

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

Maestría en Gestión del Desarrollo

Mención en Desarrollo Social

**Gestión por procesos para la disminución del tiempo de espera en la
consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín**

Rosa Patricia Gómez Pérez

Tutor: Jairo Israel Rivera Vásquez

Quito, 2019



Cláusula de sesión de derechos de publicación de tesis

Yo, Rosa Patricia Gómez Pérez, autora de la tesis “**Gestión por procesos para la disminución del tiempo de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín**”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Máster en Gerencia para el Desarrollo Social en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Quito, febrero de 2019.

Firma:

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar acciones, mediante la gestión por procesos, que permitan reducir el tiempo de espera de los pacientes (desde que surge la necesidad de la cita médica hasta que este efectivamente es atendido por un especialista en la consulta externa) en el Hospital Carlos Andrade Marín. Los objetivos específicos para lograr el propósito de la investigación son: proporcionar un diagnóstico cuantitativo de la lista de espera (registro de pacientes agendados para una cita) del servicio de consulta externa; analizar el proceso de asignación de turnos en la consulta externa, mediante la información proporcionada por las fuentes primarias y secundarias; y establecer estrategias, mediante el uso de herramientas de calidad, que permitan reducir el tiempo de espera para que un paciente sea atendido.

Este estudio parte de una revisión de la literatura relacionada con la gestión de la calidad, los procesos, y la gestión de la calidad de la salud. En cuanto a la metodología es de tipo descriptivo transversal, debido a que se ha investigado la situación en un punto del tiempo con un grupo específico de personas, y ha usado un método deductivo. La recopilación de la información ha sido realizada a través de la utilización de fuentes primarias, tales como personal responsable del proceso de agendamiento de citas médicas, pacientes, profesionales de la salud, funcionarios administrativos del HCAM e IESS, a quienes se les ha aplicado entrevistas individuales y grupales; y las fuentes secundarias son: las agendas de pacientes, encuesta de satisfacción, procesos documentados y documentos oficiales.

Entre los principales resultados de la investigación, se ha encontrado que existen problemas dentro de los procesos ligados a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín. Ante ello, se propusieron estrategias, actividades, riesgos y sus contramedidas, con la finalidad de resolver los problemas en el proceso de asignación de turnos; es decir, medidas que impacten en mejorar el tiempo de espera para recibir una atención efectiva por un especialista. Sin embargo, varias acciones sugeridas involucran a instancias externas al HCAM, tales como unidades médicas de la seguridad social, Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entre otras, de manera que si no existe una cohesión entre las entidades responsables no se podrá poner fin al problema de los tiempos de espera.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia por la infinita paciencia y el apoyo incondicional para el cumplimiento de mis metas y logros.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a los participantes que activamente han aportado para el desarrollo de esta investigación. Y al tutor quien ha guiado en el perfeccionamiento de la misma.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	17
Justificación	18
Metodología de la investigación.....	18
Objetivo general	20
Objetivos específicos.....	20
Capítulo primero	21
Marco teórico	21
1.1 Macro conceptos de gestión de calidad	21
1.1.1 Calidad.....	21
1.1.2 Gestión por procesos	22
1.2 Características de los procesos	22
1.3 Elementos de un Proceso	22
1.3.1 Mecanismos de los Procesos	23
1.4 Macro conceptos de gestión de salud	25
1.4.1 Salud	25
1.4.2 Sistema Nacional de Salud	25
1.4.3 Seguridad social.....	25
1.4.4 Satisfacción del cliente	26
1.4.5 Gestión del modelo de Salud en Ecuador.....	26
1.4.6 Primer nivel de atención	27
1.4.7 Segundo nivel de atención.....	27
1.4.8 Tercer nivel de atención	28
1.4.9 Cuarto nivel de atención.....	29
1.4.10 Referencia, contrareferencia y derivaciones.....	29

1.5 Estructura de la gestión en salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	30
Capítulo segundo	35
Marco metodológico	35
2.1 Herramientas de la calidad.....	35
2.2 Revisión literaria empírica.....	36
2.2.1 Caso I: Análisis de recorrido en el Hospital de México	36
2.2.2 Caso II: Disminución del tiempo de espera en consulta externa del Hospital Santa Rosa	38
2.3. Análisis de la revisión literaria	39
2.4 Herramientas de planificación y gestión de la calidad.....	39
2.4.1 Administración por procesos	39
2.4.2 Métodos para identificación y resolución de problemas	40
Capítulo tercero	45
Investigación empírica	45
3.1 Levantamiento de información	45
3.2 Modificación en la cobertura de salud de la seguridad social.	46
3.3 Generalidades del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.....	47
3.3.1 Estructura de la consulta externa del HCAM	47
3.3.2 Cartera de servicios de la consulta externa.....	48
3.4 Caracterización de la lista de espera en el servicio de consulta externa.....	50
3.4.1 Estructura de las listas de espera en el HCAM.....	50
3.4.2 Revisión del tiempo promedio de espera para la atención.	51
3.4.3 Rangos de tiempo de espera para la atención.	53
3.4.4 Rangos de tiempo de espera para la atención	54
3.5 Estructura del macro proceso del HCAM.....	55
3.6 Análisis del proceso de agendamiento de citas médicas	58
3.7 Herramientas de calidad aplicadas	61

3.8	Determinación de problemas identificados en el proceso de agendamiento ...	62
3.8.1	Problemas internos para el agendamiento de citas	63
3.8.2	Problemas externos para el agendamiento de citas	65
3.9	Análisis de la problemática mediante entrevistas con los pacientes.....	68
3.10	Análisis de problemas mediante el uso de herramientas de calidad	70
3.10.1	Diagrama de afinidad.....	70
3.10.2	Diagrama de relaciones	71
3.11	Diagrama de árbol.....	76
3.12	Diagrama de decisiones	82
	Conclusiones.....	89
	Anexos.....	97
	Anexo 1.	97
	Anexo 2	99

SIGLAS

CEN	Comité Europeo de Normalización
HCAM	Hospital Carlos Andrade Marín
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
DA	Diagrama de Afinidad
DPD	Diagrama de Proceso de Decisión
DR	Diagrama de Relaciones
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
RPIS	Red Pública Integral de Salud
RUC	Registro Único de Contribuyentes
TAC	Tomografía Axial Computarizada

Introducción

Dentro de la normativa legal vigente del Ecuador, los principales derechos de los ciudadanos, se resumen en el artículo 3 de la Constitución de la República (EC 2008), cuyo primer literal, establece como deber primordial que el Estado debe garantizar para todos los habitantes del país, sin discriminación alguna: “el acceso a la educación, salud, alimentación, seguridad social y el agua”. En ese mismo contexto, la Ley Orgánica de Salud (EC 2012), en su artículo 1, hace énfasis a la garantía de la salud como derecho de los ecuatorianos, determinando que es importante “regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República”. Por tal razón, a través del tiempo se han priorizado aquellas políticas públicas, enfocadas principalmente en la salud, las cuales pretenden resolver de los problemas del país manera holística, que afectan directamente a la calidad de vida de sus habitantes. Sin embargo, aún no ha sido tarea fácil de resolver los temas relacionados con la garantía de la atención médica oportuna en las unidades públicas del país.

Considerando lo mencionado previamente, un claro ejemplo, se da en los servicios de salud que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los cuales han sido puestos en evidencia por los testimonios emitidos por usuarios en los medios de comunicación, debido a que ponen en manifiesto que deben esperar de quince días hasta más de tres meses cuando se les ha asignado un cupo para un especialista¹. Estas situaciones varían según las necesidades de los usuarios (El Universo 2017, párr. 2). Una de las probables causas es la ampliación significativa, en el año 2010, del número de beneficiarios que disponen de la cobertura en salud. Esta adición marcó la existencia de problemáticas no previstas al momento de la implementación de dicha política pública. Como parte del resultado de esta acción, se ha incrementado el tiempo de espera, a efecto de que un paciente pueda ser atendido en el servicio de consulta externa (desde que el usuario presenta la necesidad de una cita médica, hasta que efectivamente el usuario recibe una atención por un especialista). Esta demora, a su vez tiende a reducir la calidad de la atención en el sistema de salud,

¹ “A la marcha, dependiendo de la posibilidades económicas, los usuarios resuelven ir por emergencia a hospitales; a consultorios particulares o recurrir a las farmacias barriales donde sus boticarios les dan opciones de lo que podrían tomar”.

teniendo en cuenta que “las listas de espera constituyen una realidad que puede generar dificultades en los diversos sistemas de salud del mundo” (Monge et al. 2014, 72).

El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es una de las unidades médicas que atiende patologías de alta complejidad, cuya organización ha sido foco de interés para la población y es donde precisamente se han suscitado varias quejas por parte de sus usuarios. La inconformidad se ha dado, debido a las largas listas de espera y al tiempo prolongado que deben soportar los usuarios para que se les asigne un turno y se efectivice la atención médica requerida en el servicio de la consulta externa. Entendiéndose, a la cita como el “procedimiento administrativo de asignar al usuario una fecha, hora y especialidad para ser atendido” (Ministerio de Salud Pública 2014, 29).

Por tal razón para el análisis de la problemática mencionada previamente, se plantea resolver la siguiente interrogante: ¿Qué acciones se pueden establecer estrategias, mediante el análisis de la gestión por procesos, para reducir el tiempo de espera en ser atendido por el servicio de consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín?.

Justificación

Desde el enfoque académico, la investigación planteada proporciona información trascendental, ya que en el país no existen estudios oficiales, asociados con buscar alternativas para reducir el tiempo de espera de los pacientes que son atendidos en las unidades médicas de la Red Pública de Salud, prestadores externos o unidades médicas privadas (las cuales están relacionados jurídicamente con el Estado). Al ser una obligación estatal el garantizar la salud de los ciudadanos, es importante tanto para los directivos de la entidad rectora, como para la sociedad en general, que se realicen análisis de base de este tipo, que aporten con acciones que permitan mantener a la población saludable como parte de su derecho, con orientación de servicio, y promoviendo la generación de nuevos estudios.

Metodología de la investigación

La metodología usada en esta investigación es de tipo descriptivo, además se ha aplicado el método deductivo. Por una parte, el análisis por medición ha aportado con información cuantitativa (numérica) referente a las listas de espera de la consulta externa, mismas que han sido generadas en el hospital. Por otra parte, las entrevistas

realizadas, han permitido obtener un diálogo abierto entre el investigador y el personal involucrado (las cuales han sido realizadas de manera individual y/o grupal). Finalmente, es importante indicar que este estudio, resulta ser un punto de partida para realizar futuras investigaciones, en cuanto busca alternativas para disminuir el tiempo de espera en la atención de un paciente en el servicio de consulta externa, desde el instante en que surge la necesidad.

Para realizar el análisis de la gestión por procesos ha sido necesario contar con información, obtenida a partir de fuentes primarias y secundarias. La primera se ha categorizado en cuatro grupos: pacientes, profesionales de la salud, personal responsable del agendamiento de citas médicas, y funcionarios con poder de decisión en la organización. A este grupo se les ha realizado entrevistas individuales, además de las reuniones interdisciplinarias para la identificación de problemas y posibles estrategias de solución para la asignación de turnos para las citas médicas de los usuarios.

