo el proceso de contratación; simplificará los trámites e identificará a los responsables de la decisión de contratación con relación a la calidad, oportunidad y competitividad del precio del suministro, incluyendo los efectos de los términos de pago.

b. Las entidades emplearán los bienes y los servicios que contraten, en los fines previstos en la Programación de Operaciones y realizarán el mantenimiento preventivo y la salvaguardia de los activos, identificando a los responsables de su manejo.

c. La reglamentación establecerá mecanismos para la baja o venta oportuna de los bienes tomando en cuenta las necesidades específicas de las entidades propietarias. La venta de acciones de sociedades de economía mixta y la transferencia o liquidación de empresas del Estado, se realizará previa autorización legal específica o genérica, con la debida publicidad previa, durante y posterior a estas operaciones.

Según el Artículo 28 de la Ley 1178, todo servidor público responderá de los resultados emergentes del desempeño de las funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo. A este efecto:

a. La responsabilidad administrativa, ejecutiva, civil y penal se determinará tomando en cuenta los resultados de la acción u omisión.

b. Se presume la licitud de las operaciones y actividades realizadas por todo servidor público, mientras no se demuestre lo contrario.

c. El término “servidor público” utilizado en la presente Ley, se refiere a los dignatarios, funcionarios y toda otra persona que preste servicios en relación de dependencia con autoridades estatales, cualquiera sea la fuente de su remuneración.

Los términos “autoridad” y “ejecutivo” se utilizan en la presente Ley como sinónimos y se refieren a los servidores públicos que por su jerarquía y funciones son los principales responsables de la administración de las entidades de las que formen parte.

9.3 ASPECTO INSTITUCIONAL

VISIÓN

Ser la Institución pionera en la calidad de atención de servicios integrales de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, a través de la aplicación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural basados en la extensión de cobertura,

Medicina Tradicional, la gestión de calidad y acreditación de los establecimientos de salud, contribuyendo al vivir bien de la población protegida y los grupos vulnerables.

Al analizar la VISIÓN podemos ver, que la Institución quiere ser pionera en la Seguridad Social a Corto Plazo, en brindar servicios integrales de salud de calidad, sin embargo al existir "Demanda Insatisfecha de la Consulta Externa" no se cumple con esta premisa, razón por la cual en el presente trabajo se realizará una o varias propuestas de solución a este problema.

MISIÓN
Otorgar a la población protegida y grupos vulnerables, servicios integrales de salud eficientes y con permanente innovación, respetando los principios de la Seguridad Social a Corto Plazo: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

Al analizar la MISIÓN podemos ver, que la Institución quiere brindar servicios integrales de salud eficientes e innovadores, sin embargo al existir "Demanda Insatisfecha de la Consulta Externa" no se cumple con esta premisa, y tampoco con los principios de oportunidad y eficacia entre otros.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- Incrementar los niveles de satisfacción de la población usuaria, mediante la extensión de la cobertura y la innovación de los servicios de salud con énfasis en los grupos vulnerables.

- Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, con el diseño y aplicación de procesos internos dinámicos y optimizados mediante la sistematización o el uso de tecnologías de información.

- Lograr la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y de calidad, fortaleciendo las competencias de los funcionarios, mediante la capacitación e investigación; infraestructura, equipamiento y tecnología.

- Consolidar la eficiencia financiera bajo una buena administración de los recursos económicos, en el marco de los servicios de salud.

Al analizar los OBJETIVOS ESTRATÉGICOS podemos ver, que la Institución pretende "Incrementar los niveles de satisfacción de la población usuaria…", "Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de Salud…", "Lograr la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y de calidad…", "Consolidar la eficiencia financiera bajo una buena administración de los recursos económicos…", sin embargo y siendo reiterativos, al existir "Demanda Insatisfecha de la Consulta Externa" no se cumple con estos objetivos.

9.4 ASPECTO HISTÓRICO

La Caja Petrolera de Salud viene prestando más de 50 años servicios de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, el Policonsultorio 20 de Octubre funciona prestando servicios de consulta externa desde el mes de Septiembre del año 2001; sin embargo el problema ahora de investigación se viene presentando desde la gestión 2007 y se ha ido incrementando cada gestión, en el presente trabajo el periodo de estudio es la Gestión 2012.

Como se puede observar, en los últimos seis años se ha venido presentando el problema y en forma creciente, motivo por el cual se presenta esta investigación y el formular propuestas de solución, enmarcándonos dentro la Visión, Misión y Objetivos Estratégicos de la Institución.

CAPITULO III

10. MARCO PRÁCTICO

10.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo o tipos de investigación que se utilizará para el presente trabajo, será el de Retrospectiva e Investigación de Campo y la fuente de información será primaria.

Investigación Retrospectiva, porque indagamos y analizamos sobre la demanda insatisfecha en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz en la Gestión 2012.

Investigación de Campo, porque buscamos obtener la información a través de la observación y análisis de la situación y el sujeto investigado, en el mismos lugar de los hechos.

Fuente de Información Primaria, porque obtendremos información de primera mano, es decir de manera directa de los sujetos de investigación mediante las encuestas y entrevistas.

10.2 EL UNIVERSO Y MUESTRA

Características del Universo:

- Cantidad: 2.047 asegurados registrados en la Gestión 2012.
- Calidad: Asegurados a la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, con demanda insatisfecha en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre.
- Pertenencia: Población asegurada a la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz.
- Espacio: Ciudad de La Paz.
- Tiempo: Gestión 2012.

Para definir y corroborar el tamaño de la muestra, se aplicó una muestra probabilística tal como se muestra a continuación[21]:

Fórmula: $n = \frac{Z^2\,(P.Q)N}{Z^2\,(P.Q)+N.e}$

Donde: n = Tamaño de la muestra

[21] Fuente: Arandia Saravia LR - Arandia Terán CC, “MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y APRENDIZAJE” Edit. Artes Gráficas Catacora, Quinta Edición, La Paz – Bolivia 2013.

Z = Valor en tablas del coeficiente de confianza

P = Posibilidades de éxito, P = 1 – Q

Q = Posibilidades de fracaso, Q = 1 – P

N = Cantidad de Población o Universo

e = Coeficiente de error o de desconfianza

Aplicando Fórmula: Coeficiente de Confianza = 95%, Entonces Z = 1.96

P = 50% = 0.5

Q = 50% = 0.5

N = 2.047

e = 5% = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5 * 0.5) * 2.047}{(1.96)^2(0.5 * 0.5) + (2.047 * 0.05)} = 19.09$$

Dado que el tamaño de la muestra probabilística es muy pequeña, y por razones de representatividad, es que la Clase de Muestra que se utilizará en el presente trabajo, será Determinística Intencional, ya que fue definida en función a la población asegurada con demanda insatisfecha en la consulta externa, en el mes que más casos se presentaron en la Gestión 2012.

La base teórica, en que se basa esta clase de muestra y su definición es la siguiente:

"Las Muestras Determinísticas son definidas por el investigador en función a su juicio, criterio o experiencia. Dentro de esta clase de muestra, se encuentran las Muestras Determinísticas Intencionales que son determinadas con base al criterio, experiencia o juicio del que aplica la muestra (el investigador). Se caracteriza por ser subjetiva y deliberada al criterio individual, por ejemplo, si deseamos conocer la opinión sobre la política económica del gobierno, se tomará a la ciudad que se considere más representativa, simplemente basándonos en nuestros juicios personales…"[22]

[22] Fuente: Arandia Saravia LR - Arandia Terán CC, "MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y APRENDIZAJE" Edit. Artes Gráficas Catacora, Quinta Edición, La Paz – Bolivia 2013.

“Existe otra técnica de muestreo que es la técnica de Muestreo NO Probabilística o Determinística, la cual a diferencia del muestreo probabilístico, la muestra obtenida no es un producto de un proceso de selección aleatoria; los sujetos en una muestra no probabilística o determinística generalmente son seleccionados en función a su accesibilidad o criterio personal e intencional del investigador. Existen diferentes tipos de muestreo no probabilístico o determinístico como ser: el Muestreo por Conveniencia, el Consecutivo, por Cuotas, de Bola de Nieve y el Discrecional o Intencional en el cual, los sujetos son elegidos para formar parte de la muestra con un objetivo específico, ya que el investigador cree que algunos sujetos son más adecuados para la investigación que otros, es por esta razón, que estos son elegidos deliberadamente como sujetos. Cuándo se puede utilizar el Muestreo no Probabilístico o Determinístico:

- Este tipo de muestreo puede ser utilizado cuando se quiere mostrar que existe un rasgo determinado en la población.

- También se puede utilizar cuando el investigador tiene como objetivo hacer un estudio cualitativo.

- Se puede utilizar cuando la aleatorización es difícil o no es significativa.

En esta técnica el criterio o experiencia del investigador es la que determina la muestra”.[23]

Para la definición del tamaño de muestra[24], se aplicó como se menciona anteriormente, la clase de muestra determinística intencional considerando factores representativos del universo, como ser el mes con mayor casos de incidencia, por consiguiente: El Tamaño de la Muestra es de 458 y fue definido en función al mes de la Gestión 2012 con el mayor número de casos de asegurados con demanda insatisfecha, el cual es el mes de Octubre. Cuadro adjunto en Anexos.

A través de la primera pregunta de la entrevista 1, la misma que establecía si había recibido o no ficha para la atención médica, se ha determinado como muestra a todos aquellos que no recibieron ficha en el mes de Octubre, mes con mayor número de casos.

[23] Fuente: Ávila Baray HL, “INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN” Instituto Tecnológico de Cuauhtémoc, México 1999.
[24] Fuente: Encuestas a población asegurada con demanda insatisfecha.

10.3 LA OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

HIPOTESIS	VARIABLES	SUBVARIABLES	PREGUNTAS	PARAMETROS
Existe demanda insatisfecha de la población asegurada en la consulta externa, debido a la falta de suficientes profesionales médicos para realizar la atención en el Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz	V.I. : Falta de profesionales médicos	S.1 : Falta de profesionales médicos especialistas en el medio	P.1 : ¿Usted cree que existen suficientes profesionales médicos?	Si No
	V. D. : Demanda insatisfecha en consulta externa	S.1 : Población asegurada que no consigue una consulta médica a pesar de solicitarla	P.1 : ¿El día de hoy, Usted logró una ficha para atención médica? ¿Para que especialidad?	Si No _____
		S.2 : Población asegurada con exámenes extemporáneos	P.2 : ¿Para cuando le programaron sus exámenes complementarios?	1 día 1 semana 1 mes
	V. O. : Población asegurada a la Caja Petrolera de Salud que asiste a la consulta externa	S.1 : Población asegurada enferma, con necesidad de asistir a la consulta médica	P.1 : ¿Usted esta satisfecho/a con el servicio médico que le brindan? ¿Porqué?	Si No _____
		S.2 : Beneficiarios con necesidad de asistir a la consulta médica	P.2 : ¿Usted como beneficiario, esta satisfecho/a con el servicio médico que le brindan? ¿Porqué?	Si No _____

Fuente: Elaboración Propia

10.4 LOS INSTRUMENTOS DE RECOPILACIÓN DE DATOS

Se ha utilizado la técnica de la **Encuesta**, para recopilar datos de las fuentes primarias que son los 2.047 asegurados, con demanda insatisfecha en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre, mediante la aplicación de un cuestionario.

Son 2.047 asegurados los encuestados, ya que es esta la cantidad de asegurados que respondieron negativamente a la entrevista de sondeo en la cual se les pregunto, si consiguieron una ficha para atención médica, a pesar de solicitar la misma. Este número es la cantidad total de asegurados con demanda insatisfecha en la gestión 2012[25].

Se ha utilizado también, la técnica de la **Entrevista**, la mismas que fueron Entrevistas de Sondeo para recopilar datos de las fuentes primarias que en este caso es personal del Policonsultorio 20 de Octubre, con el propósito de saber la opinión de los entrevistados, con relación al tema de investigación.

