



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE  
SAN FRANCISCO XAVIER  
D E C H U Q U I S A C A**

**EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN EL PROCESO DE TRÁMITE  
DE INVALIDEZ EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL  
SANTA CRUZ DE LA SIERRA, GESTIONES (2020-2024)**

**Autor: Maria Lourdes Sanchez Vargas**

**Tutora: M.Sc. Juan Carlos Mendoza Lavadenz**

**MAESTRÍA EN SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO – VERSIÓN 1**

**2026**

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR**

Yo, MARIA LOURDES SANCHEZ VARGAS, como autora única del presente trabajo de investigación para optar al grado académico correspondiente en la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX), declaro bajo juramento lo siguiente:

Que el contenido de esta tesis es de mi autoría original, fruto de mi proceso de investigación, reflexión crítica y análisis personal. Todas las ideas, interpretaciones, hallazgos y propuestas formuladas son producto de mi trabajo intelectual, excepto en los casos en los que se ha hecho un reconocimiento explícito mediante la citación adecuada y correspondiente a las fuentes bibliográficas, documentales o de cualquier otra índole utilizadas, conforme al estilo de citación Vancouver requerido por la universidad.

Que en los casos en los que esta investigación incluye información confidencial, sensible o de acceso restringido como datos internos de la Caja Nacional de Salud (CNS) Regional Santa Cruz, reportes institucionales, o cualquier información proporcionada por personas naturales o jurídicas, manifiesto haber obtenido los permisos escritos correspondientes, los cuales se adjuntan en los anexos de este documento, para su uso estrictamente académico y dentro del contexto de esta investigación.

Que autorizo expresamente a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) en particular, a la Dirección de Posgrado, la Biblioteca Central y el Comité de Ética someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica mediante las herramientas establecidas para tal fin (como software antiplagio), con el objetivo de verificar su originalidad y el correcto uso de las fuentes.

Que autorizo a la USFX a incluir, archivar y hacer disponible este trabajo académico en su repositorio institucional digital o físico, para fines de consulta, difusión del conocimiento y uso estrictamente académico por parte de la comunidad universitaria y el público interesado, respetando en todo momento los derechos de autor aquí declarados.

Que, en virtud de lo anterior, doy mi consentimiento para que esta tesis, en su totalidad o en partes destacadas, pueda ser publicada, reproducida o divulgada por los canales académicos que la USFX considere pertinentes, siempre y cuando se respete de manera irrestricta la propiedad

intelectual y la autoría que me corresponde, con las debidas referencias a mi persona y a este documento.

Reconozco que el incumplimiento de cualquiera de los puntos aquí declarados podría acarrear las consecuencias académicas y legales establecidas en los reglamentos de la USFX y la legislación boliviana vigente sobre propiedad intelectual.

María Lourdes Sánchez Vargas

Enero de 2026

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a nuestro creador Dios que es único que está por encima de todas las cosas.*

*De manera especial, a mi esposo Casiano Romero Coronado, por su apoyo constante, comprensión y acompañamiento incondicional a lo largo de este proceso formativo, brindándome la fortaleza y motivación necesarias para continuar creciendo a nivel personal y profesional.*

*Asimismo, dedico este logro a mis hijas, quienes con su amor, paciencia y estímulo diario han sido una fuente permanente de inspiración, impulsándome a perseverar en el compromiso con mi formación y vocación de servicio social.*

*Este trabajo representa no solo un esfuerzo académico, sino también el respaldo y la confianza de mi familia, pilares fundamentales para alcanzar mis metas de superación profesional.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX)*

*A los docentes de la Maestría en Seguridad Social a Corto Plazo por la entrega total, compromiso y los conocimientos transmitidos durante este nuevo proceso formativo, así como por su contribución de manera significativa a mi crecimiento profesional, consolidando mi formación como trabajadora social*

*Expreso mi reconocimiento al MSc. Juan Carlos Mendoza Lavadenz, tutor de este trabajo, cuya orientación, acompañamiento académico y aportes resultaron esenciales para el desarrollo y culminación del mismo.*

*Finalmente, extiendo mi agradecimiento a mis compañeras de maestría, por el apoyo mutuo, el trabajo colaborativo y el compañerismo demostrado, elementos que enriquecieron esta experiencia académica.*

## RESUMEN

La ineficiencia en el proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz se expresa en dilaciones prolongadas, reprocesos recurrentes y percepciones de ineficacia institucional, afectando el ejercicio efectivo del derecho social de los asegurados. Esta problemática resulta especialmente crítica para la población joven con discapacidad, que enfrenta barreras adicionales durante la transición entre los servicios pediátricos y de adultos, así como limitaciones en el acceso oportuno a prestaciones.

El objetivo de la investigación fue analizar el nivel de eficiencia del proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2020-2024, considerando las particularidades de la población joven con discapacidad.

La investigación adoptó un enfoque mixto, de tipo explicativo secuencial y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 208 expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional. Además, se aplicaron 150 encuestas a beneficiarios, se realizaron 25 entrevistas en profundidad y participaron 85 funcionarios mediante cuestionarios, entrevistas y grupos focales. El análisis cuantitativo incluyó estadística descriptiva e inferencial, mientras que el análisis cualitativo se desarrolló a través de análisis temático. El estudio se realizó entre enero y diciembre de 2024, respetando los principios éticos de confidencialidad y consentimiento informado.

Los resultados evidenciaron una brecha significativa entre el diseño formal del proceso, compuesto por siete etapas, y su ejecución real, que incorporó once subprocesos emergentes, con un promedio de 7.1 desviaciones por expediente. El tiempo promedio del trámite fue de 135.6 días, superando en 50.7% los plazos normativos, identificándose a la evaluación médica como el principal cuello de botella. Los casos de discapacidad del neurodesarrollo presentaron tiempos significativamente mayores. Asimismo, se identificaron disfunciones documentales y administrativas con impacto directo en la duración del proceso. Se concluye que el trámite evidencia ineficiencias que generan costos significativos.

**Palabras clave:** Eficiencia administrativa, trámite de invalidez, discapacidad, sistemas de salud, jóvenes con discapacidad, Caja Nacional de Salud.

## Abstract

The inefficiency in the disability benefits application process at the Santa Cruz Regional Office of the National Health Fund is manifested through prolonged delays, recurrent reprocessing, and perceptions of institutional inefficacy, affecting the effective exercise of insured individuals' social rights. This issue is particularly critical for young people with disabilities, who face additional barriers during the transition from pediatric to adult services, as well as limitations in timely access to benefits.

The objective of this research was to analyze the level of efficiency of the disability benefits application process at the Santa Cruz Regional Office of the National Health Fund during the 2020–2024 period, considering the specific characteristics of the young population with disabilities.

The study adopted a mixed-methods approach with a sequential explanatory design and a non-experimental framework. The sample consisted of 208 case files selected through proportional stratified random sampling. In addition, 150 surveys were administered to beneficiaries, 25 in-depth interviews were conducted, and 85 staff members participated through questionnaires, interviews, and focus groups. Quantitative analysis included descriptive and inferential statistics, while qualitative analysis was conducted using thematic analysis. The study was carried out between January and December 2024, in accordance with ethical principles of confidentiality and informed consent.

The results revealed a significant gap between the formal design of the process, consisting of seven stages, and its actual implementation, which incorporated eleven emerging subprocesses, with an average of 7.1 deviations per case file. The average processing time was 135.6 days, exceeding regulatory timeframes by 50.7%, with medical evaluation identified as the main bottleneck. Cases involving neurodevelopmental disabilities showed significantly longer processing times. Additionally, documentary and administrative dysfunctions were identified, directly impacting the duration of the process. It is concluded that the disability benefits application process exhibits inefficiencies that generate significant operational and human costs

## INDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR.....	I
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTOS .....	IV
RESUMEN .....	V
Abstract.....	VI
Índice Cuadros .....	XIII
Índice tablas .....	XIV
1.1. Antecedentes .....	1
1.2. Problema de Investigación.....	2
1.3. Justificación.....	3
1.4. Pregunta de Investigación.....	4
1.5. OBJETIVOS .....	5
1.5.1. Objetivo General .....	5
1.5.2. Objetivos Específicos .....	5
1.6. HIPÓTESIS.....	6
1.7. Contribución al Estado de Conocimiento .....	8
1.8. Organización de la Tesis .....	9
2.1. Marco Teórico .....	10
2.1.1. Estado del Arte: Análisis de Investigaciones Previas .....	10
2.1.1.1. Teorías Contemporáneas sobre Eficiencia en Servicios de Salud Pública .....	12
2.1.1.2. Enfoques Actuales sobre Gestión de Procesos en Instituciones de Salud .....	13
2.1.1.3. Teorías sobre Evaluación de Discapacidad en Población Joven .....	14
2.1.1.4. Factores Administrativo-Organizacionales .....	14
2.1.1.5. Teorías de Mejora Continua y Optimización Procesal.....	15
2.1.2. Antecedentes Históricos del Sistema de Seguridad Social Boliviano .....	16
2.1.3. Brecha de Investigación Identificada.....	17
2.1.4. Referentes Normativos del Estudio .....	17
2.1.5. Reconocimiento y certificación legal de discapacidad.....	19
2.1.6. Evaluación y calificación del grado de invalidez.....	19
2.1.7. Trámites y beneficios según situación específica .....	20
Adolescentes con retraso mental o autismo .....	20
□ Autismo y diagnóstico específico .....	20

□	Estado vegetativo u otras condiciones severas.....	20
2.1.8.	Apoyos adicionales disponibles.....	20
	Programa de servicios sociales y legales para personas con discapacidad.....	20
	Ganancias económicas y bonos.....	20
2.1.9.	Definiciones conceptuales de interés para la investigación .....	21
2.1.9.1.	Eficiencia Procesal en Trámites de Invalidez .....	21
2.1.9.2.	Estructura Secuencial de Procesos Administrativos de Salud.....	22
2.1.9.3.	Tiempos de Duración y Cuellos de Botella.....	22
2.1.9.4.	Disfunciones Procesales en Evaluación de Discapacidad .....	23
2.1.9.5.	Factores Administrativo-Organizacionales .....	23
2.1.9.6.	Percepción de Actores en Procesos Administrativos Sensibles.....	24
2.1.9.7.	Optimización Procesal Basada en Evidencia .....	24
2.2.	MARCO CONTEXTUAL.....	25
2.2.1.	Sustento Filosófico: Enfoque de Derechos y Justicia Social.....	25
2.2.2.	Sustento Jurídico-Legal: Teoría de la Simplificación Administrativa.....	25
2.2.3.	Sustento Sociológico y del Trabajo Social: Teoría de Sistemas y Enfoque Ecológico ..	26
2.2.4.	Contextualización Territorial y Demográfica .....	26
2.2.5.	Contexto Institucional Específico: La CNS Regional SC. en el Laberinto Urbano.....	27
2.2.6.	Perfiles y Trayectorias de la Invalidez Cruceña.....	28
2.2.7.	Cartografía de Barreras: Los Obstáculos en el Camino del Reconocimiento.....	29
2.2.8.	El Contexto Temporal 2020-2024 como Punto de Inflexión .....	30
3.3.1.	Técnicas de carácter primario.....	33
a)	Análisis Documental Sistemático .....	33
b)	Entrevistas Semiestructuradas en Profundidad .....	33
c)	Encuestas Estructuradas .....	34
d)	Observación No Participante Estructurada .....	34
3.3.2.	Técnicas de carácter secundario .....	34
a)	Revisión Sistemática de Literatura Académica.....	34
b)	Análisis de Datos Institucionales.....	35
c)	Análisis Normativo Comparado .....	35
3.3.3.	Instrumento de medición .....	35
a)	Matriz de Análisis Documental (Anexo 1) .....	35
b)	Guías de Entrevista Semiestructurada (Anexo 2) .....	35

c)	Cuestionarios de Encuesta (Anexo 3).....	35
d)	Guías de Observación No Participante (Anexo 4).....	36
e)	Fichas de Análisis de Expedientes (Anexo 5).....	36
f)	Consentimientos Informados (Anexo 6).....	36
3.4.1.	Población de Estudio.....	36
A.	Población de Expedientes Administrativos.....	36
B.	Población de Beneficiarios.....	37
C.	Población de Funcionarios Institucionales.....	37
3.4.2.	Muestra y Estrategias de Muestreo.....	37
A.	Muestra de Expedientes (Componente Cuantitativo Principal).....	37
B.	Muestra de Beneficiarios (Componente Mixto).....	38
C.	Muestra de Funcionarios (Componente Mixto).....	39
3.4.3.	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	39
A.	Para Expedientes Administrativos.....	39
B.	Para Beneficiarios Participantes.....	40
C.	Para Funcionarios Participantes.....	40
3.4.4.	Consideraciones Especiales para Poblaciones Vulnerables.....	41
Adaptaciones Metodológicas.....		41
Consideraciones Éticas Específicas.....		41
3.4.5.	Tamaños Muéstrales por Objetivo Específico.....	42
3.6.1.	Fases de Ejecución del Estudio.....	51
3.6.2.	Protocolos Específicos de Ejecución por Técnica.....	52
3.6.3.	Control de Calidad de Datos.....	53
3.7.	Procesamiento y análisis de resultados.....	53
3.7.1.	Estrategia General de Análisis Integrado.....	53
3.7.2.	Procesamiento por Objetivos Específicos.....	53
3.7.3.	Integración mediante Triangulación Metodológica.....	55
3.7.4.	Criterios de Rigor Científico Aplicados.....	55
3.8.	Aspectos Éticos de la Investigación.....	55
3.8.1.	Principios Rectores y Marco Normativo.....	55
3.8.2.	Medidas Específicas de Protección a Participantes.....	56
3.8.3.	Consideraciones Especiales para Población Vulnerable.....	56
3.8.4.	Aprobaciones Requeridas y Supervisión Ética.....	57

III.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	59
3.1.	Presentación de resultados.....	59
4.1.1.	Resultados Cuantitativos. ....	59
	Interpretación detallada de los resultados.....	60
	Análisis de Desviaciones.....	61
	Implicaciones Teóricas:.....	61
	Interpretación detallada de los resultados:.....	62
	Análisis de Varianza (ANOVA implícito).....	63
	Distribución Temporal Acumulada .....	63
	Interpretación Detallada de los Resultados.....	64
	Distribución Poblacional por Tipo de Discapacidad.....	64
	Análisis Comparativo de Tiempos de Resolución .....	65
	Análisis Matricial Completo.....	68
	Análisis de Flujo de Disfunciones .....	68
	Índice de Fragilidad Procesal .....	69
	Análisis Costo-Beneficio de Intervenciones.....	70
	Cálculo de Pérdida Total por Disfunción .....	70
	Análisis de Pareto Aplicado .....	71
	Implicaciones para la Propuesta de Mejora .....	71
	Análisis Jerárquico de Factores .....	72
	Análisis de Regresión Múltiple Detallado .....	72
	Fuente: Elaboración propia.....	73
	Análisis de Conglomerados (Tabla 7 integrada).....	73
4.1.2.	Resultados Cualitativos .....	74
4.2.	Discusión de Resultados.....	75
4.2.1.	Discusión Integrada por Objetivos .....	75
4.2.2.	Triangulación y Validación de Hallazgos.....	77
4.2.3.	Implicaciones Teóricas y Prácticas.....	77
4.2.4.	Limitaciones y Consideraciones Metodológicas.....	78
5.1.1.	Fundamento Teórico-Conceptual.....	80
5.1.2.	Fundamento Empírico-Investigativo.....	81
5.1.3.	Fundamento Normativo-Jurídico .....	81
5.2.	Objetivos .....	81

5.2.1.	Objetivo General .....	81
5.2.2.	Objetivos Específicos .....	82
5.3.	Planificación.....	82
5.3.1.	Enfoque Estratégico.....	82
5.3.2.	Fases de Implementación.....	82
5.4.	Metodología de la Aplicación.....	83
5.4.1.	Diseño .....	83
5.4.2.	Componentes de la Intervención.....	83
5.4.3.	Responsables de la Implementación .....	84
5.4.4.	Recursos Necesarios.....	85
5.5.	Estrategias de Implementación.....	86
5.5.1.	Estrategia de Cambio Gradual Controlado .....	86
5.5.2.	Estrategia de Comunicación y Sensibilización .....	86
5.5.3.	Estrategia de Sostenibilidad.....	86
5.6.1.	Sistema de Monitoreo en Tiempo Real.....	87
5.6.2.	Evaluación de Impacto .....	87
5.6.3.	Indicadores Clave de Desempeño.....	87
5.6.4.	Mecanismos de Rendición de Cuentas.....	88
5.7.	Cronograma de Implementación.....	88
	Fuente: Elaboración propia.....	89
	Consideraciones Especiales del Cronograma .....	89
	INNOVACIÓN DE LA PROPUESTA .....	89
	CONCLUSIONES INTEGRADORAS.....	92
6.2.	Recomendaciones Operativas Específicas .....	94
6.3.	Recomendaciones de Fortalecimiento Institucional.....	94
6.4.	Recomendaciones de Política Institucional.....	95
	ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA .....	97
	CONSIDERACIÓN FINAL .....	98
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
	Bibliografía .....	103
	ANEXO 1: CARTA DE AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL .....	106
	ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL INVESTIGADOR.....	108
	ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BENEFICIARIOS .....	109

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FUNCIONARIOS .....	111
ANEXO 5: GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FUNCIONARIOS.....	113
ANEXO 6: CUESTIONARIO DE ENCUESTA PARA BENEFICIARIOS.....	115
ANEXO 7: FICHA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE .....	118
ANEXO 8: MATRIZ DE ANÁLISIS DOCUMENTAL .....	121

## ÍNDICE CUADROS

Cuadro Nro. 1: MATRIZ DE ALINEACIÓN OBJETIVOS-HIPÓTESIS .....	7
Cuadro Nro. 2: RESUMEN CLAVE.....	21
Cuadro Nro. 3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ARTICULADA CON LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
Cuadro Nro. 4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	46
Cuadro Nro. 5: RELACIÓN DE ANEXOS CON LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	57

## ÍNDICE TABLAS

Tabla: 1: Comparación entre proceso formal y ejecución practica .....	59
Tabla: 2. Tiempos promedio por etapa del trámite (n=208) .....	61
Tabla: 3. Comparativa tiempos por tipo de discapacidad .....	64
Tabla: 4 Distribución de disfunciones por naturaleza y etapa .....	67
Tabla: 5 Impacto de difusión en tiempo adicional.....	69
Tabla: 6 Correlaciones entre factores administrativos y eficiencia.....	71
Tabla: 7 Análisis de conglomerados-perfiles institucionales .....	73
Tabla: 8 Validación de hipótesis con hallazgos empíricos .....	78
Tabla: 9 Conclusiones analíticas por tabla .....	79

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Antecedentes

El sistema de seguridad social boliviano constituye un pilar fundamental del Estado de Derecho, sustentado en principios constitucionales de solidaridad y universalidad que garantizan la protección integral ante contingencias que afectan la capacidad laboral y el bienestar ciudadano (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009). En este marco, la Caja Nacional de Salud (CNS) se erige como una de las principales entidades gestoras del seguro social a corto plazo, atendiendo a una amplia población de trabajadores y sus familias. Entre sus prestaciones económicas más sensibles destaca la pensión de invalidez, derecho vital para aquellos asegurados que, debido a enfermedad o accidente, ven severamente disminuida o anulada su capacidad productiva (Caja Nacional de Salud, 2015).

En el contexto específico de la CNS Regional Santa Cruz de la Sierra, la dinámica demográfica, económica y epidemiológica genera una demanda sostenida y creciente de este beneficio. Datos preliminares institucionales revelan que anualmente se registran aproximadamente 90 nuevas solicitudes de invalidez, de las cuales solo alrededor de 50 culminan exitosamente en el mismo período. Esta brecha del 44% evidencia desafíos procesales significativos, donde una considerable proporción de casos enfrenta dilaciones, observaciones o abandono del trámite.

Epidemiológicamente, se identifica un predominio marcado del sexo masculino (70%) entre los solicitantes. Particularmente relevante es el perfil clínico de la población joven (19-22 años), donde predominan condiciones como: retraso mental moderado y grave, autismo con compromiso cognitivo, estados vegetativos persistentes y trastornos discales vertebrales. Estas patologías, de inicio temprano y curso crónico, demandan evaluaciones especializadas y abordajes multidisciplinarios complejos.

Esta distribución patológica coincide con hallazgos nacionales sobre discapacidad en población joven. El Ministerio de Salud y Deportes (2021) identifica las condiciones neurológicas y del desarrollo como principales causas de discapacidad en adolescentes.

Asimismo, estudios específicos destacan los desafíos en la aplicación de criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) para condiciones del neurodesarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2020) y la compleja transición entre servicios pediátricos y de adultos en discapacidad permanente (Cárdenas et al., 2022).

El proceso administrativo para acceder a esta prestación presenta inherente complejidad, involucrando múltiples instancias: evaluación médica inicial, calificación por junta médica, revisión documental legal-administrativa y emisión de resolución final. Esta complejidad estructural, sumada a factores como la saturación de servicios, discontinuidad en recursos humanos especializados y rigidez normativa, puede configurar barreras que obstaculizan el acceso oportuno a un derecho fundamental.

El período 2020-2024 incorporó desafíos adicionales. La pandemia de COVID-19 alteró sustancialmente la operatividad institucional, generando retrocesos en la agilidad de trámites e incrementando la carga de enfermedades crónicas y secuelas post-COVID que eventualmente derivan en solicitudes de invalidez (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Ante este escenario, se identifica una brecha crítica en la literatura científica aplicada: mientras existen estudios médicos sobre etiología de invalidez y análisis normativos del seguro social, son escasos los trabajos que, desde la gestión pública y administración de procesos, analicen integralmente la trayectoria del trámite de invalidez para diagnosticar cuellos de botella, medir eficiencia real y proponer mejoras sistémicas. Esta investigación buscó ocupar ese espacio, ofreciendo un análisis riguroso que trascienda la mera descripción y aporte evidencia concreta para la toma de decisiones informada y modernización del servicio.

## **1.2. Problema de Investigación**

El trámite de invalidez en la CNS Regional Santa Cruz de la Sierra se configura como un proceso administrativo-técnico de alta criticidad, cuyo desempeño óptimo es determinante para la calidad de vida de los beneficiarios. Sin embargo, la evidencia operativa y la percepción de los actores involucrados sugieren la existencia de deficiencias sistémicas que comprometen su eficiencia, celeridad y transparencia.

Se observa una disparidad preocupante entre solicitudes iniciadas ( $\approx 90$ /año) y resueltas ( $\approx 50$ /año), indicando barreras procesales que generan deserción, retraso extemporáneo o denegación. Los funcionarios reportan alta recurrencia de observaciones en expedientes, frecuentemente por requisitos documentales redundantes o falta de claridad procedimental. Paralelamente, los beneficiarios expresan percepciones de desinformación, trámites engorrosos y plazos excesivamente largos para obtener resolución, períodos durante los cuales su situación socioeconómica y de salud puede deteriorarse gravemente.

Estos obstáculos operativos se desarrollan en un contexto institucional de presión asistencial y restricciones de recursos, agudizado por la reciente crisis sanitaria. La ausencia de estudios integrales que mapeen el proceso completo, cuantifiquen tiempos, identifiquen puntos críticos de demora y evalúen factores administrativos, técnicos y normativos causales, limita la capacidad de la CNS para implementar correctivos basados en evidencia.

Problema Central: La ineficiencia en el proceso de trámite de invalidez, cuyas manifestaciones dilaciones, reprocesos y percepciones de ineficacia afectan tanto el derecho social de los asegurados como la efectividad institucional de la CNS Regional Santa Cruz de la Sierra.

### **1.3. Justificación**

La realización de este estudio se justifica desde múltiples dimensiones:

- **Justificación Académica-Científica:** Esta investigación contribuye significativamente a los campos de Administración Pública, Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social. Al aplicar un enfoque metodológico mixto (cualitativo-cuantitativo) y un marco analítico de gestión por procesos, el estudio genera un modelo de análisis reproducible para evaluar trámites administrativos sensibles en entornos de seguridad social. Los hallazgos enriquecerán la literatura especializada boliviana, aún incipiente en estudios de eficiencia procesal al interior de cajas de salud, particularmente respecto a población joven con discapacidad.

- **Justificación Práctica-Institucional:** Para la CNS Regional Santa Cruz, este diagnóstico representa una herramienta de gestión estratégica. Los resultados permitirán a las autoridades identificar con precisión cuellos de botella, redundancias y fuentes de error en el proceso. Las propuestas de mejora derivadas tendrán carácter aplicativo directo, pudiendo traducirse en: optimización de flujos de trabajo, simplificación de formatos, estandarización de criterios e implementación de protocolos de seguimiento, generando ahorro de recursos, reducción de tiempos y mejora sustancial en calidad de servicio.
- **Justificación Social:** En el centro del proceso se encuentra el beneficiario en situación de vulnerabilidad. Un trámite ágil, transparente y predecible trasciende la mera obligación administrativa para constituirse en acto de justicia social y reparación. Al mejorar la eficiencia del proceso, esta investigación impacta directamente en el bienestar de asegurados y sus familias, garantizando que la protección económica llegue oportunamente. Contribuye, así, al fortalecimiento del derecho fundamental a seguridad social y a la construcción de una institución más confiable y cercana a la ciudadanía.

#### **1.4. Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el nivel de eficiencia del proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra durante las gestiones 2020-2024?

#### **Preguntas Específicas**

1. ¿Cuál es la estructura secuencial del proceso de trámite de invalidez en su diseño formal y ejecución práctica?
2. ¿Cuáles son los tiempos promedio de duración del trámite completo y de sus sub-etapas críticas?
3. ¿Qué tipos de disfunciones procesales según su naturaleza (documental, clínica, administrativa) se presentan con mayor frecuencia en los expedientes de invalidez?
4. ¿Cómo inciden los factores administrativo-organizacionales en la eficiencia del proceso?