Con respecto a las fuentes secundarias, se ha usado ciertos datos que han estado disponibles en la organización, tales como:

- **Agendas médicas de los pacientes**

Estas se alimentan mediante el registro manual con una frecuencia diaria, cuya información ha servido para analizar y cuantificar los indicadores de la lista y el tiempo de espera.

- **Encuesta de satisfacción**

Actualmente, mediante una encuesta a los pacientes, la unidad médica recopila la información relacionada a la atención brindada en la consulta externa, con base a la percepción del trato recibido.

- **Procesos documentados**

Documentos con diagramas de flujo donde se detallada cada una de las actividades que deben realizar los pacientes para la asignación de turnos en el servicio de consulta externa.

- **Documentos oficiales**

Constitución de la República, Modelo de Atención Integral de Salud, Ley Orgánica de la Salud, Ley de la Seguridad Social, entre otros documentos legales vigente en el país.

Objetivo general

Determinar acciones, mediante la gestión por procesos, que permitan reducir el tiempo de espera de los pacientes (desde que surge la necesidad de la cita médica hasta que este efectivamente es atendido por un especialista en la consulta externa) en el Hospital Carlos Andrade Marín.

Objetivos específicos

- Proporcionar un diagnóstico cuantitativo de la lista de espera (registro de pacientes agendados para una cita) del servicio de consulta externa.
- Analizar el proceso de asignación de turnos en la consulta externa mediante la información proporcionada por las fuentes primarias y secundarias.
- Establecer estrategias, mediante el uso de herramientas de calidad, que permitan reducir el tiempo de espera para que un paciente sea atendido.

Este análisis ha sido estructurado por tres capítulos, el primero explica el marco teórico para su mejor comprensión, enfocándose en conceptos relacionados en la calidad en salud, la estructura del funcionamiento de la red, satisfacción al cliente y la gestión por procesos. El segundo capítulo, es el metodológico, donde se explica la literatura sobre la cual se ha amparado esta investigación, mostrándose dos estudios de casos similares para reducir los tiempos de espera en los hospitales. Finalmente, se ha realizado la sección empírica donde se ha aplicado los conceptos y teorías revisadas previamente, de manera que se logre cumplir con el objetivo planteado, resultando proponer estrategias para solventar la problemática.

Capítulo primero

Marco teórico

Este capítulo muestra los principales conceptos utilizados en esta investigación. Inicialmente, se orienta a explicar las definiciones relacionadas a la gestión de la calidad, administración de procesos con su estructura, caracterización de elementos y mecanismos. Posteriormente, detalla los conceptos relacionados con la administración en salud, la manera cómo se estructuran y articulan las unidades médicas en las diferentes entidades, tanto públicas, privadas, autónomas y comunitarias; dentro de un enfoque del modelo de atención que tiene el Estado, y, que involucra a la Red Pública de Salud como el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y los prestadores externos de servicios de salud. Seguido, en este mismo capítulo se da a conocer el modelo de gestión de la salud pública, incluyendo al IESS, como paso previo al tema de listas de espera y el tiempo que un usuario debe esperar para recibir una atención médica.

1.1 Macro conceptos de gestión de calidad

1.1.1 Calidad

Es importante analizar la calidad de asistencia en salud desde la perspectiva del paciente. Y dentro de la literatura, los principales parámetros que se consideran para la medición de calidad en los servicios hospitalarios, se categorizan en cinco componentes esenciales, de acuerdo al siguiente detalle: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, y el impacto final que tiene en la salud. Aunque estas variables resulten ser subjetivas, existen alternativas mediante instrumentos y herramientas que ayudan a lograr su cuantificación. Esta se compone de varios factores, lo que implica un contexto más amplio a los mencionados previamente; sin embargo, todos están alineados a un único objetivo, que es satisfacer al usuario al momento de resolver su problema médico, lo cual además implica impulsar la eficiencia institucional (Massip et al. 2008, párr. 4).

1.1.2 Gestión por procesos

Según el Comité Europeo de Normalización (2015, 10), la gestión basada en procesos tiene como objetivo principal la mejora sistemática, priorizando aquellos que son considerados como esenciales para la supervivencia de la organización; además, es importante considerar que los procesos que se encuentran interrelacionados óptimamente, hacen que contribuyan de mejor manera a la eficacia y eficiencia de la institución en el logro de sus objetivos previstos.

También, el trabajo con procesos implica conocer claramente varios elementos que son esenciales para su funcionamiento, tales como indica Pérez (2004, 60-2) :

1. ¿Quiénes son los clientes de la organización?
2. ¿Cuáles son las necesidades que existen en la organización?, y
3. El objetivo que se orienta a cumplir con sus necesidades.

1.2 Características de los procesos

Según Pérez (63), los procesos cuentan con varias características, tales como, alcance, actores y sus actividades, informes documentados, evaluaciones y la mejora continua, las cuales se detallan a continuación:

- Existe un responsable quien supervisa su cumplimiento.
- Dispone de un alcance definido.
- Hay interacciones y responsabilidades para cada uno de los actores.
- Dispone de procedimientos documentados, y requisitos para los actores o grupo de actores.
- Es evaluado y consta de una retroalimentación oportuna.
- Las acciones y objetivos que generen están enfocadas a satisfacer al cliente.
- Tiempos de ciclo conocidos: predictibilidad.
- Se conoce sus puntos de mejora.

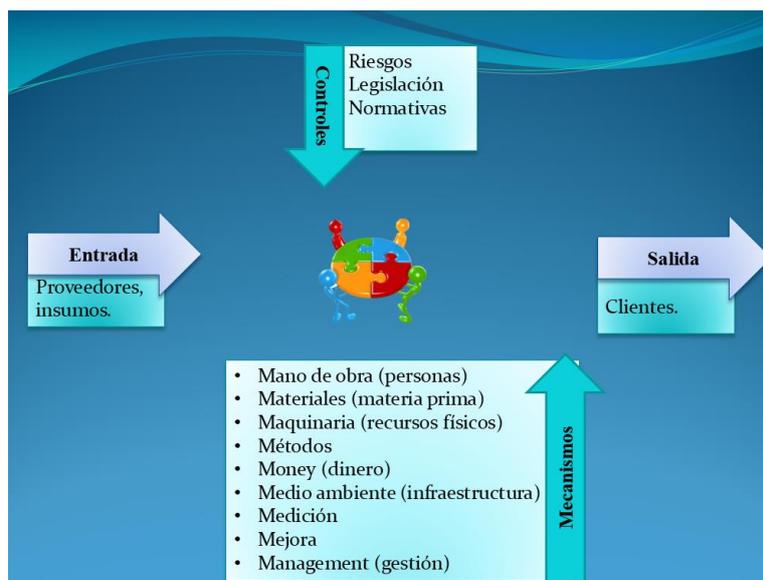
1.3 Elementos de un Proceso

En la gestión de la calidad es importante que los responsables y actores involucrados en los procesos tengan claramente identificados a los elementos que lo conforman, con la finalidad de que puedan evaluarlos y mejorarlos constantemente. El siguiente gráfico ilustra con mayor detalle la articulación de los elementos, y su descripción se menciona a continuación, de acuerdo a Blandón (2013, 11-2):

- **Entradas:** Los insumos requeridos para conseguir el producto o servicio.
- **Salidas:** Producto o servicio final.
- **Mecanismos:** Medios usados para lograr un fin (Personas, máquinas, métodos y herramientas).
- **Controles:** Restricciones para las actividad involucradas.

Gráfico 1

Elementos de un proceso



Fuente: M. Almeida
Elaboración: Propia

1.3.1 Mecanismos de los Procesos

Para entender la estructura de los procesos, es importante revisar los factores que permiten evaluar la calidad. Estos últimos son el resultado de una combinación de elementos técnicos y humanos. Para la solución de los mecanismos técnicos, generalmente involucran trabajar sobre varias causas, debido a que normalmente la problemática es la consecuencia de un conjunto de errores. Finalmente, para la identificación de los problemas involucrados en la calidad, es importante el análisis del conjunto de mecanismos de acuerdo a S. Blandón (2011, 10-2), quien también los define de acuerdo al siguiente detalle:

- **Mano de Obra o personal (personas):** Se refiere a los involucrados en el proceso (como responsables, miembros del equipo, entre otros). Este punto es importante, debido a que las fallas del personal humano se relaciona al mal

manejo del equipo y la falta de voluntad de las personas para realizar el trabajo. Por tal razón, surge la necesidad de realizar capacitaciones permanentes motivacionales y relacionadas al giro de la empresa, con el fin de fortalecer la productividad y el trabajo de equipo.

- **Materiales (materia prima):** Son los insumos requeridos para generar los productos o servicios, tales como la materia prima, la información, etc. Es necesario que no únicamente se valore el costo/beneficio sino también debe enfocarse en cumplir con especificaciones técnicas que permitan la calidad del producto o servicio, debido a la existencia de costos ocultos que puedan ser reflejados en fallas futuras.
- **Maquinaria (recursos físicos):** Se refiere a la capacidad instalada, tales como, instalaciones, maquinaria, equipos, hardware, software, entre otros, los cuales son utilizados en el proceso. Aquí se debe observar que la maquinaria sea la óptima y que cumpla con su objetivo, debido a la competitividad que actualmente existe en el mercado para superar los objetivos de producción.
- **Métodos:** Se enfoca en la planificación y gestión del proceso; es decir, identificar la metodología de trabajo más eficiente, actividades, etc, ya que por el avance tecnológico en incremento, existen nuevos métodos para la gestión de la información de forma más precisa y oportuna para la toma de decisiones, para lo cual la empresa debe estar al mismo ritmo del resto.
- **Money:** Son los recursos económicos que se requieren en el proceso, los cuales deben ser optimizados, de manera que se equilibre el producto o servicio con el costo y la calidad. Lo que implica que se impulsen las inversiones en capital del personal, adquisición de maquinaria, tecnología avanzada, entre otros, con la finalidad de incrementar la producción sin afectar la calidad.
- **Medio ambiente (infraestructura):** Hace referencia al entorno en el que se desarrolla el proceso.
- **Medición:** Consiste en evaluar el proceso (mediante el monitoreo y el control permanente de estos).
- **Mejora:** En este punto, se busca generar nuevas formas de llevarlo a cabo, con base a la evaluación y experiencias previas.
- **Management (gestión):** Se refiere a cómo se realiza la gestión de los procesos, debido a que la ausencia de liderazgo puede afectar al trabajo en grupo, lo cual

provoca el desperdicio de los recursos de la empresa. La administración de la calidad permite asignar responsabilidades definidas para lograr un trabajo en equipo. De manera que se logren los objetivos institucionales y la satisfacción del cliente.

1.4 Macro conceptos de gestión de salud

1.4.1 Salud

Según la Ley Orgánica de Salud (EC 2012, art. 3), la define desde varios componentes enfocados con el bienestar, de manera que la conceptualizan como:

El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

1.4.2 Sistema Nacional de Salud

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (EC 2002, art. 2), indica que su finalidad es “mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud”. Además, está integrado por “las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”.

1.4.3 Seguridad social

La Ley de Seguridad Social (2010, art. 102), en su capítulo de Prestaciones de Salud, dentro del artículo alcance de la protección, indica que “el Seguro General de Salud Individual y Familiar es el responsable de proteger al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad”.

Así también, este mismo artículo determina el alcance de la cobertura en salud, de tal manera que:

“El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual”.