En la gestión 2012, fueron entrevistadas 100 personas, que comprendían todo el personal que trabajaba en el Policonsultorio 20 de Octubre, de los cuales 80 eran personal de salud y 20 personal administrativo, los mismos fueron consultados a través de una entrevista de sondeo en relación al tema de la demanda insatisfecha en la consulta externa[26], se realiza esta entrevista con el fin de hacer un cruce de datos, para ver la perspectiva y la opinión de los funcionarios de la Institución, y el resultado de este análisis se refleja en el Cuadro Resumen del Personal Entrevistado.

[25] Cuestionario de la Encuesta en Anexo Nº 5
[26] Guía de la Entrevista 2 en Anexo Nº 6

10.5 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Pregunta 1: ¿El día de hoy, para que especialidad Usted solicito ficha y no la consiguió?

GRÁFICO Nº 1

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra la cantidad de asegurados, que NO consiguieron atención para la consulta externa en la gestión 2012, para las diferentes especialidades médicas. Cuadro Resumen, adjunto en Cuadros.

Pregunta 2: ¿Usted como asegurado, está satisfecho/a con el servicio médico que le brindan?

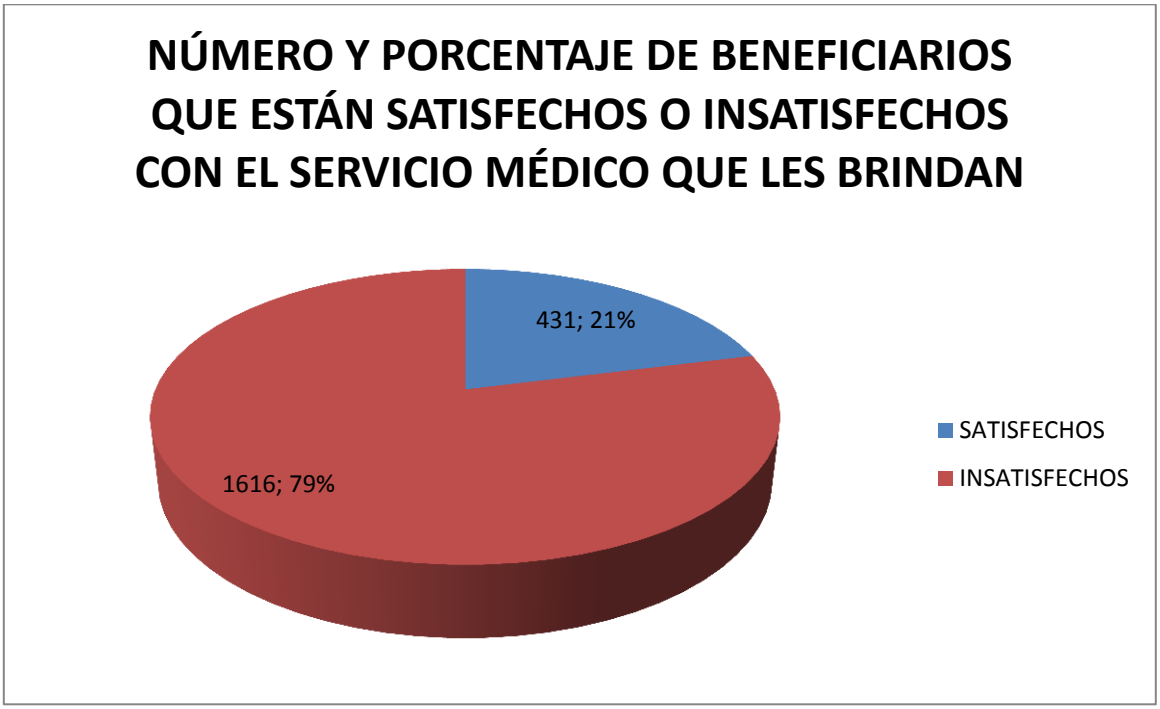
GRÁFICO Nº 2

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra la cantidad y el porcentaje de asegurados, satisfechos un 20% e insatisfechos un 80% con el servicio médico que les brindan. Cuadro Resumen, adjunto en Cuadros.

Pregunta 3: ¿Usted como beneficiario, está satisfecho/a con el servicio médico que le brindan?

GRÁFICO Nº 3

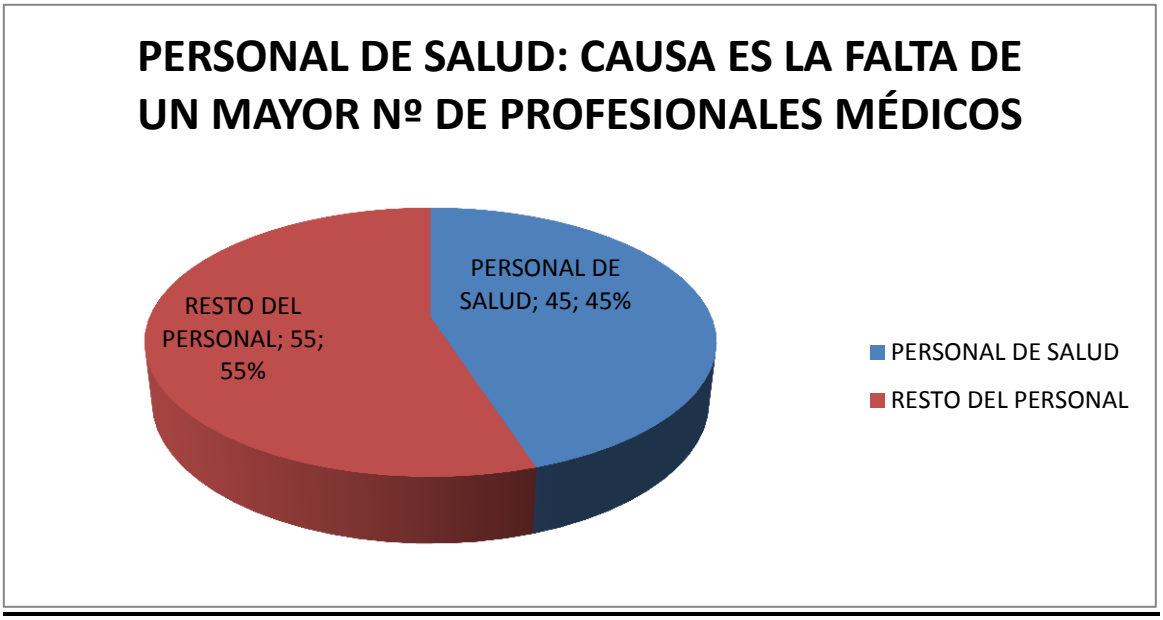


Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra la cantidad y el porcentaje de beneficiarios, satisfechos un 21% e insatisfechos un 79% con el servicio médico que les brindan. Cuadro Resumen, adjunto en Cuadros.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

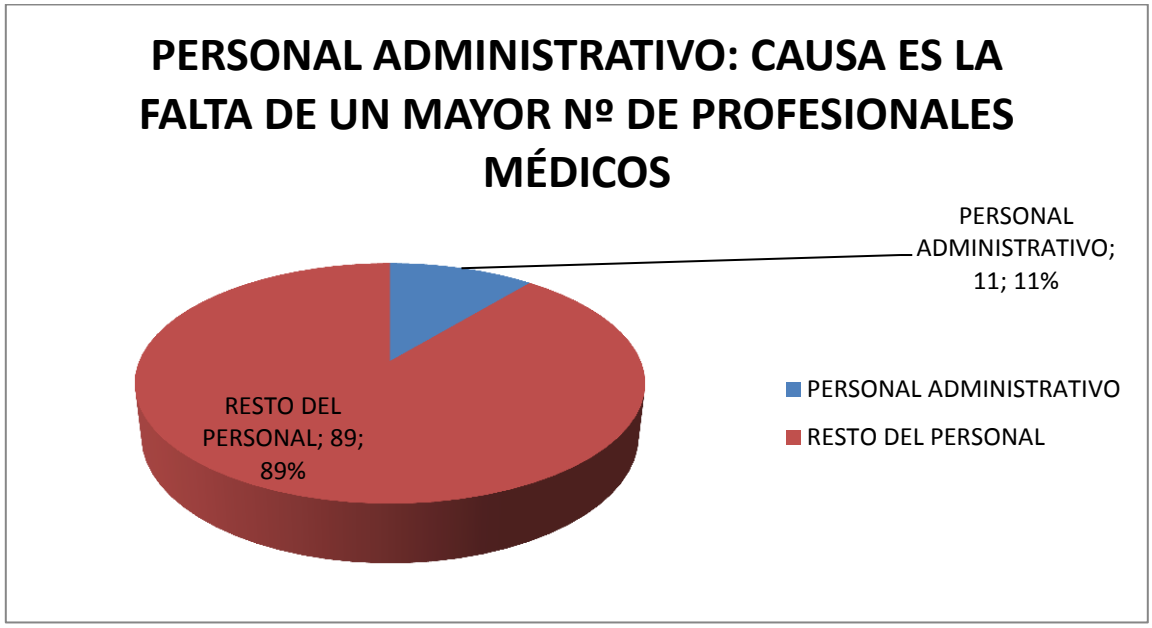
GRÁFICO Nº 1



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, el personal de salud que indica que la causa es la falta de personal médico y la solución es la contratación de más personal son 45 personas equivalente al 45%.

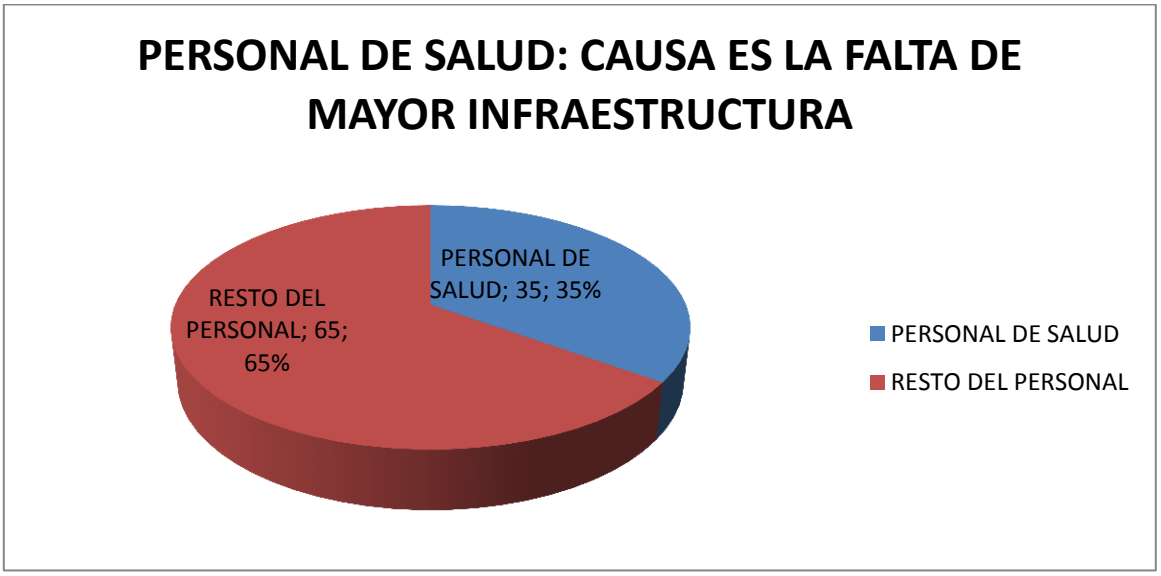
GRÁFICO Nº 2



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, el personal administrativo que indica que la causa es la falta de personal médico y la solución es la contratación de más personal son 11 personas equivalente al 11%.