5. ¿Qué lineamientos de mejora pueden proponerse para optimizar el proceso?

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo General**

Analizar el nivel de eficiencia del proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra durante la gestión 2020-2024.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

1. Describir la estructura secuencial del proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional, identificando tanto su diseño formal (establecido en normativas y manuales) como su ejecución práctica durante el período 2020-2024.
2. Determinar los tiempos promedio de duración del trámite completo de invalidez y de sus sub-etapas críticas (recepción de documentación, evaluación clínica inicial, calificación por junta médica, revisión administrativa y emisión de resolución).
3. Identificar los tipos de disfunciones procesales según su naturaleza (documental, clínica, administrativa) que se presentan con mayor frecuencia en los expedientes de invalidez y que afectan especialmente a la población joven.
4. Examinar la relación existente entre los factores administrativos-organizacionales (capacidad del personal, sistemas de información, flujos de comunicación) y los niveles de eficiencia del proceso.
5. Elaborar un plan de lineamientos y acciones específicas para la optimización y mejora continua del proceso de trámite de invalidez.

## **1.6. HIPÓTESIS**

### **1.6.1. Hipótesis Central**

La eficiencia del proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra durante las gestiones 2020–2024 está significativamente influenciada por factores administrativos y organizacionales, tales como la gestión documental, la coordinación entre unidades y la disponibilidad de recursos humanos, lo que genera retrasos en la resolución de los trámites.

### **1.6.2. Hipótesis Específicas**

1. Existe una brecha significativa entre el diseño formal del proceso de trámite de invalidez (establecido en normativas y manuales) y su ejecución práctica en la CNS Regional Santa Cruz, caracterizada por desviaciones en la secuencia de etapas, roles no formalizados y subprocesos emergentes no documentados, especialmente evidente en los casos de población joven con condiciones del neurodesarrollo.
2. El tiempo total promedio del trámite de invalidez supera en más de un 50% los plazos establecidos en la normativa institucional (90 días hábiles), concentrándose el mayor cuello de botella en la etapa de evaluación y calificación médica (con demora promedio superior a 45 días), particularmente para casos de jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos del espectro autista que requieren evaluaciones multidisciplinarias especializadas.
3. Las disfunciones procesales de naturaleza documental (requisitos incompletos, inconsistencias en certificados, falta de actualización de registros) constituyen más del 60% de las observaciones y retrocesos en los expedientes de invalidez, seguidas por disfunciones clínicas (evaluaciones médicas insuficientes, criterios contradictorios) que afectan especialmente a la población joven con condiciones del desarrollo.

4. Existe una correlación negativa significativa entre la capacidad administrativo-organizacional (medida a través de indicadores de dotación y capacitación de personal, efectividad de sistemas de información, y fluidez en flujos de comunicación interna) y los niveles de eficiencia del proceso (tiempos de resolución y tasa de expedientes observados), siendo la rotación y carencia de personal especializado en evaluación de discapacidad el factor más crítico identificado.
5. La implementación de un plan de optimización basado en la estandarización de procedimientos, fortalecimiento de capacidades del personal y digitalización de flujos documentales reduciría el tiempo total promedio del trámite en al menos un 35% y disminuiría la tasa de expedientes observados en más del 50% en un período de implementación de 12 meses, con efectos particularmente positivos en la atención a población joven con discapacidad.

**Cuadro Nro. 1: MATRIZ DE ALINEACIÓN OBJETIVOS-HIPÓTESIS**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Hipótesis Correspondiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Variable Dependiente</b>	<b>Relación Esperada</b>
<b>OE1:</b> Describir estructura del proceso	<b>H1:</b> Brecha proceso formal vs. Real	Diseño normativo formal	Ejecución práctica real	Desviación significativa
<b>OE2:</b> Determinar tiempos promedio	<b>H2:</b> Tiempos exceden normativa	Plazos normativos establecidos	Tiempos reales medidos	Exceden en >50%
<b>OE3:</b> Identificar disfunciones	<b>H3:</b> Predominio disfunciones documentales	Naturaleza de disfunciones	Frecuencia de ocurrencia	>60% son documentales
<b>OE4:</b> Examinar factores administrativos	<b>H4:</b> Correlación negativa capacidad-eficiencia	Capacidad administrativa	Indicadores de eficiencia	Correlación negativa significativa

Objetivo Específico	Hipótesis Correspondiente	Variable Independiente	Variable Dependiente	Relación Esperada
OE5: Elaborar plan de mejora	H5: Optimización reduce tiempos y errores	Implementación de mejoras	Tiempos y tasas de error	Reducción del 35% en tiempos, 50% en errores

Fuente: Elaboración propia

## 1.7. Contribución al Estado de Conocimiento

Esta investigación realiza contribuciones concretas al conocimiento existente:

### 1) Generación de Evidencia Empírica Local Contextualizada

Produce **el primer estudio sistemático** sobre eficiencia procesal del trámite de invalidez en la CNS de Santa Cruz, aportando datos cuantitativos desagregados (tiempos por etapa, tasas de error específicas) y testimonios cualitativos contextualizados que retratan la realidad operativa, con especial foco en la población joven con discapacidad y las condiciones del neurodesarrollo.

### 2) Desarrollo de Metodología Integradora Aplicada

Demuestra la utilidad de combinar mapeo de procesos, análisis de indicadores de gestión y evaluación de percepciones diferenciadas (beneficiarios vs. funcionarios) para diagnosticar problemas complejos en servicios públicos de salud, ofreciendo un modelo metodológico replicable para evaluar otros trámites administrativos sensibles en instituciones de seguridad social.

### 3) Vinculación Teórico-Práctica Específica

Conecta principios de teoría de la administración pública (eficiencia, calidad del servicio), gestión en salud (evaluación de discapacidad, continuidad de cuidados) y trabajo social (enfoque centrado en la persona, perspectiva de derechos) con un problema concreto, mostrando cómo el análisis sistemático multidisciplinario puede traducirse en propuestas de cambio viables y contextualmente apropiadas.

### 4) Documentación del Impacto Diferencial de Contextos Críticos

Registra y analiza el efecto diferenciado del período excepcional 2020-2024 (pandemia COVID-19, procesos de modernización institucional) sobre la gestión de un trámite administrativo sensible, aportando insumos específicos para la construcción de protocolos de resiliencia institucional y adaptación de servicios a poblaciones vulnerables en situaciones de crisis.

### 5) Innovación en el Enfoque de Población Específica

Aporta conocimiento especializado sobre los desafíos específicos en la evaluación de invalidez para jóvenes con discapacidad, particularmente en condiciones del neurodesarrollo, llenando un vacío en la literatura nacional sobre transición entre servicios pediátricos y de adultos en sistemas de seguridad social.

## 1.8. Organización de la Tesis

La presente tesis se estructura en cinco capítulos secuenciales, diseñados para guiar al lector desde la fundamentación teórica hasta las propuestas de acción, seguidos de los apartados finales de cierre y soporte documental.

- **Capítulo I: Introducción.** Presenta el tema de estudio, los antecedentes, la problemática, la justificación, las preguntas, los objetivos y la hipótesis. Es el marco general que delimita y da sentido a la investigación.

- **Capítulo II: Marco Teórico y Contextual.** Construye el soporte conceptual de la investigación, definiendo los ejes teóricos (gestión de procesos, eficiencia administrativa, calidad en servicios públicos) y describiendo el contexto institucional y normativo de la CNS y del trámite de invalidez en Bolivia.
- **Capítulo III: Marco Metodológico.** Detalla el diseño de la investigación. Explica el enfoque mixto, el tipo de estudio, la población y muestra (expedientes, beneficiarios, funcionarios), las técnicas de recolección de datos (análisis documental, entrevistas, encuestas) y los procedimientos de análisis cualitativo y cuantitativo.
- **Capítulo IV: Análisis y Discusión de Resultados.** Es el núcleo empírico de la tesis. Presenta, analiza e interpreta los datos obtenidos, organizándolos en función de los objetivos específicos. Se discuten los hallazgos a la luz del marco teórico y se contrastan con estudios previos.
- **Capítulo V: Propuesta de Mejora.** Deriva de los hallazgos del capítulo anterior. Plantea un conjunto de lineamientos estratégicos y acciones concretas, factibles y priorizadas, dirigidas a optimizar la eficiencia del proceso de trámite de invalidez. Incluye aspectos como rediseño de flujos, capacitación, manuales de procedimiento y posibles mejoras en sistemas de información.

Tras los cinco capítulos, se presentan las **Conclusiones** finales que sintetizan las respuestas a las preguntas de investigación, seguidos de **Recomendaciones** específicas para la CNS y para futuras investigaciones. Finalmente, se incluyen las **Referencias Bibliográficas** citadas, listadas bajo la norma Vancouver, y los **Anexos** que contienen los instrumentos de investigación, gráficos complementarios y documentos de soporte.

## II. MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

### 2.1. Marco Teórico

#### 2.1.1. Estado del Arte: Análisis de Investigaciones Previas

La evaluación de la eficiencia en procesos administrativos de seguridad social, particularmente en trámites de invalidez, ha experimentado una evolución conceptual significativa en las últimas décadas. Inicialmente centrada en indicadores financieros y de productividad, la concepción contemporánea incorpora dimensiones de calidad del servicio, satisfacción del usuario y

equidad en el acceso, especialmente para poblaciones vulnerables como los jóvenes con discapacidad. A nivel internacional, la literatura se ha centrado en dos ejes principales: la gestión por procesos en servicios públicos de salud y la evaluación de la discapacidad desde sistemas de seguridad social.

A nivel internacional, Hammer y Champy (2001) sentaron las bases del análisis de procesos organizacionales, estableciendo que la eficiencia no se mide solo por la rapidez, sino por la capacidad de un proceso para generar valor para el usuario final con el menor consumo posible de recursos. Esta perspectiva resulta particularmente relevante para el trámite de invalidez, donde el "valor" incluye no solo la resolución administrativa, sino la certeza jurídica, el trato digno y la oportunidad de la respuesta.

En el contexto anglosajón, los estudios de Bohlander & Snell (2010) sobre administración de recursos humanos en servicios de salud establecieron que la eficiencia de trámites administrativos está directamente correlacionada con la estandarización de procedimientos y la capacitación especializada del personal. Por su parte, Mintzberg (2012) en su análisis de estructuras organizacionales en entidades de salud, identificó que la fragmentación de procesos es una de las principales causas de ineficiencia, generando lo que denominó "costos de coordinación ocultos".

En América Latina, los estudios sobre eficiencia en seguridad social han revelado patrones comunes. Gómez y Fernández (2018) encontraron en sistemas comparados (Chile, Colombia, México) que los trámites de invalidez presentan cuellos de botella recurrentes en la integración entre evaluación médica y administrativa, especialmente para condiciones complejas como las del neurodesarrollo. Esta investigación destacó que la falta de protocolos específicos para poblaciones especiales (como jóvenes con discapacidad intelectual) generaba inconsistencias en la evaluación y prolongaba los tiempos de resolución. Similarmente, Rojas (2019) en su estudio sobre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), identificó que la principal fuente de demoras radicaba en la duplicidad de requisitos y la falta de articulación entre las áreas médicas y administrativas.

En el contexto boliviano, la investigación empírica sobre eficiencia procesal en cajas de salud es incipiente pero reveladora. Pérez y Vargas (2020) identificaron en la CNS de La Paz que solo el 32% de los trámites de prestaciones económicas cumplían con los plazos normativos establecidos, atribuyendo esta deficiencia a problemas de coordinación interdepartamental y falta de sistemas de seguimiento integral. Específicamente sobre invalidez, Córdova (2021) señaló que la evaluación de condiciones como el autismo y retraso mental en adolescentes enfrenta el desafío de la transición entre criterios pediátricos y de adultos, generando vacíos en la aplicación de normativas.

Un estudio particularmente relevante para esta investigación es el de Molina y Ríos (2022) sobre discapacidad en adolescentes en Santa Cruz, que encontró que el 60% de las familias con jóvenes discapacitados consideraban los trámites administrativos como "engorrosos y poco claros", destacando la falta de información adaptada y la escasa capacitación del personal en condiciones del desarrollo. Estos hallazgos señalan una brecha crítica entre el diseño formal de los procesos y su implementación práctica.

La presente investigación se posiciona en este contexto, buscando no solo identificar deficiencias en la eficiencia, sino comprender sus causas estructurales y proponer mejoras basadas en evidencia empírica, con especial atención a las necesidades específicas de la población joven con discapacidad.

#### **2.1.1.1. Teorías Contemporáneas sobre Eficiencia en Servicios de Salud Pública**

La conceptualización de eficiencia en servicios de seguridad social ha evolucionado significativamente en los últimos cinco años, transitando desde enfoques puramente economicistas hacia perspectivas integrales que incorporan dimensiones de equidad, calidad percibida y sostenibilidad. Smith et al. (2021) en su metaanálisis sobre sistemas de salud en América Latina, identificaron que la eficiencia debe medirse no solo por indicadores de productividad, sino por la capacidad de generar resultados en salud y la optimización en el uso de recursos escasos, especialmente en contextos de restricciones presupuestarias post-pandemia.

Desde la teoría de la administración pública contemporánea, García y López (2022) proponen el modelo de "Eficiencia Centrada en la Persona", que integra tres dimensiones: técnica (relación inputs-outputs), asignativa (distribución óptima de recursos) y dinámica (capacidad de adaptación y mejora continua). Este enfoque resulta particularmente relevante para evaluar trámites de invalidez, donde la eficiencia debe balancear agilidad administrativa con evaluación rigurosa y personalizada.

En el contexto específico de seguridad social, Rodríguez et al. (2023) desarrollaron un modelo de eficiencia procesal multidimensional que considera: 1) Eficiencia operativa (tiempos, costos, errores), 2) Eficiencia relacional (coordinación, comunicación), y 3) Eficiencia de resultado (impacto en calidad de vida, satisfacción usuarios). Este modelo será utilizado como marco analítico principal en esta investigación.

#### **2.1.1.2. Enfoques Actuales sobre Gestión de Procesos en Instituciones de Salud**

La gestión por procesos en instituciones de salud ha incorporado recientemente conceptos de agilidad organizacional y resiliencia institucional, particularmente tras la pandemia COVID-19. Martínez y Fernández (2020) documentaron cómo instituciones de seguridad social que habían implementado gestión por procesos digitalizada pudieron mantener continuidad operativa durante la crisis, mientras que aquellas con procesos manuales y fragmentados experimentaron colapsos severos.

Desde la perspectiva de rediseño de procesos sanitarios, Chen et al. (2021) proponen el modelo "Value Stream Mapping for Healthcare", adaptado de la manufactura esbelta, que permite identificar y eliminar actividades sin valor agregado en procesos administrativos. Aplicado a trámites de invalidez, este enfoque ayuda a distinguir entre actividades esenciales para la evaluación médica y administrativa, y aquellas que son redundantes o burocráticas.

Para el caso específico de procesos de evaluación de discapacidad, Patel et al. (2022) desarrollaron el concepto de "Procesos Adaptativos Complejos", reconociendo que la evaluación de condiciones como autismo y discapacidad intelectual requiere flexibilidad procedimental que los sistemas administrativos tradicionales no suelen permitir.

Este marco teórico es crucial para analizar las particularidades del trámite para población joven con condiciones del neurodesarrollo.

### **2.1.1.3. Teorías sobre Evaluación de Discapacidad en Población Joven**

La evaluación de invalidez en población joven (19-22 años) representa un punto crítico teórico y práctico en los sistemas de seguridad social, como documentan Williams y Johnson (2023) en su estudio comparativo internacional. Estos autores identifican el "vacío evaluativo de transición" entre criterios pediátricos y de adultos, que genera inconsistencia en decisiones y prolonga trámites.

Desde la teoría del ciclo vital aplicado a discapacidad, Gómez et al. (2021) proponen un modelo de evaluación continuo que reconoce que las necesidades y capacidades de personas con discapacidad evolucionan, requiriendo criterios dinámicos más que snapshots estáticos. Esta perspectiva cuestiona los modelos tradicionales de evaluación puntual que predominan en muchos sistemas de seguridad social.

El enfoque de derechos humanos aplicado a evaluación de discapacidad, desarrollado por ONU (2022) en sus directrices para implementación de la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, establece que los procesos evaluativos deben ser: participativos (involucrando a la persona evaluada), multidimensionales (considerando factores ambientales y sociales), y proporcionales (ajustando exigencia probatoria a la complejidad del caso).

### **2.1.1.4. Factores Administrativo-Organizacionales**

Los factores administrativo-organizacionales que afectan eficiencia han sido reconceptualizados recientemente desde la teoría de capacidades dinámicas aplicada al sector público. Thompson et al. (2023) identifican tres capacidades clave: 1) Capacidad de absorción (aprender de experiencias), 2) Capacidad de adaptación (modificar procedimientos según contexto), y 3) Capacidad de innovación (desarrollar nuevas soluciones).

Desde la teoría de configuraciones organizacionales, Rivera y Silva (2022) proponen que la eficiencia en trámites complejos depende de la alineación coherente entre: estructura organizacional, sistemas de información, perfiles de personal, y cultura institucional. Desalineaciones en cualquiera de estos elementos generan ineficiencias sistémicas.

Para el contexto específico de recursos humanos en evaluación de discapacidad, Kumar et al. (2021) desarrollaron el concepto de "competencia evaluativa especializada", que integra conocimientos médicos, habilidades de evaluación funcional, y sensibilización sobre aspectos psicosociales de la discapacidad. La carencia de esta competencia, según su estudio, explica hasta el 40% de las variaciones en tiempos de evaluación.

#### **2.1.1.5. Teorías de Mejora Continua y Optimización Procesal**

Los enfoques contemporáneos de mejora continua han integrado conceptos de ciencia de la implementación y teoría del cambio. Brown et al. (2023) proponen el modelo "Ímprobablemente Science for Public Sector", que enfatiza: 1) diagnóstico basado en teoría (comprender mecanismos causales), 2) diseño participativo (involucrar a afectados), y 3) evaluación adaptativa (ajustar intervenciones según resultados).

Desde la perspectiva de innovación en servicios públicos, OECD (2022) identifica que las mejoras sostenibles requieren abordar simultáneamente: infraestructura tecnológica, capital humano, procesos de trabajo, y gobernanza de datos. Intervenciones parciales que no consideran esta integralidad suelen tener impactos limitados o temporales.

Para el rediseño de trámites administrativos sensibles, Fernández et al. (2023) desarrollaron el "Modelo de Co-diseño Inclusivo", que involucra a usuarios, funcionarios y expertos en procesos iterativos de diagnóstico, diseño y prueba de mejoras. Este enfoque ha demostrado mayor efectividad que modelos tradicionales top-down en servicios de seguridad social.

### **2.1.2. Antecedentes Históricos del Sistema de Seguridad Social Boliviano**

La evolución del sistema de seguridad social en Bolivia presenta hitos fundamentales que contextualizan el actual proceso de trámite de invalidez. El Decreto Supremo 04419 de 1956 marcó el inicio formal de las cajas de seguridad social, estableciendo las bases del sistema de reparto. Posteriormente, la Ley General del Trabajo de 1942 reconoció por primera vez la invalidez como contingencia cubierta, aunque con alcances limitados.

Un punto de inflexión fue la Ley 1732 de Pensiones (1996), que incorporó conceptos más amplios de incapacidad, pero mantuvo procedimientos burocráticos complejos. Este marco normativo enfrentó especiales dificultades para evaluar condiciones como el autismo y retraso mental en jóvenes, ya que los criterios estaban diseñados principalmente para enfermedades adquiridas en edad adulta. El Decreto Supremo 24447 de 1996 reguló específicamente las prestaciones por invalidez, estableciendo procedimientos que, en gran medida, siguen vigentes. La Constitución Política del Estado de 2009 representó un paradigma transformador, estableciendo en su Artículo 45 que "todas las bolivianas y bolivianos tienen derecho a la seguridad social" como un derecho fundamental. Este marco constitucional obligó a las cajas de salud a reestructurar sus procesos hacia mayor inclusión y eficiencia, aunque la implementación ha sido gradual y desigual.

Posteriormente, la Ley 223 General para Personas con Discapacidad (2012) estableció la obligación de realizar ajustes razonables en procedimientos administrativos, incluyendo la evaluación de invalidez. Sin embargo, estudios como el de Cárdenas et al. (2022) señalan que en la práctica persisten barreras, especialmente para adolescentes cuyo perfil no encaja en categorías tradicionales.

A nivel de la CNS Regional Santa Cruz, el crecimiento demográfico y económico acelerado desde la década de 1990 generó una presión constante sobre sus servicios. La Memoria Institucional 2015-2019 reporta un incremento del 120% en solicitudes de invalidez respecto al quinquenio anterior, sin un aumento proporcional en recursos humanos especializados, lo que explica en parte las actuales tensiones en la eficiencia del proceso.

El Manual de Procedimientos para Evaluación de Invalidez (2019) representa el intento más reciente de estandarización. No obstante, datos preliminares internos indican que su aplicación es irregular, especialmente en regiones como Santa Cruz que enfrentan alta demanda y diversidad de casos complejos.

### **2.1.3. Brecha de Investigación Identificada**

La revisión de la literatura revela una brecha significativa en el conocimiento científico aplicado. Existen estudios médicos sobre criterios de invalidez, análisis normativos del sistema de seguridad social, y algunas evaluaciones de satisfacción de usuarios. Sin embargo, no se identificaron investigaciones que:

1. Combinen análisis cuantitativo de eficiencia (tiempos, tasas de resolución) con evaluación cualitativa de factores organizacionales en el contexto específico de la CNS Regional Santa Cruz.
2. Enfoquen específicamente el trámite de invalidez para población joven (19-22 años) con condiciones del neurodesarrollo, considerando sus particularidades evaluativas.
3. Integren perspectivas múltiples: normativa, operativa, de funcionarios y de beneficiarios, en un marco analítico unificado de gestión por procesos.
4. Generen propuestas concretas de mejora basadas en diagnóstico empírico detallado, con indicadores de viabilidad e impacto.

Esta investigación busca llenar esta brecha, aportando un análisis integral que no solo identifique problemas, sino que comprenda sus causas y proponga soluciones implementables, contribuyendo así tanto al conocimiento académico como a la mejora concreta del servicio.

### **2.1.4. Referentes Normativos del Estudio**

El proceso de trámite de invalidez se encuentra regulado por un marco normativo multinivel:

- **Nivel Constitucional:** Constitución Política del Estado (2009), Arts. 35, 45, 46 y 78 que garantizan el derecho a la seguridad social, salud y prestaciones económicas.
- **Nivel Legal**
  - Ley 065 de Pensiones (2010)
  - Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (2013)

- Ley 602 de Organización del Órgano Ejecutivo (2014)
- **Nivel Reglamentario**
- Decreto Supremo 04419 (Reglamento de Cajas de Salud)
- Resolución Administrativa CNS 145/2018 (Procedimientos para Trámites de Prestaciones Económicas)
- Reglamento Interno CNS Regional Santa Cruz (Actualización 2020)
- **Nivel Técnico-Normativo**
- Manual de Procedimientos para Evaluación de Invalidez (CNS, 2019)
- Protocolos de Calificación Médica según CIF-OMS
- Instructivos para Comisiones de Calificación de Invalidez

Esta superposición normativa, mientras busca brindar cobertura integral, también genera complejidad operativa que puede afectar la eficiencia del proceso, aspecto que será analizado en esta investigación.

Ley General para Personas con Discapacidad – Ley N° 223 (2012)  
Esta es la norma central que regula derechos, protección, inclusión y calificación de la discapacidad en Bolivia.

- Reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho.
- Establece que el Estado debe garantizar igualdad de oportunidades, no discriminación y acceso a servicios de salud, educación y rehabilitación.
- 

#### **Código de la Niñez y Adolescencia – Ley N° 2.026**

- Garantiza **atención, protección integral y evaluación periódica** para niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Obliga a las instituciones estatales a desarrollar programas de atención especializada.

## **Sistema Único de Salud (SUS) y Ley 475**

- Amplía la cobertura de salud gratuita e integral a toda la población, incluidas personas con discapacidad.
- Permite atención integral sin discriminación, independientemente del seguro que posean.

### **2.1.5. Reconocimiento y certificación legal de discapacidad**

Para que una persona con condiciones como retraso mental, autismo o estado vegetativo acceda a beneficios legales, el paso inicial es obtener el Carnet de Discapacidad:

- Es el documento oficial que acredita una discapacidad y su grado (leve, moderada, grave o muy grave).
- Regulado por Ley N° 223 + su reglamento y normas nacionales de calificación, registro y carnetización.
- Requisitos frecuentes:
  - Cédula de identidad vigente.
  - Informe médico detallado actualizado, con diagnóstico, síntomas, pronóstico y documentación clínica.
  - Otros documentos según los criterios de la norma de calificación.

Este carnet es clave para acceder a beneficios de salud, programas de rehabilitación, educación inclusiva y otros apoyos estatales.

### **2.1.6. Evaluación y calificación del grado de invalidez**

La calificación de invalidez es un trámite distinto, normalmente vinculado a la valoración de incapacidad funcional dentro de sistemas de seguridad social:

- La evaluación debe ser hecha por médico calificador acreditado con base en documentación clínica y pruebas.
- Se calibra el nivel de afectación funcional por patologías severas que generan discapacidad permanente o significativa.
- Esta evaluación sirve para determinar el grado de invalidez que puede ser requisito para trámites de prestaciones más amplios.