1.4.4 Satisfacción del cliente

La satisfacción del cliente, desde el punto de vista en salud se la define como el cumplimiento de las expectativas que tiene el usuario con respecto a los servicios proporcionados, la cual involucra factores como el tiempo de espera, ambiente, atención y trato recibido, repercusión en el estado de salud de los usuarios, realizado por el personal involucrado durante la estancia del paciente en el hospital. Así también, podría entenderse como la brecha entre la atención brindada que percibe el cliente, y el estado de salud resultante (Massip et al. 2008, párr. 6). Sin embargo, medir para evaluar el cumplimiento de las expectativas, no es tarea fácil, debido a que depende de las subjetividades, como la percepción y experiencias anteriores de cada uno de los usuarios.

Por lo mencionado previamente, es importante que la propuesta de la investigación genere como resultado un impacto positivo en la satisfacción que tiene el cliente con respecto al servicio que brinda la unidad médica.

1.4.5 Gestión del modelo de Salud en Ecuador

En apego a sus responsabilidades, en 2014 la autoridad sanitaria nacional (MSP) oficializa el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en el Ecuador. En dicho documento se plasman las directrices específicas que han permitido operativizar la normativa legal, especialmente la estipulada en la Constitución de la República del Ecuador. La gestión se realiza mediante la aplicación de un modelo de salud y la articulación de la Red Pública Integral de Salud.

Este modelo tiene como objetivo incorporar una estrategia que integre a cuatro niveles de atención médica, las cuales han sido clasificadas según su capacidad resolutive, permitiendo así que los servicios se orienten hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. Así también, prevé fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, garantizando la calidad de la atención, mediante el acceso efectivo, universal y gratuito.

De acuerdo al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud Pública (2012, 86-9), el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la red; cada uno de los niveles de atención de la Red Pública de Salud mantiene una estructura compuesta por tipos de establecimientos, según se detalla a continuación:

1.4.6 Primer nivel de atención

El Ministerio de Salud Pública (2015, art. 7), en el Acuerdo Ministerial 5212, considera aquellos establecimientos de salud, que cubren los distritos y circuitos. Además de ser la puerta de entrada para los usuarios a la Red Pública de Salud, brinda servicios básicos en poblaciones de hasta 50.000 habitantes. Está conformado por puestos de salud, consultorios y centro de salud, descritos en el siguiente detalle.

Puesto de salud: Este tipo de establecimiento ha sido creado para atender poblaciones dispersas, ubicadas en el área rural, con un número de hasta 3.500 habitantes. Cuenta con un equipo básico, comprendido de un médico/a, enfermero/a, y técnico de atención primaria en salud.

- **Consultorio general:** Este tipo de establecimiento brinda servicios de diagnóstico y tratamiento en medicina general, obstetricia, odontología general y psicología.
- **Centro de salud A:** Este tipo de establecimiento se encuentra ubicado en localidades más pobladas, que alcanzan hasta 10.000 habitantes; cuenta con servicios básicos como la consulta externa, sala de procedimientos, laboratorio e imagenología (rayos X y ecografías).
- **Centro de salud B:** Los servicios brindados en este tipo de establecimiento de salud son los mismos del centro de salud A. Su diferencia consiste en que estos se encuentran ubicados en localidades más amplias, con una cantidad de habitante comprendida entre 10.001 y 50.000.
- **Centro de salud C:** Es el centro de mayor complejidad en este nivel de atención: además de brindar los servicios del Centro de Salud A, incluye rehabilitación, emergencia, sala de partos y de recuperación. Está ubicado en poblaciones con un número de habitantes entre 25.001 a 50.000.

1.4.7 Segundo nivel de atención

Representa el escalón inmediato para la referencia de aquellos casos que no han sido resueltos en el primer nivel. Está constituido por aquellos establecimientos que brindan servicios de atención ambulatoria especializada, cirugías, hospitalización y hospitalización del día. Presenta dos categorías, ambulatorio (servicios sin internación), y hospitalización (servicios con internación). La descripción de los tipos de unidades

médicos tanto ambulatorio como de hospitalización, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2015, art. 8), se detalla a continuación:

Ambulatorio

- **Consultorio de especialidad (es) clínico-quirúrgico:** Establecimiento de salud independiente. La atención es realizada por un profesional con cuarto nivel de estudios, y tiene varias especialidades básicas clínicas y quirúrgicas.
- **Centro de especialidades:** Brinda atención en la consulta externa con especialidades básicas, además de los servicios clínicos y quirúrgicos.
- **Centro clínico – quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día):** Establecimiento ambulatorio que cuenta con diagnóstico y tratamiento de los servicios clínico, quirúrgico y de farmacia. Existe internación del día, es decir menor a 24 horas. Provee además los servicios de apoyo de nutrición, psicología, laboratorio, radiología e imagen.

Hospitalario

- **Hospital básico:** En este tipo de establecimiento se amplían los servicios a terapia intensiva y hospitalización (internación mayor a 24 horas). Se proporciona atención en especialidades básicas como: medicina interna, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y odontología.
- **Hospital general:** Brinda los servicios correspondientes al hospital básico con la diferencia que se amplía la gama de especialidades dentro de su cartera de servicios. Presta servicios como la unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados.

1.4.8 Tercer nivel de atención

Estos son establecimientos de referencia nacional. Brinda atención a pacientes con patologías más complejas, de todos los lugares del país. Disponen de equipos con tecnología de punta y se encuentran preparados para realizar trasplantes; su estructura se menciona a continuación, según M. Malo (2013):

Ambulatorio

- **Centros especializado:** Brinda atención de apoyo como diagnóstico, terapéutico, recuperación, rehabilitación (centros de hemodiálisis, hemodinámica, radioterapia) y cuidados paliativos.

Hospitalario

- **Hospital de especialidades:** Establecimiento de salud de alta complejidad, con servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización en varias subespecialidades. Se encarga de atender a pacientes con patologías agudas y/o crónicas.
- **Hospital especializado:** La cartera de servicios de la que dispone este tipo de establecimiento es similar al hospital de especialidades. La diferencia sustancial está determinada por el personal capacitado, los materiales y equipos especializados, así como su tecnología de punta.

1.4.9 Cuarto nivel de atención

Estas unidades brindan servicios especializados, su objetivo principal se centra en realizar investigaciones en materia de salud con base a experimentos clínicos.

- **Centro de experimentación clínica de alta complejidad:** Este tipo de establecimientos realiza experimentos clínicos en temas de salud. Actúa bajo las aprobaciones de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos y la autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional.

1.4.10 Referencia, contrareferencia y derivaciones

Dispuesta la tipología de los establecimientos de salud de cada una de las unidades médicas, es importante mencionar algunas acciones que se encuentran dentro del Modelo de Gestión de Salud (referencia, contrareferencia y derivación). Se considera como referencia al direccionamiento que realiza un establecimiento de salud de nivel inferior a otro establecimiento de nivel superior, en el caso de patologías o cuadros clínicos no resueltos en un paciente determinado.

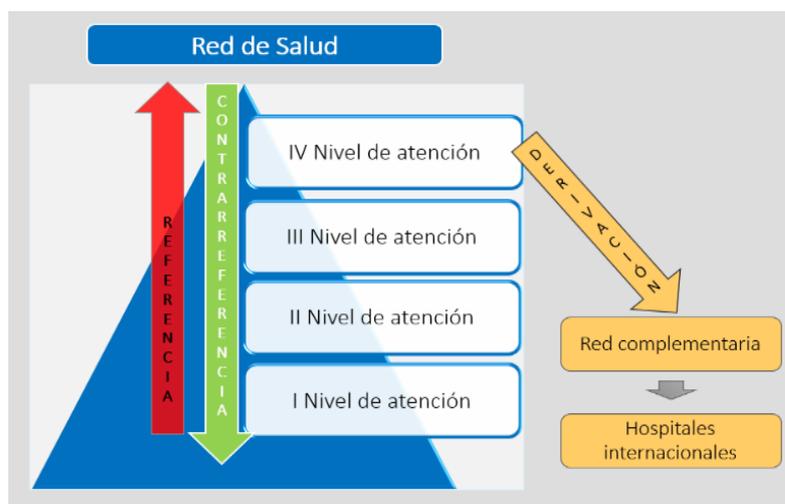
Mientras que, la contrareferencia consiste en la acción inversa, es decir, el caso del usuario o paciente remitido a una unidad médica inferior, debido a que el problema de salud revierte una complejidad inferior o el caso ya ha sido clínicamente resuelto.

Según la Norma Técnica del Ministerio de Salud Pública (2014, 18). Las derivaciones se dan cuando el paciente no encuentra la solución a su problema de salud dentro de las unidades de un mismo organismo (sea este MSP, IESS, entre otras), y deben ser enviados a otra unidad de salud que conforma la red, o incluso a las organizaciones privadas (relacionadas jurídicamente con el Estado). Estos casos pueden darse debido a que la capacidad instalada de una unidad médica no está disponible en ese momento, por no contar con los insumos médicos necesarios, o con los profesionales de salud, o debido a que no se encuentra dentro de su cartera de servicios.

Finalmente, si en el país no existe solución a la problemática del paciente, este es enviado a instancias internacionales (casos excepcionales y bien justificados).

Para los pacientes que son atendidos en entidades privadas, el Estado es el responsable de cubrir con los gastos generados para la resolución de su problema de salud. El detalle de esta estructura se la explica en el siguiente gráfico:

Gráfico 2
Estructura de la Red Pública de Salud



Fuente: MSP
Elaboración: Propia

1.5 Estructura de la gestión en salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Las unidades médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social son parte de la Red Pública de Salud, y en consecuencia del Sistema Nacional de Salud, estas se

distribuyen en tres niveles de atención, las cuales constan con puestos y centros de salud, de especialidades, ambulatorios, hospitales básicos, generales, y especializados. Antes de 2010, los beneficiarios para atención en salud eran exclusivamente los afiliados (seguro general, seguro campesino) y jubilados. Sin embargo, en noviembre de ese año, se realiza la reforma a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en la cual se incorporó la modificatoria al artículo 102, referente al “Alcance de la Protección”, ampliándose la cobertura de salud, para los hijos menores de edad y conyugue o conviviente, los cuales tienen el derecho de ser atendidos en las diferentes unidades médicas del IESS.

La modificación a la normativa ha hecho que se incremente significativamente la cobertura en salud de la seguridad social ecuatoriana. El año 2010, el número de personas cubiertas por el seguro de salud IESS registró la cifra de 3'345.533 usuarios. Entretanto, para 2016, este mismo grupo se incrementó a 9'317.819 beneficiarios (EC Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2010, 3-6). Actualmente, esta cifra representa más de la mitad de la población ecuatoriana, por lo que esta entidad se ha visto en la necesidad de crear nuevas casas de salud en todo el país, con la finalidad de cubrir prioritariamente las necesidades de los habitantes.

Al modificar la cobertura en salud, el cónyuge o conviviente tiene derecho al servicio de atención médica integral, de acuerdo al siguiente detalle:

- Fomento y promoción de la salud.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Recuperación y rehabilitación de la salud individual.
- Atención prenatal, parto y pos parto cuando registre 12 aportaciones consecutivas antes del parto.
- Fármacos.

Estos mismos beneficios también van en correspondencia para los hijos de los afiliados menores de 18 años, así también de los pensionistas de invalidez y vejez del Seguro General y pensionistas del Seguro de Riesgos del Trabajo.