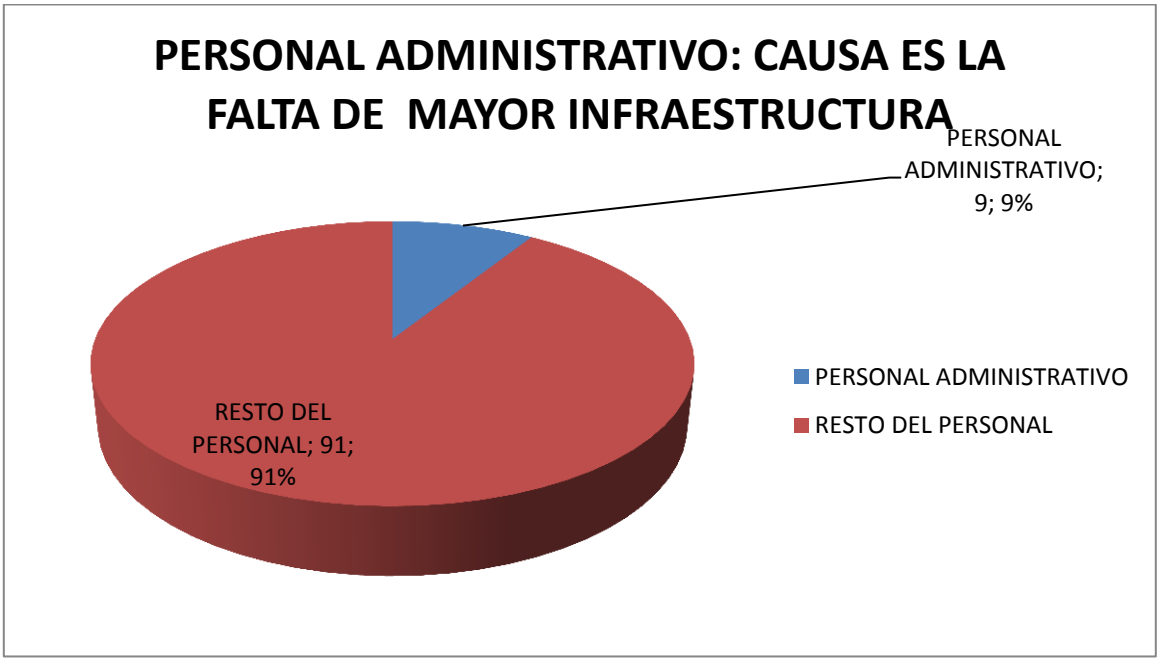
GRÁFICO Nº 3



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, el personal de salud que indica que la causa es la falta de infraestructura y la solución es la ampliación de la misma son 35 personas equivalente al 35%.

GRÁFICO Nº 4

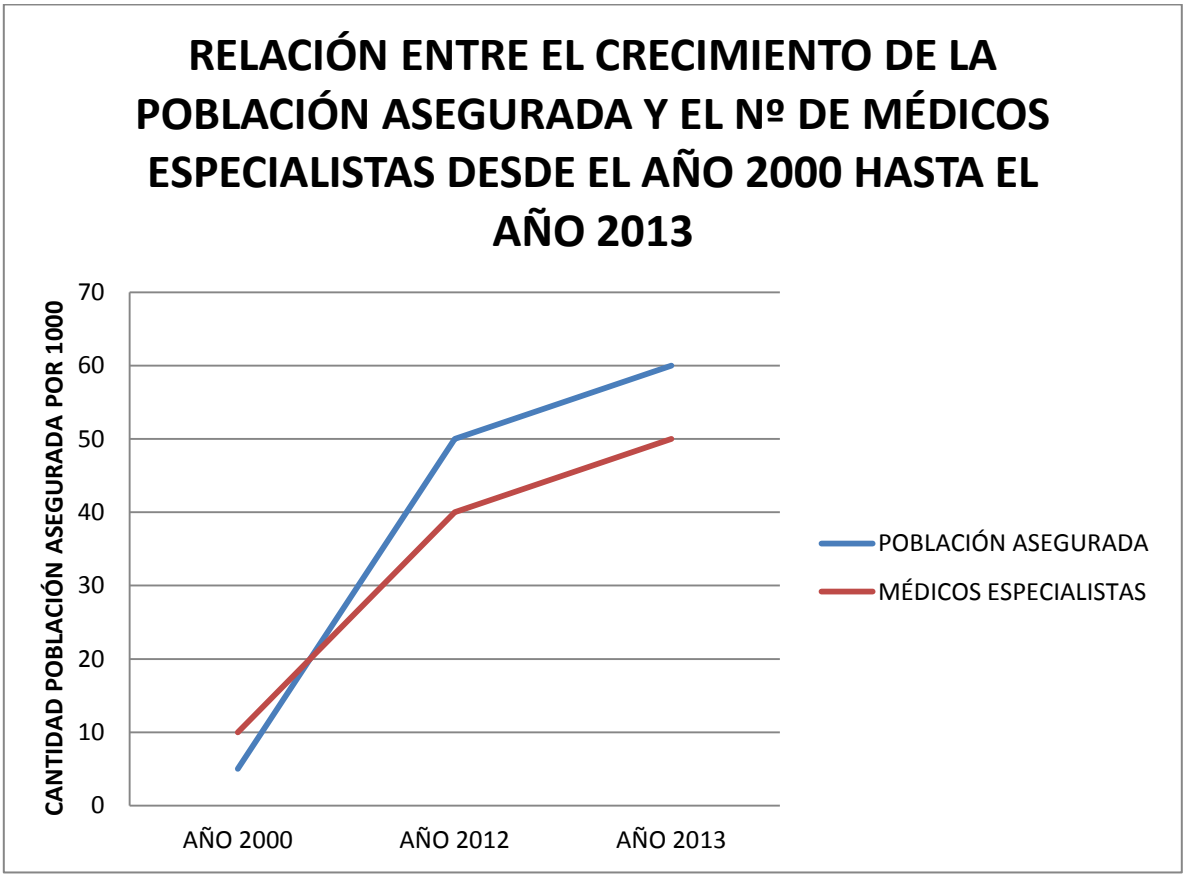


Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, el personal administrativo que indica que la causa es la falta de infraestructura y la solución es la ampliación de la misma son 9 personas equivalente al 9%.

10.6 CONCLUSIONES

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Datos Bioestadísticos Gestión 2000, 2012 y 2013.

Se puede observar en el gráfico que, la relación entre el crecimiento de la población asegurada y el número de médicos especialistas desde el año 2000 hasta el año 2013; muestra en el año 2012 que es la gestión de estudio del presente trabajo, una brecha (demanda insatisfecha) entre el número de médicos especialistas que es de 40 y la cantidad de población asegurada que es de 50000, verificándose de esta manera la Demanda Insatisfecha de la población asegurada y sus beneficiarios con respecto a la atención en consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre; debido a la falta de un mayor número de médicos especialistas que presten este servicio.

En relación al Objetivo Nº 1, El estudio concluye que: SI existe Demanda Insatisfecha en la Consulta Externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz en la Gestión 2012. Como se observa en el siguiente gráfico:

GRÁFICO Nº 2

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra la cantidad de asegurados, que NO consiguieron atención para la consulta externa en la gestión 2012, para las diferentes especialidades médicas. Cuadro Resumen, adjunto en Cuadros.

Del personal del Policonsultorio 20 de Octubre que fueron entrevistados, tanto el personal de salud como el personal administrativo, indicaron que las causas para que se dé la demanda insatisfecha en un mayor porcentaje era la falta de personal médico y en un menor porcentaje la falta de infraestructura, y la solución a este problema sería el contratar personal médico.

Es importante mencionar también, que el presente trabajo es una primera iniciativa, para en el futuro, realizar un estudio con mayor profundidad acerca de la incidencia en la demanda insatisfecha, por la falta de una mayor infraestructura de los servicios de salud de la Caja Petrolera de Salud de la Departamental La Paz.

En relación al Objetivo Nº 1, el estudio concluye que: el mes en el cual, se presentó el mayor número de casos de demanda insatisfecha fue Octubre y el de menor fue Septiembre, además es importante señalar que la especialidad con mayor número de casos de demanda insatisfecha fue Oftalmología y la de menor fue Cirugía Vascular. Como se observa en los siguientes gráficos:

GRÁFICO Nº 3

Fuente: Elaboración Propia.

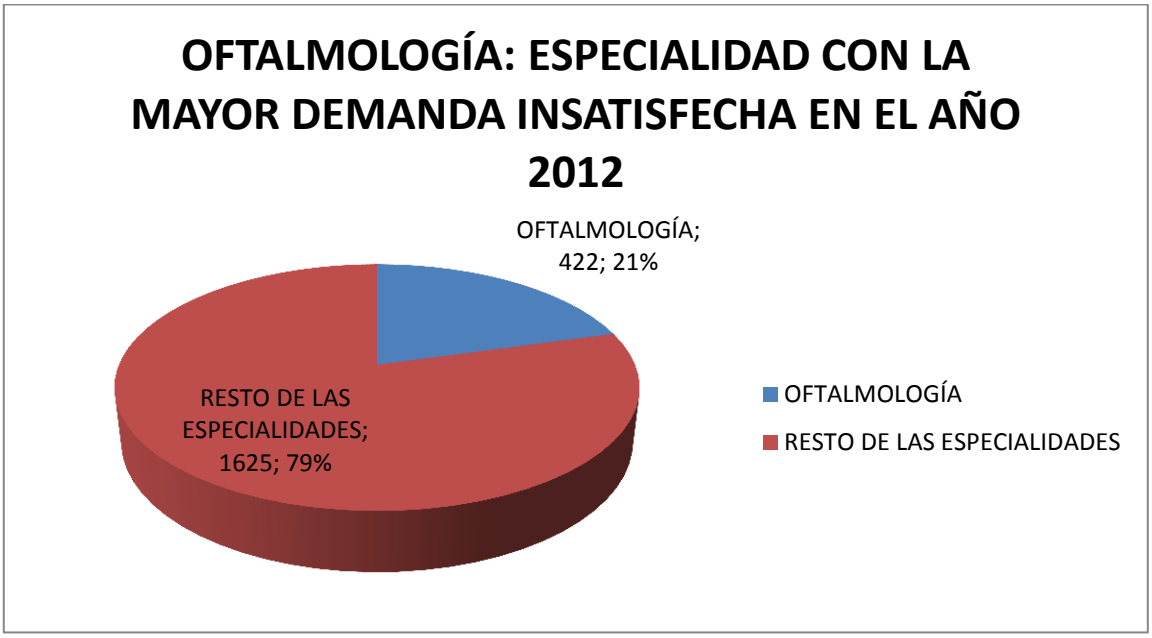
Gráfico que muestra, que el mes que presentó más casos de demanda insatisfecha fue Octubre con un total de 458 casos equivalente a un 22%.

GRÁFICO Nº 4

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra, que el mes que presentó menos casos de demanda insatisfecha fue Septiembre con un total de 151 casos equivalente a un 7%.

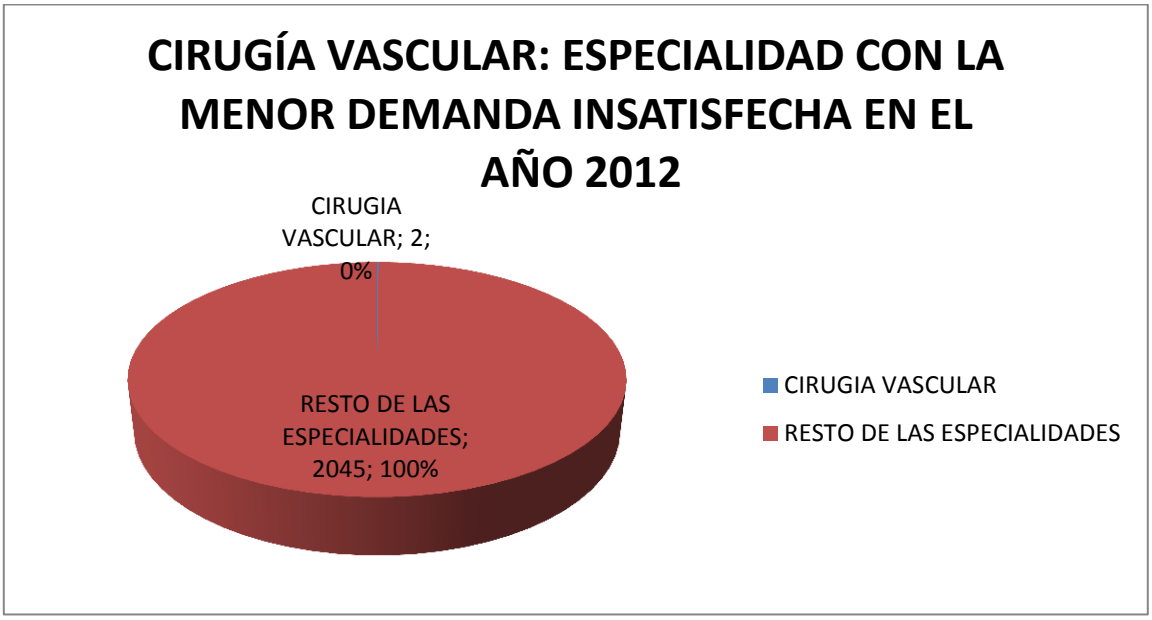
GRÁFICO Nº 5



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, la especialidad que presentó el mayor número de casos de demanda insatisfecha, fue Oftalmología con un total de 422 casos equivalente a un 21%, también es importante hacer notar que le sigue la especialidad de Ginecología con un total de 361 casos equivalente a un 18%, Traumatología con un total de 246 casos equivalente a un 12% y Reumatología con un total de 231 casos equivalente a un 11%.