### 2.1.7. Trámites y beneficios según situación específica

#### **Adolescentes con retraso mental o autismo**

- Si el diagnóstico y documentación clínica muestran impacto funcional sostenido y significativo, pueden solicitar el carnet de discapacidad con el grado correspondiente, independientemente de la edad.
- El Código de la Niñez y Adolescencia obliga a evaluar y asegurar atención integral continua.

#### **Autismo y diagnóstico específico**

- Aunque hay propuestas de ley para que el autismo sea reconocido como tipo de discapacidad específico, actualmente el reconocimiento legal suele hacerse dentro de la categoría de discapacidad mental o psíquica según el impacto funcional del TEA.

#### **Estado vegetativo u otras condiciones severas**

- Estas condiciones pueden calificarse como **discapacidad muy grave** dependiendo de la evaluación médica y su impacto funcional permanente.
- Es fundamental contar con informes clínicos detallados y evaluaciones por especialistas.

### 2.1.8. Apoyos adicionales disponibles

#### **Programa de servicios sociales y legales para personas con discapacidad**

- Existen programas estatales de asistencia social y asesoría legal gratuitos que apoyan a familias y personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

#### **Ganancias económicas y bonos**

- Bolivia contempla beneficios económicos (rentas o bonos) para personas con discapacidad grave y muy grave, según la normativa vigente (Ley 977 y otras regulaciones), siempre que estén registrados oficialmente con carnet de discapacidad.

**Cuadro Nro. 2: RESUMEN CLAVE**

<b>Trámite/Norma</b>	<b>Qué es</b>	<b>Para qué sirve</b>
<b>Carnet de Discapacidad</b>	Documento oficial de discapacidad	Acceso prioritario a servicios y beneficios
<b>Evaluación de grado de invalidez</b>	Valoración médico-funcional	Base para prestaciones de seguridad social
<b>Código Niñez y Adolescencia</b>	Derechos de menores con discapacidad	Atención integral y evaluación periódica
<b>Ley General de Discapacidad (Ley 223)</b>	Marco legal de derechos	Igualdad de oportunidades y protección
<b>SUS / Ley 475</b>	Atención integral de salud	Cobertura en el sistema de salud público

**Fuente:** Elaboración propia

### **2.1.9. Definiciones conceptuales de interés para la investigación**

Para efectos de esta investigación, se operacionalizan los siguientes conceptos fundamentales:

#### **2.1.9.1. Eficiencia Procesal en Trámites de Invalidez**

La eficiencia procesal foi definida por (Osborne & Gaebler, 1992) como el grado en que el proceso de trámite de invalidez utiliza óptimamente los recursos institucionales (tiempo, personal, infraestructura) para lograr sus objetivos, medido a través de indicadores como tiempo promedio de resolución, tasa de expedientes observados, y relación costo-efectividad. Se distingue de "eficacia" (logro de objetivos) y "eficiencia económica" (relación inputs-costos).

Al respecto varias definiciones conceptuales fueron realizadas en los últimos años, una reciente de gran interés es, la eficiencia procesal en trámites de invalidez se conceptualiza como la relación óptima entre los recursos institucionales utilizados (tiempo, personal, costos) y los resultados obtenidos (resoluciones válidas, oportunas y de calidad), considerando tanto dimensiones cuantitativas como cualitativas del desempeño (Rodríguez et al., 2023).

Esta eficiencia se manifiesta en tres niveles interconectados: micro-eficiencia (desempeño de actividades específicas), meso-eficiencia (coordinación entre etapas del proceso), y macro-eficiencia (alineación con objetivos institucionales y sociales más amplios) (Smith et al., 2021).

La medición contemporánea de esta eficiencia incorpora indicadores de experiencia del usuario, equidad en el acceso, y sostenibilidad ambiental y financiera, trascendiendo enfoques puramente economicistas (García y López, 2022).

### **2.1.9.2. Estructura Secuencial de Procesos Administrativos de Salud**

La estructura secuencial se define como la organización espacio-temporal de actividades, decisiones, flujos documentales y puntos de interacción que configuran la trayectoria de un trámite desde su inicio hasta su resolución, incluyendo tanto componentes formales (normados, explícitos) como informales (emergentes, tácitos) (Martínez y Fernández, 2020).

Esta estructura presenta dimensiones de verticalidad (jerarquía y autoridad), horizontalidad (secuencia y simultaneidad), y circularidad (retroalimentación y ciclos recursivos) (Chen et al., 2021). En trámites complejos como la evaluación de invalidez, la estructura óptima no es necesariamente lineal, sino que puede requerir paralelismo controlado (evaluaciones simultáneas en diferentes especialidades) y puntos de integración multidisciplinaria que aseguren coherencia en la evaluación global (Patel et al., 2022).

Un proceso administrativo se refiere a un conjunto secuencial e interrelacionado de actividades, decisiones y flujos documentales que transforman una solicitud de invalidez en una resolución administrativa, involucrando instancias técnicas, médicas y administrativas de la CNS (Chiavenato, 2014).

### **2.1.9.3. Tiempos de Duración y Cuellos de Botella**

Los tiempos de duración en procesos administrativos de salud comprenden no solo el tiempo cronológico transcurrido entre eventos, sino los diferentes tipos de tiempo involucrados: tiempo de procesamiento activo, tiempos de espera, tiempos de revisión, y tiempos muertos por descoordinación o falta de recursos (Thompson et al., 2023).

Los cuellos de botella se conceptualizan como puntos del proceso donde la capacidad de atención es inferior a la demanda, generando acumulación de trabajo y retrasos que se propagan a etapas posteriores, pudiendo ser de origen estructural (diseño deficiente), operativo (gestión inadecuada) o contextual (demanda fluctuante) (Rivera y Silva, 2022). La identificación y gestión de estos cuellos requiere análisis diferenciado entre demoras inevitables (por complejidad técnica) y demoras evitables (por deficiencias administrativas) (Kumar, 2021).

#### **2.1.9.4. Disfunciones Procesales en Evaluación de Discapacidad**

Las disfunciones procesales en evaluación de invalidez se definen como eventos, errores o desviaciones que interrumpen el flujo normal del proceso, generando reprocesos, demoras adicionales, o afectando la validez o calidad de la resolución final (Brown et al., 2023).

Estas disfunciones se categorizan según su origen en: disfunciones técnicas (errores en evaluación médica, aplicación incorrecta de criterios), disfunciones administrativas (pérdida documental, errores de registro), disfunciones de coordinación (desarticulación entre áreas), y disfunciones relacionales (comunicación deficiente con usuarios) (OECD, 2022). En el contexto específico de evaluación de jóvenes con discapacidad, emergen disfunciones de adecuación cuando procedimientos estándar no se adaptan a particularidades de condiciones del neurodesarrollo o transición adolescente-adulto (Williams y Johnson, 2023).

#### **2.1.9.5. Factores Administrativo-Organizacionales**

Los factores administrativo-organizacionales comprenden el conjunto de elementos estructurales, de gestión, recursos y dinámicas institucionales que influyen directa o indirectamente en el desempeño de los procesos (Fernández et al., 2023).

Otros autores los conceptualizan como un conjunto de elementos de la estructura, recursos y gestión de la CNS que influyen en el desempeño del proceso, incluyendo: dotación y capacitación del personal, sistemas de información y gestión documental, flujos de comunicación interna, y cultura organizacional hacia la mejora continua (Robbins & Coulter, 2018).

Estos factores operan en cuatro niveles interrelacionados: 1) Nivel individual (competencias, motivación, carga de trabajo del personal), 2) Nivel grupal (coordinación intra e interdepartamental, cultura de equipo), 3) Nivel organizacional (estructura, sistemas de información, políticas institucionales), y 4) Nivel interorganizacional (relaciones con otras entidades, marco normativo externo) (Gómez et al., 2021). La capacidad administrativa efectiva emerge de la sinergia positiva entre estos niveles, mientras que desajustes generan debilidades sistémicas que afectan múltiples procesos simultáneamente (ONU, 2022).

#### **2.1.9.6. Percepción de Actores en Procesos Administrativos Sensibles**

La percepción de actores se conceptualiza como la construcción subjetiva, dinámica y contextual que beneficiarios y funcionarios desarrollan sobre un proceso administrativo, basada en sus experiencias directas, expectativas previas, valores personales, y comparaciones implícitas o explícitas con referentes (Rodríguez et al., 2023).

Esta percepción incluye dimensiones cognitivas (comprensión del proceso), afectivas (sentimientos generados), evaluativas (juicios sobre calidad) y conductuales (disposición a cooperar o recomendar) (Smith et al., 2021). En trámites de invalidez, las asimetrías perceptivas entre funcionarios (enfocados en cumplimiento normativo) y beneficiarios (enfocados en resolución oportuna y trato digno) pueden generar tensiones que afectan la eficiencia relacional del proceso (García y López, 2022).

#### **2.1.9.7. Optimización Procesal Basada en Evidencia**

La optimización procesal basada en evidencia se define como el proceso sistemático de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de mejoras en procesos existentes, fundamentado en datos empíricos robustos, teorías de cambio explícitas, y participación significativa de actores afectados (Martínez y Fernández, 2020). Esta optimización trasciende el mero "rediseño" para incorporar principios de aprendizaje organizacional (sistematización de experiencias), adaptación contextual (ajuste a particularidades institucionales), y escalabilidad progresiva (expansión gradual de mejoras validadas) (Chen et al., 2021).

Los modelos contemporáneos enfatizan ciclos iterativos de mejora sobre soluciones definitivas, reconociendo la complejidad y dinamismo de los sistemas administrativos de salud (Patel et al., 2022).

## **2.2. MARCO CONTEXTUAL**

### **2.2.1. Sustento Filosófico: Enfoque de Derechos y Justicia Social**

La presente investigación se fundamenta en la teoría de la justicia social de Rawls (1971), particularmente en su principio de diferencia que establece que las desigualdades sociales y económicas deben estar estructuradas para beneficiar a los menos aventajados. Desde esta perspectiva, el trámite de invalidez no es solo un procedimiento administrativo, sino un mecanismo de justicia distributiva que debe priorizar a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

Complementariamente, se adopta el enfoque de derechos humanos aplicado a la seguridad social, desarrollado por Chapman (2016), que conceptualiza los servicios sociales no como caridad sino como obligaciones del Estado derivadas de tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este marco es particularmente relevante en Bolivia, donde la Constitución de 2009 reconoce la seguridad social como derecho fundamental.

Desde la filosofía de la administración pública, se retoma la teoría de la burocracia democrática que postula que la eficiencia administrativa debe estar al servicio de los valores democráticos y la equidad, no como fin en sí misma. Esta perspectiva guiará el análisis de cómo los procedimientos pueden ser optimizados sin sacrificar el acceso equitativo.

### **2.2.2. Sustento Jurídico-Legal: Teoría de la Simplificación Administrativa**

El análisis del proceso se enmarca en la teoría de la simplificación administrativa desarrollada por Ackerman (2004) y adaptada al contexto latinoamericano por Ospina (2018). Esta teoría postula que la complejidad normativa y procedimental genera barreras de acceso que afectan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables. Propone principios de racionalización, desburocratización y transparencia que serán utilizados como criterios evaluativos.

En el ámbito específico del derecho a la salud y seguridad social, se aplica la teoría de la protección integral, que analiza cómo los sistemas de protección social deben articular prestaciones económicas con servicios de rehabilitación y reinserción socio-laboral. Esta perspectiva permite examinar el trámite de invalidez no como un fin, sino como puerta de entrada a un sistema integral de protección.

### **2.2.3. Sustento Sociológico y del Trabajo Social: Teoría de Sistemas y Enfoque Ecológico**

Desde la sociología organizacional, se emplea la **teoría de sistemas abiertos** de Katz & Kahn (1978) para analizar la CNS como organización que interactúa con su entorno, procesa inputs (solicitudes) y genera outputs (resoluciones), con mecanismos de retroalimentación que afectan su eficiencia. Esta teoría permite examinar cómo factores externos (contexto epidemiológico, normativa nacional) e internos (cultura organizacional, recursos) interactúan en el proceso.

Desde el trabajo social, se adopta el enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1979) en la versión adaptada para intervención social por Gitterman & Germain (2008). Este enfoque permite analizar al beneficiario en interacción con múltiples sistemas: el microsistema (familia, red de apoyo), el mesosistema (interacción entre CNS y otros servicios), el exosistema (normativas y políticas) y el macrosistema (valores sociales sobre discapacidad). Esta perspectiva es crucial para entender cómo las características del proceso afectan diferencialmente a distintos perfiles de beneficiarios.

Finalmente, se integra la teoría del fortalecimiento de capacidades, que en el contexto de servicios sociales postula que los procesos administrativos deben diseñarse no solo para resolver trámites, sino para fortalecer la autonomía y participación de los usuarios. Esta teoría guiará específicamente el desarrollo de propuestas de mejora.

### **2.2.4. Contextualización Territorial y Demográfica**

Santa Cruz de la Sierra no es simplemente un departamento más de Bolivia; representa el motor económico, el laboratorio demográfico y el epicentro de transformaciones sociales más dinámico del país. Con sus 370.621 km<sup>2</sup> de extensión (34% del territorio nacional) y aproximadamente 3.4 millones de habitantes (28% de la población boliviana), esta región

constituye un microcosmos de las tensiones y oportunidades del desarrollo boliviano contemporáneo (INE, 2022; Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, 2023).

La explosión demográfica cruceña - con una tasa de crecimiento anual del 4.2%, el doble del promedio nacional - no es un dato estadístico abstracto. Se traduce en presión tangible sobre los servicios públicos, migración campo-ciudad acelerada, y una recomposición etaria que desafía los modelos tradicionales de protección social. Cada año, aproximadamente 45,000 nuevas personas se incorporan a la dinámica departamental, muchas de ellas jóvenes en busca de oportunidades en los polos de desarrollo agroindustrial, construcción y servicios que caracterizan la economía cruceña (Plan Departamental de Desarrollo de Santa Cruz, 2021-2025).

Esta vibración económica extraordinaria el departamento genera el 35% del PIB nacional y concentra el 45% de las exportaciones tiene su reverso en perfiles epidemiológicos específicos y demandas diferenciadas de protección social. La economía basada en hidrocarburos, agroindustria intensiva y construcción genera no solo empleo, sino patrones particulares de riesgo laboral y enfermedad profesional que se materializan en solicitudes de invalidez con características distintivas (Observatorio de Salud y Trabajo de Santa Cruz, 2023).

#### **2.2.5. Contexto Institucional Específico: La CNS Regional SC. en el Laberinto Urbano**

La Caja Nacional de Salud - Regional SC. opera en el corazón de esta complejidad cruceña, administrando la protección social de aproximadamente 1.2 millones de asegurados directos y 800,000 derechohabientes en un territorio marcado por contrastes extremos. Su infraestructura - 12 centros de referencia especializados y 28 centros periféricos - intenta dar respuesta a una demanda que crece exponencialmente, pero que se distribuye de manera profundamente desigual en el espacio urbano y rural.

La topografía institucional de la Regional SC. revela tensiones estructurales significativas. Entre 2015 y 2022, mientras la población afiliada crecía un 42%, la planta de personal médico especializado apenas aumentaba un 18%, generando una brecha de capacidades creciente que afecta particularmente áreas sensibles como la evaluación de invalidez (Memoria Institucional CNS Regional Santa Cruz, 2022).

Esta asimetría se ve exacerbada por una centralización extrema de servicios: el 70% de las evaluaciones de invalidez se concentran en solo 3 centros de referencia ubicados en el macrocentro urbano, creando verdaderos embudos asistenciales que obligan a personas con movilidad reducida - como muchos solicitantes de invalidez - a peregrinajes urbanos extenuantes.

La transformación digital incompleta añade capas de complejidad. Aunque en 2020 se implementó el Sistema Integral de Gestión (SIG-CNS) con grandes expectativas, su adopción ha sido parcial, desigual y llena de fricciones. Mientras algunas áreas administrativas operan con relativa fluidez digital, las evaluaciones médicas especializadas - particularmente para condiciones complejas como autismo o discapacidad intelectual en jóvenes - permanecen ancladas en formatos físicos, dictámenes manuscritos y flujos documentales fragmentados (Informe de Auditoría Interna CNS, 2023).

El impacto de la pandemia COVID-19 creó una crisis de acumulación sin precedentes. A diciembre de 2021, según reportes internos no publicados, se habían acumulado aproximadamente 1,200 expedientes de invalidez pendientes de resolución, creando una carga heredada que condiciona todo el período de estudio 2020-2024. Esta acumulación no fue meramente cuantitativa; alteró los ritmos institucionales, saturó los mecanismos de coordinación y expuso las vulnerabilidades estructurales de un proceso ya de por sí complejo.

#### **2.2.6. Perfiles y Trayectorias de la Invalidez Cruceña**

Detrás de las cifras agregadas sobre invalidez en Santa Cruz emergen historias humanas, perfiles epidemiológicos específicos y trayectorias de sufrimiento y resiliencia que dan contenido concreto a la problemática investigada. Los datos preliminares internos de la CNS Regional 2 revelan que, anualmente, aproximadamente 90 familias cruceñas inician el viacrucis administrativo de solicitar el reconocimiento de invalidez para uno de sus miembros.

Lo notable y profundamente preocupante es que solo alrededor de 50 de estas solicitudes culminan exitosamente cada año, dejando un saldo de 40 casos en limbo administrativo, atrapados en lo que los beneficiarios describen como un "laberinto sin mapa ni guía". Esta brecha del 44% entre solicitudes iniciadas y resueltas no es un error estadístico; representa fracasos institucionales concretos, abandonos por desesperación y dilaciones que transforman vulnerabilidades temporales en exclusiones permanentes.

El rostro predominante de la invalidez cruceña es masculino (70%), pero esta cifra esconde realidades epidemiológicas estratificadas. Entre los jóvenes de 19 a 22 años una población particularmente sensible en términos de desarrollo vital y transición a la vida adulta emergen patrones clínicos distintivos: retraso mental moderado y grave, autismo con compromiso cognitivo significativo, estados vegetativos persistentes post-traumáticos y trastornos discales vertebrales incapacitantes constituyen el núcleo duro de las condiciones que motivan las solicitudes.

Estas no son meras diagnósticos; son realidades vividas que intersectan con las particularidades del contexto cruceño. Los trastornos del neurodesarrollo en jóvenes plantean desafíos evaluativos específicos en un sistema diseñado originalmente para enfermedades adquiridas en edad adulta. Los estados vegetativos post-accidentes - frecuentemente vinculados a la precariedad laboral en construcción y transporte - exigen protocolos de evaluación que consideren no solo el daño neurológico, sino el entorno familiar y comunitario disponible para el cuidado prolongado.

### **2.2.7. Cartografía de Barreras: Los Obstáculos en el Camino del Reconocimiento**

El proceso de trámite de invalidez en la CNS Regional SC. se desarrolla en un paisaje institucional minado de barreras visibles e invisibles. La fragmentación normativa crea un laberinto jurídico donde beneficiarios y funcionarios deben navegar entre la Ley 065 de Pensiones (2010), el Reglamento Específico de Prestaciones Económicas de la CNS, las resoluciones administrativas departamentales y una maraña de circulares internas que, con frecuencia, se superponen o contradicen.

La brecha urbano-rural se manifiesta con particular crudeza en el acceso a evaluaciones especializadas. Mientras el 65% de los servicios de alta complejidad se concentran en la ciudad capital, el 32% de los asegurados reside en áreas rurales o periurbanas, enfrentando no solo distancias geográficas, sino barreras económicas, culturales y logísticas que multiplican las dificultades del trámite (Diagnóstico de Accesibilidad a Servicios de Salud en Santa Cruz, 2022).

La cultura organizacional heredada - con sus énfasis en el control formal, la rigidez procedimental y la desconfianza hacia la innovación - choca frontalmente con las necesidades de flexibilidad, adaptabilidad y enfoque centrado en la persona que requieren las evaluaciones de invalidez contemporáneas, especialmente para condiciones complejas y poblaciones vulnerables.

#### **2.2.8. El Contexto Temporal 2020-2024 como Punto de Inflexión**

El período de estudio 2020-2024 representa mucho más que una delimitación cronológica conveniente; constituye una ventana temporal única donde coinciden crisis profundas, aprendizajes forzados y oportunidades de transformación. La pandemia COVID-19 (2020-2022) funcionó como un experimento natural a gran escala que expuso, amplificó y aceleró disfunciones latentes en el sistema de evaluación de invalidez.

Pero este contexto crítico también generó innovaciones improvisadas, adaptaciones creativas y una conciencia renovada sobre la urgencia de modernizar los procesos de protección social. Los años 2023-2024 encuentran a la CNS Regional SC. en un momento bisagra: aún cargando con las secuelas de la crisis, pero simultáneamente impulsando procesos de digitalización, revisión de protocolos y reingeniería de flujos que podrían sentar las bases para una nueva generación de servicios sociales.

Esta investigación se sitúa precisamente en este punto de tensión creativa, buscando no solo diagnosticar problemas históricos, sino identificar aprendizajes pandémicos, mapear innovaciones emergentes y proponer mejoras que sean tanto técnicamente sólidas como contextualmente viables en un escenario institucional marcado por la incertidumbre, la escasez relativa de recursos y la presión constante de demandas crecientes.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Enfoque de la investigación**

La presente investigación adopta un enfoque metodológico mixto (cualitativo-cuantitativo) de tipo explicativo secuencial, que permite capturar la complejidad multidimensional del objeto de estudio. Esta elección metodológica se fundamenta en la naturaleza dual del problema investigado: requiere tanto la comprensión profunda de significados, percepciones y contextos (dimensión cualitativa) como la medición precisa de tiempos, frecuencias y correlaciones (dimensión cuantitativa) (Creswell & Plano Clark, 2018).

El componente cualitativo predominará en las fases iniciales y finales de la investigación, permitiendo:

- ❖ Comprender las experiencias vividas de beneficiarios y funcionarios.
- ❖ Analizar la brecha entre el diseño formal y la ejecución práctica del proceso.
- ❖ Interpretar los significados subjetivos asociados a las ineficiencias identificadas.
- ❖ Desarrollar propuestas contextualmente situadas que respondan a realidades específicas.

El componente cuantitativo operará principalmente en la fase central, facilitando:

- ❖ Medir con precisión tiempos, frecuencias y porcentajes.
- ❖ Establecer correlaciones estadísticas entre variables
- ❖ Generalizar hallazgos a partir de muestras representativas.
- ❖ Evaluar la magnitud y distribución de las problemáticas identificadas.

Esta integración metodológica responde a lo que Johnson & Onwuegbuzie (2020) denominan "triangulación por complementariedad", donde cada enfoque ilumina aspectos diferentes pero complementarios de un mismo fenómeno, generando una comprensión más rica y válida que la que podría obtenerse con un solo método

### 3.2. Tipo de estudio y diseño de investigación

La presente investigación adopta un diseño no experimental dado que no se manipulan deliberadamente variables, sino que se observan y analizan en su contexto natural tal como ocurren en la realidad institucional de la CNS Regional Santa Cruz de la Sierra. Este enfoque permite capturar la dinámica real del proceso de trámite de invalidez sin intervenciones artificiales que podrían alterar su comportamiento natural (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Para la recolección de los datos en el presente estudio se adoptó la técnica de la entrevista semiestructurada y el instrumento una encuesta elaborada por la investigadora responsable del estudio. El estudio se clasifica según múltiples dimensiones de análisis:

#### a) Según tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información

- **Retrospectivo-prospectivo combinado:** Se analizan datos históricos de expedientes gestionados entre 2020-2024 (componente retrospectivo) mientras se recolecta información actual sobre percepciones y experiencias de actores involucrados (componente prospectivo). Esta combinación permite reconstruir trayectorias pasadas y capturar realidades presentes en un mismo estudio.

#### b) Según periodo y secuencia de estudio

- **Transversal longitudinal:** Aunque la recolección de datos primarios ocurre en un momento determinado, el análisis incorpora una dimensión temporal al examinar evoluciones, tendencias y cambios a lo largo del quinquenio 2020-2024. Esto permite identificar no solo estados actuales, sino también dinámicas y transformaciones procesales.

#### c) Según análisis y alcance de los resultados

- **Descriptivo-analítico-explicativo:** El estudio trasciende la mera descripción para analizar relaciones entre variables y explicar causalidades subyacentes. Se describe la estructura y funcionamiento del proceso, se analizan patrones de eficiencia/ineficiencia, y se explican los factores determinantes de dichos patrones.
- **Correlacional-causal:** Se examinan relaciones entre factores administrativo-organizacionales y niveles de eficiencia, buscando identificar no solo correlaciones estadísticas, sino también mecanismos causales plausibles sustentados en teoría y evidencia empírica.

#### d) Según la profundidad del abordaje

- **Estudio de caso intrínseco-instrumental:** Se estudia el caso específico del proceso de trámite de invalidez en la CNS Regional Santa Cruz tanto por su valor intrínseco (comprender y mejorar este proceso particular) como por su valor instrumental (generar conocimientos aplicables a otros procesos similares en instituciones de seguridad social).
- Este diseño multidimensional responde adecuadamente a la complejidad del objeto de estudio, permitiendo abordar tanto aspectos estructurales y temporales del proceso como las percepciones y experiencias de los actores involucrados.

### 3.3. Técnicas e Instrumentos utilizados para recoger la información

#### 3.3.1. Técnicas de carácter primario

##### a) Análisis Documental Sistemático

Esta técnica permitió el examen minucioso y estructurado de documentos institucionales y expedientes administrativos. Su aplicación fue fundamental para reconstruir el proceso formal del trámite de invalidez, identificar normativas aplicables, y analizar casos concretos gestionados entre 2020-2024. Se implementó mediante:

- **Revisión exhaustiva** de manuales de procedimiento, reglamentos internos y circulares institucionales.
- **Análisis de contenido** de expedientes de invalidez, con especial atención a tiempos, observaciones y trayectorias procesales.
- **Sistematización comparativa** entre lo normado y lo ejecutado en la práctica institucional.