En lo que respecta al año 2016, el IESS ha cubierto a un total de 3'178,046 afiliados y 451.422 pensionistas, ambos del Seguro General Obligatorio, así también a 392.744 jefes de familia del Seguro Social Campesino y 14.376 pensionistas del Seguro de Riesgos del Trabajo, y adicionalmente ha cubierto en salud a los beneficiarios de los asegurados.

Al final del año 2016, la entidad ha alcanzado un total de 99 unidades médicas en todo el país, las cuales han funcionado con fondos públicos, y cuentan con un Registro Único de Contribuyentes (RUC) independiente al IESS de la planta central. Sin dejar de lado al Hospital del Día Eloy Alfaro, el cual ha venido funcionando como unidad anexa al HCAM, por lo que tiene dependencia administrativa y jurídica de este último.

Sin embargo para su administración zonal, el IESS ha trabajado con 24 Direcciones Provinciales, en una lógica de desconcentración, de manera que han cubierto todo el territorio nacional, y también manejan fondos públicos para realizar su gestión. Adicionalmente, para la atención en salud han dispuesto hasta ese mismo periodo a 659 dispensarios del Seguro Social Campesino, las cuales se han considerado como Unidades de Atención o Gestión, que reciben fondos pero están representadas mediante el RUC del IESS con el fin de obtener permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública.

En lo que respecta a los datos correspondientes al año 2016, es importante indicar que se han generado 14'216.441 de atenciones médicas a nivel nacional en las unidades médicas del IESS, las que se han distribuido en 6'235.331 atenciones para hombres y 7'981.110 para mujeres.

Con la finalidad de garantizar el buen funcionamiento de las unidades médicas, en dicho año, se ha asignado un presupuesto, y el monto codificado ha alcanzado la cantidad de USD 7.977 millones, de los cuales se han ejecutado efectivamente USD 6.268 millones, de manera que representa el 79% de ejecución, datos que han sido publicados en el Informe de Rendición de Cuentas del 2016 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2016, 3-7).

Para concretar, es importante indicar que el IESS dispone de 99 unidades médicas al servicio de sus jubilados, afiliados y sus familias, ubicados en todo el territorio nacional. Un total de 49 establecimientos corresponden al primer nivel de atención, 47 cubren el segundo nivel y 3 corresponden al tercer nivel, éstos últimos se encuentran ubicados en las principales ciudades del país Guayaquil, Quito y Cuenca y tienen la finalidad de atender patologías complejas y referencias a nivel nacional.

En el gráfico 3, se presenta un resumen del tipo de unidades de salud con las que actualmente dispone el IESS y los servicios que brindan cada una de estas, según su tipología (centro de salud, centros especialidades, hospitales básicos, generales y especializado).

Gráfico 3

Estructura de las unidades médicas del IESS

	Consulta Externa	Emergencia	Hospitalización	Cirugía
NIVEL I				
Puesto de salud	<input checked="" type="checkbox"/>			
Centro de salud A	<input checked="" type="checkbox"/>			
Centro de salud B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Centro de salud C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
NIVEL II				
Centro de especialidades	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Centro clínico – quirúrgico ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Hospital básico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hospital general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
NIVEL III				
HOSPITAL ESPECIALIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fuente: IESS

Elaboración: Propia

Capítulo segundo

Marco metodológico

En este capítulo se detalla la metodología que ha sido utilizada para elaborar esta investigación, en donde se incorporan elementos provenientes de una revisión literaria de documentos y revistas científicas oficiales. En estos artículos se han planteado mecanismos e instrumentos utilizados para recopilar información, realizar diagnósticos de los procesos relacionados a la asignación de turno en la consulta externa, y a su vez aplicarlas para proponer soluciones de la problemática planteada.

Es importante mencionar que como parte de la metodología aplicada se han usado herramientas de calidad, donde ha sido esencial realizar un análisis de los procesos que ha sido motivo de investigación, y a su vez usar técnicas que han permitido sistematizar ideas. En la revisión de los casos, donde han utilizado estos instrumentos, se ha evidenciado que la aplicación de las recomendaciones ha mostrado mejoras en los procesos intervenidos.

Además para este estudio ha sido importante usar información de varias fuentes. En primera instancia, dentro del análisis cuantitativo, usando fuentes secundarias, se ha pretendido determinar parámetros que permitan establecer un diagnóstico de la lista y tiempo de espera en las diferentes especialidades en el servicio de la consulta externa del hospital. Adicionalmente, dentro del análisis cualitativo, se han levantado datos de fuentes primarias, con varios funcionarios y pacientes como informantes directos.

2.1 Herramientas de la calidad

Los diferentes cambios tecnológicos e innovadores que existen en la actualidad a nivel mundial, exigen que las organizaciones evolucionen y se adapten constantemente, especialmente cuando se refieren a proporcionar servicios dirigidos a satisfacer requerimientos y generar nuevas expectativas de los usuarios. Para esto, es necesaria la implementación de herramientas de calidad que hagan posible la mejora continua de los procesos. Las instituciones que brindan servicios de salud no son la excepción de estos giros de innovación; por tal razón, es recomendable introducir sistemas de calidad, como parte de la administración, especialmente en las entidades públicas, debido a que estos sistemas, conllevan a la mejora continua de las organizaciones.

Para el caso de este estudio, también se ha usado a estos sistemas como alternativa para buscar estrategias que permitan organizar al proceso de asignación de turnos en la consulta externa y de esta manera reducir el tiempo que tiene que esperar un paciente para recibir una atención efectiva.

En contexto con lo anterior, es importante citar al Comité Europeo de Normalización (2015, 10), el cual indica que el enfoque de los procesos permite mejorar la satisfacción del cliente, de acuerdo a sus necesidades, de manera que contribuyen a la eficacia y eficiencia de la organización para lograr sus objetivos. La gestión de calidad, para la mejora continua, no solo consiste en realizar cambios en el documento, sino más bien, entre los factores más importantes, se enfoca en determinar la interacción de los procesos; implementar la evaluación el seguimiento y la medición mediante indicadores de desempeño, para realizar cualquier cambio necesario; así también como establecer recursos y la asignación de responsabilidades. Finalmente, documentar la información para evidenciar que los procesos se efectúen de acuerdo lo planificado.

De igual manera Almeida (2017), indica que: “la comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos”.

Así también, existen varios autores que han realizado estudios para mejorar los servicios en los hospitales, mediante el uso de herramientas de calidad y el mejoramiento de sus procesos, cuyas referencias literarias, en especial dos casos asociados con la actual investigación, se mencionan a continuación:

2.2 Revisión literaria empírica

2.2.1 Caso I: Análisis de recorrido en el Hospital de México

Como primera referencia, se ha considerado la investigación realizada por un hospital mexicano, titulada “Mejora del proceso de consulta externa a través de la metodología de análisis de recorrido, en un Hospital General de la ciudad de México”, la cual consiste en realizar un seguimiento visual de los procesos e involucrados, comparando su coherencia, entre lo que está documentado y cómo realmente se están ejecutando las actividades, con la finalidad de determinar parámetros que permitan mejorar la optimización de los procesos de la consulta externa. La metodología aplicada consiste en “representar gráficamente hechos, situaciones, la secuencia de rutinas simples, movimientos o relaciones de todo tipo, por medio de símbolos”. Es la

manera de representar gráficamente las operaciones que conforman este procedimiento de manera cronológica. El detalle del método propuesto por Navarro et al. (2008, 34-35), se describe a continuación:

- a) Como primer punto se ha realizado la revisión de los manuales actualizados disponibles en el hospital, apoyándose en la experiencia del personal involucrado en el proceso.
- b) Seguido, se han generado entrevistas directas con los actores del proceso. Para lo cual se ha usado un instrumento para apoyar el levantamiento de la información, mismo que contiene preguntas abiertas (tanto generales como específicas).
- c) Se rediseña el proceso de consulta externa, con base a la retroalimentación de las actividades realizadas en los literales a) y b).
- d) Finalmente, mediante el método de la observación se recopila la información desde otra perspectiva, con el fin de realizar el seguimiento directo de los procesos revisados en los pasos previos. Esto ha consistido en seguir a veinte pacientes aleatorios (como muestra). De los cuales, diez son los que asisten a una consulta por primera vez y el resto de aquellos con citas subsecuentes. Estos han sido acompañados desde el ingreso a la unidad médica hasta su salida, así también como las actividades que hayan realizado durante su visita, y los tiempos que gastaron efectivamente en cada área que se les ha brindado el servicio.

Para aclarar el método mencionado previamente, es importante hacer hincapié en que este implica observar un objetivo preciso, de manera que el investigador tiene clara la razón de por qué hacerlo, de manera que debe realizarlo científicamente para lograr su fin. Es importante indicar que la observación se vuelve directa, cuando el observador acude personalmente al fenómeno que quiere investigar (Díaz 2011, 8).

Una vez realizado el diagnóstico en este estudio, usando los métodos previamente mencionados, los autores de esta investigación han obtenido varias conclusiones importantes, tales como: “los directivos deben determinar y analizar rápidamente las causas que pueden originar desviaciones para que no vuelvan a presentarse en el futuro, localizar los sectores responsables de la administración, desde el momento en que se establecen las medidas correctivas, proporcionar información acerca de la situación de la ejecución de los planes” (Navarro, et al. 2008, 37).

2.2.2 Caso II: Disminución del tiempo de espera en consulta externa del Hospital Santa Rosa

Otra referencia, que tiene un enfoque similar es el estudio realizado en el Hospital San Bartolomé, el cual pertenece a la seguridad social, cuyo título es “Disminución del tiempo de espera en consulta externa de pacientes asegurados del Hospital Santa Rosa”. Esta unidad médica se encuentra ubicada en la ciudad de Lima. Este estudio propone mejorar la calidad del servicio en la atención de la consulta externa, de manera que disminuyan los tiempos de espera optimizando las actividades dentro de sus procesos. Para este análisis se han aplicado métodos con base al uso de herramientas de calidad, mismo que se ha centrado en dos etapas: la primera se ha enfocado en determinar la causa raíz de problema, y la siguiente en generar estrategias que resuelvan el problema central.

De acuerdo al estudio realizado por el Ministerio de Salud del Perú (2014, 25-6), cada uno de los enfoques ha sido trabajado mediante subtemas, cuyos métodos y su aplicación son descritos en la siguiente tabla:

Tabla 1

Matriz metodológica para la solución de problemas

Métodos	Identificación del problema	Definir el problema	Identificar el equipo	Analizar el problema	Priorizar soluciones	Implementar la solución
Lluvia de ideas	X			X		
Matriz de priorización	X	X		X	X	
Flujograma	X	X	X	X		
Estudio de tiempos y movimientos	X	X		X		
Diagrama de Gantt			X			X
Diagrama global de proceso	X	X	X	X		X
Diagrama de Ishikawa				X		

Fuente: MSP Perú.

Elaboración: Propia

Una vez realizado el diagnóstico, mediante la aplicación de los métodos indicados previamente, se han generado estrategias para conseguir el objetivo, mismas

que han sido evaluadas posteriormente por el equipo de trabajo, mediante indicadores de satisfacción de los usuarios. Y como resultado se ha evidenciado que se ha logrado un impacto, de manera que ha disminuido el tiempo que debe esperar el paciente para ser atendido en las áreas de la consulta externa, mejorando su percepción de satisfacción en el servicio.