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico que muestra que, la especialidad que presentó el menor número de casos de demanda insatisfecha, fue Cirugía Vascular con un total de 2 casos equivalente a un 0.10%, también es importante hacer notar que le sigue la especialidad de Hematología con un total de 10 casos equivalente a un 0.49%, Dermatología con un total de 17 casos equivalente a un 0.83% y Urología con un total de 22 casos equivalente a un 1.07%.

En relación al Objetivo Nº 2, el estudio concluye que: la mayoría del personal de salud y administrativo que fue entrevistado, indica que la causa es la falta de personal médico y la solución es la contratación de más personal.

Se puede afirmar entonces que, la razón para que se presente la demanda insatisfecha en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre, es que la oferta de servicios médicos es menor a la demanda de los mismos y esto se debe a que no existe la cantidad de especialistas médicos para atender dicha demanda.

Como una conclusión final, se evidencia que en la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, no ha existido planificación para afrontar el crecimiento de la Población Asegurada, es decir no han sido prospectivos, no se ha desarrollado un Plan Estratégico de Recursos Humanos.

Por lo tanto, NO se está cumpliendo con la **VISIÓN** ya que la Institución no está brindando calidad de atención en los servicios integrales de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, y no se está contribuyendo al vivir bien de la población protegida y los grupos vulnerables. Y tampoco con la **MISIÓN** ya que la Institución NO está Otorgando a la población protegida y grupos vulnerables, servicios de salud eficientes y tampoco respetando algunos de los principios de la Seguridad Social a Corto Plazo como ser equidad, oportunidad y eficacia.

10.7 RECOMENDACIONES

En virtud a la conclusión final, en la cual se evidencia una falta de planificación general, sobre todo con relación a los Recursos Humanos, se recomienda tomar previsiones para desarrollar un Plan Estratégico de Recursos Humanos, “El cual consiste en un proceso que se utiliza para asegurar que la Institución dispone con el número y el tipo adecuado de personas, para brindar un óptimo nivel de servicios futuros”.[27]

Para desarrollar este Plan, se siguen tres etapas sucesivas:

- Análisis, en la cual se obtiene como resultado un completo diagnóstico de la situación.
- Documentación, en la cual el resultado, es la redacción del Plan Estratégico de Recursos Humanos.
- Desarrollo, en la cual el resultado se concreta, en los informes de seguimiento y control de la aplicación del Plan Estratégico de Recursos Humanos.

[27] Fuente: De Benito Álvarez, Carlos, “DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS” Ed. Capital Humano, España 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- "MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y APRENDIZAJE" Lexin Ramel Arandia Saravia - Claudia Cecilia Arandia Terán. Edit. Artes Gráficas Catacora, Quinta Edición, La Paz – Bolivia 2013.
- Bunge Mario, "LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA" Edit. Ariel, Barcelona – España 1977.
- Ávila Baray HL, "INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN" Insti- tuto Tecnológico de Cuauhtémoc, México 1999.
- Kotler, Philip y Roberto Eduardo, "MERCADOTECNIA SOCIAL" Editorial Diana, México 1993.
- De Benito Álvarez, Carlos, "DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS" Ed. Capital Humano, España 2003.
- Código de Seguridad Social - 14 de Diciembre de 1956.
- Ley 1178 (SAFCO) - 20 de Julio de 1990.
- Sejas Ledezma Elizabeth, "GUÍA PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN" Edit. Juventud, La Paz – Bolivia 1984.
- Taborga Huáscar, "LA TESIS DE GRADO" Edit. Los Amigos del Libro, La Paz – Bolivia 1976.
- LeRoy Miller R., Microeconomía 1ra.ed. Bogotá Ed. McGraw Hill Latinoamérica 1980
- Ferguson CE., Gould JP., Teoría Microeconómica 4ta.ed. México DF. Ed. Olimpia 1980
- Información recabada de la Unidad de Educación y Programas de Salud de la Caja Petrolera de Salud – Departamental La Paz.
  Información recabada de la Unidad de Bioestadística de la Caja Petrolera de Salud – Departamental La Paz.

PÁGINAS WEB

- Código de seguridad Social y Ley 1178 (SAFCO), recuperados de la página www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- Definiciones como ser Seguridad Social según la O.I.T., recuperados de la página www.wikipedia.org.
- Oferta y Demanda, Teoría Fundamental, Gráfico, recuperados de la página www.wikipedia.org.es.
- Definición de Demanda y Oferta, recuperados de la página www.economía.ws.
- Definición de Insatisfacción, recuperado de la página www.colmartinfc.wordpress.com.
- Diferencia entre Satisfacción e Insatisfacción, recuperado de la página www.wikipedia.org.es.
- Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, recuperado de la página www.scielo.org.pe, Roberto Shimabuku, Luis Huicho, Danitza Fernández, Graciela Nakachi, Ruth Maldonado, Armando Barrientos.
- Satisfacción del Usuario Externo y la Motivación del Personal de Salud, recuperado de la página www.monografías.com, Sadot Villarreal.
- Definición de Servicio, recuperado de la página www.wikipedia.org.es.
- La Demanda en Servicios de Salud, recuperado de la página www.sisbib.unmsm.edu.pe, Sanabria Montañez Cesar, "La Demanda por Servicios de Salud Una Aproximación Teórica".
- Necesidad de Servicios de Salud, recuperado de la página www.scielo.org.pe "Revista Médica Herediana" Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Contreras Ríos, Carlos Enrique; Velásquez Hurtado, José Enrique; Peinado Rodríguez, Jesús.
- La Salud es un Derecho Humano Fundamental, recuperado de la página www.ine.gob.bo "Indicadores de Derechos Humanos en Bolivia".
- La Pirámide de Maslow, recuperado de la página www.medciencia.com.
- Datos sobre la población asegurada de la Caja Petrolera de Salud, recuperado de la página www.cps.org.bo

ANEXOS

- ANEXO 1 - GRÁFICO: ÁRBOL DE PROBLEMAS
- ANEXO 2 - MATRIZ DE DISEÑO METODOLÓGICO
- ANEXO 3 - GRÁFICO DE GANTT: CRONOGRAMA
- ANEXO 4 - GUÍA DE LA ENTREVISTA 1
- ANEXO 5 - CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA
- ANEXO 6 - GUÍA DE LA ENTREVISTA 2
- ANEXO 7 – ARTÍCULOS CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL
- ANEXO 8 – ARTICULOS LEY 1178 (SAFCO)
- ANEXO 9 – MARCO PROPOSITIVO

CUADROS

- CUADRO RESUMEN DE LA RESPUESTA 1 A LA ENCUESTA (DEMANDA INSATISFECHA).
- CUADRO RESUMEN DE LA RESPUESTA 2 A LA ENCUESTA.
- CUADRO RESUMEN DE LA RESPUESTA 3 A LA ENCUESTA.
- CUADRO RESUMEN DE LA ENTREVISTA 2.

ANEXOS

ANALISIS DEL PROBLEMA – ANEXO 1

DEMANDA INSATISFECHA DE LOS ASEGURADOS A LA CAJA PETROLERA DE SALUD DEPARTAMENTAL LA PAZ EN ATENCIÓN MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA DEL POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE POR LA GESTIÓN 2012

ÁRBOL DE PROBLEMAS

MATRIZ DE DISEÑO METODOLÓGICO – ANEXO 2

FACTORES	MARCO GENERAL	MARCO TEORICO	MARCO PRACTICO	MARCO PROPOSITIVO
Tipos de investigación	Investigación Explorativa	Investigación Bibliográfica	Investigación de Campo	Investigación Descriptiva
Métodos	Método Delphi	Método Deductivo	Método Deductivo	Método Heurístico
Técnicas e Instrumentos	Observación de Campo	Observación Documental	Encuesta y Entrevista	Lluvia de Ideas
Fuentes de Información	Fuentes Primarias y Secundarias	Fuentes Secundarias	Fuentes Primarias	Fuentes Primarias y Secundarias

Fuente: Libro “Métodos y Técnicas de Investigación y Aprendizaje” Página 80

Autores: Lexin Ramel Arandia Saravia

Claudia Cecilia Arandia Terán

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES – ANEXO 3

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				MARZO 2014			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
													TALLER TESIS II			
ELABORACIÓN PERFIL																
ELABORACIÓN MARCO TEÓRICO E INSTRUMENTOS DE RECOPILACIÓN DE DATOS																
ELABORACIÓN MARCO PRÁCTICO APLICACIÓN INSTRUMENTOS																
ELABORACIÓN MARCO PROPOSITIVO																
DOCUMENTO FINAL																
DEFENSA													ABRIL 2014			

Fuente: Libro “Métodos y Técnicas de Investigación y Aprendizaje” Página 155

Autores: Lexin Ramel Arandia Saravia

Claudia Cecilia Arandia Terán

Anexo 4. E N T R E V I S T A 1
ENTREVISTA DE SONDEO

	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿En el día de hoy, consiguió ficha para atención médica en el Policonsultorio 20 de Octubre?	Si ____ No ____

Anexo 5. E N C U E S T A

	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿El día de hoy, para que especialidad Usted solicito ficha y no la consiguió?	_____
2	¿Usted como asegurado, esta satisfecho/a con el servicio médico que le brindan?	Si ____ No ____
3	¿Usted como beneficiario, esta satisfecho/a con el servicio médico que le brindan?	Si ____ No ____

Anexo 6. E N T R E V I S T A 2
ENTREVISTA DE SONDEO

	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	¿En su opinión, cual cree usted, que es la causa para que se de el problema de la demanda insatisfecha en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _
2	¿En su opinión, cual cree usted que sería la solución para este problema?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _

CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL – ANEXO 7

Artículo 2º.-

La aplicación de las normas de seguridad social, se efectuará mediante este Código constituido por el Seguro Social Obligatorio, las Asignaciones Familiares y sus disposiciones especiales que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en el campo de aplicación del presente Código.

Artículo 3º.-

El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes:

a) Enfermedad;

b) Maternidad;

c) Riesgos profesionales;

d) Invalidez;

e) Vejez; y

f) Muerte.

Artículo 12º.-

Los trabajadores que no están sujetos obligatoriamente al Seguro Social Obligatorio, como los artesanos y otros trabajadores independientes podrán solicitar a la Caja su incorporación en uno o en los demás seguros siempre que tomen a su cargo la totalidad de la cotización y se sometan a las condiciones que el Reglamento. .

El asegurado que cesare en un trabajo sujeto al Seguro Social Obligatorio podrá solicitar a la Caja la autorización para continuar voluntariamente asegurado en los, seguros de enfermedad y maternidad, o de invalidez, vejez y muerte o ambos según los casos, quedando en tal caso, a su cargo, la cotización total para el o los seguros que hubiese escogido.

Artículo 16º.-

Las prestaciones médicas serán concedidas por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses consecutivos. En los casos en que se demuestre clínicamente que exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la Comisión de Prestaciones de la Caja puede autorizar la ampliación de las prestaciones hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez. Sin embargo, cesará en cualquier momento el derecho a las prestaciones si el enfermo es declarado inválido.

Las recaídas en el plazo de 30 días se considerarán como continuación de la misma enfermedad, para efectos del cómputo dé los períodos previstos en el párrafo anterior.