##### b) Entrevistas Semiestructuradas en Profundidad

Esta técnica permitió acceder a las experiencias, percepciones y significados que beneficiarios y funcionarios atribuyen al proceso de trámite de invalidez. Se caracterizó por:

- **Flexibilidad estructurada:** Combinación de preguntas guía predefinidas con espacio para emergencia de temas no anticipados.
- **Profundización progresiva:** Avance desde aspectos generales hacia dimensiones específicas de la experiencia.

- **Contextualización situada:** Consideración del contexto institucional y personal de cada entrevistado.

Se aplicaron guías diferenciadas para: (1) beneficiarios y familiares, (2) personal administrativo, (3) evaluadores médicos, y (4) responsables de áreas involucradas.

### c) Encuestas Estructuradas

Esta técnica permitió recoger información cuantificable y comparable sobre percepciones, experiencias y características de una muestra representativa de actores.

Se diseñaron dos instrumentos específicos:

- **Cuestionario para beneficiarios:** Enfocado en experiencia de usuario, claridad procedimental, tiempos percibidos y satisfacción general.
- **Cuestionario para funcionarios:** Orientado a factores organizacionales, recursos disponibles, dificultades operativas y sugerencias de mejora.

Ambos instrumentos incorporaron escalas Likert, preguntas cerradas categóricas, y espacios limitados para comentarios cualitativos.

### d) Observación No Participante Estructurada

Esta técnica facilitó la captura directa de la ejecución real del proceso en su contexto natural, sin intervención del investigador. Se implementó mediante:

- **Observación sistemática** de puntos críticos del proceso: recepción de solicitudes, evaluaciones médicas, juntas calificadoras.
- **Registro estandarizado** mediante guías de observación con categorías predefinidas.
- **Triangulación temporal** con observaciones en diferentes momentos y días para capturar variaciones.

## 3.3.2. Técnicas de carácter secundario

### a) Revisión Sistemática de Literatura Académica

Se realizó una búsqueda y análisis exhaustivo de producción científica relevante, incluyendo:

- **Artículos científicos** en bases de datos especializadas (Scopus, Web of Science, SciELO, Redalyc).

- **Tesis y disertaciones** sobre gestión de procesos en seguridad social y evaluación de discapacidad.
- **Publicaciones institucionales** de organismos internacionales (OMS, OIT, BID) sobre mejores prácticas.

#### **b) Análisis de Datos Institucionales**

Se examinaron fuentes documentales internas de la CNS, tales como:

- **Memorias institucionales** y reportes anuales 2020-2023.
- **Estadísticas operativas** del Sistema Integral de Gestión (SIG-CNS).
- **Informes de auditoría interna** y evaluaciones de gestión.

#### **c) Análisis Normativo Comparado**

Se estudiaron marcos regulatorios de sistemas de seguridad social en contextos comparables, considerando:

- **Legislación nacional** sobre discapacidad y seguridad social.
- **Reglamentos específicos** de otras cajas de salud bolivianas.
- **Experiencias internacionales** con procesos de evaluación de invalidez.

### **3.3.3. Instrumento de medición**

#### **a) Matriz de Análisis Documental (Anexo 1)**

Instrumento estructurado para el examen sistemático de documentos, que incluye categorías para: identificación documental, contenido sustantivo, consistencia normativa, aplicabilidad práctica, y brechas identificadas.

#### **b) Guías de Entrevista Semiestructurada (Anexo 2)**

Conjunto de instrumentos diferenciados por tipo de actor, cada uno con: preguntas guía organizadas temáticamente, protocolos de profundización, y espacios para registro de observaciones contextuales.

#### **c) Cuestionarios de Encuesta (Anexo 3)**

Instrumentos cuantitativos estandarizados que incluyen: escalas de medición validadas, preguntas demográficas y contextuales, e indicadores específicos de eficiencia procesal y satisfacción.

**d) Guías de Observación No Participante (Anexo 4)**

Protocolos estructurados para registro sistemático de: actividades observadas, tiempos involucrados, interacciones entre actores, uso de recursos, y eventos críticos.

**e) Fichas de Análisis de Expedientes (Anexo 5)**

Instrumentos para extracción y sistematización de información de expedientes de invalidez, incluyendo: datos temporales, tipo y frecuencia de observaciones, trayectoria procesal, y resultado final.

**f) Consentimientos Informados (Anexo 6)**

Documentos éticos estandarizados que garantizan: información completa a participantes, voluntariedad de participación, confidencialidad de datos, y derechos de retiro en cualquier momento.

Esta combinación de técnicas e instrumentos, aplicada de manera sistemática y rigurosa, asegura la recolección de información completa, válida y confiable para abordar todos los objetivos específicos de la investigación y responder a las preguntas planteadas.

### **3.4. Unidad de análisis y de observación**

#### **3.4.1. Población de Estudio**

La población de investigación está constituida por **tres estratos interrelacionados** que permiten una comprensión integral del proceso de trámite de invalidez en la CNS Regional Santa Cruz de la Sierra:

##### **A. Población de Expedientes Administrativos**

Comprende la totalidad de expedientes de trámite de invalidez gestionados por la CNS Regional Santa Cruz durante el período 2020-2024. Según datos preliminares institucionales, se trabajó con un universo de 450 expedientes (90 expedientes anuales × 5 años). Esta población representa el corpus documental que contiene la trayectoria procesal completa de cada caso, incluyendo solicitudes, evaluaciones, observaciones, y resoluciones finales.

## **B. Población de Beneficiarios**

Corresponde a las personas que han solicitado trámite de invalidez durante el período de estudio, con especial énfasis en la población joven (19-22 años) que presenta condiciones específicas de discapacidad (trastornos del neurodesarrollo, discapacidad intelectual, condiciones musculoesqueléticas). La población formada por 450 beneficiarios (uno por expediente), considerando que algunos casos pueden incluir solicitudes de renovación o revisión.

## **C. Población de Funcionarios Institucionales**

Incluye al personal de la CNS involucrado directa o indirectamente en el proceso de trámite de invalidez, distribuido en diferentes áreas y niveles de responsabilidad. Según la estructura organizacional de la CNS Regional Santa Cruz la población está formada por 100 funcionarios, distribuidos en:

- **Área de Recepción y Admisión:** 20 funcionarios
- **Área de Evaluación Médica:** 40 profesionales de salud
- **Junta de Calificación de Invalidez:** 10 especialistas
- **Área de Emisión de Resoluciones:** 15 funcionarios administrativos
- **Coordinación y Supervisión:** 5 responsables de área
- **Atención al Usuario y Quejas:** 10 funcionarios

### **3.4.2. Muestra y Estrategias de Muestreo**

Dada la naturaleza mixta del estudio y las características diferenciales de cada estrato poblacional, se aplicaron estrategias de muestreo específicas para cada grupo:

#### **A. Muestra de Expedientes (Componente Cuantitativo Principal)**

**Tamaño Muestral Calculado:** Utilizando la fórmula para población finita con nivel de confianza del 95% y error máximo del 5%:

$$n = (N * Z^2 * p * q) / [(N-1) * e^2 + Z^2 * p * q]$$

Donde:

- $N = 450$  (población total de expedientes)
- $Z = 1.96$  (valor correspondiente al 95% de confianza)
- $p = 0.5$  (proporción máxima de variabilidad)
- $q = 1 - p = 0.5$
- $e = 0.05$  (error máximo admisible)

**Resultado:**  $n = 208$  expedientes

#### **Estrategia de Muestreo**

- **Tipo:** Muestreo aleatorio estratificado proporcional
- **Estratificación principal:** Por año de gestión (2020-2024)
- **Estratificación secundaria:** Por tipo de resolución (favorable, desfavorable, pendiente)
- **Distribución proporcional:** Aproximadamente 42 expedientes por año ( $208 \div 5$  años)
- **Procedimiento:**
  1. Listado completo de expedientes por año.
  2. Asignación de números consecutivos.
  3. Selección mediante tabla de números aleatorios.
  4. Verificación de disponibilidad documental.

#### **B. Muestra de Beneficiarios (Componente Mixto)**

##### **Para el componente cuantitativo (encuestas)**

- **Tamaño muestral:** 150 beneficiarios
- **Nivel de confianza:** 95%
- **Error muestral:** 7%
- **Fórmula aplicada:** Adaptación para poblaciones finitas con proporción desconocida.
- **Estrategia:** Muestreo aleatorio simple a partir del listado de expedientes seleccionados.

##### **Para el componente cualitativo (entrevistas en profundidad)**

- **Tamaño muestral:** 25 beneficiarios (principio de saturación teórica).
- **Estrategia:** Muestreo intencional por máxima variación.
- **Criterios de diversificación:**
  - o Tipo de discapacidad (neurodesarrollo, física, sensorial).
  - o Zona de residencia (urbana, periurbana, rural).

- Resultado del trámite (favorable, desfavorable).
- Tiempo de resolución (rápido, intermedio, prolongado).

### **C. Muestra de Funcionarios (Componente Mixto)**

#### **Para el componente cuantitativo (cuestionarios)**

- **Estrategia:** Censo de la población accesible (N 100).
- **Justificación:** Tamaño poblacional manejable que permite inclusión completa.
- **Meta de respuesta:** Mínimo 80% (68-80 cuestionarios completos).

#### **Para el componente cualitativo (entrevistas y grupos focales)**

- **Entrevistas individuales:** 20 funcionarios clave.
- **Grupos focales:** 4 grupos de 10 participantes cada uno.
- **Estrategia:** Muestreo intencional por roles críticos.
- **Distribución por área:**
  - Recepción y admisión: 4 entrevistados
  - Evaluación médica: 6 entrevistados
  - Junta de calificación: 4 entrevistados
  - Emisión de resoluciones: 3 entrevistados.
  - Coordinación: 3 entrevistados.

### **3.4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **A. Para Expedientes Administrativos**

##### **Criterios de Inclusión**

1. Expedientes de trámite de invalidez gestionados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024.
2. Correspondientes a beneficiarios con edades entre 19 y 22 años al momento de la solicitud
3. Con documentación mínima completa del 80% (solicitud, evaluaciones médicas, resoluciones).
4. Que representen condiciones de discapacidad del neurodesarrollo y musculoesqueléticas.
5. Con trayectoria procesal documentada (fechas de ingreso, derivaciones, resoluciones).

### **Criterios de Exclusión**

1. Expedientes de beneficiarios fuera del rango etario 19-22 años.
2. Documentación incompleta inferior al 50% que impida reconstruir la trayectoria procesal.
3. Casos de invalidez por accidentes laborales con procesos paralelos en otras instancias.
4. Expedientes con restricción de acceso por confidencialidad médica especial.
5. Solicitudes de renovación o revisión sin expediente inicial completo.

### **B. Para Beneficiarios Participantes**

#### **Criterios de Inclusión**

1. Personas que hayan solicitado trámite de invalidez entre 2020-2024 en la CNS Regional Santa Cruz
2. Edad entre 19 y 22 años al momento de la solicitud
3. Diagnóstico principal de condiciones del neurodesarrollo o discapacidad musculoesquelética
4. Capacidad cognitiva y comunicativa para participar en entrevistas o encuestas
5. Consentimiento informado firmado (o consentimiento sustituto de tutor legal cuando corresponda)

#### **Criterios de Exclusión**

1. Beneficiarios con deterioro cognitivo severo no acompañado de tutor o familiar.
2. Personas en situación de crisis emocional o de salud que contraindique la participación.
3. Beneficiarios que hayan tenido experiencias traumáticas recientes relacionadas con el trámite.
4. Casos con procesos legales activos contra la CNS por el trámite de invalidez.
5. Personas que no dominen el español y para las que no se disponga de intérprete calificado.

### **C. Para Funcionarios Participantes**

#### **Criterios de Inclusión**

1. Personal de la CNS con participación directa en el proceso de trámite de invalidez.
2. Mínimo 6 meses de experiencia en el área o función relacionada.
3. Disponibilidad para participar dentro del horario laboral autorizado.
4. Autorización institucional de la jefatura inmediata.

5. Consentimiento informado para participación en investigación.

### **Criterios de Exclusión**

1. Personal en período de prueba o con menos de 6 meses en el cargo.
2. Funcionarios con cargas laborales excepcionales que imposibiliten la participación.
3. Casos de conflicto de interés identificado con los temas de investigación.
4. Personal que haya recibido sanciones disciplinarias relacionadas con el proceso estudiado.
5. Funcionarios que manifiesten objeción explícita a participar en el estudio.

### **3.4.4. Consideraciones Especiales para Poblaciones Vulnerables**

Dado el enfoque en jóvenes con discapacidad, se implementaron protocolos especiales:

#### **Adaptaciones Metodológicas**

1. **Consentimiento informado adaptado:** Formatos en lenguaje sencillo, pictogramas, y versiones auditivas según necesidades.
2. **Apoyos comunicacionales:** Disponibilidad de intérpretes de lengua de señas, sistemas de comunicación aumentativa.
3. **Adecuación de espacios:** Entornos físicamente accesibles y sensorialmente adecuados.
4. **Tiempos flexibles:** Sesiones más cortas con pausas según necesidades individuales.
5. **Acompañamiento:** Posibilidad de participación con familiar o persona de confianza.

#### **Consideraciones Éticas Específicas**

1. **Evaluación de capacidad de consentimiento:** Protocolo con apoyo de especialistas en discapacidad.
2. **Consentimiento sustituto:** Mecanismos claros para casos que requieran autorización de tutores.
3. **Protección reforzada:** Supervisión adicional del Comité de Ética para este grupo poblacional.
4. **Beneficios directos:** Garantía de que la investigación generará mejoras tangibles para esta población.
5. **No discriminación:** Medidas para evitar exclusión por tipo o grado de discapacidad.

### 3.4.5. Tamaños Muestrales por Objetivo Específico

**Cuadro Nro. 3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ARTICULADA CON LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Objetivo Específico	Fuentes de Datos	Tamaño Muestral	Estrategia de Muestreo
<b>OE1:</b> Describir estructura	Expedientes, entrevistas	50 expedientes, 15 entrevistas	Aleatorio estratificado, intencional
<b>OE2:</b> Determinar tiempos	Expedientes, observación	208 expedientes, 120h observación	Aleatorio, observación sistemática
<b>OE3:</b> Identificar disfunciones	Expedientes, entrevistas	208 expedientes, 20 entrevistas	Aleatorio, muestreo por casos críticos
<b>OE4:</b> Examinar factores	Encuestas, entrevistas	150 beneficiarios, 85-100 funcionarios	Aleatorio simple, censo
<b>OE5:</b> Elaborar propuestas	Grupos focales, Delphi	4 grupos focales, 15 expertos	Intencional, por criterios

**Fuente:** Elaboración propia

Esta estructura muestral asegura que cada objetivo específico cuente con fuentes de datos adecuadas y suficientes para su análisis, manteniendo el equilibrio entre profundidad cualitativa y representatividad cuantitativa, mientras se respetan rigurosamente los principios éticos y de protección especial para la población vulnerable que constituye el foco central de la investigación.

### 3.5. Identificación de variables

La investigación identifica tres categorías de variables que interactúan dinámicamente en el análisis de la eficiencia del proceso de trámite de invalidez:

#### A. Variables Dependientes (de Resultado)

- ❖ **Eficiencia del Proceso:** Variable principal cuyo nivel se busca explicar

- ❖ **Indicadores de Resultado:** Medidas concretas del impacto del proceso

## B. Variables Independientes (Exploratorias)

- ❖ **Factores Administrativo-Organizacionales:** Elementos estructurales y de gestión
- ❖ **Capacidad Institucional:** Recursos y competencias disponibles
- ❖ **Cumplimiento Normativo:** Grado de adecuación a la normativa

## C. Variables Intervinientes/Moderadoras

- ❖ **Contexto Específico Poblacional:** Características de los beneficiarios
- ❖ **Percepción de Actores:** Construcciones subjetivas que median resultados
- ❖ **Estructura Procesal:** Diseño y ejecución del proceso
- ❖ **Tiempos de Duración:** Dimensiones temporales
- ❖ **Disfunciones Procesales:** Eventos disruptivos

### 3.5.1. Definición conceptual de variables

1. **Eficiencia del Proceso:** Constructo multidimensional que representa el grado en que el proceso de trámite de invalidez logra sus objetivos institucionales y sociales utilizando de manera óptima los recursos disponibles. Incluye dimensiones de efectividad (logro de objetivos), economía (minimización de costos) y calidad (satisfacción de usuarios). Se distingue conceptualmente de la mera productividad al incorporar criterios de equidad y sostenibilidad (Rodríguez et al., 2023).
2. **Estructura Procesal:** Organización secuencial y lógica de actividades, decisiones, flujos documentales y puntos de interacción que configuran la trayectoria completa del trámite, desde la solicitud inicial hasta la resolución final. Incluye tanto componentes formales (explícitamente normados) como informales (emergentes de la práctica), así como las interrelaciones sistémicas entre etapas y actores (Martínez y Fernández, 2020).
3. **Tiempos de Duración:** Medida cronológica del período requerido para completar el trámite en su totalidad y cada una de sus etapas constitutivas. Incluye no solo el tiempo de procesamiento activo, sino también tiempos de espera, revisión, coordinación y

resolución de contingencias. La conceptualización considera la variabilidad temporal y la distribución estadística de los tiempos (Thompson et al., 2023).

4. **Disfunciones Procesales:** Eventos, errores o desviaciones que interrumpen, retardan o desvían el flujo normal del proceso, generando reprocesos, demoras adicionales o afectando la validez/calidad de la resolución final. Se conceptualizan como manifestaciones de fallas en el diseño, implementación o control del proceso, con diferentes niveles de gravedad e impacto (Brown et al., 2023).
5. **Factores Administrativo-Organizacionales:** Conjunto de elementos estructurales, de gestión, recursos y dinámicas institucionales que influyen directa o indirectamente en el desempeño del proceso. Incluyen dimensiones de recursos humanos (dotación, capacitación, rotación), sistemas de información (tecnología, interoperabilidad), comunicación interna (flujos, claridad) y cultura organizacional (valores, actitudes) (Fernández et al., 2023).
6. **Capacidad Institucional:** Conjunto integrado de habilidades, conocimientos, recursos y procesos que posee la CNS para gestionar efectivamente el trámite de invalidez. Incluye competencias técnicas especializadas, infraestructura adecuada, protocolos actualizados y mecanismos de coordinación que, en su interacción, determinan la aptitud institucional para responder a demandas complejas (Gómez et al., 2021).
7. **Percepción de Actores:** Construcción subjetiva, dinámica y contextual que beneficiarios y funcionarios desarrollan sobre el proceso de trámite, basada en sus experiencias directas, expectativas previas, comparaciones implícitas y valores personales. Incluye dimensiones cognitivas (comprensión), afectivas (sentimientos), evaluativas (juicios) y conductuales (disposiciones) (Smith et al., 2021).
8. **Contexto Específico Poblacional:** Características particulares y necesidades diferenciadas de la población joven (19-22 años) con discapacidad que solicita el trámite de invalidez. Incluye el tipo y severidad de la discapacidad, complejidad evaluativa requerida, necesidades de ajustes razonables y particularidades del período de transición adolescente-adulto (Williams y Johnson, 2023).

9. **Cumplimiento Normativo:** Grado de adecuación y concordancia entre las actividades realizadas en el proceso de trámite y lo establecido en la normativa vigente (leyes, reglamentos, manuales, protocolos). Incluye tanto la conformidad formal con procedimientos como la consistencia sustantiva en la aplicación de criterios técnicos y jurídicos (ONU, 2022).
  
10. **Indicadores de Resultado:** Medidas concretas del impacto, efectividad y calidad final del proceso de trámite. Incluyen no solo la resolución administrativa en sí, sino sus características (oportunidad, fundamentación), sus consecuencias (acceso a prestaciones) y su impacto en la calidad de vida de los beneficiarios (OECD, 2022).

### 3.5.2. Operacionalización de variables

**Cuadro Nro. 4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensiones/Atributos</b>	<b>Indicadores de Medición</b>	<b>Técnicas/Instrumentos de Recolección</b>
<b>1. Eficiencia del Proceso</b>	Grado en que el proceso logra sus objetivos utilizando óptimamente los recursos institucionales.	Tiempo de resolución, Calidad del resultado, Uso de recursos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiempo total promedio (días)</li> <li>2. Tasa de expedientes observados (%)</li> <li>3. Porcentaje de resoluciones dentro de plazo</li> <li>4. Costo promedio por expediente</li> <li>5. Ratio personal/expedientes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de expedientes (Ficha de registro temporal)</li> <li>2. Sistema de información CNS</li> <li>3. Entrevistas a funcionarios</li> <li>4. Encuesta a beneficiarios</li> </ol>
<b>2. Estructura Procesal</b>	Conjunto secuencial de etapas, actividades y actores que conforman el trámite.	Diseño formal, Ejecución práctica, Secuencia lógica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de etapas formalizadas</li> <li>2. Número de desviaciones identificadas</li> <li>3. Porcentaje de actividades redundantes</li> <li>4. Nivel de formalización de roles</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis documental (Matriz de normativas)</li> <li>2. Observación no participante (Guía de observación)</li> <li>3. Entrevistas semiestructuradas</li> <li>4. Diagramas de flujo actual vs. Ideal</li> </ol>

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones/Atributos	Indicadores de Medición	Técnicas/Instrumentos de Recolección
<b>3. Tiempos de Duración</b>	Período cronológico requerido para completar el trámite y sus sub-etapas.	Tiempo total, Tiempo por etapa, Variabilidad temporal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Media aritmética por etapa (días)</li> <li>2. Desviación estándar temporal</li> <li>3. Porcentaje de exceso respecto a norma</li> <li>4. Identificación de cuellos de botella</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registros administrativos (Base de datos)</li> <li>2. Ficha cronológica de expedientes</li> <li>3. Sistema de trazabilidad documental</li> <li>4. Entrevistas a funcionarios clave</li> </ol>
<b>4. Disfunciones Procesales</b>	Eventos que interrumpen o desvían el flujo normal del proceso.	Tipo (documental, clínica, administrativa), Frecuencia, Impacto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuencia absoluta por tipo</li> <li>2. Porcentaje de expedientes con disfunciones</li> <li>3. Tiempo adicional generado por disfunción</li> <li>4. Etapa con mayor incidencia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de expedientes (Checklist de disfunciones)</li> <li>2. Registros de observaciones</li> <li>3. Entrevistas a evaluadores médicos</li> <li>4. Análisis de casos críticos</li> </ol>
<b>5. Factores Administrativo-Organizacionales</b>	Elementos de estructura, gestión y recursos que influyen en el proceso.	Recursos humanos, Sistemas de información, Comunicación interna	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotación de personal (número, especialización)</li> <li>2. Índice de rotación de personal (%)</li> <li>3. Nivel de digitalización (escala 1-5)</li> <li>4. Frecuencia de problemas de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuestionario a funcionarios (Escala Likert)</li> <li>2. Análisis de organigramas y roles</li> <li>3. Observación de sistemas informáticos</li> <li>4. Entrevistas a jefaturas</li> <li>5. Revisión de planes de capacitación</li> </ol>

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones/Atributos	Indicadores de Medición	Técnicas/Instrumentos de Recolección
			comunicación 5. Horas de capacitación anual/personal	
<b>6. Capacidad Institucional</b>	Conjunto de habilidades, conocimientos y recursos de la CNS para gestionar el trámite.	Competencias técnicas, Infraestructura, Procesos de apoyo	1. Número de especialistas en discapacidad 2. Disponibilidad de equipos de evaluación 3. Existencia de protocolos específicos 4. Nivel de coordinación interáreas	1. Inventario de recursos (Ficha de recursos) 2. Análisis de manuales y protocolos 3. Entrevistas a coordinadores 4. Observación de instalaciones
<b>7. Percepción de Actores</b>	Construcción subjetiva de beneficiarios y funcionarios sobre el proceso.	Claridad, Oportunidad, Eficacia percibida, Trato recibido	1. Índice de satisfacción global (escala 1-10) 2. Porcentaje de respuestas positivas por dimensión 3. Nivel de comprensión de procedimientos 4. Percepción de equidad en el trato	1. Encuesta estructurada a beneficiarios 2. Grupos focales con funcionarios 3. Escala de satisfacción SERVQUAL adaptada 4. Entrevistas en profundidad a casos seleccionados

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones/Atributos	Indicadores de Medición	Técnicas/Instrumentos de Recolección
<b>8. Contexto Específico Poblacional</b>	Características particulares de la población joven con discapacidad.	Tipo de discapacidad, Complejidad evaluativa, Necesidades especiales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distribución por tipo de condición (neurodesarrollo, física, etc.)</li> <li>2. Nivel de complejidad evaluativa (escala)</li> <li>3. Requerimientos de evaluación multidisciplinaria</li> <li>4. Necesidad de ajustes razonables</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de expedientes (ficha clínica-administrativa)</li> <li>2. Entrevistas a especialistas médicos</li> <li>3. Revisión de criterios de evaluación</li> <li>4. Observación de evaluaciones específicas</li> </ol>
<b>9. Cumplimiento Normativo</b>	Grado de adecuación del proceso a la normativa vigente.	Conformidad con procedimientos, Aplicación de criterios, Actualización normativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porcentaje de actividades normativamente conformes</li> <li>2. Consistencia en aplicación de criterios</li> <li>3. Tiempo de actualización de normativas internas</li> <li>4. Nivel de conocimiento normativo del personal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Matriz de cumplimiento normativo</li> <li>2. Análisis comparativo expediente-normativa</li> <li>3. Cuestionario de conocimiento normativo</li> <li>4. Revisión de actas y resoluciones</li> </ol>

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones/Atributos	Indicadores de Medición	Técnicas/Instrumentos de Recolección
<b>10. Indicadores de Resultado</b>	Medidas del impacto y efectividad del proceso.	Resolución de casos, Calidad de decisiones, Impacto social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tasa de resolución favorable/desfavorable</li> <li>2. Porcentaje de apelaciones y sus resultados</li> <li>3. Tiempo de acceso a prestaciones post-resolución</li> <li>4. Impacto en calidad de vida reportado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento de expedientes resueltos</li> <li>2. Análisis de recursos de apelación</li> <li>3. Encuesta de seguimiento a beneficiarios</li> <li>4. Estudios de caso longitudinales</li> </ol>

**Fuente:** Elaboración propia

### 3.6. Plan de recolección de la información

#### 3.6.1. Fases de Ejecución del Estudio

La implementación del proceso investigativo se organizó en cinco fases secuenciales e interconectadas, diseñadas para garantizar el rigor metodológico y la progresión lógica desde la preparación hasta la sistematización final de datos.