Aunque el estudio mencionado previamente se centra en optimizar tiempos, a diferencia de la presente investigación, ha resultado importante la aplicación de sus métodos que han servido como análisis de base para una guía metodológica y lograr el objetivo planteado en este documento.

2.3. Análisis de la revisión literaria

En ambos casos se han considerado métodos basados en el uso de herramientas de calidad, mediante la gestión de los procesos, para realizar los respectivos diagnósticos de situación, de manera que han logrado cumplir con sus propósitos. Por tal razón, se ha propuesto la aplicación de una combinación de ambos métodos en este estudio.

2.4 Herramientas de planificación y gestión de la calidad

2.4.1 Administración por procesos

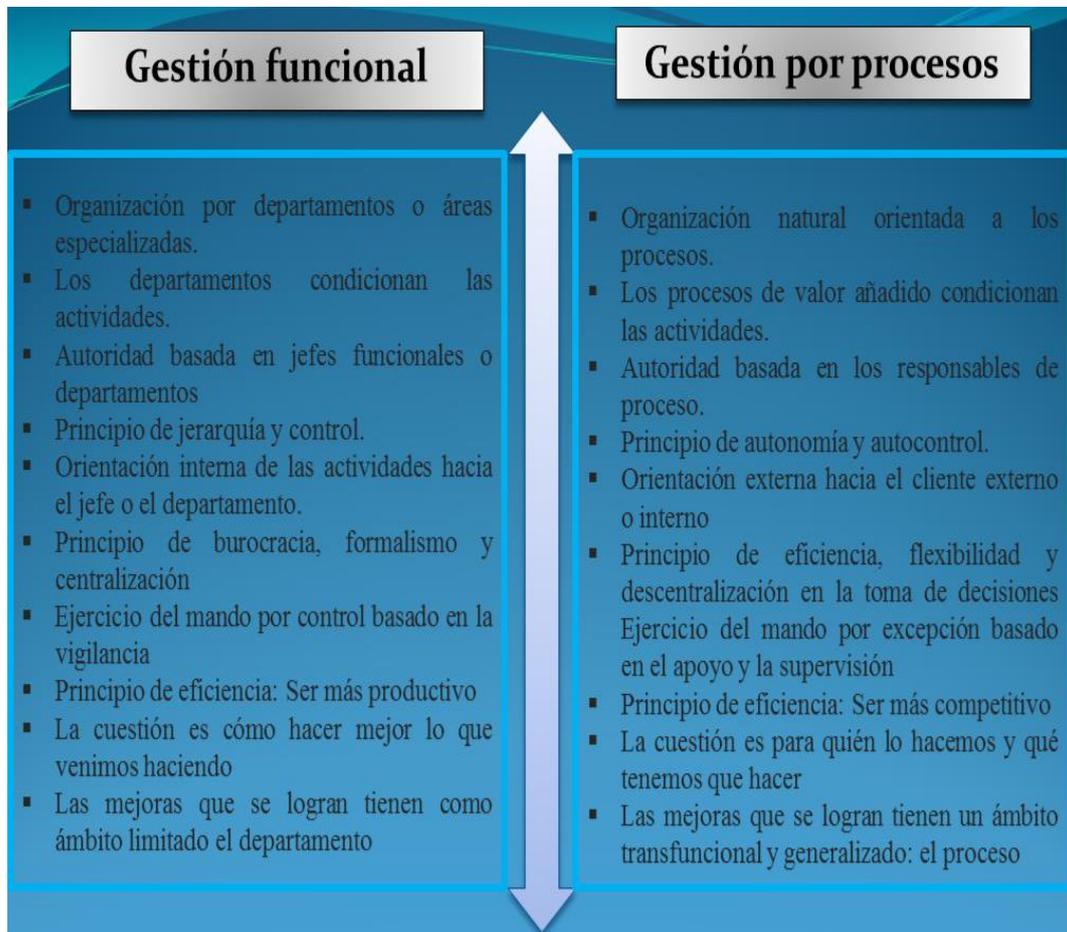
Los procesos tienen inicio, fin, y su alcance está bien definido. Está estructurado por un conjunto de actividades, que son llevadas a cabo por actores que están involucrados en el mismo. El trabajar con procesos ha vuelto caduca a la gestión funcional, esta última se ha centrado en una articulación vertical, la cual se enfoca en trabajar por jerarquías. Sin embargo, para cada una de estas formas de organización existen ventajas y limitaciones. La primera ventaja de la gestión por procesos es la autonomía para realizar las actividades, de manera que son ajustadas por su responsable, además está orientada a dar resultados enfocados en satisfacer al cliente (teniendo como principio de eficiencia a la competitividad, es decir trabajo en equipo para lograr su fin).

Es importante mencionar el mejoramiento continuo, mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación que se realizan periódicamente para que los flujos puedan ser ajustados, según las necesidades de la institución y de sus clientes. De tal forma, que se optimizan costos y recursos, con resultados confiables y eficientes. Otro beneficio es el uso de instrumentos, que permiten encontrar y disminuir los problemas, reduciendo el

trabajo que no genera valor agregado. Y, a su vez, son realizados por el equipo que conoce de los procesos y no desde las autoridades o por nivel jerárquico.

Gráfico 4

Comparación entre la gestión funcional y por procesos



Fuente: M. Almeida

Elaboración: Propia

2.4.2 Métodos para identificación y resolución de problemas

Con base a las recomendaciones mencionadas previamente, a continuación se describe cada uno de los métodos y su utilidad para la elaboración del diagnóstico e identificación de estrategias, según Camisón y Cruz (2006, 1261), de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 2

Aplicación de las nuevas herramientas en la resolución de problemas de calidad

Herramientas	Identificación del problema	Definir el problema
¿Cuál es el problema?	Identificar problemas	Diagrama de afinidad
¿Cuáles son las causas del problema?	Identificar causas raíz del problema	Diagrama de relaciones
¿De qué forma se resuelve el problema?	Identificar todas las soluciones del problema	Diagrama de árbol
¿Qué opinión tomar?	Seleccionar la mejor solución	Diagrama de priorización o Diagrama matricial
¿Cuándo y cómo actuar?	Planificar la puesta en práctica de la mejor solución	Diagrama de proceso de decisión o Diagrama de flechas

Fuente: Vilar, Gómez y Tejero

Elaboración: Propia

- **Diagrama de afinidad**

Es una herramienta que ayuda en la sistematización de la lluvia de ideas obtenidas por un equipo de trabajo. De tal manera que son agrupadas, según la relación que se haya encontrado entre estas. Por tal razón, se enfoca en agrupar datos que tienen alguna afinidad, para transformarlas en ideas más generales. Resulta ser el punto de partida para la elaboración del resto de diagramas, y su aplicación se realiza para trabajar con un conjunto amplio de datos obtenidos, además de permitir abordar al problema de manera directa (Teruel et al. 2006, 115-6).

Construcción:

Para determinar su construcción, Teruel et al. (2006, 115), recomiendan varios pasos a seguir, incluyendo recopilar en una tarjeta la mayor cantidad de ideas del grupo, el cual debe estar conformado por cinco a diez personas, los cuales se resumen a continuación:

1. Definir el tema que se va a investigar.
2. Ordenar las tarjetas en grupos con ideas comunes, eligiendo un tema por grupo.
3. Dibujar el diagrama de afinidad
4. Discutir la relación de cada uno de los grupos y sus elementos correspondientes con el problema.

- **Matriz de priorización**

Esta matriz ha permitido realizar la priorización de las actividades, temas, características de productos o servicios, entre otros, a partir de un criterio de valoración (puntajes) y de ponderación, se utiliza para tomar decisiones (Camisón, Cruz y González 2006, 1270-2), de acuerdo al autor recomienda la aplicación, construcción, y los métodos implicados en esta herramienta, según el detalle que se muestra a continuación.

Aplicación:

Esta herramienta debe utilizarse cuando:

1. Se poseen distintas opciones y hay que realizar una selección.
2. Existe desacuerdo respecto a la importancia relativa de los criterios de selección para las opciones.
3. Las opciones generadas están muy relacionadas entre sí.
4. Los recursos son escasos para implantar el programa de mejora.

Construcción:

Para la construcción de las matrices de priorización se pueden utilizar dos métodos los cuales son: el método del criterio analítico completo y el método del consenso de criterios. Los pasos a seguir en cada uno de ellos son:

El Método del criterio analítico completo

1. Definir el objetivo a alcanzar.
2. Crear un listado de criterios a aplicar a las opciones generadas.
3. Juzgar la importancia relativa de cada criterio en comparación con los otros criterios.
4. Comparar todas las opciones consideradas con los criterios ponderados.
5. Comparar cada opción a partir de la combinación de todos los criterios.

El Método del consenso de criterios

1. Establecer prioridades en los criterios.
2. Ordenar las opciones a partir de cada criterio.
3. Calcular la puntuación de importancia individual para cada opción bajo cada criterio.

- **Diagrama del árbol**

También conocido como Diagrama Sistemático, es un instrumento que permite visualizar los medios para lograr un objetivo, analizando en categorías más amplias, de manera que se descompone en niveles para determinar metas de modo gráfico, aclarando la esencia de los problemas, describiéndolos en términos de jerarquía a cada uno de sus componentes (Gutierrez 2004, 246-7).

Como parte de sus aplicaciones, y para el caso de esta investigación se lo ha utilizado como una herramienta de planificación, donde se da a conocer todas las actividades y/o tareas que se deben realizar para cumplir un fin.

Construcción:

1. Determinar los objetivos de la investigación.
2. Analizar los medios requeridos para evaluarlos.
3. Sistematizar lo anterior, y realizar una secuencia correcta.
4. Confirmar si las actividades permiten cumplir los objetivos.

- **Diagrama de proceso de decisión**

Esta herramienta DPD, identifica y representa los sucesos posibles durante el proceso de resolución de un problema, desde la propuesta hasta la puesta en marcha de la solución. A la vez, ha permitido desarrollar medidas de acción contra las posibles contingencias que se presenten en las actividades de solución, así como anticipa posibles obstáculos, previniendo que estos ocurran, y en el caso de existir propone planes de acción para poder evitar que estas ocurran (Vilar, Gómez y Tejero 1997, 11).

Construcción

Así también Villar, Gómez y Tejero (1997, 12) indican que para la construcción del DPD se puede partir de herramientas, tales como el Diagrama de afinidad, el Diagrama de relaciones o el Diagrama de árbol. De manera que recomienda graficar el diagrama, según los siguientes pasos:

1. Plantear el objetivo general que se va a alcanzar.
2. Plantear las diferentes opciones de implementación para alcanzar el objetivo.
3. Para cada opción se debe determinar la secuencia de pasos a implantarse.
4. En cada paso definir los posibles problemas.
5. Proponer contramedidas por si se presentan los problemas planteados.
6. Por último, clasificar por tipo de dificultad las contramedidas.

Capítulo tercero

Investigación empírica

En esta sección se ha revisado las generalidades de la seguridad social del HCAM y su cuantificación con respecto a las atenciones en la consulta externa, la lista de espera y el tiempo promedio que soportan los usuarios para recibir atención médica. Se ha elaborado el análisis del proceso para la asignación de citas médicas, con el que ha venido trabajando el hospital, cuya información se obtuvo a partir de fuentes primarias y secundarias. De esta manera, se diagnosticó e identificó varios problemas en el recorrido que tienen que realizar los pacientes para obtener una fecha efectiva para ser atendidos por el especialista.