Artículo 17º.-

La asistencia hospitalaria se concederá con un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses consecutivos.

En los casos que se demuestre clínicamente que exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la Comisión de Prestaciones de la Caja puede autorizar, previo dictamen de los servicios médicos de la misma, caso por caso, la extensión del tratamiento hospitalario hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez.

Las condiciones de hospitalización serán determinadas en el Reglamento.

Artículo 19º.-

El derecho de las prestaciones en especie procederá cuando el asegurado acredite no menos de una cotización mensual en los dos meses inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad.

En caso de cesantía de un trabajador sujeto al seguro, se requerirá la misma condición para el reconocimiento del derecho a las prestaciones.

En caso de muerte del trabajador asegurado, los beneficiarios tendrán derecho a las prestaciones en especie, siempre que se hubiese cumplido con las condiciones enunciadas en el primer párrafo del presente artículo.

Artículo 24º.-

La asistencia sanitaria procede a partir de la fecha de constatación del estado de gravidez por parte de los servicios médicos de la Caja, hasta un máximo de 6 semanas después del parto.

Artículo 25º.-

En caso de aborto provocado sin prescripción médica, procede solamente el derecho a las prestaciones sanitarias indispensables.

Artículo 26º.-

Para tener derecho a las prestaciones se requiere no menos de seis cotizaciones mensuales en los doce meses inmediatamente anteriores al mes en que se presuma la realización del parto.

En caso de cesantía de la trabajadora sujeta al seguro, se aplicará la misma condición para adquirir este derecho, y la prestación sanitaria respectiva, se extenderá hasta un máximo de 6 semanas después del parto

Artículo 28º.-

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

a) A la necesaria asistencia médica y dental, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado;

b) A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión; y

c) Al tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación profesionales.

Artículo 29.-

El derecho a las prestaciones en especie comienza desde el acaecimiento del accidente del trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional por los servicios médicos de la Caja hasta un máximo de 52 semanas. Sin embargo las prestaciones cesarán en cualquier momento si el trabajador accidentado o enfermo, es declarado, con incapacidad permanente, total o parcial por los servicios médicos de la Caja.

Artículo 125º.-

El trabajador tendrá derecho a las Asignaciones Familiares a partir del primer día del mes siguiente al que ingrese al trabajo.

Artículo 151º.-

Mientras no se determine, en base a los resultados del estudio técnico-actuarial a que se hace referencia en el artículo 295º, el régimen de cotizaciones y en general, el régimen financiero, las reservas del seguro de riesgos profesionales y de los seguros de invalidez, vejez y muerte, no podrán ser invertidas sino para las siguientes finalidades:

a) En la proporción del 60% para construcción y provisión de equipos para establecimientos asistenciales de los seguros de enfermedad y maternidad. Estas inversiones se considerarán como préstamos concedidos a dichos seguros, devengarán un interés anual del 5% y serán amortizados en un periodo no mayor de 15 años;

b) En la proporción del 10% para implantación de industrias de carácter social, como ser creación de institutos bioquímicos, fabricación de implementos de protección en seguridad industrial, y otros que persigan los objetivos señalados con miras a aminorar los costos y mejorar la atención de los seguros de enfermedad, maternidad y de riesgos profesionales. Estas inversiones se considerarán como préstamos, devengando un interés del 5% anual como mínimo y serán amortizados en un período no mayor de 15 años;

c) En la proporción del 20% para inversiones en bienes raíces o valores garantizados por el Estado, debiendo procurar una renta no menor del 8% anual;

d) En la proporción del 10% para préstamos individuales con garantía hipotecaria para construcciones de viviendas de interés social. Estas inversiones rentarán un interés no menor del 8% anual y serán amortizadas en un plazo no mayor de 15 años;

Queda terminantemente prohibida la inversión de los fondos de reserva, en empresas de fines lucrativos.

Artículo 152º.-

El estudio técnico-actuarial a que hace referencia el artículo 295º, señalará las formas más convenientes de inversión, complementando las determinadas en el

artículo 151º y establecerá las proporciones definitivas para garantizar el correcto desarrollo técnico de estos regímenes.

Artículo 153º.-

Las inversiones de las reservas de los seguros de riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte, deberán hacerse en las mejores condiciones de seguridad, con la garantía de un rendimiento no inferior en ningún caso al 5% anual, cuidando igualmente que no están expuestas al fenómeno de la desvalorización monetaria, y de acuerdo a los artículos 151º y 152º.

Artículo 154º.-

Las reservas y los superávits eventuales de gestión de los seguros de enfermedad y maternidad y del régimen de Asignaciones Familiares, se utilizarán en inversiones que no estén expuestas al fenómeno de la desvalorización monetaria y garanticen la liquidez indispensable para la gestión de dichos regímenes.

Artículo 160º.-

La tuición, orientación, supervisión y coordinación sobre los regímenes del Seguro Social Obligatorio y de Asignaciones Familiares establecidos en el presente Código, corresponden al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 161º.-

El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social ejercitará la tuición, orientación, supervisión y coordinación a que se refiero el artículo anterior, mediante la Dirección General de Seguridad Social.

Artículo 162º.-

La gestión, aplicación y ejecución de los regímenes de Seguridad Social, establecidos por el presente Código, estará a cargo de los siguientes organismos:

a) Caja Nacional de Seguro Social, que en adelante se denominará "Caja Nacional de Seguridad Social";

b) Caja de Seguro Social de Ferroviarios, Ramas Anexas y Transportes Aéreos de Bolivia;

c) Caja de Seguro Social Militar.

Artículo 163º.-

Las tres Cajas citadas en el artículo anterior adoptarán la misma organización administrativa para la aplicación de los regímenes cuya gestión se encuentra a su cargo.

Artículo 164º.-

Los servicios actuariales, de estadística y máquinas, así como de cuentas patronales e individuales para toda la población trabajadora del país, incluidos los miembros del Ejército –excepto los conscriptos–, estarán a cargo exclusivo de la Caja Nacional de Seguridad Social, que posee el equipo completo de máquinas.

Se aclara que la Caja de Seguro Social de Ferroviarios, Ramas Anexas y Transportes Aéreos de Bolivia tiene autonomía administrativa, económica y técnica y es la encargada de desarrollar la Seguridad Social para el grupo de sus afiliados, de conformidad con su Ley Orgánica.

Artículo 165º.-

Para la mejor aplicación de los regímenes introducidos por el presente Código, así como para el constante mejoramiento en el plano técnico y social de las prestaciones de dichos regímenes, las Cajas propondrán al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social las medidas conducentes.

Artículo 166º.-

Cada Caja presentará al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social en el mes de Diciembre de cada año, el presupuesto del año siguiente, y en el mes de Abril, el balance general de la gestión del año anterior, tanto del Seguro Social Obligatorio como del Régimen de Asignaciones Familiares que estuviere a su cargo, acompañando ambos documentos con informes sobre los aspectos técnicos, administrativos y financieros de la gestión.

Artículo 167º.-

El control de la gestión de cada Caja estará a cargo de por lo menos un auditor designado por el Poder Ejecutivo, por un periodo de dos años, pudiendo ser reelegidos. Estos auditores serán imprescindiblemente profesionales titulados, fiscalizarán la gestión y la aplicación de las disposiciones sobre Seguridad Social, participarán en las reuniones de los Consejos, elevarán cuantos informes consideren convenientes para el mejor desempeño de sus funciones y tendrán por función específica el auditar los balances anuales elevando sus respectivos informes.

Artículo 186º.-

La Comisión de Prestaciones que deberá resolver los casos prescritos en los artículos 15º y 16º, así como los casos de controversia en la determinación de las prestaciones, estará formada por:

a) El representante médico ante el Consejo Ejecutivo, como Presidente;

b) El representante do los empleadores ante el Consejo Ejecutivo;

c) Uno de los dos representantes de los trabajadores ante el Consejo Ejecutivo;

d) El Gerente Técnico de la Caja;

e) El Jefe del Departamento de Recuperación y Readaptación Profesionales;

f) El Jefe del Departamento de Prestaciones de la Caja como Secretario, sin voto.

Artículo 187º.-

Se crea la Comisión Técnica que será el único organismo encargado de definir sobre la planificación de centros sanitarios y funcionamiento de los mismos, así como también de la solución de todos los problemas técnicos relacionados con la construcción de los centros sanitarios. La Comisión Técnica estará formada por:

a) El representante médico ante el Consejo Ejecutivo;

b) El Gerente Técnico;

c) El. Jefe de la División Médica;

d) El Jefe del Departamento de Planeamiento Sanitario;

e) El Jefe del Departamento de Construcciones.

Los presupuestos de los centros sanitarios planificados, serán sometidos a la Gerencia General y a los Consejos Ejecutivo o de Administración, según los casos, para la aprobación financiera de dichos presupuestos.

Artículo 188º.-

En cada capital de Departamento y donde las necesidades del servicio lo requieran, la Caja constituirá Administraciones Regionales, que serán los órganos mediante los cuales se cumplirán las finalidades del presente Código en cada zona geográfica.

Los Administradores Regionales serán nombrados por el Gerente General. El Comité Regional de la Central Obrera Boliviana, nombrará un miembro en representación de los trabajadores locales, para el respectivo control, el que será elegido de entre los asegurados.

Artículo 192º.-

Todo empleador que tenga a su servicio trabajadores sujetos al campo de aplicación del presente Código tiene la obligación de inscribirse en la Caja en la forma y plazo que señale el Reglamento y obtener un "Número Patronal" de acuerdo al Capítulo I del Título VII.

Artículo 193º.-

Para el reconocimiento de los derechos otorgados por el presente Código, los asegurados deberán ser inscritos por el respectivo empleador en la Caja, de acuerdo a las disposiciones del Reglamento. El trabajador que no sea inscrito en la Caja por el empleador, podrá Solicitar directamente su inscripción.

Artículo 194º.-

El empleador es directamente responsable ante la Caja, del pago de la cotización patronal y de la cotización del asegurado, que será descontada del salario.

Artículo 195º.-

Los empleadores al efectuar directamente el pago de las prestaciones, lo harán en base a la sola presentación de los documentos exigidos para el efecto. La documentación pertinente, entregada por los trabajadores, será remitida, por los empleadores a la Caja.

La Caja no reconocerá ningún pago directo, efectuado por concepto de prestaciones, que no esté debidamente respaldado por los documentos que exige el presente Código.

Artículo 196º.-

El trabajador por quién no se haya pagado las cotizaciones requeridas, no tendrá derecho al otorgamiento de las prestaciones por parte de la Caja, a excepción de las prestaciones sanitarias. La Caja cobrará al empleador negligente el doble de los gastos efectuados en dichas prestaciones, sin perjuicio del cobro coactivo de las cotizaciones devengadas.

Artículo 197º.-

Las mujeres casadas y los menores asegurados en la Caja serán considerados, para efectos del presente Código, como personas capaces de administrar libremente sus bienes, en lo que se refiere a la percepción de beneficios y a los actos y contratos que celebren con la Caja en su calidad de asegurados.

Artículo 198º.-

Para efectos del reconocimiento de los derechos de los asegurados y beneficiarios, constituirán plena prueba los registros y documentos emanados de la Caja o los que ésta tenga en su poder.

Artículo 199º.-

Las prestaciones otorgadas por el presente Código son inembargables, irrenunciables e intransferibles. Además, las prestaciones en dinero están exentas del pago del impuesto a la renta.

Artículo 200º.-

Para los efectos del pago de cotizaciones no se computará como parte integrante del salario las prestaciones otorgadas en el presente Código.

Artículo 201º.-

La Caja, en los términos que señale el Reglamento, tiene la obligación de resolver toda solicitud de prestación o reclamación, comunicando por escrito al interesado la solución adoptada sobre su solicitud. En caso afirmativo, indicará la fecha de iniciación del beneficio y el monto de la prestación; en caso negativo, los motivos en que se funda éste.

Artículo 202º.-

La Caja no podrá enajenar, vender, ni transferir ninguno de sus bienes muebles o inmuebles, sin previa resolución del Consejo mediante remate con la intervención de un Notario y un representante del Ministerio Público.