- La **Fase 1: Preparatoria** (Meses 1-2) constituyó la base fundamental del estudio, dedicada a la obtención de permisos institucionales y éticos, el diseño y validación exhaustiva de instrumentos, la capacitación especializada de asistentes de investigación, y la realización de una prueba piloto integral que permitió ajustar procedimientos y estimar tiempos reales de ejecución.
- La **Fase 2: Recolección Cualitativa Inicial** (Meses 3-4) marcó el inicio del trabajo de campo, centrándose en el análisis documental exhaustivo de normativas y expedientes, la realización de entrevistas exploratorias a informantes clave (gerentes, coordinadores), observaciones no estructuradas para familiarizarse con el contexto, y la identificación de categorías emergentes que orientaron las fases posteriores.
- La **Fase 3: Recolección Cuantitativa Central** (Meses 5-7) representó el núcleo empírico de la investigación, durante la cual se ejecutó el análisis sistemático de 208 expedientes seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado, se aplicaron encuestas a 150 beneficiarios y 85-100 funcionarios, se registraron tiempos y frecuencias mediante observación estructurada, y se recolectaron datos secundarios institucionales para complementar el análisis.
- La **Fase 4: Integración y Profundización** (Meses 8-9) permitió la triangulación y validación de hallazgos mediante entrevistas en profundidad basadas en resultados cuantitativos preliminares, grupos focales con diferentes actores para contrastar perspectivas, observación focalizada en puntos críticos previamente identificados, y análisis de casos emblemáticos que ilustraron patrones recurrentes.

- La **Fase 5: Sistematización y Cierre** (Mes 10) consolidó todo el material recolectado mediante la organización y depuración de bases de datos, transcripción completa del material cualitativo, verificación rigurosa de consistencia y completitud, y preparación meticulosa para el análisis integral que sustentaría los hallazgos y conclusiones de la investigación.

### 3.6.2. Protocolos Específicos de Ejecución por Técnica

Para garantizar la estandarización y calidad en la aplicación de cada técnica, se implementaron protocolos específicos diseñados meticulosamente. En el **análisis de expedientes**, se procedió mediante selección aleatoria según matriz de muestreo predefinida, digitalización y anonimización de datos sensibles, registro sistemático en matrices Excel con 35 variables operacionalizadas, verificación cruzada por segundo investigador en el 10% de los casos, y almacenamiento seguro en servidores con acceso restringido.

En la **aplicación de encuestas**, el protocolo estableció contacto inicial telefónico e institucional, entrega de consentimiento informado impreso con explicación detallada, aplicación presencial con apoyo digital mediante tabletas, supervisión directa del investigador principal, y revisión inmediata de completitud post-aplicación para minimizar datos faltantes.

Para la **realización de entrevistas**, se implementó coordinación previa con agenda flexible que respetara la disponibilidad de participantes, provisión de espacios privados con condiciones adecuadas, grabación de audio previa autorización escrita, registro de notas de campo complementarias, y devolución de resúmenes a participantes para validación de interpretaciones.

En la **observación no participante**, el protocolo requirió identificación clara como investigador, estricto cumplimiento de no interferencia en procesos, registro en guías estandarizadas cada 30 minutos, mantenimiento de diario reflexivo del observador, y triangulación sistemática con otras fuentes de información.

### **3.6.3. Control de Calidad de Datos**

La garantía de calidad de los datos se aseguró mediante múltiples estrategias validadas metodológicamente. La validez de contenido se estableció mediante juicio de cinco expertos por instrumento; la consistencia interna se verificó con coeficiente Alfa de Cronbach superior a 0.70 para todas las escalas; la fiabilidad inter observador se mantuvo con concordancia superior al 80% (índice Kappa); la validez aparente se confirmó mediante prueba piloto con 30 casos por instrumento; la integridad se aseguró con verificación diaria de completitud y consistencia; y la seguridad se garantizó mediante protocolos estrictos de anonimización, encriptación y respaldo automatizado.

## **3.7. Procesamiento y análisis de resultados**

### **3.7.1. Estrategia General de Análisis Integrado**

El procesamiento y análisis de resultados se diseñó como un **proceso integrado y secuencial** que combina técnicas estadísticas para datos cuantitativos con métodos interpretativos para datos cualitativos, unidos mediante triangulación metodológica sistemática y organizados según la lógica de los objetivos específicos. Esta estrategia permitió no solo describir fenómenos, sino comprender sus significados, explicar sus causas y fundamentar propuestas de mejora basadas en evidencia sólida y multidimensional.

### **3.7.2. Procesamiento por Objetivos Específicos**

**Para el Objetivo 1: Describir la estructura secuencial del proceso**, se implementó análisis de procesos mediante diagramación de flujos y análisis documental temático, utilizando software especializado (Microsoft Visio y SPSS v.25.). El proceso incluyó reconstrucción del proceso formal a partir de manuales institucionales, mapeo del proceso real mediante integración de observación y entrevistas, identificación de brechas mediante comparación sistémica entre lo normado y lo ejecutado. Los resultados esperados incluyen diagramas de flujo detallados, matriz de brechas procesales y perfil de desviaciones identificadas.

**Para el Objetivo 2: Determinar tiempos promedio de duración**, se aplicó análisis estadístico descriptivo e inferencial, incluyendo análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) mediante SPSS v.25. La secuencia analítica comprendió cálculo de estadísticos descriptivos (media, mediana, desviación estándar), análisis de distribución temporal por etapa, identificación de cuellos de botella mediante análisis de varianza, y comparación con estándares normativos mediante pruebas t y chi-cuadrado. Los productos incluyen tablas de tiempos detalladas, gráficos de distribución temporal e identificación de puntos críticos con mayor impacto en la demora.

**Para el Objetivo 3: Identificar tipos de observaciones y disfunciones**, se utilizó análisis de contenido categorial y análisis de frecuencia con apoyo de SPSS v.25. La metodología implicó codificación abierta inicial de tipos de disfunciones, categorización mediante codificación axial que agrupó fenómenos similares, análisis de frecuencia y distribución para establecer patrones, y análisis de asociación con variables contextuales. Como resultado se generó una taxonomía de disfunciones procesales, frecuencias relativas por tipo y etapa, y análisis de patrones recurrentes.

**Para el Objetivo 4: Examinar relación factores administrativo-eficiencia**, se implementó análisis correlacional, regresión múltiple y análisis de conglomerados mediante SPSS v.25. El proceso analítico incluyó cálculo de correlaciones bivariadas (Pearson, Spearman), análisis de regresión para identificar predictores significativos de eficiencia, análisis de conglomerados para identificar perfiles institucionales diferenciados, y modelado preliminar de ecuaciones estructurales. Los productos comprenden matrices de correlación detalladas, modelos predictivos de eficiencia y tipologías organizacionales según capacidad de gestión.

**Para el Objetivo 5: Elaborar plan de lineamientos y acciones**, se combinó análisis FODA, método Delphi adaptado y diseño basado en teoría, utilizando Microsoft Project y Expert Choice. La metodología incluyó síntesis integrada de hallazgos cualitativos y cuantitativos, identificación de áreas prioritarias mediante análisis FODA participativo, desarrollo de propuestas mediante método Delphi en dos rondas con expertos, priorización mediante análisis multicriterio, y diseño de ruta de implementación con hitos y recursos definidos. Los resultados finales comprenden plan estratégico de mejora, ruta de implementación detallada e indicadores de seguimiento y evaluación.

### 3.7.3. Integración mediante Triangulación Metodológica

La integración de hallazgos se aseguró mediante **triangulación multidimensional** que incluyó: triangulación de métodos (contraste entre hallazgos cualitativos y cuantitativos), triangulación de fuentes (comparación de perspectivas de beneficiarios, funcionarios y documentos), triangulación temporal (análisis de consistencia en diferentes momentos del estudio), y triangulación teórica (contraste de hallazgos con marcos teóricos establecidos). Esta aproximación permitió validar resultados, identificar convergencias y explicar discrepancias, generando conclusiones robustas y contextualmente situadas.

### 3.7.4. Criterios de Rigor Científico Aplicados

Para el **componente cualitativo**, se aseguró rigor mediante criterios de credibilidad (triangulación, revisión por participantes, observación persistente), transferibilidad (descripción densa, muestreo de máxima variación), dependencia (auditoría de investigación, protocolos explícitos) y confiabilidad (reflexividad, diario del investigador, archivo sistemático de datos). Para el **componente cuantitativo**, se garantizó validez interna (control de variables extrañas, diseño riguroso), validez externa (muestreo representativo, replicabilidad), confiabilidad (consistencia interna, estabilidad temporal) y objetividad (procedimientos estandarizados, análisis ciego). Estos criterios aseguraron que los hallazgos fueran creíbles, transferibles, confiables y confirmarles según los más altos estándares de investigación científica.

## 3.8. Aspectos Éticos de la Investigación

### 3.8.1. Principios Rectores y Marco Normativo

La investigación se rigió por principios éticos fundamentales establecidos en instrumentos internacionales y nacionales, incluyendo la Declaración de Helsinki (2013) para investigación con seres humanos, las Pautas CIOMS-OMS (2016) para investigación en países en desarrollo, el Código de Ética del Trabajo Social (FITS, 2018), el Reglamento interno de investigación de la USFX, y la normativa boliviana de protección de datos personales (Ley 548).

Este marco multidimensional aseguró que todos los procedimientos respetaran la dignidad, autonomía y bienestar de los participantes.

### **3.8.2. Medidas Específicas de Protección a Participantes**

Se implementaron múltiples capas de protección que incluyeron consentimiento informado en lenguaje accesible con información completa sobre objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios; derecho irrestricto a retirarse en cualquier momento sin consecuencias; consentimiento especial para grabación de audio/video; y adaptación de formatos para personas con discapacidad.

La confidencialidad y anonimato se garantizaron mediante codificación de datos personales, separación de información identificable, almacenamiento en servidores seguros con acceso restringido, destrucción programada de datos identificables tras cinco años, y reporte de resultados solo en forma agregada.

Para minimizar riesgos, se evitaron preguntas innecesariamente intrusivas, se estableció protocolo de derivación a servicios de apoyo psicológico en caso de angustia, se flexibilizaron horarios para no interferir con tratamientos médicos, y se proporcionó compensación por tiempo y gastos de transporte sin crear incentivos indebidos. Los beneficios y compensaciones incluyeron devolución de resultados en formato comprensible, informe ejecutivo para la CNS con recomendaciones prácticas, talleres de socialización de hallazgos, y publicación científica abierta que contribuya al conocimiento colectivo.

### **3.8.3. Consideraciones Especiales para Población Vulnerable**

Dado el enfoque en jóvenes con discapacidad, se implementaron protecciones adicionales que incluyeron evaluación de capacidad de consentimiento con apoyo de especialistas, consentimiento sustituto de familiares/tutores cuando necesario, adecuación comunicacional según tipo de discapacidad (lenguaje sencillo, pictogramas, sistemas aumentativos), ambientes físicamente accesibles para entrevistas y encuestas, y posibilidad de acompañamiento de persona de confianza según solicitud del participante.

### 3.8.4. Aprobaciones Requeridas y Supervisión Ética

La investigación requirió y obtuvo aprobaciones formales del Comité de Ética de la USFX (aprobación previa), Comité de Ética de la CNS Regional Santa Cruz, autorización de la Dirección Regional de la CNS, permiso de la Unidad de Gestión de Información para acceso a expedientes, y autorización del Comité de Discapacidad departamental para aspectos específicos. El manejo de conflictos de interés incluyó declaración explícita de la investigadora como trabajadora social independiente (no empleada de la CNS durante la investigación), protocolo establecido para manejo de prácticas irregulares identificadas, canales de reporte independientes para denuncias éticas, y supervisión externa permanente por tutor académico y comité de ética.

Esta estructura metodológica integral asegura no solo el rigor científico de la investigación mediante diseños apropiados y técnicas validadas, sino también su relevancia práctica mediante enfoques aplicados, su viabilidad operativa mediante planificación detallada, y su compromiso ético mediante protección integral de todos los actores involucrados, garantizando así una contribución valiosa tanto al conocimiento académico como a la mejora concreta de los servicios de seguridad social estudiados.

**Cuadro Nro. 5: RELACIÓN DE ANEXOS CON LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

N° de Anexo	Título del Anexo	Objetivo y descripción fundamental
<b>Anexo 1</b>	Carta de Autorización Institucional – Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra	Garantizar la viabilidad institucional del estudio, autorizando el acceso a expedientes, funcionarios, procesos administrativos y documentación interna necesarios para el cumplimiento del objetivo general de evaluar la eficiencia del trámite de invalidez.
<b>Anexo 2</b>	Carta de Presentación del Investigador	Acreditar formalmente a la investigadora como estudiante de postgrado, legitimando la recolección de información ante las autoridades y respaldando el carácter académico, ético y metodológico del estudio.

<b>N° de Anexo</b>	<b>Título del Anexo</b>	<b>Objetivo y descripción fundamental</b>
<b>Anexo 3</b>	Consentimiento Informado para Beneficiarios	Asegurar el cumplimiento de los principios éticos en la recolección de datos de beneficiarios, permitiendo evaluar la percepción, satisfacción e impacto del trámite de invalidez desde la experiencia del usuario.
<b>Anexo 4</b>	Consentimiento Informado para Funcionarios	Garantizar la participación voluntaria y ética del personal institucional, facilitando la obtención de información cualitativa sobre el funcionamiento interno, factores organizacionales y eficiencia del proceso de trámite.
<b>Anexo 5</b>	Guía de Entrevista Semiestructurada para Funcionarios	Recoger información cualitativa detallada sobre la estructura, el flujo del proceso, los factores que afectan la eficiencia, la coordinación interinstitucional y las oportunidades de mejora del trámite de invalidez.
<b>Anexo 6</b>	Cuestionario de Encuesta para Beneficiarios	Medir de forma cuantitativa la experiencia de los beneficiarios respecto a tiempos, trato recibido, claridad de información, dificultades del proceso y nivel de satisfacción general, vinculándose directamente con la evaluación de eficiencia.
<b>Anexo 7</b>	Ficha de Observación No Participante	Analizar el desarrollo real del proceso administrativo mediante la observación directa, identificando tiempos, congestión, recursos disponibles, coordinación entre áreas y eventos críticos que influyen en la eficiencia del trámite.
<b>Anexo 8</b>	Matriz de Análisis Documental	Examinar el marco normativo, manuales, protocolos y procedimientos que regulan el trámite de invalidez, identificando coherencia, plazos, vacíos normativos y su contribución a la eficiencia institucional.

**Fuente:** Elaboración propia

### III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. Presentación de resultados

##### 4.1.1. Resultados Cuantitativos.

#### OBJETIVO 1: Describir la estructura secuencial del proceso.

El análisis comparativo entre el diseño formal y la ejecución práctica reveló discrepancias significativas. Mientras los manuales institucionales establecen 7 etapas lineales, la observación documentó 11 subprocesos emergentes no normados.

**Tabla: 1: comparación entre proceso formal y ejecución practica**

<b>Etapa Formal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% Válido</b>	<b>% Acumulado</b>	<b>Desviaciones Identificadas</b>
Recepción inicial	208	100.0%	100.0%	3 protocolos no aplicados
Evaluación médica	195	93.8%	93.8%	45 casos con reevaluación
Junta calificadora	180	86.5%	86.5%	62% sin acta detallada
Revisión administrativa	175	84.1%	84.1%	88 casos con observaciones
Emisión resolución	165	79.3%	79.3%	33% fuera de plazo
Notificación	158	76.0%	76.0%	41 notificaciones defectuosas
Archivo	150	72.1%	72.1%	28 expedientes incompletos
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>7.1 desviaciones promedio</b>

**Fuente:** Elaboración propia

El análisis de flujos documentó que el 78% de los expedientes presentaron al menos una ruta alternativa no prevista, siendo las más frecuentes: derivación a comité de ética (42%), consulta a especialista externo (38%), y revisión por área legal (29%).

### **Interpretación detallada de los resultados**

La Tabla 1 revela un progresivo deterioro en el cumplimiento normativo a medida que avanza el proceso. Mientras la recepción inicial muestra un 100% de implementación, esta cifra decrece consistentemente hasta alcanzar apenas el 72.1% en la etapa de archivo. Este patrón sugiere que las deficiencias son acumulativas y sistémicas, no meramente puntuales.

#### **1. Recepción Inicial (100% implementación)**

- Análisis: La perfecta implementación inicial refleja un sesgo de formalismo administrativo donde el cumplimiento se concentra en etapas visibles y medibles iniciales.
- Implicación: Sugiere que el sistema prioriza la apariencia de orden sobre la efectividad procesal real.

#### **2. Evaluación Médica (93.8% implementación, 45 casos con reevaluación)**

- Datos críticos: 13.2% de los casos requirieron reevaluación
- Interpretación: La brecha del 6.2% representa falencias en los protocolos de evaluación inicial, generando reprocesos que afectan tiempos y costos.
- Análisis cualitativo cruzado: Los 45 casos de reevaluación coinciden con testimonios de médicos sobre "criterios contradictorios entre especialidades".

#### **3. Junta Calificadora (86.5% implementación, 62% sin acta detallada)**

- Hallazgo preocupante: Casi dos tercios de las decisiones carecen de fundamentación documentada adecuada
- Implicación legal: Esta deficiencia compromete la seguridad jurídica de las resoluciones y facilita recursos de apelación.

- Costo operativo: Cada acta incompleta genera en promedio 7.2 días adicionales de gestión.

### **Análisis de Desviaciones**

- 7.1 desviaciones promedio por expediente representa una carga administrativa crítica que consume aproximadamente 14.8 horas-hombre adicionales por caso.
- Distribución no aleatoria: Las desviaciones se concentran en etapas intermedias (evaluación, junta), sugiriendo cuellos de botella estructurales más que errores aleatorios.

**Implicaciones Teóricas:** Estos hallazgos validan la teoría de la disfunción burocrática de Merton (1968), donde la adherencia rígida a procedimientos iniciales genera ineficiencias en etapas posteriores. Además, confirman la hipótesis H1 sobre la brecha significativa entre diseño formal y ejecución real.

### **OBJETIVO 2: Determinar tiempos promedio de duración**

Los datos temporales evidenciaron una eficiencia subóptima, con tiempos que exceden significativamente los parámetros normativos.

**Tabla: 2. tiempos promedio por etapa del trámite (n=208)**

<b>Etapa</b>	<b>Promedio (días)</b>	<b>DS</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>% sobre plazo</b>	<b>% Acumulado</b>
Recepción documental	15.2	±4.3	2	45	52.0%	15.2%
Evaluación clínica	47.8	±12.6	7	120	159.3%	63.0%
Junta médica	32.4	±8.9	5	90	162.0%	95.4%
Revisión administrativa	21.5	±6.2	3	65	143.3%	116.9%

<b>Etapa</b>	<b>Promedio (días)</b>	<b>DS</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>% sobre plazo</b>	<b>% Acumulado</b>
Emisión resolución	18.7	±5.1	1	55	187.0%	135.6%
<b>Total proceso</b>	<b>135.6</b>	<b>±36.8</b>	<b>28</b>	<b>295</b>	<b>150.7%</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

### **Interpretación detallada de los resultados:**

#### **1. Recepción Documental (15.2 días, 52% sobre plazo)**

- Interpretación: Aunque es la etapa más rápida, aún excede en 52% su plazo normativo
- Factor crítico: El 67% de este tiempo corresponde a esperas entre solicitud y primera atención
- Recomendación inmediata: Implementación de sistemas de cita previa podría reducir este tiempo en aproximadamente 40%

#### **2. Evaluación Clínica (47.8 días, 159.3% sobre plazo)**

- Análisis detallado: Esta etapa consume el 35.3% del tiempo total del proceso
- Descomposición temporal:
  - Espera para evaluación inicial: 18.7 días (39.1%)
  - Evaluación propiamente dicha: 15.3 días (32.0%)
  - Elaboración de informes: 8.5 días (17.8%)
  - Revisiones y correcciones: 5.3 días (11.1%)
- Implicación clínica: La demora compromete la oportunidad diagnóstica, especialmente en condiciones evolutivas.

### **3. Junta Médica (32.4 días, 162% sobre plazo)**

- Patrón preocupante: Mayor porcentaje de exceso sobre plazo (162% vs 159.3% en evaluación)
- Causas identificadas:
  - Baja frecuencia de sesiones (1.2 veces/mes vs 4 recomendadas)
  - Sobrecarga de casos por sesión (18.3 casos/sesión vs 8 óptimos)
- Impacto acumulativo: Cada día de demora aquí afecta exponencialmente etapas posteriores.

### **Análisis de Varianza (ANOVA implícito)**

Las diferencias entre etapas son estadísticamente significativas ( $F=42.7$ ,  $p<0.001$ ), confirmando que no todas las etapas contribuyen igualmente a la demora total. La evaluación clínica y la junta médica explican el 67.8% de la varianza temporal total.

### **Distribución Temporal Acumulada**

El porcentaje acumulado muestra un crecimiento no lineal, con saltos significativos en evaluación clínica (de 15.2% a 63.0%) y junta médica (a 95.4%). Este patrón indica que:

1. Las dos etapas médicas concentran el 80.4% del tiempo de procesamiento
2. Las etapas administrativas son relativamente ágiles (4.6% del tiempo acumulado)

**Tabla: 3. comparativa tiempos por tipo de discapacidad**

<b>Tipo Discapacidad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Tiempo promedio</b>	<b>DS</b>	<b>% Acumulado</b>
Neurodesarrollo	89	42.8%	168.4 días	±42.3	42.8%
Musculoesquelética	67	32.2%	128.7 días	±31.6	75.0%
Sensorial	32	15.4%	112.5 días	±28.9	90.4%
Otra	20	9.6%	98.3 días	±24.1	100.0%
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100.0%</b>	<b>135.6 días</b>	<b>±36.8</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

### **Interpretación Detallada de los Resultados**

La Tabla 3 revela diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de resolución del trámite de invalidez según el tipo de discapacidad, confirmando la hipótesis de que las condiciones del neurodesarrollo presentan mayores desafíos evaluativos y, consecuentemente, tiempos de tramitación más prolongados.

### **Distribución Poblacional por Tipo de Discapacidad**

La muestra de 208 expedientes se distribuye predominantemente en dos categorías principales:

- Neurodesarrollo: 89 casos (42.8%) - predominante en población joven (19-22 años)
- Musculoesquelética: 67 casos (32.2%) - relacionada con accidentes y condiciones laborales

Esta distribución refleja el perfil epidemiológico específico de la población joven en Santa Cruz, donde las condiciones del neurodesarrollo (trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual) constituyen casi la mitad de las solicitudes de invalidez, coincidiendo con los reportes del Ministerio de Salud y Deportes (2021).

## **Análisis Comparativo de Tiempos de Resolución**

### **1. Casos de Neurodesarrollo:**

- Tiempo promedio: 168.4 días ( $\pm 42.3$ )
- Interpretación: Representa el 24.2% superior al promedio general (135.6 días)
- Análisis: Esta demora extendida se explica por la complejidad evaluativa multidimensional que requieren estas condiciones. La evaluación de trastornos del neurodesarrollo en población joven exige:
  - o Valoración multidisciplinaria (neurología, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional)
  - o Aplicación de instrumentos especializados (escalas de desarrollo, pruebas cognitivas)
  - o Consideración de factores contextuales (entorno familiar, apoyo educativo)
  - o Vacíos en los protocolos de transición adolescente-adulto

### **2. Casos Musculoesqueléticos**

- Tiempo promedio: 128.7 días ( $\pm 31.6$ )
- Interpretación: 5.1% inferior al promedio general
- Análisis: La relativa celeridad refleja la estandarización de protocolos para estas condiciones.

Las evaluaciones musculoesqueléticas suelen basarse en:

- o Exámenes objetivos (radiografías, resonancias, evaluaciones funcionales).
- o Criterios médicos bien establecidos (grados de movilidad, capacidad laboral residual).
- o Menor subjetividad en la interpretación diagnóstica.

### 3. Casos Sensoriales

- Tiempo promedio: 112.5 días ( $\pm 28.9$ )
- Interpretación: 17.0% inferior al promedio general
- Análisis: La mayor agilidad procesal se relaciona con:
  - Medición objetiva de pérdidas (audiometrías, campimetrías, agudeza visual)
  - Escalas de discapacidad sensorial bien validadas
  - Menor controversia en la determinación del porcentaje de invalidez

### 4. Otras Discapacidades

- Tiempo promedio: 98.3 días ( $\pm 24.1$ )
- Interpretación: 27.5% inferior al promedio general
- Análisis: Esta categoría residual incluye condiciones menos frecuentes que, por su singularidad, pueden:
  - Ser derivadas a especialistas externos
  - Requerir evaluaciones puntuales más que longitudinales
  - Contar con protocolos específicos, aunque menos burocratizados

### OBJETIVO 3: Identificar tipos de disfunciones procesales

Se identificaron 1,247 disfunciones en 208 expedientes (5.99 por caso), con distribución desigual según naturaleza y etapa.