Finalmente, con el apoyo de las herramientas de calidad se ha sistematizado y consolidado la información recopilada, con el fin de determinar las causas y efectos del problema y proponer estrategias que permitan atenuar estas causas; y, a la vez sus contramedidas y posibilidades de implementación, enfocándose a disminuir el tiempo de espera.

3.1 Levantamiento de información

Para realizar esta investigación, se contó con datos proporcionados por las áreas involucradas y documentación relacionada con el proceso, los cuales fueron utilizados como fuentes secundarias, y han contribuido para la elaboración del estado de situación. Para los casos donde se han requerido fuentes primarias, se realizó entrevistas a los involucrados en el proceso, con el fin de realizar diagnóstico referente a la situación de la asignación de turnos en la consulta externa, considerando diferentes puntos de vista de la problemática (causas y efectos); seguido de la consolidación y sistematización de las opiniones obtenidas de los responsables del proceso, usuarios y autoridades del HCAM; así como también del IESS, los mismos que se describen en el anexo 1 y 2, y se enlistan a continuación:

- 9 pacientes de la consulta externa
- Jefe de atención al cliente
- Personal de las ventanillas de atención al cliente

- Jefe del área quirúrgica
- Director Médico

Con este equipo se han realizado varias reuniones y entrevistas, de manera que se han documentado las respuestas en una matriz. Esta lluvia de ideas, ha sido enlistada y registrada, según los aportes proporcionados, las cuales servirán de insumo fundamental para determinar y establecer acciones y estrategias que permitan reducir el tiempo de espera de un paciente.

Además, se han analizado las causas y efectos mediante el trabajo de campo realizado con líderes de área y con funcionarios que ejecutan actividades operativas, ambos con conocimiento de la situación, los cuales se indican en el siguiente listado:

- Personal de atención al cliente.
- Subdirector Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Estadística del IESS.
- Coordinador General de Auditoría Médica.
- Coordinación General de Planificación y Estadística.
- Usuario (paciente).

3.2 Modificación en la cobertura de salud de la seguridad social.

Desde el año 2010 ha existido una ampliación en la cobertura del seguro en salud, lo cual ha impactado negativamente en su servicio, cuyas causales pueden ser la falta de capacidad instalada de los hospitales para recibir a una mayor cantidad de usuarios, falta de incremento en el número de profesionales de la salud que permita satisfacer la nueva demanda, y recursos médicos, tales como: insumos, medicamentos, camas hospitalarias, quirófanos, que son de vital importancia para el servicio de atención médica.

Estas situaciones han contribuido que la atención al usuario no se realice oportunamente, considerando que los tiempos de espera causan exclusión al limitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, convirtiéndose en un problema público al no cumplir con brindar atención a la población en los tiempos esperados. Por otro lado, un inconveniente que surge con las listas de espera impactan en los costos, aumentan el riesgo de complicaciones, pueden prolongar o empeorar la enfermedad y retrasar su recuperación (Monge, et al. 2014, 72).

Al no disponer de turnos asignados correctamente, las personas pasan a formar parte de una lista de espera a la cual se la define como el “conjunto de pacientes que

están pendientes para recibir atención, bajo la denominación de consulta no urgente donde requieren de una primera consulta especializada” (Secretaría General de Sanidad 2016).

Si bien es cierto, las listas de espera han estado presente a lo largo del tiempo respecto, sin embargo, estas tienden a complicarse cuando no se toman las acciones necesarias para ser analizadas dentro de la organización, debido a que al no ser articuladas eficientemente y los beneficiarios siguen incrementando, estas podrían colapsar e ir dilatando el tiempo para que un paciente pueda ser atendido. Además, esto implica que empeore la salud de los usuarios, lo que ha generado que la atención médica resulte ser más costosa para las entidades de la seguridad social.

3.3 Generalidades del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

Uno de los hospitales más emblemáticos en la Seguridad Social es el Carlos Andrade Marín, ubicado en el Distrito Metropolitano de Quito, dentro de la provincia de Pichincha. Esta institución ha brindado atención a sus pacientes durante 47 años. El hospital es de tercer nivel y cuenta con servicios de atención ambulatoria, hospitalización (en áreas clínicas y quirúrgicas), además de los servicios de ambulancia, cuidados intensivos y emergencia (tanto de adultos como de pediátricos); y, durante los últimos años se han realizado trasplantes de hígado, riñón, córnea y pulmón. También dispone de servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento como son: laboratorio clínico, laboratorio de biología molecular, imagenología (radiología básica, radiología convencional, TAC simple y contrastada, resonancia magnética simple y contrastada, estudios de intervencionismo, entre otros). Actualmente cuenta con un total de 44 especialidades en la consulta externa, 32 en la hospitalización, 137 consultorios médicos, 611 camas censables (usada por pacientes hospitalizados en los servicios de internación) y aproximadamente 280 no censables (aquellas que son de uso transitorios o provisionales).

3.3.1 Estructura de la consulta externa del HCAM

La Consulta Externa es un proceso de vital importancia por su enlace con los servicios de Emergencias y Hospitalización. Este servicio actúa como filtro para la entrada de pacientes que requieren atención médica y/o quirúrgica de forma hospitalaria. Además, permite realizar el seguimiento integral de los pacientes

beneficiarios, según sus necesidades.

En el año 2016, esta casa de salud ofertó 40 especialidades médicas en la consulta externa, las cuales se encuentran estructuradas dentro de las siguientes áreas: Clínica, Quirúrgica, Materno Infantil y Estomatología, de manera que oferta atención para adultos, niños y neonatos.

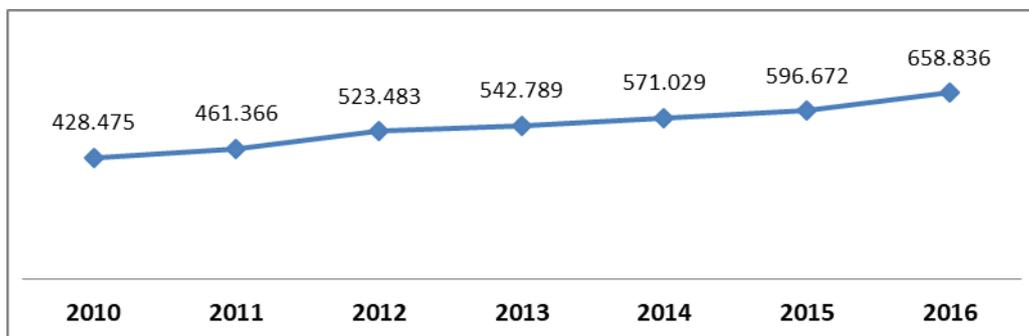
Durante el período 2010 a 2016, se han realizado un total de 3'782.650 de atenciones en este servicio (citas subsecuentes y realizadas por primera vez). Al comparar el año 2010 y el 2016, se puede evidenciar que ha existido una variación en incremento del 53,8% de entre los años indicados, cuyo promedio anual se ha sido del 7,5% en aumento.

En el año 2016, cada paciente que ha acudido a esta casa de salud, ha sido atendido 4 veces, en promedio, ya sea en la misma o en diferente especialidad.

La serie histórica, referente a las atenciones realizadas en el servicio de la consulta externa, puede ser observada en el siguiente gráfico.

Gráfico 5

Número de atenciones en consulta externa HCAM: 2010-2016



Fuente: HCAM
Elaboración: Propia

3.3.2 Cartera de servicios de la consulta externa

Como se ha indicado en párrafos previos, el hospital cuenta con aproximadamente 40 especialidades en el servicio de consulta externa, distribuidos en las siguientes áreas: el área clínica dispone de 18 servicios para atender a las diferentes patologías de los pacientes, mientras que en los servicios quirúrgicos existen 17, materno infantil 4 y estomatología está compuesto por 1.

Esta estructura organizacional ha servido para atender a todos los grupos de beneficiarios, especialmente relacionados con la categorización etaria, es decir,

neonatos, niños, adultos mayores. Así también como mujeres embarazadas, personas con discapacidad temporal o permanente, entre otros.

Tabla 3

Listado de especialidades en la consulta externa 2016.

Jefatura	Especialidad
Jefatura de Área Clínica	Alergología
	Cardiología
	Dermatología
	Endocrinología
	Gastroenterología
	Geriatría
	Hematología
	Infectología
	Medicina Interna
	Nefrología
	Neumología
	Neurología
	Nutrición
	Oncología
	Reumatología
	Salud de Personal
	Salud Mental
Terapia Física y Rehabilitación	
Jefatura de Área Quirúrgica	Cirugía Cardiorácica
	Cirugía General
	Cirugía Oncológica
	Cirugía Pediátrica
	Cirugía Plástica Y Reconstructiva
	Cirugía Pulmonar
	Cirugía Vasculat Periférica
	Coloproctología
	Hemodinámica
	Neurocirugía
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Quemados
	Trasplante Hepático
	Trasplante Renal
	Traumatología y Ortopedia
Urología	
Jefatura de Área de Cuidado Materno Infantil	Ginecología
	Neonatología
	Alto Riesgo Obstétrico
	Pediatría
Jefatura de Área de Estomatología	Estomatología

Fuente: HCAM

Elaboración: Propia

3.4 Caracterización de la lista de espera en el servicio de consulta externa

Para definir la estructura de las listas de espera, se ha identificado dos variables: el número de personas en la agenda, y el tiempo de espera para recibir una cita médica (excluyendo las citas consecutivas de la misma especialidad llamadas subsecuentes, y los turnos asignados de manera inmediata por ausencia de algún paciente a las citas denominadas como ampliaciones). Para entender de mejor manera, y cuantificar las listas de espera, es importante conocer los tipos de citas médicas que se encuentran disponibles en el hospital, las cuales dependen de las necesidades del paciente y de la procedencia de los mismos.

3.4.1 Estructura de las listas de espera en el HCAM.

El tiempo de espera de un paciente varía de acuerdo al tipo de cita que requiera, donde, probablemente, existan pacientes con mayor necesidad para ser atendido en relación al resto de usuarios, sin embargo estos últimos son tratados de la misma manera sin priorización alguna. Es importante mencionar los tipos de citas existentes en el HCAM, la que se le haya asignado al paciente depende de la procedencia médica del paciente. El detalle y descripción de cada una, se menciona a continuación:

- **Cita ampliada:** Es la que se le asigna a un paciente por requerimiento médico de manera inmediata a un paciente, y no necesariamente es generada por ser una necesidad urgente.
- **Interconsulta:** Esta nace debido a que el paciente requiere de la valoración de un profesional médico de una especialidad diferente en el mismo establecimiento de salud.
- **Consulta subsecuente:** Es la que surge a partir de la atención médica realizada a un paciente por más de una ocasión, con el propósito de continuar valorando el episodio de una misma enfermedad.
- **Referencia:** Se realiza después que el paciente ha sido valorado por una unidad médica de nivel inferior y le identifican la necesidad de ser atendido por una casa de salud de mayor complejidad.
- **Transferencia:** Se refiere al regreso del usuario hacia la especialidad de origen, dentro de la unidad médica.