Artículo 203º.-

La compra de bienes inmuebles y muebles, desde el monto que determine el Reglamento, se efectuará mediante llamamiento a propuestas con todas las formalidades exigidas por Ley para, esta modalidad de adquisiciones.

Artículo 204º.-

Las acreencias de la Caja tienen el carácter de privilegiadas, cuando provenga de cotizaciones o primas de los regímenes de Seguridad Social o de préstamos y, en los casos de concurso y de otros procedimientos que admitan prelación de créditos, gozarán de preferencia absoluta, excepto sobre los que se reconozcan por concepto de salario, por gastos judiciales y por administración y conservación de bienes concursados.

En casos de cobranza de créditos provenientes de contratos suscritos por la Caja, éste podrá utilizar el procedimiento ejecutivo especial autorizado por leyes vigentes para uso de las instituciones de préstamos hipotecarios.

Artículo 205º.-

Los bienes inmuebles, cuya ocupación sea indispensable para la mejor aplicación de los regímenes de Seguridad Social podrán ser expropiados de acuerdo a las disposiciones vigentes.

Se aplicará el procedimiento verbal establecido para el desahucio de los inquilinos que ocupan habitaciones u oficinas en los inmuebles de la Caja o en los que ella ejerce la administración legal, cuando se requiera para los usos de los regímenes de Seguridad Social. Para este efecto so tomará en cuenta lo previsto por el inciso b) del artículo 15 del Decreto Supremo Nº 311 de 30 de abril de 1945.

Señalase el plazo de 30 días impostergables, a partir de la fecha de la Resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre el desalojo establecido en el anterior párrafo, para la ejecución del respectivo lanzamiento.

Artículo 206º.-

Todas las entidades públicas y privadas del país están obligadas a facilitar las informaciones que requiera la Caja para la realización de los regímenes de Seguridad Social, bajo las sanciones señaladas en el Reglamento, en caso de incumplimiento.

Artículo 207º.-

Se incurrirá en sanción por cualquier acto u omisión que impida, perturbe o difiera la aplicación de los regímenes de Seguridad Social, la falta de adopción de las medidas de prevención y seguridad industrial que se determinen, y el fraude o alteración de los documentos.

Las infracciones y las sanciones serán especificadas en el Reglamento.

Artículo 208º.-

Las sanciones impuestas, de acuerdo al Reglamento, no eximirán de otras responsabilidades de orden legal por las faltas en que se incurran

Artículo 215º.-

Todo empleador sujeto al campo de aplicación, está obligado a presentar mensualmente a las Administraciones Regionales de la Caja, doble ejemplar de sus planillas de cotizaciones a los regímenes contenidos en el presente Código, juntamente con la planilla de pagos directos de Asignaciones Familiares y de Subsidios de Incapacidad Temporal con su respectivo resumen. Estas planillas deberán ser entregadas en el plazo máximo de 30 días de vencida la mensualidad correspondiente.

Artículo 216º.-

El incumplimiento en la entrega de planillas en el plazo citado en el artículo anterior será sancionado con una multa equivalente al 3% del capital declarado de la empresa.

Para las empresas que no tienen capital declarado, la multa será equivalente al 10% del monto total de sueldos y salarios de la última planilla entregada.

Las Administraciones Regionales de la Caja, girarán el pliego de cargo respectivo hasta el tercero día de vencido el plazo indicado.

Artículo 217º.-

En caso de que el empleador no cumpla con el pago de la multa a que se refiere el artículo anterior, hasta el tercero día de habérsele notificado con el pliego de cargo, se procederá a su apremio. El Juez del Trabajo, expedirá de oficio, el respectivo mandamiento, siendo responsable por el retardo que se produjera.

Artículo 218º.-

Las multas recaudadas por concepto de mora en la entrega de planillas serán depositadas dentro del tercero día de recibidas dichas multas, en la cuenta de "Previsión Social" del Banco Central o su Agencia, remitiéndose una copia del certificado de depósito a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 219º.-

Toda reclamación de los empleadores sancionados deberá formularse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dentro del tercero día de su notificación con el pliego de cargo, previa presentación del certificado de depósito efectuado en la Caja del monto de la multa impuesta, requisito sin el cual no se concederá dicho recurso. El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, expedirá un fallo en última instancia mediante Resolución Ministerial, que no será susceptible de recurrirse de nulidad.

Artículo 220º.-

Los habilitados de las diferentes reparticiones u organismos estatales, departamentales o municipales, son responsables del cumplimiento del artículo 215º.

Las planillas deberán ser confeccionadas en dos ejemplares que serán remitidas a la Caja Nacional de Seguridad Social.

Artículo 222º.-

La Caja mediante su Departamento de Cotizaciones y órganos de inspección, ejercitará el control del pago de las cotizaciones a fin de determinar la mora eventual de los empleadores y aplicar necesariamente las sanciones previstas en el artículo 221º. Para este fin una vez constatada la infracción, la Caja girará al empleador una Nota de Cargo con especificación de las cotizaciones devengadas, del importe de la multa y de los intereses por mora, la que se tramitará por la vía coactiva conforme a lo previsto en el artículo 223º.

Artículo 223º.-

La Caja, a base de la Nota de Cargo que gire, iniciará la acción coactiva ante el Juez del Trabajo, por las imposiciones, cotizaciones, primas, subsidios y aportes de cualquier naturaleza que le adeudare siempre que ellos no fueran cubiertos en el término de 30 días de vencida la mensualidad correspondiente, así como las deudas, amortizaciones, descuentos y créditos concedidos tanto en el capital, intereses y multas, por la demora en el pago de lo adeudado o por infracción de las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes sobre Seguridad Social.

En estas acciones coactivas, se observará el siguiente procedimiento:

a) El Juez del Trabajo dictará el auto de solvendo dentro de las 48 horas de

presentada la demanda; ordenando el pago y librando al mismo tiempo mandamiento de embargo sobre los bienes del deudor, sin perjuicio de ordenarse la retención de fondos de los ejecutados en los bancos o entidades de crédito, con apercibimiento de apremio y costas.

b) La notificación personal con el auto de solvendo se hará al empresario, Gerente, Administrador o personero que esté a cargo de la empresa, dentro de las 24 horas de haberse dictado. Si buscado por dos veces, no fuera posible la citación a cualquiera de los personeros indicados, con la sola representación del diligenciero, se ordenará la notificación mediante cedulón.

c) Contra el auto de solvendo no se aceptará otra excepción que la de pago, debiendo rechazarse de plano, y aún de oficio, cualquier reclamo o solicitud.

d) Al tercer día quedará ejecutoriado el auto de solvendo y a solicitud de la Caja, el Juez de la causa librará el mandamiento de apremio contra el obligado o personero de la empresa; asimismo, señalará día y hora para el verificativo del remate sobre los bienes embargados.

e) La parte ejecutada que hiciera uso de cualquier incidente, excepción perentoria o dilatoria, reclamo de cualquier naturaleza, recurso ordinario o extraordinario, deberá previamente empozar en las oficinas de la Caja, en importe de la suma total ejecutada. Todo escrito que presente el obligado, deberá estar acompañado del respectivo recibo franqueado por la Caja, sin cuyo requisito se tendrá por no presentado cualquier escrito o memorial.

f) Para la resolución de los reclamos o excepciones que se plantearen, con el requisito señalado en el inciso anterior, se abrirá el término de 10 días, con todos los cargos dentro del cual los interesados presentarán sus justificativos y el juez dictará auto motivado declarando probada o improbada la reclamación o, modificando el monto de la Nota de Cargo.

En caso de probarse la reclamación o de modificarse el monto de la Nota de Cargo se ordenará la devolución de la suma depositada, o del saldo resultante que la Caja cumplirá de inmediato, siempre que ésta no apele a dicho auto. Estos reclamos no tendrán lugar si el auto de solvendo se hubiere ejecutoriado, en cuyo caso se procederá a la ejecución del mismo.

g) Contra las decisiones del Juez de Primera Instancia, las partes podrán apelar ante la Sala de Seguridad Social de la Corte Nacional del Trabajo. Si apelare la parte obligada, la Corte rechazará de oficio cualquier recurso en el que no estuviera acreditado el depósito de la suma ejecutada, en la forma prevista por el inciso e) de este artículo y ordenará el enjuiciamiento criminal del

funcionario o funcionarios responsables por esta omisión.

h) Si la parte reclamante no justificare los extremos planteados, el Juez los rechazará con costas, que se regularán de acuerdo al inciso b) del artículo 34º del Decreto Ley de 18 de enero de 1938, elevado a Ley de 8 de diciembre de 1941.

i) Los tribunales de grado, jueces y funcionarios subalternos que no cumplieren estrictamente cualquiera de las disposiciones de este procedimiento coactivo, serán considerados reos del delito de prevaricato y sancionados de inmediato con la separación del cargo y dos años de prisión. A los efectos de calificación de fianza para obtener el beneficio de libertad provisional que impetraren los sindicados, por el delito indicado, se tendrá como base de la fianza la suma total que representa la respectiva Nota de Cargo.

Artículo 224º.-

Para la correcta aplicación de los regímenes del presente Código, la Caja está obligada a constituir un cuerpo de inspectores encargados de inspeccionar, bajo estricta reserva, los lugares de trabajo y examinar libros, contabilidades, archivos, listas de pago y demás documentos necesarios para el control de los salarios y cotizaciones. Las empresas e instituciones de cualquier naturaleza están obligadas a proporcionar toda la información requerida por los inspectores, bajo las sanciones que señalará el Reglamento. Además, la Caja organizará un cuerpo de inspectores encargados de supervigilar la aplicación de las disposiciones en materia de higiene y seguridad industrial. La Dirección General del Trabajo, prestará toda cooperación a estos dos cuerpos de inspectores conforme a las disposiciones del Reglamento

Artículo 231º.-

Todas las empresas industriales, comerciales, bancarias, de servicios públicos, Ministerios, Direcciones Generales, Universidades, entidades autónomas y semiautónomas, autárquicas y semiautárquicas, sin ninguna excepción, están obligadas a inscribirse en la Caja Nacional de Seguridad Social y recabar el "Número Patronal" que les corresponda, con el cual deben identificarse en todos sus relaciones con el Estado, las Cajas y las entidades de orden público y privado.

La Caja Nacional de Seguridad Social será la única encargada para llevar el Registro General del Número Patronal.

La obligación de inscribirse se extiende incluso a las empresas y entidades que no se hallan dentro del campo de aplicación del Código de Seguridad Social.

Artículo 232º.-

El Número Patronal se compone de siete cifras; las tres primeras sirven para la interpretación de la actividad económica y las cuatro restantes para la ubicación de la empresa, dentro de una serie correlativa.

El Código Nacional de Ramas de Actividad que constituye el Anexo Nº 3 del presente Código, define las tres primeras cifras del "Número Patronal".

Artículo 233º.-

Todas las entidades que tengan relaciones con empresas u organismos que están obligados a poseer Número Patronal, deberán exigir dicho Número otorgado por la Caja Nacional de Seguridad Social, consignándolo en sus libros y registros.

Los funcionarios que hubieren dado curso a cualquier trámite sin exigir la exhibición del Número Patronal serán pasibles de las sanciones que establece el Reglamento.

Artículo 234º.-

Todas las empresas u organismos públicos y particulares que tengan registradas sus actividades, están obligados a obtener, de la Caja Nacional de Seguridad Social, su Número Patronal en el término de sesenta días, a contar de la promulgación del presente Código.

Las empresas u organismos que omitieren el cumplimiento de esta obligación pagarán una multa de acuerdo a los artículos 216º al 219º, con destino a la Cuenta de "Previsión Social", sin perjuicio de cumplir la obligación señalada en el presente Código.

Artículo 235º.-

A tiempo de otorgar el Número Patronal la Caja Nacional de Seguridad Social, podrá requerir todos los datos que crea conveniente para la determinación del mismo.