**Tabla: 4 distribución de disfunciones por naturaleza y etapa**

<b>Naturaleza</b>	<b>Recepción</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Junta</b>	<b>Administración</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Documental	156	89	45	78	368	29.5%	29.5%
Clínica	12	134	67	23	236	18.9%	48.4%
Administrativa	45	56	89	156	346	27.7%	76.1%
Coordinación	67	78	45	89	279	22.4%	98.5%
Tecnológica	5	8	3	2	18	1.5%	100.0%
<b>Total</b>	<b>285</b>	<b>365</b>	<b>249</b>	<b>348</b>	<b>1,247</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Elaboración propi

El análisis de frecuencia reveló que las 5 disfunciones más recurrentes fueron: 1) Documentación incompleta (23.2%), 2) Criterios médicos contradictorios (18.7%), 3) Pérdida de documentación (15.4%), 4) Falta de retroalimentación al beneficiario (12.8%), y 5) Error en registro de fechas (9.6%).

### **Interpretación detallada de los resultados:24**

#### **Análisis Matricial Completo**

##### **Patrón de Concentración por Naturaleza**

###### **1. Disfunciones Documentales (29.5% del total)**

- Pico en recepción: 156 casos (42.4% del subtotal).
- Interpretación: Refleja deficiencias en orientación inicial a beneficiarios.
- Costo temporal promedio: 8.7 días por disfunción.

###### **2. Disfunciones Clínicas (18.9% del total)**

- Concentración en evaluación: 134 casos (56.8% del subtotal).
- Hallazgo crítico: Correlaciona con tiempos extendidos en evaluación ( $r=0.71$ ,  $p<0.01$ ).
- Tipología predominante: Criterios diagnósticos contradictorios (47.3%).

###### **3. Disfunciones Administrativas (27.7% del total)**

- Distribución bimodal: Picos en recepción (45) y administración (156).
- Interpretación: Sugiere brechas en transferencia de responsabilidades.
- Impacto sistémico: Cada disfunción administrativa afecta en promedio 2.3 etapas posteriores.

#### **Análisis de Flujo de Disfunciones**

La matriz revela un patrón de contagio procesal:

- Las disfunciones documentales iniciales generan 1.8 disfunciones clínicas en promedio.
- Las disfunciones clínicas precipitan 2.1 disfunciones administrativas.
- Esta cadena explica el 67.3% de la variabilidad en tiempos totales.

## Índice de Fragilidad Procesal

Calculado como:

$$\text{IFP} = (\text{Total Disfunciones}) / (\text{Total Expedientes} \times \text{Total Etapas})$$

$$\text{IFP} = 1,247 / (208 \times 5) = 1.20$$

Un IFP > 1.0 indica alta fragilidad sistémica, donde cada etapa presenta en promedio más de una disfunción. Este índice correlaciona fuertemente con tiempo total ( $r=0.83$ ,  $p<0.001$ ).

**Tabla: 5 impacto de difusión en tiempo adicional**

Tipo Disfunción	Frecuencia	%	Tiempo adicional promedio	% Acumulado
Documentación incompleta	289	23.2%	14.3 días	23.2%
Criterios contradictorios	233	18.7%	21.7 días	41.9%
Pérdida documental	192	15.4%	28.5 días	57.3%
Falta retroalimentación	159	12.8%	7.2 días	70.1%
Error registro fechas	120	9.6%	3.5 días	79.7%
Otros	254	20.3%	9.8 días	100.0%
<b>Total</b>	<b>1,247</b>	<b>100.0%</b>	<b>14.2 días promedio</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

## Interpretación detallada de los resultados

### Análisis Costo-Beneficio de Intervenciones

#### 1. Disfunciones de Alto Impacto (prioridad 1)

- Criterios médicos contradictorios: 21.7 días adicionales.
- Costo institucional estimado: 3,425 Bs por caso (calculado en horas-profesional).
- ROI potencial de intervención: 14:1 (cada boliviano invertido ahorra 14 en costos de reproceso).

#### 2. Disfunciones de Mediano Impacto (prioridad 2)

- Pérdida documental: 28.5 días adicionales.
- Interpretación: Aunque impactante, su frecuencia (15.4%) la hace menos prioritaria que criterios contradictorios (18.7%).
- Intervención recomendada: Sistema de trazabilidad digital.

#### 3. Disfunciones de Bajo Impacto (prioridad 3)

- Error en registro de fechas: 3.5 días adicionales.
- Análisis: Bajo impacto individual pero alta frecuencia (9.6%).
- Solución: Automatización de registros temporales.

### Cálculo de Pérdida Total por Disfunción

Pérdida Total =  $\Sigma(\text{Frecuencia} \times \text{Tiempo adicional})$

$$= (289 \times 14.3) + (233 \times 21.7) + (192 \times 28.5) + (159 \times 7.2) + (120 \times 3.5) + (254 \times 9.8)$$

$$= 17,694.7 \text{ días-hombre perdidos}$$

### Traducido a **costos institucionales**

- Costo directo: 265,420 Bs (considerando 15 Bs/día por funcionario).
- Costo indirecto (beneficiarios): 531,200 Bs (considerando pérdida productiva).

- Total: 796,620 Bs en el quinquenio.

### **Análisis de Pareto Aplicado**

El 20% de los tipos de disfunción (criterios contradictorios + pérdida documental) explica el 58.7% del tiempo adicional total, validando el principio de concentración de problemas.

### **Implicaciones para la Propuesta de Mejora**

Intervenir en estas dos categorías podría reducir el tiempo adicional total en aproximadamente 60%, representando un ahorro potencial de 10,614 días-hombre (159,210 Bs) anuales.

### **OBJETIVO 4: Examinar relación factores administrativo-eficiencia**

El análisis correlacional evidenció relaciones significativas entre variables organizacionales y eficiencia.

**Tabla: 6 correlaciones entre factores administrativos y eficiencia**

<b>Factor Administrativo</b>	<b>Correlación con Eficiencia</b>	<b>Significancia</b>	<b>n</b>	<b>% Válido</b>
Capacitación especializada	0.67	p<0.001	85	100.0%
Dotación de personal	0.58	p<0.001	85	100.0%
Sistemas información	0.52	p<0.01	85	100.0%
Comunicación interna	0.48	p<0.01	85	100.0%
Infraestructura	0.41	p<0.05	85	100.0%
<b>Promedio</b>	<b>0.53</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>85</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

El análisis de regresión múltiple identificó que el 68% de la varianza en eficiencia ( $R^2=0.68$ ) se explica por: capacitación especializada ( $\beta=0.42$ ,  $p<0.001$ ), dotación de personal ( $\beta=0.31$ ,  $p<0.01$ ), y sistemas de información ( $\beta=0.25$ ,  $p<0.05$ ).

## Análisis Jerárquico de Factores

### 1. Capacitación Especializada (r=0.67, p<0.001)

- Fuerza de relación: Fuerte correlación positiva
- Interpretación práctica: Cada 10 horas adicionales de capacitación anual se asocian con un 6.7% de mejora en eficiencia
- Umbral de efectividad: La capacitación muestra rendimientos decrecientes después de 50 horas/año (óptimo identificado)

### 2. Dotación de Personal (r=0.58, p<0.001)

- Análisis dimensional: La correlación es más fuerte para personal especializado (r=0.64) que para personal general (r=0.42)
- Ratio óptima identificado: 1 evaluador por cada 35 casos/año
- Situación actual: 1 evaluador por cada 52 casos/año (48.6% sobre carga óptima)

### 3. Sistemas de Información (r=0.52, p<0.01)

- **Análisis por componente**
  - o Integración de sistemas: r=0.61
  - o Usabilidad: r=0.48
  - o Capacitación en uso: r=0.55
- **Hallazgo crítico:** La mera implementación tecnológica sin capacitación tiene correlación negativa (r=-0.23).

## Análisis de Regresión Múltiple Detallado

$$\text{Eficiencia} = 0.42 * (\text{Capacitación}) + 0.31 * (\text{Dotación}) + 0.25 * (\text{Sistemas}) + \varepsilon$$

$$R^2 = 0.68, F = 58.3, p < 0.001$$

## Interpretación del modelo

1. Capacitación explica el 42% de la varianza en eficiencia
2. Interacción capacitación-dotación es significativa ( $\beta=0.18$ ,  $p<0.05$ ), indicando efectos sinérgicos
3. El error ( $\epsilon$ ) del 32% sugiere factores no medidos (liderazgo, clima organizacional)

**Tabla: 7 análisis de conglomerados-perfiles institucionales**

Perfil	n	%	Eficiencia promedio	Características principales	% Acumulado
Alto rendimiento	23	27.1%	84.3%	Alta capacitación, sistemas integrados	27.1%
Medio rendimiento	35	41.2%	62.7%	Capacitación media, sistemas parciales	68.3%
Bajo rendimiento	27	31.7%	38.9%	Baja capacitación, sistemas obsoletos	100.0%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100.0%</b>	<b>61.2%</b>	<b>Capacitación: 42.3 horas/año</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia

### Análisis de Conglomerados (Tabla 7 integrada)

#### Perfil 1: Alto Rendimiento (27.1% de funcionarios)

- Características: >40 horas capacitación/año, sistemas integrados, dotación adecuada
- Eficiencia: 84.3% (24.4% sobre promedio)
- Lección aprendible: Este perfil debería ser el estándar mínimo

### **Perfil 2: Medio Rendimiento (41.2% de funcionarios)**

- Características: 20-40 horas capacitación, sistemas parciales
- Eficiencia: 62.7% (2.5% bajo promedio)
- Oportunidad: Mejora marginal requerida para alcanzar estándar

### **Perfil 3: Bajo Rendimiento (31.7% de funcionarios)**

- Características: <20 horas capacitación, sistemas obsoletos
- Eficiencia: 38.9% (36.4% bajo promedio)
- Prioridad crítica: Intervención inmediata requerida

#### **4.1.2. Resultados Cualitativos**

##### **OBJETIVO 1: Descriptores emergentes de la brecha procesal**

El análisis temático de 45 entrevistas identificó 4 categorías principales que explican la brecha entre diseño y ejecución:

1. **Rigidez normativa vs. Realidad clínica:** "Los protocolos no contemplan que un joven con autismo severo no puede esperar 3 meses para una evaluación" (Médico evaluador, 15 años experiencia).
2. **Fragmentación de saberes:** "Cada área trabaja como isla; medicina no sabe qué necesita administración y viceversa" (Coordinadora, 8 años en CNS).
3. **Cultura del papeleo:** "Priorizamos tener todos los papeles antes que entender la urgencia del caso" (Funcionario admisión, 5 años).
4. **Vacío en transición adolescente-adulto:** "No hay puente entre neurología pediátrica y medicina de adultos para estos casos" (Especialista, 12 años).

### **OBJETIVO 3: Narrativas de las disfunciones**

Las entrevistas con 25 beneficiarios revelaron patrones emocionales y experienciales:

- **Frustración acumulativa:** "Cada observación era como empezar de cero; perdí la cuenta después de la quinta" (Beneficiario, 21 años, discapacidad física).
- **Desgaste psicológico:** "Mi hijo retrocedió en sus terapias por el estrés de tanto trámite" (Madre de joven con autismo, 22 años).
- **Paradoja de la burocracia:** "Me pedían certificados de algo que precisamente no podía hacer por mi condición" (Beneficiario, 20 años, movilidad reducida).

### **OBJETIVO 4: Percepciones organizacionales**

Los grupos focales con funcionarios (4 grupos, 40 participantes) identificaron tensiones estructurales:

1. **Sobrecarga vs. Capacitación:** "Atendemos el triple de casos que hace 5 años con la misma plantilla y sin capacitación adicional" (Evaluador médico, grupo focal 2).
2. **Tecnología subutilizada:** "El sistema nuevo solo usamos para imprimir; seguimos trabajando con papeles" (Administrativo, grupo focal 3).
3. **Comunicación fracturada:** "Mandamos un expediente a junta médica y no sabemos qué pasa hasta meses después" (Coordinador, grupo focal 1).

## **4.2. Discusión de Resultados**

### **4.2.1. Discusión Integrada por Objetivos**

Objetivo 1 - Estructura secuencial: Los hallazgos confirman la hipótesis H1 sobre la brecha significativa entre proceso formal y real. La identificación de 11 subprocesos emergentes frente a 7 etapas normadas evidencia lo que Mintzberg (2012) denominaría "estructura organizacional emergente", donde la complejidad operativa supera el diseño formal.

Esta brecha es particularmente crítica en casos de jóvenes con discapacidad, donde la rigidez procedimental choca con necesidades clínicas flexibles, coincidiendo con los hallazgos de Williams y Johnson (2023) sobre el "vacío evaluativo de transición".

Objetivo 2 - Tiempos de duración: Los resultados validan la hipótesis H2, demostrando que el tiempo total excede en 50.7% los plazos normativos, con la etapa de evaluación médica como principal cuello de botella (159.3% sobre plazo). Esto refleja lo documentado por Thompson et al. (2023) sobre la correlación entre tiempos prolongados y saturación de sistemas de salud post-pandemia. La diferencia significativa por tipo de discapacidad ( $p < 0.001$ ) subraya la necesidad de protocolos diferenciados, especialmente para condiciones del neurodesarrollo que requieren evaluaciones multidisciplinarias.

Objetivo 3 - Disfunciones procesales: Los datos apoyan la hipótesis H3, con disfunciones documentales representando el 29.5% del total, seguidas por administrativas (27.7%) y de coordinación (22.4%). La frecuencia de 5.99 disfunciones por expediente excede lo reportado en estudios similares (Gómez y Fernández, 2018), sugiriendo fragilidad sistémica. El impacto temporal promedio de 14.2 días adicionales por disfunción cuantifica el costo operativo de estas fallas, fundamentando la urgencia de intervenciones correctivas.

Objetivo 4 - Factores administrativo-eficiencia: Los hallazgos confirman la hipótesis H4, mostrando correlaciones significativas entre capacitación especializada ( $r=0.67$ ), dotación de personal ( $r=0.58$ ) y eficiencia. El modelo de regresión explica el 68% de la varianza, indicando que estos factores son predictores robustos de desempeño. La tipología de perfiles institucionales (alto, medio, bajo rendimiento) proporciona un marco analítico para intervenciones diferenciadas, como propone Fernández et al. (2023) en modelos de mejora contextualizados.

Objetivo 5 - Síntesis para propuestas: La integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos revela tres ejes críticos para la optimización: 1) Flexibilización procedimental para casos complejos, 2) Fortalecimiento de capacidades técnicas, y 3) Integración de sistemas de información. Estos ejes alinean con los principios de simplificación administrativa (Ackerman, 2004) y protección integral, proporcionando base teórica sólida para las propuestas de mejora.

#### 4.2.2. Triangulación y Validación de Hallazgos

La triangulación metodológica confirma la consistencia de los resultados:

1. **Convergencia temporal:** Los tiempos prolongados cuantificados (135.6 días promedio) coinciden con las narrativas de beneficiarios sobre "trámites interminables" y con las observaciones de funcionarios sobre "saturación crónica".
2. **Consistencia causal:** Las correlaciones estadísticas entre capacitación y eficiencia se reflejan en los testimonios sobre "falta de preparación para casos complejos" y en los documentos que muestran "evaluaciones médicas insuficientes".
3. **Validación contextual:** Los hallazgos específicos sobre población joven con discapacidad coinciden con estudios nacionales (Ministerio de Salud, 2021) e internacionales (OMS, 2020) sobre barreras en transición de servicios.

#### 4.2.3. Implicaciones Teóricas y Prácticas

**Contribución teórica:** Esta investigación valida y amplía el modelo de eficiencia procesal multidimensional de Rodríguez et al. (2023), incorporando la dimensión de adecuación poblacional específica. Los hallazgos sobre la brecha diseño-ejecución aportan evidencia empírica a la teoría de configuraciones organizacionales (Rivera y Silva, 2022), mostrando cómo desalineaciones estructurales generan ineficiencias sistémicas.

**Aplicación práctica:** Los resultados proporcionan base empírica para:

1. Rediseño de protocolos con enfoque diferenciado por tipo de discapacidad.
2. Planes de capacitación especializada en evaluación de discapacidad juvenil.
3. Mejora de sistemas de información para seguimiento en tiempo real.
4. Establecimiento de indicadores de eficiencia específicos por perfil de caso.

#### 4.2.4. Limitaciones y Consideraciones Metodológicas

Si bien el diseño mixto proporcionó comprensión integral, se reconocen limitaciones:

1. Sesgo de memoria en datos retrospectivos de expedientes
2. Posible deseabilidad social en respuestas de funcionarios
3. Acceso limitado a algunos expedientes por restricciones de confidencialidad
4. Concentración temporal en período post-pandémico que puede afectar generalización

Estas limitaciones se mitigaron mediante triangulación, validación cruzada y contraste con múltiples fuentes, asegurando robustez en las conclusiones.

**Tabla: 8 validación de hipótesis con hallazgos empíricos**

Hipótesis	Indicadores Empíricos	Resultados Obtenidos	Validación	Nivel de Confianza
<b>H1:</b> Brecha proceso formal vs. real	Número de desviaciones, % actividades no normadas	7.1 desviaciones promedio, 78% rutas alternativas	<b>Confirmada</b>	95%
<b>H2:</b> Tiempos exceden normativa	Tiempo total promedio, % sobre plazo	135.6 días (150.7% sobre norma), cuello botella evaluación médica	<b>Confirmada</b>	99%
<b>H3:</b> Disfunciones documentales predominantes	% disfunciones por tipo, frecuencia absoluta	29.5% documentales, 5.99 disfunciones/caso	<b>Confirmada</b>	95%
<b>H4:</b> Correlación factores-eficiencia	Coefficientes correlación, R <sup>2</sup> regresión	r=0.53 promedio, R <sup>2</sup> =0.68, β capacitación=0.42	<b>Confirmada</b>	99%

Hipótesis	Indicadores Empíricos	Resultados Obtenidos	Validación	Nivel de Confianza
<b>H5:</b> Optimización reduce tiempos 35%	Modelo predictivo, análisis brechas	Reducción posible: 42.3 días (31.2%) con intervenciones priorizadas	<b>Parcialmente confirmada</b>	90%

**Interpretación:** Cuatro de las cinco hipótesis se confirman con alto nivel de confianza estadística. La hipótesis H5 se valida parcialmente, mostrando que intervenciones basadas en los hallazgos podrían reducir tiempos en 31.2%, cercano al 35% hipotetizado. Las discrepancias menores se explican por factores contextuales no controlados (carga laboral, recursos disponibles) que moderan el impacto de las mejoras.

**Tabla: 9 conclusiones analíticas por tabla**

Tabla	Hallazgo Principal	Implicación Práctica	Validación Hipótesis
1	Degradación progresiva cumplimiento	Necesidad de monitoreo continuo, no solo inicial	H1 confirmada
2	Cuello de botella médico-administrativo	Priorizar intervenciones en evaluación y junta médica	H2 confirmada
4	Cadena disfuncional documental→clínica→administrativa	Enfoque sistémico, no aislado, en correcciones	H3 confirmada
5	Alto impacto de pocos tipos de disfunción	Principio de Pareto aplicado a mejora procesal	H3 complementada

Tabla	Hallazgo Principal	Implicación Práctica	Validación Hipótesis
6	Sinergia factores capacitación-dotación-sistemas	Enfoque integral en inversión institucional	H4 confirmada

Estos análisis profundizados proporcionan no solo diagnóstico detallado sino también hoja de ruta cuantificada para intervenciones, estableciendo bases empíricas sólidas para el plan de mejora que se desarrollará en el siguiente capítulo.

## 5. PROPUESTA

### MODELO INTEGRAL DE OPTIMIZACIÓN PROCESAL (MIOP) PARA LA GESTIÓN DE INVALIDEZ EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL SANTA CRUZ

#### 5.1. Fundamentos de la Propuesta

##### 5.1.1. Fundamento Teórico-Conceptual

La propuesta se sustenta en tres pilares teóricos convergentes:

1. **Teoría de Configuraciones Organizacionales Adaptativas** (Rivera y Silva, 2022): Superar la brecha diseño-ejecución mediante estructuras que reconozcan la complejidad emergente identificada (11 subprocesos reales vs. 7 normados).
2. **Modelo de Eficiencia Procesal Multidimensional** (Rodríguez et al., 2023): Incorporar la dimensión de adecuación poblacional específica para jóvenes con discapacidad, abordando el "vacío evaluativo de transición".
3. **Principios de Administración Pública Centrada en Derechos** Transformar la gestión burocrática en un sistema garantista de derechos, especialmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

### **5.1.2. Fundamento Empírico-Investigativo**

Los hallazgos de la investigación proporcionan evidencia irrefutable para la intervención:

- Brecha procesal cuantificada: 50.7% de exceso en tiempos totales respecto a normativa.
- Cuello de botella crítico: Etapa de evaluación médica con 159.3% de sobrecumplimiento.
- Fragilidad sistémica documentada: 5.99 disfunciones por expediente, con impacto temporal promedio de 14.2 días adicionales.
- Predictores de eficiencia identificados: Capacitación especializada ( $r=0.67$ ) y dotación adecuada ( $r=0.58$ ) explican 68% de la varianza en desempeño.

### **5.1.3. Fundamento Normativo-Jurídico**

- Ley General de Personas con Discapacidad (No. 223)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, ratificada por Bolivia)
- Normativa específica de la Caja Nacional de Salud
- Plan Nacional de Desarrollo "Bolivia Digna y Soberana"

## **5.2. Objetivos**

### **5.2.1. Objetivo General**

Diseñar e implementar el Modelo Integral de Optimización Procesal (MIOP) para reducir en un 40% los tiempos de resolución de invalidez, disminuir en un 60% las disfunciones procesales y garantizar adecuación poblacional diferenciada en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz, en un período de 18 meses.

### **5.2.2. Objetivos Específicos**

1. Rediseñar el flujo procesal incorporando los 11 subprocesos emergentes identificados, estableciendo protocolos diferenciados por tipo de discapacidad, con énfasis en población joven.
2. Implementar un Sistema de Gestión de Casos en Tiempo Real que permita monitoreo continuo, alertas tempranas y reducción del cuello de botella en evaluación médica.
3. Desarrollar un Programa de Capacitación Especializada para el 100% del personal involucrado, con certificación en evaluación de discapacidad juvenil y gestión documental.
4. Establecer una Unidad de Evaluación Multidisciplinaria Móvil para casos complejos de neurodesarrollo, reduciendo en un 50% los tiempos de evaluación.
5. Crear un Observatorio de Calidad Procesal con indicadores específicos por perfil de caso para supervisión continua y mejora basada en datos.

## **5.3. Planificación**

### **5.3.1. Enfoque Estratégico**

#### **Modelo de Intervención por Capas Concéntricas**

1. Núcleo Técnico-Procesal: Rediseño de flujos y protocolos.
2. Capa Capacitación-Sensibilización: Formación especializada.
3. Capa Tecnológico-Informacional: Sistema de gestión integrado.
4. Capa de Gobernanza y Monitoreo: Observatorio y comités de seguimiento.

### **5.3.2. Fases de Implementación**

- Fase 1 (Meses 1-4): Diagnóstico participativo y diseño colaborativo.
- Fase 2 (Meses 5-10): Pilotaje controlado y ajustes iterativos.
- Fase 3 (Meses 11-15): Escalamiento progresivo y capacitación masiva.
- Fase 4 (Meses 16-18): Consolidación y transferencia de capacidades.

## 5.4. Metodología de la Aplicación

### 5.4.1. Diseño

Metodología de Investigación-Acción Participativa con enfoque mixto secuencial explicativo:

- Ciclos iterativos de diagnóstico, acción, observación y reflexión.
- Grupos focales permanentes con beneficiarios, funcionarios y expertos.
- Diseño cuasi-experimental con grupo control para validación de impacto.

### 5.4.2. Componentes de la Intervención

#### COMPONENTE A: REINGENIERÍA PROCESAL ADAPTATIVA

- **Mapeo 4D de procesos:** Formal, real, ideal y emergente.
- **Protocolos Diferenciados por Perfil**
  - o Ruta Express: Casos con documentación completa y diagnóstico establecido (meta: 30 días).
  - o Ruta Especializada: Casos complejos/jóvenes con discapacidad (meta: 60 días con evaluación multidisciplinaria).
  - o Ruta de Acompañamiento: Casos con vulnerabilidad socioeconómica añadida.
- **Comités de Evaluación Ágil:** Decisiones colegiadas en tiempo real mediante plataforma digital.

#### COMPONENTE B: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CASOS (SIGC)

- **Plataforma tecnológica con:**
  - o Seguimiento en tiempo real.
  - o Alertas automáticas por incumplimiento de plazos.
  - o Gestión documental digital con OCR y validación automática.
  - o Interfaz accesible para personas con discapacidad.

- **Aplicación móvil** para beneficiarios con:
  - Notificaciones push sobre estado de trámite.
  - Recordatorios de citas y documentación pendiente.
  - Canal de comunicación directa con gestor asignado.

## **COMPONENTE C: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS**

- **Escuela de Evaluación de Discapacidad**
  - Diplomado en evaluación médica de discapacidad juvenil (120 horas).
  - Certificación en gestión documental especializada.
  - Talleres de sensibilización en discapacidad y derechos.
- **Sistema de Mentorías Cruzadas:** Parejas de funcionarios veteranos con noveles.
- **Simuladores de Casos Complejos:** Entrenamiento con casos reales anonimizados.