Como se mencionó previamente, las citas ampliadas son asignadas de manera inmediata, mientras que las citas subsecuentes, son las que agenda el propio médico tratante debido a que prevé un seguimiento al paciente, con el fin de dar continuidad a su tratamiento. Generalmente el tiempo de espera de estos dos tipos de citas se debe a la naturaleza propia de la necesidad del usuario para el seguimiento de su enfermedad. Por tal razón, para los análisis que involucren determinar tiempos, no se ha considerado a este tipo de citas ampliadas.

Tabla 4

Número de citas generadas en consulta externa por tipo de agendamiento. Año 2016

Tipo de cita		Total	Porcentaje
Programadas	Cita normal	289.078	40%
	Interconsulta	33.101	5%
	Referencia	54.141	8%
	Subsecuente	179.674	25%
	Transferencia	1.591	0,2%
Ampliadas	Turno ampliado	161.426	22%
Total		719.011	100%

Fuente: HCAM

Elaboración: Propia

En la tabla 4, se ha resumido el número de citas generadas durante el año 2017. Es importante aclarar que aunque se le haya asignado un turno al paciente, no siempre la consulta médica será efectiva, debido a que pueden darse casos de ausentismo por parte de los pacientes, u otras razones que no han sido consideradas al momento de entregarles el turno.

Sin embargo, se ha determinado que la mayor concentración del agendamiento se ha realizado en las citas que han sido realizadas al usuario por primera vez en una especialidad y patología determinada.

3.4.2 Revisión del tiempo promedio de espera para la atención.

El promedio, y demás parámetros referentes al tiempo de espera por tipo de agendamiento se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5

Días promedio de espera por tipo de agendamento. Desde 2016

Tipo de cita		Media	Mediana	Desviación estándar
Programadas	Cita normal	26	13	31
	Interconsulta	52	61	36
	Referencia	66	91	36
	Subsecuente	76	85	36
	Transferencia	47	48	37

Fuente: HCAM

Elaboración: Propia

En cuanto a los tiempos de espera, debe considerarse que el mayor valor corresponde a las citas subsecuentes, pero como se mencionó previamente, esto se encuentra supeditado a la naturaleza de la consulta, por lo que dependiendo del criterio médico este tipo de pacientes pueden ser agendados hasta 90 días después de cita, para una valoración de su evolución con el médico.

Sin embargo, el tiempo para obtener una cita por primera vez, se estima que una persona debe esperar 26 días en promedio, con una desviación de +/- 32 días. Quienes más tiempo deben esperar, exceptuando las subsecuentes, son aquellas personas que han sido remitidas desde un nivel inferior, por lo que deben considerar ser atendidos en aproximadamente 66 días, con una variación de +/- 36 días, es decir que esperan más de tres meses para ser atendidos.

Otro tipo de cita que es importante mencionar, es la interconsulta, la misma que ha sido asignada a pacientes que han sido atendidos en el hospital, de manera que han tenido 47, con +/- 37, días espera.

En los tres casos mencionados previamente, se ha evidenciado que los tiempos son prolongados, considerando que los usuarios no están dispuestos a aguantar por más de 15 días.

3.4.3 Rangos de tiempo de espera para la atención.

Tabla 6

**Número de citas generadas en consulta externa por tipo de agendamento.
Desde 2016**

Rangos de días de espera	Programadas				
	Cita normal	Interconsulta	Referencia	Subsecuente	Transferencia
0 A 15 días	53,9%	27,6%	19,3%	5,1%	32,2%
16 A 30 días	13,6%	8,3%	6,3%	7,9%	11,3%
31 A 45 días	8,7%	4,4%	4,9%	9,6%	5,7%
46 A 60 días	6,8%	8,9%	5,5%	8,5%	9,7%
Más de 60 días	16,9%	50,8%	64,1%	68,9%	41,1%

Fuente: HCAM

Elaboración: Propia

En la tabla que antecede se puede observar los rangos de días de espera para que se haga efectiva una atención. De manera que, el mayor número de personas en una cita por primera vez ha esperado hasta 15 días, no obstante, el segundo grupo significativo ha debido esperar más de 60 días para ser atendido en una primera cita con un especialista del HCAM.

En el caso del resto de tipos de citas médicas, los usuarios han esperado más de dos meses, es decir que más de la mitad de pacientes distribuidos en interconsultas, referencias, subsecuentes y transferencias, han pasado tiempos prolongados para ser atendidos por un especialista. En total han sido 224.812 personas que se han encontrado en esta situación, es decir han esperado más de dos meses para que se le haga efectiva su atención, representado el 31,3% del total de pacientes agendados en el año 2016. Y aquellos con más de un mes alcanzan el 43,3% con un total de 372.472 usuarios.

Esto evidencia la necesidad imperiosa de encontrar alternativas que permiten solventar la problemática existente, referente al tiempo que debe esperar una persona para ser atendida al interior del Hospital Carlos Andrade Marín. Debe considerarse, sin embargo, que las posibles opciones para mejoras y propuestas podrían ser implementadas en otras unidades médicas de orden similar.

3.4.4 Rangos de tiempo de espera para la atención

Tabla 7
Número de turnos asignados por especialidad. A junio 2017

Especialidad	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Alergología	786	594	288	283	6		
Anestesiología	257	190	190	157	57	9	
Calificación médica	504	8	1				
Cardiología	1575	859	866	549	30	13	1
Cirugía cardiotorácica	237	187	117	119	5		
Cirugía general	906	204	119	82	10		
Cirugía oncológica	244	154	101	45	13	5	
Cirugía pediátrica	453	245	141	155	16	24	12
Cirugía plástica	821	380	280	261	53	13	6
Cirugía pulmonar	362	86	63	28	4	6	
Cirugía vascular periférica	785	544	428	347	93	29	16
Coloproctología	1122	876	684	569	198	17	4
Dermatología	1920	340	74	1	1		
Endocrinología	2311	2192	2079	1491	363	46	13
Estomatología	2681	1085	678	626	117	63	3
Gastroenterología	1075	376	261	221	48	5	
Genética	117	7	2	3	1		
Geriatría	177	198	153	174	88	9	3
Ginecología	2297	1219	649	394	135		14
Hematología	1994	1294	1454	1156	360	31	62
Hemodinámica	259						
Infectología	812	522	446	225	7		
Medicina interna	2318	527	142	88			
Nefrología	1214	665	558	271	115	9	11
Neonatología	751	368	73				
Neumología	1962	963	1085	741	84		
Neurocirugía	1120	352	370	316	136	22	35
Neurología	2114	1795	1732	1335	434	56	14
Nutrición	1221	701	565	162	43		
Alto riesgo obstétrico	576	125	2				
Oftalmología	1964	920	788	725	528	73	36
Oncología	2605	1284	475	5			
Otorrinolaringología	1471	777	1214	819	17	18	1
Pediatría	2047	1337	940	1038	334	83	17
Quemados	88	44	7	6	1		
Radioterapia	855	344	206	110	14		
Reumatología	1437	1155	1121	356	33		
Salud mental	3184	2134	1700	1260	394	23	38
Terapia física y rehabilitación	1239	221	33				
Trasplante hepático	2						
Trasplante renal	473	114	41	8	6		
Traumatología y ortopedia	4534	2406	1748	1289	459	175	165
Urología	2178	979	1160	1243	162	25	19

Fuente: HCAM
Elaboración: Propia

En la tabla previa, se ha mostrado el total de citas generadas a mediados del año 2017, las cuales, dependiendo de la especialidad, tienen variación para la asignación de turno. Es importante indicar que la información ha sido generada con corte a junio 2017, de manera que en ese punto del tiempo se evidencia la ocupación de turnos de cada una de las especialidades.

Es así, que existen casos en los cuales, el especialista tiene disponibilidad desde el cuarto mes de espera, como ha ocurrido en los servicios de Traumatología, Urología, Endocrinología, Pediatría, entre otros. Las especialidades con menos de un mes de espera son excepcionales, los cuales se dan en las áreas de Hemodinámica y Trasplante Hepático.

3.5 Estructura del macro proceso del HCAM.

El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es una institución categorizada como una unidad médica de III Nivel de atención, dentro del Sistema de Salud Pública. Además es un centro de referencia nacional para las instituciones del I y II nivel que conforman la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, siempre y cuando en estos niveles no se hayan podido resolver los problemas de salud de los pacientes. Este hospital actualmente se ha organizado mediante la estructura por procesos, enfocada en el paciente. Dispone de procesos gobernantes, sustantivos y de apoyo, cuya funcionalidad se ha establecido con la finalidad de generar esfuerzos para brindar una atención satisfactoria a sus usuarios, tanto interna (funcionarios) como externa (pacientes). A continuación se detalla el funcionamiento o estructura por procesos de la institución:

Gráfico 6

Estructura por procesos del Hospital Carlos Andrade Marín



Fuente y elaboración: HCAM

El proceso del HCAM tiene como principal disparador (entrada) los requisitos del paciente y las demás partes interesadas. La gestión se la articula mediante las áreas que forman parte de la cadena de valor. Finalmente, la salida es la percepción de la satisfacción del paciente y partes interesadas (implica que el usuario haya alcanzado o superado las expectativas esperadas). Para lograr la satisfacción indicada el HCAM ha dividido su estructura en tres grupos, según el detalle que se menciona a continuación:

- **Procesos estratégicos o gobernantes:** Estos están compuestos por la Gerencia General, Dirección Médica y Dirección Administrativa, aquí se generan las directrices y políticas que deben establecerse en el hospital, y constituyen la base de la gestión hospitalaria.

- **Procesos sustantivos (cadena de valor):** Están relacionados directamente a proporcionar los servicios que brinda la casa de salud y a dar valor agregado de acuerdo a los requerimientos de los pacientes. Para este caso están los servicios ambulatorios, hospitalarios, de diagnóstico y tratamiento y de emergencia.
- **Procesos de apoyo:** Son transversales y generan productos que apoyen a la toma de decisiones, mediante la planificación y organización institucional, el abastecimiento de la misma, el manejo del personal, entre otros, así también brindan asesoría para alcanzar a los objetivos institucionales.

3.5.1 Clientes del macro proceso del HCAM

Con respecto a las entradas del mapa de procesos del HCAM, como se ha indicado previamente, se compone de los requisitos de los pacientes, autoridades nacionales, el personal que trabaja en la institución, los proveedores y finalmente la comunidad. De acuerdo a las normas de calidad que se han manejado dentro de esta casa de salud, se ha determinado cinco tipos de clientes (partes interesadas o integradas):

- **El paciente:** En este caso no decide qué servicio específico va a recibir, sin embargo está en la capacidad de evaluar la calidad del mismo y de juzgar los resultados durante el tiempo que es atendido en el hospital. Y a su vez éste se convierte en un componente esencial para la producción del producto hospitalario (Valor y Ribera 1990, 1).
- **Las autoridades:** Otro elemento esencial es donde se genera el rumbo estratégico, que sirve como pilar necesario para la gestión efectiva de los procesos dentro de la organización. Es importante indicar que han existido varias autoridades quienes son las responsables, no necesariamente de la gestión interna, sino más bien de la generación de políticas públicas que articulen a las unidades médicas de todos los niveles, tanto en el IESS como en la Red Integral de Salud.
- **El personal:** Para el funcionamiento de la organización se requiere de un buen liderazgo, de tal manera que constantemente se generen cambios en estructuras y estilos de dirección. Todo el personal está involucrado en alguno de los procesos mencionados previamente, y a su vez se vuelve requirente por la necesidad de

convirtiéndose en el articulador del producto final, y de alguna manera se apodera de las decisiones del cliente (Valor y Ribera 1990, 18).