Artículo 237º.-

El Número Individual consiste en una clave compuesta de nueve cifras que será formulada de la siguiente manera:

a) Año de nacimiento: dos últimos guarismos del año de nacimiento;

b) Mes de nacimiento y sexo: dos guarismos de acuerdo al siguiente Código:

	SEXO	
Meses	Varones	Mujeres
Enero	01	51
Febrero	02	52
Marzo	03	53
Abril	04	54
Mayo	05	55
Junio	06	56
Julio	07	57
Agosto	08	58
Septiembre	09	59
Octubre	10	60
Noviembre	11	61
Diciembre	12	62

c) Día de nacimiento: 01 al 31;

d) La primera letra del apellido paterno;

e) La primera letra del apellido materno;

f) La primera letra del nombre de pila.

Artículo 238º.-

Se establece una numeración ordinal con un solo guarismo, que se añadirá al final de la fórmula para distinguir el caso de similitud de dos o más números individuales. Este número será incluido en caso de duplicidad y de acuerdo al procedimiento que establezca la Comisión.

Artículo 239º.-

El Número Individual deberá estar íntimamente ligado con las características dactilares del individuo las que se transcribirán en los ficheros dactilares

existentes, para la identificación de las personas.

Los ficheros dactilares de la Dirección General de Policías, de la Caja Nacional de Seguridad Social, de la Caja de Seguro Social de Ferroviarios, Ramas Anexas y Transportes Aéreos de Bolivia y Caja de Seguro Social Militar se organizarán con carácter nacional y servirán como únicos medios de identificación. Los citados organismos intercambiarán datos sobre los grupos de población que controlen, a fin de establecer el mismo número individual para las personas inscritas en los registros de dos o más instituciones.

Artículo 240º.-

El número individual de las mujeres cualquiera que sea su estado civil, estará formado solamente por sus datos de soltera.

Artículo 241º.-

Los extranjeros y los hijos de bolivianos nacidos en el extranjero, que se radiquen en el país, deberán recabar su correspondiente Número Individual, de la Dirección General del Registro Civil.

Artículo 242º.-

Toda persona natural o física, que habita en el territorio de la República, deberá tener obligatoriamente inscrito en todos sus documentos personales el Número Individual.

Artículo 243º.-

El Número Individual, para los nacidos después de la promulgación del presente Código, será inscrito en la partida de nacimiento del Registro Civil, para servir de dato fundamental y ser repetido en todos los documentos que se extendieran en favor del interesado, tales como:

a) Certificado de nacimiento;

b) Libreta de servicio militar obligatorio;

c) Cédula de identidad personal;

d) Libreta de seguridad social;

e) Libreta de Registro Cívico;

f) Certificado de matrimonio y libreta familiar;

g) Pasaportes y salvoconductos;

h) Licencia y brevet para la conducción de vehículos;

i) Declaración de la renta y documentos para pago de impuestos;

j) Títulos profesionales y académicos;

k) Nombramientos y designaciones;

l) Pólizas de Seguro Privado;

m) Certificado de defunción o de óbito; y

n) Todos los documentos establecidos y por establecerse posteriormente, que tengan relación con el Número Individual.

Artículo 244º.-

Se concede el término impostergable de un año, a partir de la promulgación del presente Código a las personas que no hayan inscrito su nacimiento en el Registro Civil, para que lo hagan de acuerdo a las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo de 5 de abril de 1945.

La Comisión establecida en el artículo 236º deberá presentar un proyecto de Decreto, al Supremo Gobierno por intermedio del Ministerio de Gobierno, en un término de 60 días, para la adopción de un procedimiento judicial sumario y económico que permita la inscripción de todas las personas en el Registro, Civil, con inclusión de todos los datos requeridos para el otorgamiento del correspondiente "NUMERO INDIVIDUAL". En el mismo Proyecto, deberá introducirse las modalidades requeridas para los cambios de nombre.

Artículo 245º.-

Para las personas que lleven un sólo apellido, el Número Individual, consistirá en una clave similar a la señalada en el artículo 237°; pero, con la modificación de que en lugar de las iniciales de los apellidos paterno y materno, contendrá las dos primeras letras del único apellido que lleven.

Artículo 246º.-

Para los menores abandonados, huérfanos, expósitos y otros que se hallan bajo la protección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyo nacimiento no ha sido inscrito en el Registro Civil, el citado Ministerio prestará su cooperación y ordenará su inscripción investigando la filiación, fecha de nacimiento y,

otorgándoles un nombre, apellido o fecha de nacimiento en caso de que no los tengan.

Artículo 259º.-

En las localidades donde la Caja no haya instalado aún sus servicios para el otorgamiento de las prestaciones sanitarias, los trabajadores sujetos al seguro de riesgos profesionales, serán trasladados por cuenta de la empresa al lugar más próximo en el que la Caja cuente con los servicios adecuados para el otorgamiento de dichas prestaciones.

LA LEY 1178 (SAFCO) – ANEXO 8

Artículo 2. Los sistemas que se regulan son:

a) Para programar y organizar las actividades:

- Programación de Operaciones.
- Organización Administrativa.
- Presupuesto.

b) Para ejecutar las actividades programadas:

- Administración de Personal.
- Administración de Bienes y Servicios.
- Tesorería y Crédito Público.
- Contabilidad Integrada.

c) Para controlar la gestión del Sector Público:

- Control Gubernamental, integrado por el Control Interno y el Control Externo Posterior.

Artículo 3. Los sistemas de Administración y de Control se aplicarán en todas las entidades del Sector Público, sin excepción, entendiéndose por tales la Presidencia y Vicepresidencia de la República, los ministerios, las unidades administrativas de la Contraloría General de la República y de las Cortes Electorales; el Banco Central de Bolivia, las Superintendencias de Bancos y de Seguros, las corporaciones de Desarrollo y las entidades estatales de intermediación financiera; las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional; los gobiernos departamentales, las universidades y las municipalidades; las instituciones, organismos y empresas de los gobiernos nacional, departamental y local, y toda otra persona jurídica donde el Estado tenga la mayoría del patrimonio.

Artículo 17. Los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública definirán las estrategias y políticas gubernamentales que serán ejecutadas mediante los sistemas de Administración y Control que regula la presente ley.

Artículo 18. Para el funcionamiento anual de los sistemas de Programación de Operaciones, Organización Administrativa, Presupuesto y Tesorería y Crédito Público, los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública compatibilizarán e integrarán los objetivos y planes estratégicos de cada entidad y los proyectos de inversión pública que deberán ejecutar, con los planes de

mediano y largo plazo, la política monetaria, los ingresos alcanzados y el financiamiento disponible, manteniéndose el carácter unitario e integral de la formulación del presupuesto, de la tesorería y del crédito público.

Artículo 22. El Ministerio de Finanzas es la autoridad fiscal y órgano rector de los sistemas de Programación de Operaciones; Organización Administrativa; Presupuesto; Administración de Personal; Administración de Bienes y Servicios; Tesorería y Crédito Público; y Contabilidad Integrada. Estos sistemas se implantarán bajo la dirección y supervisión del Ministerio de Finanzas que participará en el diseño de la política económica y será responsable de desarrollar la política fiscal y de crédito público del Gobierno.

Artículo 23. La Contraloría General de la República es el órgano rector del sistema de Control Gubernamental, el cual se implantará bajo su dirección y supervisión. La Contraloría General de la República emitirá las normas básicas de control interno y externo; evaluará la eficacia de los sistemas de control interno; realizará y supervisará el control externo y ejercerá la super vigilancia normativa de los sistemas contables del Sector Público a cargo de la Contaduría General del Estado del Ministerio de Finanzas. En igual forma promoverá el establecimiento de los sistemas de contabilidad y control interno y conducirá los programas de capacitación y especialización de servidores públicos en el manejo de los sistemas de qué trata esta ley.

Artículo 27. Cada entidad del Sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley y los sistemas de Planificación e Inversión Pública. Corresponde a la máxima autoridad de la entidad la responsabilidad de su implantación. Al efecto:

a. Cualquier tuición que corresponda ejercer a una entidad pública respecto de otra, comprenderá la promoción y vigilancia de la implantación y funcionamiento de los sistemas de Planificación e Inversión, Administración y Control Interno. En el caso de la Programación de Operaciones de inversión pública, el ejercicio de la competencia sectorial o tuición sobre otra entidad comprenderá la evaluación de los correspondientes proyectos, previa a su inclusión en el Programa de Inversiones Públicas.

b. La tuición incluye la facultad de ejercer el control externo posterior, sin perjuicio de la atribución de la Contraloría, así como la obligación de efectuar oportunamente el control externo posterior de las entidades cuyo reducido número de operaciones y monto de recursos administrados no justifican el funcionamiento de una unidad de auditoría interna propia.

c. Toda entidad, funcionario o persona que recaude, reciba, pague o custodie fondos, valores o bienes del Estado, tiene la obligación de rendir cuenta de la administración a su cargo por intermedio del sistema contable especificando la documentación sustentatoria y las condiciones de su archivo.

d. Con fines de control externo posterior, las entidades sujetas al Control Gubernamental deberán enviar a la Contraloría copia de sus contratos y de la documentación sustentatoria correspondiente dentro de los cinco días de haber sido perfeccionados.

e. Dentro de los tres meses de concluido el ejercicio fiscal, cada entidad con patrimonio propio y autonomía financiera entregará obligatoriamente a la entidad que ejerce tuición sobre ella y a la Contaduría General del Estado, y pondrá a disposición de la Contraloría General de la República, los estados financieros de la gestión anterior, junto con las notas que correspondieren y el informe del auditor interno.

f. La máxima autoridad colegiada, si la hubiera, y el ejecutivo superior de cada entidad responderán ante la Contraloría General de la República por el respeto a la independencia de la unidad de auditoría interna, y ésta por la imparcialidad y calidad profesional de su trabajo.

Las unidades jurídicas de las entidades del Sector Público son responsables de la efectividad en el cumplimiento de las obligaciones relativas a la defensa de los intereses del Estado. Deberán elevar informes periódicos a la Contraloría sobre el estado de los procesos administrativos, requerimientos de pago y las acciones judiciales a su cargo, de conformidad con las disposiciones de la presente Ley.

Artículo 29. La responsabilidad es administrativa cuando la acción u omisión contraviene el ordenamiento jurídico-administrativo y las normas que regulan la conducta funcionaria del servidor público. Se determinará por proceso interno de cada entidad que tomará en cuenta los resultados de la auditoría si la hubiere. La autoridad competente aplicará, según la gravedad de la falta, las sanciones de: multa hasta un veinte por ciento de la remuneración mensual; suspensión hasta un máximo de treinta días; o destitución.

Artículo 30. La responsabilidad es ejecutiva cuando la autoridad o ejecutivo no rinda las cuentas a que se refiere el inciso c) del artículo 1° y el artículo 28° de la presente Ley; cuando incumpla lo previsto en el primer párrafo y los incisos d), e) o f) del artículo 27° de la presente Ley; o cuando se encuentre que las deficiencias o negligencia de la gestión ejecutiva son de tal magnitud que no permiten lograr, dentro de las circunstancias existentes, resultados razonables en

términos de eficacia, eficiencia y economía. En estos casos, se aplicará la sanción prevista en el inciso g) del artículo 42° de la presente Ley.

Artículo 31. La responsabilidad es civil cuando la acción u omisión del servidor público o de las personas naturales o jurídicas privadas cause daño al Estado valuable en dinero. Su determinación se sujetará a los siguientes preceptos:

a. Será civilmente corresponsable el superior jerárquico que hubiere autorizado el uso indebido de bienes, servicios y recursos del Estado o cuando dicho uso fuere posibilitado por las deficiencias de los sistemas de administración y control interno factibles de ser implantados en la entidad.

b. Incurrirán en responsabilidad civil las personas naturales o jurídicas que no siendo servidores públicos, se beneficiaren indebidamente con recursos públicos o fueren causantes de daño al patrimonio del Estado y de sus entidades.

c. Cuando varias personas resultaren responsables del mismo acto o del mismo hecho que hubiese causado daño al Estado, serán solidariamente responsables.

Artículo 32. La entidad estatal condenada judicialmente al pago de daños y perjuicios en favor de entidades públicas o de terceros, repetirá el pago contra la autoridad que resultare responsable de los actos o hechos que motivaron la sanción.