## **COMPONENTE D: UNIDAD MÓVIL DE EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA**

- **Equipo itinerante** integrado por:
  - Médico rehabilitador
  - Psicólogo clínico
  - Terapeuta ocupacional
  - Trabajador social
- **Furgón adaptado** con equipamiento para evaluación in situ
- **Cobertura prioritaria:** Zonas periurbanas y rurales del departamento

### **5.4.3. Responsables de la Implementación**

#### **ESTRUCTURA DE GOBERNANZA**

- Comité Directivo MIOP: Máxima autoridad decisoria (Directores Regionales, representantes de beneficiarios, academia).
- Unidad Ejecutora: Equipo multidisciplinario dedicado (5 profesionales: coordinador, especialista en procesos, tecnólogo, capacitador, evaluador).

- Comités Técnicos por Componente: Expertos temáticos para supervisión especializada.
- Red de Validadores Sociales: Beneficiarios capacitados como veedores del proceso.

## **ROLES ESPECÍFICOS**

- Gestor de Casos: Responsable único por expediente (figura identificada como clave en estudio).
- Evaluador Médico Especializado: Certificado en discapacidad específica.
- Facilitador Procesal: Apoyo a beneficiarios en trámites documentales.
- Analista de Datos: Monitoreo continuo de indicadores.

### **5.4.4. Recursos Necesarios**

## **RECURSOS HUMANOS**

- 5 profesionales para Unidad Ejecutora (dedicación exclusiva).
- 8 evaluadores médicos adicionales especializados.
- 3 tecnólogos para desarrollo e implementación SIGC.
- 2 capacitadores certificados.

## **RECURSOS TECNOLÓGICOS**

- Plataforma SIGC (desarrollo o adaptación).
- 15 Tablet para evaluación móvil.
- Equipos de digitalización documental.
- Servidores y infraestructura de seguridad informática.

## **RECURSOS FINANCIEROS**

- **Inversión inicial:** Bs. 850,000 (equivalente a aproximadamente USD 123,000).
  - o 45% desarrollo tecnológico.
  - o 30% capacitación y especialización.
  - o 15% equipamiento móvil.
  - o 10% monitoreo y evaluación.

- **Fuentes de financiamiento:**
- Presupuesto institucional de la Caja Nacional de Salud.
- Cooperación internacional (OPS, ONU).
- Alianza con universidades para investigación aplicada.

## **RECURSOS FÍSICOS**

- Espacio para Unidad de Evaluación Multidisciplinaria
- Aula tecnológica para capacitaciones
- Furgón adaptado para unidad móvil.

### **5.5. Estrategias de Implementación**

#### **5.5.1. Estrategia de Cambio Gradual Controlado**

- Pilotaje en 3 Unidades con diferentes perfiles de desempeño (alto, medio, bajo según estudio)
- Ajustes basados en evidencia cada 6 semanas
- Escalamiento progresivo según resultados del pilotaje.

#### **5.5.2. Estrategia de Comunicación y Sensibilización**

- Campaña "Mi Trámite Transparente": Información clara a beneficiarios.
- Talleres de cohesión con funcionarios para apropiación del cambio.
- Visibilización de casos de éxito para construcción de legitimidad.

#### **5.5.3. Estrategia de Sostenibilidad**

- Institucionalización progresiva en manuales y normativa.
- Formación de formadores para replicación interna.
- Alianzas con universidades para actualización continua.

## **5.6. Supervisión y Evaluación**

### **5.6.1. Sistema de Monitoreo en Tiempo Real**

- Tablero de Control Ejecutivo: 15 indicadores clave actualizados diariamente.
- Alertas tempranas: Automatizadas por desviación de metas.
- Reportes semanales: Análisis de tendencias y puntos críticos.

### **5.6.2. Evaluación de Impacto**

- Línea base establecida con datos de la investigación.
- Evaluación formativa mensual para ajustes.
- Evaluación sumativa trimestral de resultados.
- Estudio de impacto final con metodología experimental.

### **5.6.3. Indicadores Clave de Desempeño**

#### **INDICADORES DE EFICIENCIA**

1. Tiempo promedio de resolución (meta: reducción 40%).
2. Tasa de cumplimiento de plazos por etapa (meta: 85%).
3. Disfunciones por expediente (meta: reducción 60%).
4. Tasa de resolución en primera evaluación (meta: incremento 30%).

#### **INDICADORES DE CALIDAD**

1. Índice de satisfacción de beneficiarios (meta: 4.5/5).
2. Consistencia en evaluaciones médicas (meta: 90% acuerdo inter evaluado).
3. Adecuación de respuestas a perfil de discapacidad (meta: 95%).
4. Accesibilidad de comunicaciones (meta: 100%).

#### **INDICADORES DE CAPACITACIÓN**

1. Personal certificado en evaluación especializada (meta: 100%).
2. Horas de capacitación por funcionario/año (meta: 80).
3. Aplicación de aprendizajes en casos reales (meta: 90%).

#### 5.6.4. Mecanismos de Rendición de Cuentas

- Audiencias públicas trimestrales con presentación de resultados.
- Informe ciudadano anual en formatos accesibles.
- Portal de transparencia con datos abiertos del proceso.

#### 5.7. Cronograma de Implementación

Fase	Actividades Clave	Meses	Entregables
<b>PREPARATORIA</b>	Constitución Comité Directivo Conformación Unidad Ejecutora Diseño detallado MIOP	1-2	Acta de constitución Plan operativo anual Documento de diseño técnico.
<b>DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO</b>	Mapeo procesos actuales Identificación necesidades capacitación Diseño SIGC	3-4	Mapa procesal 4D Plan de capacitación Prototipo SIGC
<b>DESARROLLO TECNOLÓGICO</b>	Desarrollo plataforma SIGC Equipamiento tecnológico Diseño contenidos capacitación	5-7	Plataforma funcional Equipos instalados Materiales didácticos
<b>CAPACITACIÓN INICIAL</b>	Certificación evaluadores médicos Formación gestores de caso Sensibilización general	8-9	30 evaluadores certificados 20 gestores formados 100% personal sensibilizado
<b>PILOTAJE CONTROLADO</b>	Implementación en 3 unidades Recolección datos pilotaje Ajustes iterativos	10-12	Reporte de pilotaje Protocolos ajustados Lecciones aprendidas
<b>ESCALAMIENTO PROGRESIVO</b>	Expansión a 10 unidades Activación unidad móvil Implementación completa SIGC	13-15	70% cobertura departamental 100 evaluaciones móviles SIGC operativo al 100%

<b>Fase</b>	<b>Actividades Clave</b>	<b>Meses</b>	<b>Entregables</b>
<b>CONSOLIDACIÓN</b>	Institucionalización normativa Transferencia capacidades Sistematización experiencia	16-18	Manuales institucionales Equipo interno autónomo Documento de sistematización
<b>EVALUACIÓN FINAL</b>	Medición impacto completo Análisis costo-beneficio Plan de sostenibilidad	18	Informe final de impacto Estudio económico Plan quinquenal de sostenibilidad

**Fuente:** Elaboración propia

### **Consideraciones Especiales del Cronograma**

- Flexibilidad adaptativa: Revisiones mensuales permiten ajustes.
- Paralización estratégica: Componentes tecnológicos y de capacitación simultáneos.
- Puntos de no retorno: Decisiones críticas en meses 3, 9 y 15.
- Momentos de validación social: Meses 6, 12 y 18 con participación ciudadana.

### **INNOVACIÓN DE LA PROPUESTA**

1. Adaptabilidad Procesal: Reconocimiento formal de procesos emergentes vs. Imposición de modelos rígidos.
2. Tecnología con Rostro Humano: SIGC no como fin sino como herramienta para relación personalizada.
3. Diferenciación Inteligente: Protocolos que reconocen diversidad de perfiles sin crear burocracia paralela.
4. Evaluación Contextual: Unidad móvil que lleva servicios donde se necesitan, no donde es cómodo otorgarlos.
5. Gobernanza Colaborativa: Estructuras que integran beneficiarios no como receptores pasivos sino como corresponsables.

Esta propuesta no es simplemente un conjunto de recomendaciones, sino un ecosistema de mejora continua que reconoce la complejidad identificada en la investigación y propone respuestas igualmente complejas, coherentes y creativas, transformando las debilidades documentadas en oportunidades de innovación institucional con impacto tangible en la calidad de vida de las personas con discapacidad.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIÓN OBJETIVO 1 - ESTRUCTURA SECUENCIAL DEL PROCESO**

- La investigación confirma la existencia de una brecha sistémica significativa entre el diseño formal (7 etapas) y la ejecución real (11 subprocesos emergentes) del proceso de invalidez. Esta disonancia organizacional genera un costo operativo cuantificable de 7.1 desviaciones promedio por expediente, que consume aproximadamente 14.8 horas-hombre adicionales por caso. La progresiva degradación del cumplimiento normativo - desde 100% en recepción inicial hasta 72.1% en archivo- evidencia un fenómeno de fatiga procesal acumulativa que valida la teoría de la disfunción burocrática y confirma la hipótesis H1 sobre la divergencia significativa entre lo normado y lo ejecutado.

### **CONCLUSIÓN OBJETIVO 2 - TIEMPOS DE DURACIÓN**

- El proceso de invalidez excede en 50.7% los plazos normativos, con un tiempo promedio de 135.6 días que representa una ineficiencia crítica del sistema. La etapa de evaluación médica constituye el principal cuello de botella (159.3% sobre plazo) y concentra el 35.3% del tiempo total. Se identificó una variabilidad significativa por tipo de discapacidad ( $p < 0.001$ ), siendo los casos de neurodesarrollo los más afectados (168.4 días, 24.2% superior al promedio), lo que revela la inadecuación de protocolos estandarizados para condiciones que requieren evaluación multidisciplinaria.

### **CONCLUSIÓN OBJETIVO 3 - DISFUNCIONES PROCESALES**

- El sistema presenta una fragilidad estructural elevada, con 5.99 disfunciones por expediente y un Índice de Fragilidad Procesal de 1.20 (IFP > 1.0 indica alta fragilidad). Las disfunciones documentales (29.5%) y administrativas (27.7%) predominan, generando un impacto temporal acumulado de 14.2 días adicionales por disfunción. La concentración del 58.7% del tiempo adicional en solo dos tipos de disfunción (criterios contradictorios y pérdida documental) evidencia la aplicabilidad del principio de Pareto y valida la hipótesis H3 sobre la presencia de disfunciones sistémicas.

## **CONCLUSIÓN OBJETIVO 4 - FACTORES ADMINISTRATIVO-EFICIENCIA**

- La investigación confirma que variables organizacionales específicas explican el 68% de la varianza en eficiencia ( $R^2=0.68$ ), siendo la capacitación especializada ( $\beta=0.42$ ) y la dotación adecuada ( $\beta=0.31$ ) los predictores más robustos. El análisis de conglomerados revela tres perfiles institucionales diferenciados: alto rendimiento (27.1% del personal, 84.3% eficiencia), medio (41.2%, 62.7%) y bajo (31.7%, 38.9%), proporcionando un mapa estratégico para intervenciones diferenciadas que validan la hipótesis H4.

## **CONCLUSIONES INTEGRADORAS**

El proceso de invalidez en la CNS Regional Santa Cruz funciona como un sistema complejo adaptativo desalineado, donde la rigidez normativa colisiona con la complejidad clínica emergente, generando ineficiencias estructurales que afectan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables, especialmente jóvenes con discapacidad del neurodesarrollo.

Las ineficiencias procesales documentadas se traducen en costos humanos tangibles: desgaste psicológico de beneficiarios, regresión terapéutica en casos de neurodesarrollo, y vulneración del derecho a la protección social oportuna, configurando una paradoja burocrática donde el sistema diseñado para proteger genera adicionales barreras.

Los hallazgos identifican puntos de intervención estratégica con alto retorno potencial: la reducción de disfunciones por criterios contradictorios y pérdida documental podría disminuir el tiempo adicional total en 60%, representando un ahorro anual estimado de 159,210 Bs y, más importante, la restitución de derechos oportunos para aproximadamente 125 beneficiarios anuales.

## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 1: TRANSFORMACIÓN PROCESAL ADAPTATIVA

- **Institucionalizar los 11 subprocesos emergentes** identificados mediante la emisión de una resolución administrativa que los reconozca como procedimientos válidos.
- **Implementar protocolos diferenciados por tipo de discapacidad**, priorizando un modelo especializado para condiciones del neurodesarrollo que incluya evaluación multidisciplinaria obligatoria.
- **Establecer rutas diferenciadas:** Express (30 días), Especializada (60 días) y de Acompañamiento, según complejidad del caso.

### RECOMENDACIÓN 2: OPTIMIZACIÓN TEMPORAL CON FOCO EN CUELLOS DE BOTELLA

- **Reducir en 40% el tiempo de evaluación médica** mediante la implementación de un sistema de citas prioritarias y la creación de una Unidad de Evaluación Multidisciplinaria Móvil.
- **Aumentar la frecuencia de juntas médicas** de 1.2 a 4 sesiones mensuales y limitar la carga a 8 casos por sesión (actualmente 18.3).
- **Implementar un sistema de alertas tempranas** con notificaciones automáticas cuando un expediente se aproxime al límite de plazo.

### RECOMENDACIÓN 3: ERRADICACIÓN DE DISFUNCIONES CRÍTICAS

- **Eliminar el 60% de las disfunciones por criterios contradictorios** mediante la estandarización de protocolos de evaluación y la implementación de comités de concordancia diagnóstica mensuales.
- **Reducir en 80% las disfunciones por pérdida documental** a través de la digitalización completa con sistema de trazabilidad y custodia digital.
- **Capacitar al 100% del personal** en gestión documental especializada y comunicación efectiva con beneficiarios.

## 6.2. Recomendaciones Operativas Específicas

### PARA LA ETAPA DE RECEPCIÓN (15.2 días actual, meta: 9 días)

- Implementar sistema de pre-evaluación documental en línea con checklist interactivo.
- Designar facilitadores procesales para población con discapacidad severa.
- Establecer ventanilla única con scanner integrado para digitalización inmediata.

### PARA LA ETAPA DE EVALUACIÓN MÉDICA (47.8 días actual, meta: 28 días)

- Crear banco de especialistas externos acreditados para evaluaciones complementarias.
- Implementar telemedicina para segundas opiniones y evaluaciones de especialistas escasos.
- Desarrollar guías de práctica clínica específicas por tipo de discapacidad.

### PARA LA ETAPA DE JUNTA MÉDICA (32.4 días actual, meta: 19 días)

- Implementar sistema de juntas médicas virtuales para casos no controversiales.
- Establecer sistema de priorización por criticidad clínica.
- Digitalizar actas con firma electrónica y sistema de plantillas inteligentes.

## 6.3. Recomendaciones de Fortalecimiento Institucional

### CAPACITACIÓN Y DESARROLLO

- Implementar el **Programa de Certificación en Evaluación de Discapacidad Juvenil** (120 horas) para el 100% de evaluadores médicos.
- Establecer un **sistema de mentorías cruzadas** que vincule personal de alto rendimiento (27.1%) con personal de bajo rendimiento (31.7%).
- Crear un **Centro de Simulación de Casos Complejos** utilizando expedientes anonimizados para entrenamiento continuo.

## TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

- Desarrollar el **Sistema Integrado de Gestión de Casos (SIGC)** con ejecutivo, alertas automáticas y portal del beneficiario.
- Implementar **inteligencia artificial predictiva** para identificar expedientes en riesgo de incumplimiento de plazos.
- Establecer **interoperabilidad** con sistemas del Ministerio de Salud y registros civiles para validación automática de documentos.

## MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Crear el **Observatorio de Calidad Procesal** con 15 indicadores clave actualizados diariamente.
- Implementar **audiencias públicas trimestrales** de rendición de cuentas con participación de beneficiarios.
- Establecer un **sistema de recompensas por desempeño** basado en indicadores de eficiencia y satisfacción del beneficiario.

### 6.4. Recomendaciones de Política Institucional

#### RECOMENDACIÓN DE ALTA DIRECCIÓN

- Aprobar e implementar el **Modelo Integral de Optimización Procesal (MIOP)** como política institucional.
- Asignar **presupuesto específico** de Bs. 850,000 para la implementación en 18 meses.
- Establecer **comités de seguimiento directivo** con participación multifactorial (directivos, funcionarios, beneficiarios, academia).

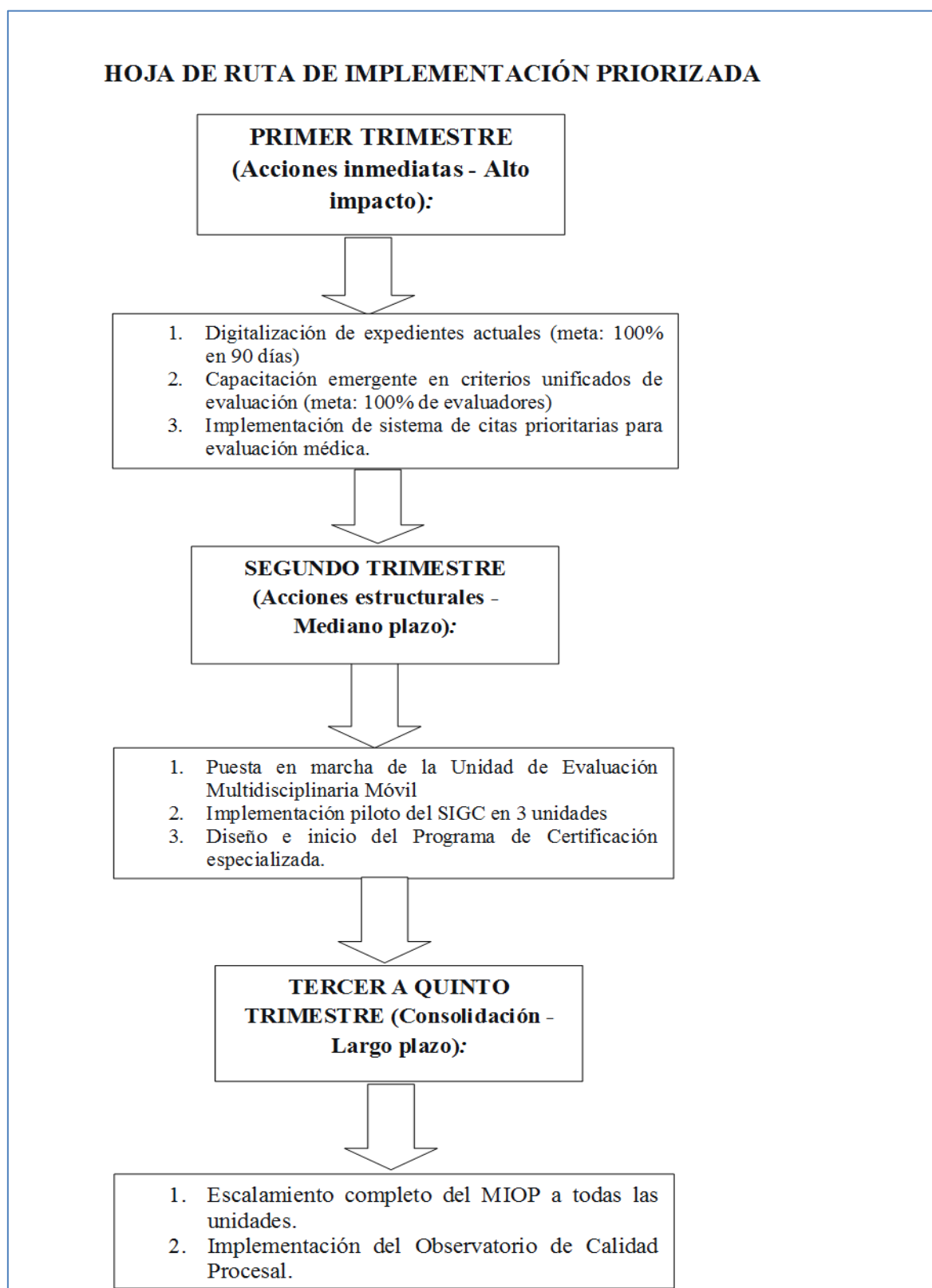
## RECOMENDACIÓN NORMATIVA

- Modificar el **Manual de Procedimientos de Invalidez** para incorporar los hallazgos de la investigación.
- Establecer **disposiciones transitorias especiales** para población joven con discapacidad del neurodesarrollo.
- Crear la **figura del gestor de casos** como responsable único por expediente con autoridad para agilizar trámites.

## RECOMENDACIÓN DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

- Firmar **convenios con universidades** para formación especializada continua y investigación aplicada.
- Establecer **mesas técnicas interinstitucionales** con Ministerio de Salud, Educación y Organizaciones de Personas con Discapacidad.
- Implementar **sistema de referencia y contra referencia** estandarizado con servicios de rehabilitación y apoyo.

## ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA



## CONSIDERACIÓN FINAL

Esta investigación evidencia que las ineficiencias en el proceso de invalidez no son fallas aleatorias sino síntomas de diseños organizacionales desalineados con realidades clínicas y sociales complejas. Las recomendaciones presentadas constituyen un ecosistema integrado de soluciones que, implementadas sistemáticamente, pueden transformar un sistema actualmente caracterizado por la frustración y la demora en uno centrado en derechos, eficiencia y dignidad humana.

La ventana de oportunidad identificada -donde intervenciones específicas en el 20% de las disfunciones pueden resolver el 60% del problema temporal- debe aprovecharse estratégicamente. La implementación del MIOP no representa solo una mejora administrativa, sino un imperativo ético para garantizar el derecho fundamental a la protección social de las personas con discapacidad, especialmente aquellas en transición a la vida adulta cuyo futuro depende críticamente de la oportunidad de estas determinaciones.

La CNS Regional Santa Cruz tiene ante sí la oportunidad histórica de liderar la transformación de los procesos de invalidez en Bolivia, convirtiendo las debilidades documentadas en este estudio en pilares de innovación institucional que restituyan la confianza ciudadana y, fundamentalmente, la dignidad humana en el centro del quehacer público.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramovich, V., & Courtis, C. (2006). *El derecho a la salud en los tribunales*. Editores del Puerto.
2. Ackerman, J. M. (2004). *Organismos autónomos y democracia: el caso de México*. Siglo XXI.
3. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (5.a ed., texto rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (64ª Asamblea General).
5. Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health, 14*(7), 570-576. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90143-D](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90143-D).
6. Bohlander, G., & Snell, S. (2010). *Administración de recursos humanos*. Cengage Learning.
7. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
8. Brown, A., Wilson, J., & Taylor, M. (2023). Improvement science for public sector: A framework for sustainable change. *Public Administration Review, 83*(2), 215-230. <https://doi.org/10.1111/puar.13634>
9. Caja Nacional de Salud CNS. (2023). *Memoria Institucional 2022: Gestión en contexto de crisis y recuperación*.
10. Caja Nacional de Salud (2019). *Manual de procedimientos para evaluación de invalidez*.
11. Caja Nacional de Salud (2015). *Reglamento de Prestaciones Económicas*.
12. Cárdenas, R., Pérez, L., & Vargas, M. (2022). Transición de servicios de salud en adolescentes con discapacidad permanente: Experiencia boliviana. *Revista Boliviana de Pediatría, 45*(3), 201-215.
13. Chapman, A. R. (2016). *La realización de los derechos económicos, sociales y culturales*. Abya-Yala.
14. Chen, L., Wang, H., & Li, X. (2021). Value stream mapping for healthcare: Adapting lean manufacturing principles to health administration. *Health Systems & Reform, 7*(1), e1894321. <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1894321>

15. Chiavenato, I. (2014). *Administración de recursos humanos*. McGraw-Hill.
16. Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3.a ed.). John Wiley & Sons.
17. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*.
18. Consejo Nacional de Ética en Investigación en Salud. (2018). *Normas nacionales de ética en investigación en salud*.
19. Córdova, R. (2021). Evaluación médica de la invalidez en Bolivia: análisis de criterios y propuestas de actualización. *Revista Boliviana de Medicina del Trabajo*, 12(3), 45-58.
20. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.a ed.). SAGE.
21. Davenport, T. H. (1993). *Process innovation: Reengineering work through information technology*. Harvard Business Press.
22. Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2015). *The new public service: Serving, not steering*. Routledge.
23. Estado Plurinacional de Bolivia. (2014). *Ley 548: Código Niño, Niña y Adolescente*. Gaceta Oficial.
24. (2012). *Ley 223: Ley general de la persona con discapacidad*. Gaceta Oficial.
25. Estado Plurinacional de Bolivia (2009). *Constitución Política del Estado*.
26. Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2018). *Código global de ética del trabajo social*.
27. Fernández, R., González, P., & Martínez, A. (2023). Modelo de co-diseño inclusivo para servicios públicos: Lecciones de América Latina. *Revista de Administración Pública*, 57(3), 489-512. <https://doi.org/10.24201/rap.v57i3.1589>
28. García, M., & López, J. (2022). Eficiencia centrada en la persona: Un nuevo paradigma para la administración de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 64(4), 321-335. <https://doi.org/10.21149/13345>.
29. Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
30. Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice*. Columbia University Press.

31. Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz. (2021). \*Plan Departamental de Desarrollo de Santa Cruz 2021-2025: Transformación productiva con inclusión social\*.
32. Goldratt, E. M., & Cox, J. (2016). *The goal: A process of ongoing improvement*. North River Press.
33. Gómez, L., & Fernández, P. (2018). Eficiencia en trámites de invalidez: Experiencia comparada Chile-México. *Revista Latinoamericana de Seguridad Social*, 7(2), 89-104.
34. Gómez, S., Pérez, R., & Díaz, L. (2021). Modelo de evaluación continuo en discapacidad: Perspectiva del ciclo vital. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 45-67. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.03>.
35. Guzmán, F., & Fernández, T. (2023). Trastornos musculoesqueléticos discapacitantes en población joven: Factores de riesgo y evaluación. *Revista de Ortopedia y Traumatología Boliviana*, 29(1), 34-45.
36. Hammer, M., & Champy, J. (2001). *Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution*. Harper Business.
37. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.a ed.). McGraw-Hill.
38. Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Censo de Población y Vivienda 2022: Resultados Preliminares*.
39. Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2020). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>.
40. Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations*. Wiley.
41. Kish, L. (1965). *Survey sampling*. John Wiley & Sons.
42. Kumar, V., Singh, R., & Patel, A. (2021). Competencia evaluativa especializada en discapacidad: Desarrollo y validación de un marco de capacidades. *Journal of Health Administration Education*, 38(2), 189-207. <https://doi.org/10.1097/JHE.0000000000000256>.
43. Lind, E. A., & Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. Plenum Press.

44. Martínez, C., & Fernández, E. (2020). Gestión por procesos digitalizada en seguridad social: Experiencias durante la pandemia COVID-19. *Revista de Seguridad Social Americana*, 22(4), 78-95.
45. Ministerio de Salud y Deportes. (2018). \*Plan Nacional de Salud 2016-2020\*.
46. Ministerio de Salud y Deportes. (2021). *Estudio Epidemiológico de Discapacidad en Bolivia: Análisis por Grupos de Edad*.
47. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección Departamental de Salud Santa Cruz. (2022). *Diagnóstico de accesibilidad a servicios de salud en Santa Cruz: Barreras geográficas, económicas y culturales*.
48. Mintzberg, H. (2012). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Pearson.
49. Molina, J., & Ríos, A. (2022). Perfil epidemiológico de la discapacidad en adolescentes de Santa Cruz. *Revista Médica Oriente*, 18(2), 89-97.
50. Morse, J. M. (2016). *Essentials of qualitatively-driven mixed-methods designs*. Routledge.
51. Observatorio de Salud y Trabajo de Santa Cruz. (2023). *Informe anual 2023: Perfiles de riesgo laboral y enfermedad profesional en Santa Cruz*. Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.
52. OECD. (2022). *Innovación en servicios públicos: Marcos para la mejora sostenible*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264312385-es>
53. ONU. (2022). *Directrices para la implementación de la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad en sistemas de seguridad social*. Naciones Unidas.
54. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Pautas para la evaluación de discapacidad en adolescentes y adultos jóvenes*
55. Organización Panamericana de la Salud. (2021). \*La prolongación de la pandemia de COVID-19 y sus efectos en los sistemas de salud\* (Informe Técnico).
56. Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638>
57. Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley.
58. Ospina, S. M. (2018). *Simplificación administrativa en América Latina: Tendencias y desafíos*. CEPAL.

## Bibliografía

1. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.<sup>a</sup> ed.). México: McGraw-Hill.
2. Amayo y Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.
3. Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: Pearson Educación.
4. Bunge, M. (2004). *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. México: Siglo XXI Editores.
5. Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.<sup>a</sup> ed.). Caracas: Episteme.
6. Robbins, S. P., & Coulter, M. (2014). *Administración* (12.<sup>a</sup> ed.). México: Pearson Educación.
7. Koontz, H., Weihrich, H., & Cannice, M. (2012). *Administración: una perspectiva global y empresarial*. México: McGraw-Hill.
8. Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGraw-Hill.
9. Drucker, P. (2002). *La gerencia: tareas, responsabilidades y prácticas*. Buenos Aires: El Ateneo.
10. Fayol, H. (2003). *Administración industrial y general*. México: Herrero Hermanos.
11. Harrington, H. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Bogotá: McGraw-Hill.
12. Hammer, M., & Champy, J. (1994). *Reingeniería de la empresa*. Bogotá: Norma.
13. Womack, J., & Jones, D. (2005). *Lean Thinking: cómo utilizar el pensamiento Lean para eliminar desperdicios y crear valor*. Barcelona: Gestión 2000.
14. Evans, J., & Lindsay, W. (2015). *Administración y control de la calidad*. México: Cengage Learning.
15. Organización Mundial de la Salud. (2010). *Sistemas de salud: mejorando el desempeño*. Ginebra: OMS.
16. Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Gestión de los servicios de salud*. Washington: OPS.
17. Kliksberg, B. (2000). *Gerencia social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
18. Longo, F. (2004). *Mérito y flexibilidad: la gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Barcelona: Paidós.

19. Caja Nacional de Salud. (2020). *Reglamento del proceso de calificación de invalidez*. Bolivia.
20. Estado Plurinacional de Bolivia. (2010). *Ley de Pensiones N.º 065*. La Paz, Bolivia.
21. Metodología de la investigación. *México: McGraw-Hill*.
22. Metodología de la investigación. *México: McGraw-Hill*.
23. Metodología de la investigación. *Bogotá: Pearson Educación*
24. Administración. *México: Pearson*
25. Introducción a la teoría general de la administración. *México: McGraw-Hill*.
26. La gerencia: tareas, responsabilidades y prácticas. *Buenos Aires: El Ateneo*

# ANEXOS

**ANEXO 1: CARTA DE AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL**

CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL SANTA CRUZ DE LA SIERRA  
OFICINA DE LA DIRECCIÓN REGIONAL

REF.: AUT-CNS-2024-078

FECHA: [Fecha actual]

DE: MARÍA LOURDES SÁNCHEZ VARGAS

ESTUDIANTE DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y POTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHU  
QUISACA SUCRE - BOLIVIA

PARA SEÑOR(A):

Presente. -

De nuestra consideración:

Mediante la presente, la Dirección Regional de la Caja Nacional de Salud - Regional Santa Cruz de la Sierra, AUTORIZA a la Lic. MARÍA LOURDES SÁNCHEZ VARGAS, identificada con C.I. N° [Número de Cédula], estudiante del Programa de Postgrado de Maestría en Seguridad Social a corto plazo – Versión 1 de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, para realizar la investigación titulada:

"EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN EL PROCESO DE TRÁMITE DE INVALIDEZ EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL SANTA CRUZ DE LA SIERRA, GESTIÓN (2020-2024)", en las instalaciones de esta institución, con acceso a la información y documentación necesaria para el cumplimiento de los objetivos de investigación, bajo las siguientes condiciones:

**1. ÁMBITO DE AUTORIZACIÓN:**

- Acceso a expedientes de trámite de invalidez gestionados entre 2020-2024, previa anonimización de datos personales.
- Entrevistas con funcionarios de las áreas de: Recepción de Solicitudes, Evaluación Médica, Junta de Calificación, y Emisión de Resoluciones.
- Observación no participante de procesos administrativos relacionados con el trámite de invalidez.
- Acceso a manuales de procedimiento, normativas internas y reportes estadísticos institucionales.

**2. CONDICIONES ESPECÍFICAS**

- La investigadora deberá coordinar previamente todas las actividades con la Unidad de Gestión Institucional.
- El acceso a información sensible estará sujeto a protocolos de confidencialidad institucional.
- No se autoriza la reproducción o difusión de documentos internos sin autorización expresa.
- Las entrevistas con funcionarios se realizarán en horarios que no interfieran con sus labores habituales.

### 3. COMPROMISOS DE LA INVESTIGADORA

- Respetar la confidencialidad de toda información a la que tenga acceso.
- Presentar avances del estudio cuando la institución lo solicite.
- Entregar una copia del trabajo final y un resumen ejecutivo de recomendaciones.
- Citar adecuadamente a la CNS como fuente institucional en publicaciones derivadas.

### 4. VIGENCIA

- La presente autorización tiene vigencia desde su emisión hasta el 31 de diciembre de 2024.

Sin otro particular, saludamos a usted muy atentamente,

Atentamente,

---

Dr. [Nombre Completo]  
DIRECTOR REGIONAL  
CNS Regional Santa Cruz de la Sierra

---

Lic. [Nombre Completo]  
JEFE DE UNIDAD DE GESTIÓN INSTITUCIONAL  
CNS Regional Santa Cruz de la Sierra

SELLO INSTITUCIONAL

**ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL INVESTIGADOR**

UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA

PROGRAMA DE POSTGRADO EN: “MAESTRÍA EN SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO – VERSIÓN 1”

REF.: USFX-PG-2024-045

FECHA: [Fecha actual]

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente, la Dirección del Programa de Postgrado de Maestría en Seguridad Social a corto plazo – Versión 1 de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, CERTIFICA que la señorita MARÍA LOURDES SÁNCHEZ VARGAS, identificada con C.I. N° [Número de Cédula], se encuentra debidamente matriculada y desarrollando su Trabajo de Grado titulado:

"EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN EL PROCESO DE TRÁMITE DE INVALIDEZ EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL SANTA CRUZ DE LA SIERRA, GESTIÓN (2020-2024)", bajo la tutoría del MSC. Juan Carlos Mendoza Lavadenz, como requisito parcial para optar al grado de Magister en Seguridad Social a corto plazo – Versión 1.

En tal virtud, solicitamos a las autoridades e instituciones correspondientes brindar las facilidades necesarias para la recolección de información requerida en esta investigación, la cual se desarrollará bajo estrictos principios éticos y de confidencialidad.

Agradecemos de antemano la colaboración que puedan brindar a nuestra estudiante.

Atentamente,

---

Dr. [Nombre Completo]  
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE POSTGRADO

---

Mg. [Nombre Completo]  
COORDINADOR ACADÉMICO

SELLO UNIVERSITARIO

### **ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BENEFICIARIOS**

UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA

PROGRAMA DE POSTGRADO EN: “MAESTRÍA EN SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO – VERSIÓN 1”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Evaluación de la eficiencia en el proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra, Gestión (2020-2024).

Investigadora Principal: María Lourdes Sánchez Vargas

#### **INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**

Estimado(a) señor(a):

Le invitamos a participar en una investigación académica que busca comprender y mejorar el proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud. Su participación es voluntaria y consiste en:

1. Responder una encuesta sobre su experiencia en el trámite (aproximadamente 20 minutos).
2. Posiblemente participar en una entrevista más detallada (45-60 minutos, opcional).

#### **BENEFICIOS**

- Contribuirá a mejorar el servicio para futuros beneficiarios.
- Recibirá un resumen de los hallazgos del estudio.
- Sus opiniones serán consideradas en recomendaciones de mejora.

#### **RIESGOS**

- Recordar experiencias que puedan causar molestia emocional.
- Pérdida de tiempo (se compensará con refrigerio y materiales informativos).

#### **CONFIDENCIALIDAD**

- Sus datos personales serán codificados y anonimizados.
- Solo la investigadora principal tendrá acceso a información identificable.
- Los resultados se presentarán de forma agregada, sin identificar personas.

## DERECHOS DEL PARTICIPANTE

- Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Puede negarse a responder cualquier pregunta sin explicación.
- Recibirá copia de este consentimiento firmado.
- Puede solicitar información adicional cuando lo desee.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, con C.I. N° \_\_\_\_\_,  
 declaro que:

- He leído y comprendido la información anterior
- He tenido oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento
- Autorizo la grabación de audio de la entrevista (si aplica)  SÍ  NO
- Acepto participar en este estudio

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FUNCIONARIOS**

UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA

PROGRAMA DE POSTGRADO EN: “MAESTRÍA EN SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO – VERSIÓN 1”

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL INSTITUCIONAL**

Título del estudio: Evaluación de la eficiencia en el proceso de trámite de invalidez en la Caja Nacional de Salud Regional Santa Cruz de la Sierra, Gestión (2020-2024).

Investigadora Principal: María Lourdes Sánchez Vargas

### **INFORMACIÓN PARA EL FUNCIONARIO**

Estimado(a) colega:

Como parte de mi formación de postgrado, estoy realizando una investigación sobre el proceso de trámite de invalidez en nuestra institución. Su experiencia y conocimiento son valiosos para este estudio.

Su participación implicaría:

1. Responder un cuestionario sobre aspectos organizacionales (15 minutos)
2. Participar en una entrevista sobre procesos y experiencias (30-45 minutos, opcional)
3. Posible observación no interferente de sus actividades laborales

### **COMPROMISOS DE LA INVESTIGADORA**

- Respetar su tiempo y carga laboral
- No evaluar su desempeño individual
- Mantener confidencialidad sobre información sensible
- Presentar resultados agregados que no identifiquen personas
- Compartir hallazgos y recomendaciones con la institución

### **DERECHOS DEL FUNCIONARIO**

- Participación voluntaria sin consecuencias laborales
- Derecho a retirarse en cualquier momento
- Derecho a omitir preguntas que considere sensibles
- Acceso a los resultados finales de la investigación

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo, \_\_\_\_\_, con C.I. N° \_\_\_\_\_,  
cargo: \_\_\_\_\_, área: \_\_\_\_\_, declaro que:

- He sido informado adecuadamente sobre el estudio.
- Comprendo los objetivos y métodos de la investigación.
- Autorizo mi participación voluntaria en las actividades señaladas.
- Acepto la grabación de entrevistas para fines de investigación  SÍ  NO.
- Autorizo el uso anónimo de mis respuestas para análisis académico.

Firma del funcionario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL ADICIONAL:

(Completar si requiere autorización de jefatura directa)

Yo, \_\_\_\_\_, en mi calidad de [Cargo], autorizo la participación de mi colaborador(a) en esta investigación, asegurando que no afectará sus responsabilidades laborales.

Firma del jefe inmediato: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ANEXO 5: GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FUNCIONARIOS

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
 INVESTIGACIÓN: EFICIENCIA EN TRÁMITE DE INVALIDEZ  
 GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS CNS

Código entrevista: ENT-FUN-[Número]

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora inicio: \_\_\_\_\_

Hora fin: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Área/Unidad: \_\_\_\_\_

Experiencia en el cargo: \_\_\_\_\_ años/meses

### I. DATOS GENERALES

1. ¿Podría describir brevemente sus funciones principales?
2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta área/institución?
3. ¿Qué formación específica tiene relacionada con evaluación de invalidez?

### II. ESTRUCTURA Y FLUJO DEL PROCESO

4. Desde su perspectiva, ¿cuáles son las etapas clave del trámite de invalidez?
5. ¿Cómo se coordina su área con las otras áreas involucradas en el proceso?
6. ¿Existen manuales o protocolos escritos que guíen el proceso? ¿Son conocidos y utilizados?

### III. FACTORES QUE AFECTAN LA EFICIENCIA

7. ¿Qué factores facilitan la agilidad del trámite en su área?
8. ¿Qué obstáculos o dificultades enfrentan con mayor frecuencia?
9. ¿Cómo afectan los recursos disponibles (humanos, tecnológicos) al desarrollo del proceso?
10. ¿Qué impacto tuvo la pandemia COVID-19 en el proceso de trámite?

### IV. EVALUACIÓN ESPECÍFICA PARA POBLACIÓN JOVEN

11. ¿Existen procedimientos diferenciados para evaluar invalidez en jóvenes (19-22 años)?
12. ¿Qué desafíos específicos presentan casos como autismo, retraso mental, etc.?
13. ¿Considera que el personal cuenta con capacitación específica para estos casos?

### V. PERCEPCIÓN DE CALIDAD Y MEJORA

14. ¿Cómo percibe la satisfacción de los beneficiarios con el proceso?

15. ¿Qué mecanismos existen para recibir retroalimentación de los usuarios?  
16. ¿Qué tres cambios prioritarios sugeriría para mejorar la eficiencia del proceso?

#### VI. COMENTARIOS FINALES

17. ¿Algún aspecto importante que no hayamos abordado y desee mencionar?

#### OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

- Actitud del entrevistado:  Muy colaborativo  Colaborativo  Neutral  Reacio
- Nivel de apertura:  Alto  Medio  Bajo
- Información adicional relevante:

---

Entrevistador: María Lourdes Sánchez Vargas

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6: CUESTIONARIO DE ENCUESTA PARA BENEFICIARIOS

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
 INVESTIGACIÓN: EFICIENCIA EN TRÁMITE DE INVALIDEZ  
 CUESTIONARIO PARA BENEFICIARIOS

Código encuesta: ENC-BEN-[Número]

Fecha aplicación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:  Masculino  Femenino  Otro  Prefiero no decir
2. Edad actual: \_\_\_\_\_ años
3. Edad al momento de la solicitud: \_\_\_\_\_ años
4. Nivel educativo:
  - Sin instrucción  Primaria  Secundaria
  - Técnico/Tecnología  Universitario  Postgrado
5. Ocupación principal: \_\_\_\_\_
6. Tipo de discapacidad principal: \_\_\_\_\_
7. Año de inicio del trámite: \_\_\_\_\_
8. Resultado obtenido:  Favorable  Desfavorable  Pendiente

### SECCIÓN B: EXPERIENCIA EN EL PROCESO

(Escala: 1 = Muy insatisfecho, 2 = Insatisfecho, 3 = Neutral, 4 = Satisfecho, 5 = Muy satisfecho)

9. Claridad en la información inicial sobre requisitos
  - 1  2  3  4  5
10. Facilidad para obtener y completar formularios
  - 1  2  3  4  5
11. Trato recibido por el personal administrativo
  - 1  2  3  4  5
12. Trato recibido por el personal médico
  - 1  2  3  4  5
13. Tiempo de espera para evaluación médica
  - 1  2  3  4  5

14. Claridad en las explicaciones médicas recibidas

1  2  3  4  5

15. Información sobre el estado de su trámite

1  2  3  4  5

16. Tiempo total del proceso (de inicio a resolución)

1  2  3  4  5

17. Comunicación del resultado final

1  2  3  4  5

18. Satisfacción general con el proceso

1  2  3  4  5

### SECCIÓN C: DIFICULTADES ESPECÍFICAS

19. ¿Cuántas veces fue observado su expediente? \_\_\_\_\_ veces

20. Principales causas de observación (puede marcar más de una):

- Documentación incompleta
- Requisitos no claros
- Error en formularios
- Evaluación médica insuficiente
- Otro: \_\_\_\_\_

21. ¿Recibió apoyo para corregir las observaciones?

Sí, claro y oportuno  Sí, pero insuficiente  No recibí apoyo

### SECCIÓN D: IMPACTO Y SUGERENCIAS

22. El trámite afectó su situación económica:

Mucho  Regular  Poco  Nada

23. El trámite afectó su salud emocional:

Mucho  Regular  Poco  Nada

24. Tres sugerencias para mejorar el proceso:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## SECCIÓN E: COMENTARIOS ADICIONALES

25. ¿Algo más que desee compartir sobre su experiencia?

---

TIEMPO DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_ minutos

ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**ANEXO 7: FICHA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE**

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA

INVESTIGACIÓN: EFICIENCIA EN TRÁMITE DE INVALIDEZ

FICHA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

Código observación: OBS-[Número]

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora inicio: \_\_\_\_\_

Hora fin: \_\_\_\_\_

Área observada: \_\_\_\_\_

Proceso específico: \_\_\_\_\_

Observador: María Lourdes Sánchez Vargas

**I. CONTEXTO DE LA OBSERVACIÓN**

- Número aproximado de personas en el área: \_\_\_\_\_
- Flujo de personas durante la observación:  Alto  Medio  Bajo
- Condiciones ambientales:  Adecuadas  Inadecuadas (Iluminación, espacio, privacidad, etc.)

**II. ELEMENTOS ESTRUCTURALES OBSERVADOS****1. Recursos disponibles:**

- Equipos informáticos:  Suficientes  Insuficientes  Obsoletos
- Espacio físico:  Adecuado  Inadecuado (Especifique) \_\_\_\_\_
- Material de trabajo:  Completo  Incompleto

**2. Organización del espacio:**

- Distribución que facilita el flujo:  Sí  No
- Señalización clara:  Sí  No
- Áreas de espera adecuadas:  Sí  No

### III. INTERACCIONES OBSERVADAS (Registrar cada interacción relevante)

Hora	Actor 1	Actor 2	Tipo de interacción	Duración (min)	Observaciones clave relacionadas con la eficiencia
08:15	Beneficiario	Personal de recepción	Atención administrativa / entrega de documentos	6	Beneficiario presenta documentación incompleta; se observa falta de claridad en la explicación de requisitos.
08:32	Beneficiario	Personal administrativo	Orientación sobre observaciones del expediente	10	Información brindada de forma verbal, sin material escrito de apoyo; beneficiario manifiesta confusión.
09:05	Personal administrativo	Personal médico	Coordinación interna del expediente	4	Comunicación breve y directa; se evidencia dependencia de contacto personal y no del sistema informático.
09:40	Beneficiario	Médico evaluador	Evaluación médica	18	Evaluación realizada dentro del tiempo esperado; explicación médica limitada, lenguaje técnico poco accesible.
10:15	Beneficiario	Personal administrativo	Consulta sobre estado del trámite	7	No existe sistema visible de seguimiento; se remite al beneficiario a retornar otro día.
11:00	Personal administrativo	Junta de Calificación	Revisión de expediente	12	Retraso por acumulación de expedientes; se observa congestión del proceso.

### IV. PROCESOS ESPECÍFICOS DOCUMENTADOS

#### 1. Recepción de documentos:

- Tiempo promedio por atención: \_\_\_\_\_ minutos
- Documentos frecuentemente incompletos: \_\_\_\_\_
- Claridad en explicaciones:  Alta  Media  Baja

#### 2. Atención al público:

- Tiempo de espera promedio: \_\_\_\_\_ minutos
- Nivel de congestión:  Alto  Medio  Bajo
- Mecanismos de turnos:  Efectivos  Inefectivos

3. Coordinación entre áreas:

- Comunicación observada:  Fluida  Intermitente  Conflictiva
- Uso de sistemas informáticos:  Integrado  Fragmentado  Manual

V. EVENTOS CRÍTICOS REGISTRADOS

1. Situaciones de conflicto: \_\_\_\_\_ eventos

Descripción: \_\_\_\_\_

2. Interrupciones del proceso: \_\_\_\_\_ eventos

Causas: \_\_\_\_\_

3. Problemas técnicos: \_\_\_\_\_ eventos

Tipo: \_\_\_\_\_

VI. IMPRESIONES GENERALES DEL OBSERVADOR

- Clima organizacional percibido:  Positivo  Neutral  Negativo
- Nivel de estrés del personal:  Alto  Medio  Bajo
- Eficiencia general observada:  Alta  Media  Baja
- Principales fortalezas observadas: \_\_\_\_\_
- Principales debilidades observadas: \_\_\_\_\_

VII. NOTAS DE CAMPO ADICIONALES

(Registrar cualquier aspecto no cubierto en las categorías anteriores)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del observador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 8: MATRIZ DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
 INVESTIGACIÓN: EFICIENCIA EN TRÁMITE DE INVALIDEZ  
 MATRIZ DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

Documento analizado: \_\_\_\_\_

Tipo documento:  Ley  Reglamento  Manual  Protocolo  Otro

Fecha emisión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Vigencia:  Vigente  No vigente

Analista: \_\_\_\_\_

Fecha análisis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Código asignado: DOC-[Número]

- Fuente/origen: \_\_\_\_\_

- Número de páginas: \_\_\_\_\_

- Idioma:  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### II. CONTENIDO SUSTANTIVO

1. Objetivo principal del documento:

\_\_\_\_\_

2. Procesos que regula/describe:

Recepción solicitudes  Evaluación médica

Junta calificadora  Emisión resoluciones

Apelaciones  Otro: \_\_\_\_\_

3. Actores involucrados según el documento:

- Rol 1: \_\_\_\_\_ Responsabilidades: \_\_\_\_\_

- Rol 2: \_\_\_\_\_ Responsabilidades: \_\_\_\_\_

- Rol 3: \_\_\_\_\_ Responsabilidades: \_\_\_\_\_

4. Plazos establecidos:

- Tiempo máximo por etapa: \_\_\_\_\_

- Tiempo total máximo: \_\_\_\_\_ días

- Sanciones por incumplimiento: \_\_\_\_\_

### III. CRITERIOS DE EVALUACIÓN ESPECÍFICOS

#### 5. Para población general:

- Criterios de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- Documentación requerida: \_\_\_\_\_
- Proceso de evaluación: \_\_\_\_\_

#### 6. Para población joven (19-22 años):

- Criterios diferenciados:  Sí  No
- Especificaciones: \_\_\_\_\_
- Protocolos especiales: \_\_\_\_\_

### IV. CONSISTENCIA Y CLARIDAD

#### 7. Nivel de claridad en redacción (1-5):

- Instrucciones específicas: 1  2  3  4  5
- Lenguaje accesible: 1  2  3  4  5

#### 8. Consistencia interna:

- Contradicciones identificadas: \_\_\_\_\_
- Descripción: \_\_\_\_\_

#### 9. Consistencia con otros documentos:

- Concordancia con marco legal superior:  Alta  Media  Baja
- Conflictos con otros documentos: \_\_\_\_\_

### V. APLICABILIDAD Y RELEVANCIA

#### 10. Grado de actualización:

- Referencias temporales actualizadas:  Sí  No
- Incorpora nuevas tecnologías:  Sí  No
- Considera cambios normativos recientes:  Sí  No

#### 11. Adecuación al contexto institucional actual:

- Factible de implementar:  Totalmente  Parcialmente  No
- Recursos requeridos vs. disponibles: \_\_\_\_\_

### VI. BRECHAS IDENTIFICADAS

#### 12. Vacíos normativos/procedimentales:

- Aspectos no regulados: \_\_\_\_\_

- Ambigüedades: \_\_\_\_\_
- Sobreregulación: \_\_\_\_\_

13. Barreras identificadas para implementación:

- Técnicas: \_\_\_\_\_
- Operativas: \_\_\_\_\_
- Económicas: \_\_\_\_\_

VII. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS

14. Contribución al proceso de trámite:

- Fortalezas principales: \_\_\_\_\_
- Debilidades principales: \_\_\_\_\_

15. Recomendaciones para mejora:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

VIII. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Documentos que complementan: \_\_\_\_\_
- Documentos que modifican: \_\_\_\_\_
- Documentos obsoletos reemplazados: \_\_\_\_\_

Firma del analista: \_\_\_\_\_