Artículo 33. No existirá responsabilidad administrativa, ejecutiva ni civil cuando se pruebe que la decisión hubiese sido tomada en procura de mayor beneficio y en resguardo de los bienes de la entidad, dentro de los riesgos propios de operación y las circunstancias imperantes al momento de la decisión, o cuando situaciones de fuerza mayor originaron la decisión o incidieron en el resultado final de la operación.

Artículo 34. La responsabilidad es penal cuando la acción u omisión del servidor público y de los particulares, se encuentra tipificada en el Código Penal.

Artículo 35. Cuando los actos o hechos examinados presenten indicios de responsabilidad civil o penal, el servidor público o auditor los trasladará a conocimiento de la unidad legal pertinente y esta mediante la autoridad legal competente solicitará directamente al juez que corresponda, las medidas precautorias y preparatorias de demanda a que hubiere lugar o denunciará los hechos ante el Ministerio Público.

Artículo 36. Todo servidor público o ex - servidor público de las entidades del Estado y personas privadas con relaciones contractuales con el Estado cuyas

cuentas y contratos estén sujetos al control posterior, auditoría interna o externa, quedan obligados a exhibir la documentación o información necesarias para el examen y facilitar las copias requeridas, con las limitaciones contenidas en los artículos 51°, 52° y 56° del Código de Comercio.

Las autoridades de las entidades del Sector Público asegurarán el acceso de los ex - servidores públicos a la documentación pertinente que les fuera exigida por el control posterior. Los que incumplieren lo dispuesto en el presente artículo, serán pasibles a las sanciones establecidas en los artículos 154°, 160° y 161° del Código Penal, respectivamente.

Artículo 37. El Control Posterior Interno o Externo no modificará los actos administrativos que hubieren puesto término a los reclamos de los particulares y se concretará a determinar la responsabilidad de la autoridad que los autorizó expresamente o por omisión, si la hubiere.

Artículo 38. Los profesionales y demás servidores públicos son responsables por los informes y documentos que suscriban. También serán responsables los abogados por el patrocinio legal del Sector Público cuando la tramitación de la causa la realicen con vicios procedimentales o cuando los recursos se declaren improcedentes por aspectos formales.

Artículo 39. El juez o tribunal que conozca la causa al momento del pago del daño civil actualizará el monto de la deuda considerando, para el efecto, los parámetros que el Banco Central de Bolivia aplica en el mantenimiento de valor de los activos financieros en moneda nacional. Los procesos administrativos y judiciales previstos en esta Ley, en ninguno de sus grados e instancias darán lugar a condena de costas y honorarios profesionales, corriendo éstos a cargo de las respectivas partes del proceso.

Artículo 40. Las acciones judiciales y obligaciones emergentes de la responsabilidad civil establecida en la presente Ley, prescribirán en diez años computables a partir del día del hecho que da lugar a la acción o desde la última actuación procesal. El plazo de la prescripción se suspenderá o se interrumpirá de acuerdo con las causas y en las formas establecidas en el Código Civil. Para la iniciación de acciones por hechos o actos ocurridos antes de la vigencia de la presente Ley, este término de prescripción se computará a partir de la fecha de dicha vigencia.

MARCO PROPOSITIVO – ANEXO 9

Después de haber revisado los resultados y utilizando el Método Heurístico que es un conjunto de pasos que deben realizarse para identificar en el menor tiempo posible una solución de alta calidad para un determinado problema.

Por lo tanto, se concluye con la siguiente propuesta de solución: Para que nuestra Demanda Insatisfecha sea cero, nuestra Oferta de servicios médicos debe ser igual o mayor a nuestra Demanda para lo cual, se debe descentralizar la atención de consulta externa y así podremos incrementar el número de especialistas médicos que realicen la atención a la población asegurada.

De esta manera estaremos solucionando el problema de la demanda insatisfecha de la población asegurada y sus beneficiarios en la consulta externa del Policonsultorio 20 de Octubre de la Caja Petrolera de Salud Departamental La Paz, la cual se debe a la falta de suficientes profesionales médicos para que realicen la atención correspondiente.

Para la descentralización de la atención en consulta externa, esta se llevará a cabo de manera gradual y se ha planificado su implementación total hasta fines de la gestión 2014, y se plantea de la siguiente manera:

- El horario de atención será de 8:00 am. hasta 20:00 pm..
- Contratación y asignación para su funcionamiento de 50 personas, distribuidos en turnos de seis horas entre personal de salud y administrativo. Un 90% será personal de salud y 10% personal administrativo.
- Equipamiento de los Centros tanto en equipamiento médico y de computación, muebles y mobiliario e instrumental médico.
- Además de las especialidades médicas, se tendrá los servicios de ecografía, rayos x, farmacia y laboratorio.
- Las fichas para la atención médica serán repartidas a partir de la 6:00 am..
- En caso de que el paciente, requiera una atención de mayor complejidad, será referido a un centro de segundo o tercer nivel.

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN Y CHARLAS EDUCATIVAS PARA EL PERSONAL DE SALUD

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Enfermería Exámenes Complemen-tarios	**Enfermería** Campaña Día del Buen Trato	**Farmacia** Cuidados durante la administración de medicamen-tos	**Enfermería** Exámenes Complemen-tarios	**Ecografía** Preparación estudios ecográficos	**Psicología** Resolución de Conflictos
Enfermería Exámenes Complemen-tarios	**Pediatría** Control de Niño Sano	**Enfermería** Tabaquismo y factores de riesgo	**Med. Familiar** Prevención de la hipertensión arterial	**Enfermería** Requisitos para recabar ficha para atención médica	**Endocrino-logía** Diabetes
Farmacia Manejo de Psicotrópicos	**Ginecología** Importancia del Papanicolau	**Endocrino-logía** Diabetes	**Enfermería** Requisitos para recabar ficha médica	**Enfermería** Prueba Rápida para el VIH	**Pediatría** Lactancia Materna
Fisioterapia Sedentarismo	**Enfermería** Enfermedades de Transmisión Sexual	**Nutrición** Prevención del sobrepeso y Obesidad	**Enfermería** Requisitos para recabar ficha médica	**Pediatría** Lactancia materna	**Enfermería** Inmunizacio-nes

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Enfermería Control Papanicolaou	**Trabajo Social** Riesgo Profesional	**Med. Familiar** H.T.A.	**Traumato-logía** Uña Encarnada	**Enfermería** Higiene Personal	**Fisioterapia** Beneficio de la actividad física en la 3ra. edad
Ginecología Control Papanicolau	**Epidemiolo-gía** Influenza H1N1	**Pediatría** Lac. Materna	**Nutrición** Nutrición y Diabetes	**Enfermería** Protección Solar	**Cirugía Toráxica** Hidatidosis Pulmonar
Urología CA Próstata	**Ecografía** Preparación estudios ecográficos	**Ginecologia** Prevención CA de mama	**Psicología** Stress	**Enfermería** Prevención Enfermedades diarreicas	**Pediatría** Lactancia materna
Fisioterapia Beneficio de la Actividad Física	**Psicología** Pacientes con VIH-SIDA	**Odontología** Higiene dental	**Farmacia** Interacción Fármacos	**Pediatría** Alimentación Niños<6 meses	**Fisioterapia** Higiene Postural

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SERVICIOS EN SALUD

TRIMESTRE	TEMÁTICA	PERSONAL
PRIMERO	USO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	PERSONAL DE ENFERMERÍA PERSONAL DE LIMPIEZA
SEGUNDO	- ACOPIO - MANEJO - SEPARACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS	PERSONAL DE ENFERMERÍA PERSONAL DE LIMPIEZA
TERCERO	- DILUCIÓN DEL HIPOCLORITO DE SODIO - IMPLEMENTACIÓN COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA	PERSONAL DE ENFERMERÍA PERSONAL DE LIMPIEZA
CUARTO	ESPECIALIDADES MEDICAS	PERSONAL DE ADMISIÓN Y FICHAJE

CUADROS

CUADRO RESUMEN DE ASEGURADOS QUE NO RECIBIERON ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA A PESAR DE SOLICITARLA EN LA GESTIÓN 2012

ESPECIALIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NEUROCIRUGIA	15	-	0	-	-	0	0	0	0	12	9	11	47
NEUROLOGIA CLINICA	23	-	10	-	-	18	2	9	9	9	27	20	127
OFTALMOLOGIA	22	-	35	-	-	13	56	64	71	90	30	41	422
OTORRINOLARINGOLOGIA	25	-	2	-	-	0	2	13	0	0	5	2	49
ENDOCRINOLOGIA	9	-	9	-	-	8	12	17	11	38	14	25	143
CARDIOLOGIA	9	-	0	-	-	9	10	0	0	0	0	0	28
GINECOLOGIA	56	-	75	-	-	72	29	40	27	58	4	0	361
TRAUMATOLOGIA	22	-	78	-	-	4	53	26	11	27	10	15	246
REUMATOLOGIA	8	-	20	-	-	29	19	25	20	40	36	34	231
DERMATOLOGIA	7	-	0	-	-	0	0	0	0	0	0	10	17
HEMATOLOGIA	0	-	0	-	-	0	0	5	0	4	1	0	10
CIRUGIA VASCULAR	0	-	0	-	-	0	0	0	0	2	0	0	2
PEDIATRIA	14	-	0	-	-	15	9	17	2	138	2	0	197
UROLOGIA	22	-	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	22
MEDICINA INTERNA	11	-	0	-	-	12	4	2	0	37	0	0	66
GASTROENTEROLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	46	30	79
TOTAL	**243**	**-**	**229**	**-**	**-**	**180**	**196**	**218**	**151**	**458**	**184**	**188**	**2.047**

CUADRO RESUMEN DE RESPUESTAS DE LOS ASEGURADOS A LA PREGUNTA 2 DE LA ENCUESTA REALIZADA EN EL POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE CON RELACIÓN A LA DEMANDA INSATISFECHA EN CONSULTA EXTERNA GESTIÓN 2012

MES	SATISFECHOS	INSATISFECHOS	TOTAL
ENERO	50	193	**243**
FEBRERO	0	0	**0**
MARZO	40	189	**229**
ABRIL	0	0	**0**
MAYO	0	0	**0**
JUNIO	20	160	**180**
JULIO	35	161	**196**
AGOSTO	18	200	**218**
SEPTIEMBRE	50	101	**151**
OCTUBRE	108	350	**458**
NOVIEMBRE	34	150	**184**
DICIEMBRE	60	128	**188**
TOTAL	**415**	**1632**	**2.047**

CUADRO RESUMEN DE RESPUESTAS DE LOS BENEFICIARIOS A LA PREGUNTA 3 DE LA ENCUESTA REALIZADA EN EL POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE CON RELACIÓN A LA DEMANDA INSATISFECHA EN CONSULTA EXTERNA GESTIÓN 2012

MES	SATISFECHOS	INSATISFECHOS	TOTAL
ENERO	70	173	**243**
FEBRERO	0	0	**0**
MARZO	35	194	**229**
ABRIL	0	0	**0**
MAYO	0	0	**0**
JUNIO	30	150	**180**
JULIO	15	181	**196**
AGOSTO	28	190	**218**
SEPTIEMBRE	45	106	**151**
OCTUBRE	98	360	**458**
NOVIEMBRE	44	140	**184**
DICIEMBRE	66	122	**188**
TOTAL	**431**	**1616**	**2.047**

CUADRO RESUMEN DE RESPUESTAS DEL PERSONAL DEL POLICONSULTORIO 20 DE OCTUBRE A LA ENTREVISTA REALIZADA CON RELACIÓN A LA DEMANDA INSATISFECHA EN CONSULTA EXTERNA GESTIÓN 2012

CAUSAS Y SOLUCIONES	PERSONAL SALUD	PERSONAL ADMINISTRATIVO	TOTAL
PREGUNTA 1: CAUSAS			
FALTA DE PERSONAL MÉDICO PARA LA ATENCIÓN	45	11	**56**
FALTA DE INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN	35	9	**44**
TOTAL	**80**	**20**	**100**
PREGUNTA 2: SOLUCIÓN			
INCREMENTAR EL PERSONAL MÉDICO	45	11	**56**
AMPLIAR LA INFRAESTRUCTURA	35	9	**44**
TOTAL	**80**	**20**	**100**