- **Los proveedores:** Se encargan de satisfacer indirectamente a los servicios demandados por el hospital, con el fin de fomentar la calidad a los pacientes, para que su tratamiento sea generado a tiempo, generalmente apoyan en el abastecimiento de los insumos médicos, fármacos, equipos, entre otros.
- **La comunidad:** Debido a que la unidad médica tiene cobertura nacional, los potenciales demandantes, son los habitantes del país, que requieran tratamiento de III nivel; quienes pueden llegar a evaluar los servicios hospitalarios.

3.6 Análisis del proceso de agendamiento de citas médicas

El área de atención al cliente es una de las jefaturas que se encuentra dentro de la Coordinación General de Calidad. Esta forma parte del grupo de procesos sustantivos de la institución, y es una de las puertas de entrada que recibe al paciente para gestionar sus necesidades para la atención en salud no emergente, de manera que ha sido el responsable de la asignación de citas médicas para el servicio de la consulta externa. Para este estudio, esta área ha sido el primer lugar en el que se ha levantado información, mediante el jefe de área y personal que atiende al usuario para proporcionarles citas médicas, quienes han sido los responsables del proceso. Además de dar a conocer las problemáticas en el proceso y procedimiento actual, estos actores han proporcionado documentos relacionados con el agendamiento de citas. De esta manera, se ha logrado evidenciar que han existido varias problemáticas institucionalizadas, que no solo implican a la unidad médica, sino también al resto de áreas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Al realizar la revisión de la estructura actual de la organización se ha identificado que presenta debilidades, debido a que el área donde se lleva el proceso de agendamiento de citas (jefatura de atención al cliente) se encuentra dentro de la Coordinación General de Calidad, de manera que las mejoras que puedan implementarse o las evaluaciones que se realicen podrían estar sesgadas. Por tal razón, se recomienda que estas áreas tengan independencia, de manera que no estén juntas en el organigrama, con la finalidad que no sea “juez y parte” en el proceso mencionado y mejorar el manejo del Sistema de Gestión de Calidad interno.

3.6.1 Actores involucrados en el proceso

En el proceso vigente, se ha identificado a cuatro actores involucrados, quienes se articulan de la siguiente manera:

- **Unidad de salud nivel II:** Unidades responsables de identificar la necesidad de un paciente, que debe ser atendido en el tercer nivel, y a su vez se encarga de direccionarlos.
- **Usuario/paciente o familiar:** Personas demandando una cita médica, quienes con la documentación habilitante, se deben dirigir a las ventanillas de atención al cliente del hospital, una vez que haya sido autorizado por el médico.
- **Triaje de agendamiento:** Equipo administrativo responsable de la revisión de la documentación; quienes verifican que el paciente corresponda al tercer nivel de atención. Una vez realizada la validación, son los responsables de dirigir al usuario a las ventanillas para el agendamiento de la cita médica.
- **Ventanillas de atención al cliente:** Funcionarios que se encuentran en las ventanillas, quienes son responsables, de asignar y registrar los turnos, en el caso de existir. Caso contrario, el usuario debe regresar y gestionar su requerimiento nuevamente. Y finalmente, si es que no cumple con las aportaciones se lo envía a la Red del Ministerio de Salud Pública.

3.6.2 Elementos involucrados en el proceso de agendamiento de citas médicas

La siguiente tabla muestra una revisión de cada uno de los elementos del proceso de agendamiento de citas que maneja la unidad médica, de manera que se ha identificado que esta no dispone de controles permanentes, debido a que no existe un seguimiento para su evaluación o medición, lo cual dificulta generar acciones para su mejora continua. Así también, se ha identificado debilidades en la mano de obra, en sus recursos físicos, y los métodos empleados para su construcción. El resto de parámetros enlistados presentan problemas menores que pueden afectar al buen funcionamiento del proceso. El detalle de lo indicado se describe a continuación:

Tabla 8
Elementos del proceso de agendamiento de citas médicas

Mecanismos	Descripción	Problemática
Entradas	Formulario de solicitud de cita médica	La solicitud requerida no es la correcta. De manera que el paciente es mal direccionado al III nivel de atención.
Controles	Ninguno	No se han identificado controles documentados que permitan evaluar frecuentemente al proceso.
Mano de Obra (personas)	Personal administrativo de atención al cliente y jefe del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Debido a que el triaje es realizado por el personal administrativo, no puede evaluarse que el paciente corresponda al III nivel de atención. Se ha encontrado que el personal conoce parcialmente la articulación de la gestión de salud, lo cual afecta a la información que se le comunica al paciente. Con respecto al trato que se le da al usuario, se ha identificado que no es totalmente satisfactorio.
Materiales (materia prima)	Se dispone de materiales tangibles e intangibles para el funcionamiento del proceso (computadores, escritorios, información).	Aunque disponen de los materiales necesarios, aún se evidencia la falta de sistematización de los registros que se elaboran de manera manual. Al no existir un registro digitalizado, no se ha podido realizar el seguimiento del paciente en el caso de que no se le haya asignado su cita médica.
Maquinaria (recursos físicos)	Se dispone de un espacio físico pequeño con los <i>counters</i> para la atención al cliente	Es limitado, y si por alguna razón incrementan las filas, generarían incomodidad a los pacientes para recibir su turno.
Métodos	Actualmente existen procedimientos internos para el registro de las citas médicas.	No existe mayor rigurosidad en los métodos aplicados en este proceso.
Money	Únicamente es requerido para el pago del personal.	Ninguno
Medio ambiente (infraestructura)	Variable	No se dispone del mejor entorno por la falta de organización.
Medición	Ninguna	No se dispone de una definición para medir y monitorear el proceso.
Mejora	Ninguna	En general los involucrados conocen la problemática de los procesos, sin embargo no se han generado mejoras al mismo.
Management (gestión)	Existe un conocimiento y liderazgo del proceso.	El liderazgo que existe no ha logrado disminuir los problemas existentes.
Salida	Turno asignado al paciente	No siempre se le puede asignar al paciente una cita médica en su primera visita. Por tal razón, no se cumple el objetivo del proceso.

Fuente: Equipo de trabajo

Elaboración: Propia

3.6.3 Análisis de las características del proceso de agendamiento de citas médicas en el HCAM

Tabla 9

Características del proceso de agendamiento de citas médicas

Características	¿Cumple?	Descripción
Responsable	Si	Jefe del área de atención al cliente
Alcance	Si	El proceso tiene inicio y fin, por tal razón se conoce la limitación, y alcance del mismo.
Interacciones y responsabilidades internas bien definidas.	No	Efectivamente, en el proceso se describen los actores y roles que cada uno tiene, sin embargo no se da mayor detalle a las actividades, y posibles escenarios para la resolución de los problemas que puedan presentarse.
Procedimientos documentados, obligaciones de trabajo y requisitos de entrenamiento.	Parcialmente	Este punto está relacionado con el anterior.
Controles de evaluación y retroalimentación oportunos y relevantes.	No	No se han encontrado indicadores que permitan generar una medida de monitoreo y control, por tal razón no existe evaluación que permita fortalecer el proceso.
Sus medidas y objetivos se relacionan con el cliente.	No	El objetivo se enfoca en atender la petición del paciente. Sin embargo, por temas ajenos al área responsable, este puede no cumplirse, generalmente porque las agendas se encuentran al límite.
Tiempos de ciclo conocidos: predictibilidad.	Parcialmente	Se ha establecido tiempos para la ejecución de cada una de las actividades, sin embargo, se desconoce cuánto tardará el cumplir efectivamente el objetivo del proceso. Esto se debe a que no siempre el paciente recibe su cita en el primer intento.
Se sabe dónde pueden mejorar.	Parcialmente	Como se ha mencionada previamente, debido a que no se tiene un mecanismo de seguimiento y evaluación de los procesos, además como no se ha recopilado las necesidades de los pacientes, ni se ha documentado las debilidades de los mismos, no se han realizado propuestas para mejorar.

Fuente: Equipo de trabajo
Elaboración: Propia

3.7 Herramientas de calidad aplicadas

Posterior a la sistematización de las ideas, se han utilizado herramientas de calidad con el fin de generar estrategias que permitan reducir los tiempos de espera. Inicialmente con el **diagrama de afinidad** se ha consolidado las ideas afines, dentro de una misma agrupación, al que se le ha llamado factor. Con base a los factores levantados se ha construido el **diagrama de relaciones**, que ha servido para determinar

las causas y efectos, determinándose así aquellos factores claves, los cuales han resultado tener mayor puntuación y que han sido identificados como principales causales de la problemática. Es decir, los que han tenido el mayor número de flechas entrantes (considerando la resta con las salientes). A partir de la identificación de las principales causales, mediante el **diagrama de árbol**, se ha organizado y graficado estrategias con sus respectivas actividades, que ayuden a lograr el objetivo de esta investigación.

Finalmente, mediante el **diagrama de decisiones**, se ha revisado la viabilidad de cada actividad, debido a que cada una puede conllevar un nivel de dificultad diferente para su ejecución. Así también, han revisado los riesgos y las posibles contramedidas, que han de aplicarse en el caso de que se requiera. El listado y objetivo específico de cada uno de los instrumentos utilizados, se detalla a continuación:

Tabla 10

Herramientas de calidad para la resolución de problemas

Herramientas	Objetivo	Medio
Diagrama de afinidad	Identificar problemas	Entrevistas y reuniones
Diagrama de relaciones	Identificar causas raíz del problema	Equipo de trabajo
Diagrama de árbol	Identificar todas las soluciones posibles del problema	
Matrices de priorización	Seleccionar la mejor solución	
Diagrama de proceso de decisión	Planificar la puesta en práctica de la mejor solución	

Fuente: Cesar Camisón

Elaboración: Propia

3.8 Determinación de problemas identificados en el proceso de agendamiento

Para el año 2017, se ha determinado que el 15% de las citas atendidas provienen de unidades médicas de un nivel que no corresponde a la estructura del modelo de gestión de salud de la entidad rectora. Este porcentaje equivale aproximadamente, a 100.000 turnos, los cuales podrían ser asignados a otras personas que lo requieren con mayor prioridad. Esto evidencia la falta de seguimiento por parte de las autoridades

pertinentes, de manera que se pueda evitar que cualquier unidad o prestador externo esté en la libertad de enviar directamente al paciente al HCAM.

Así también, se ha identificado que no se respetan las zonas de planificación, con respecto a la cercanía que tienen las unidades médicas según la procedencia del paciente, tal como es el caso de las casas de salud que refieren a sus pacientes desde la provincia del Guayas, Santa Elena, El Oro, Loja, provincias donde tienen hospitales de III nivel más próximas que el HCAM, las cuales cuentan con la misma cartera de servicios similares. Este es un reflejo de la falta de articulación de la Red Pública de Salud.

Seguido, se ha realizado una revisión exhaustiva del proceso de agendamiento de citas médicas, mediante la documentación y la experiencia de los funcionarios que han aportado con información de sus vivencias, de manera que se han levantado observaciones que han permitido identificar debilidades en el mismo. Este análisis ha sido estructurado en dos partes, la primera se compone de los problemas relacionados con factores internos, seguido de los que son externos o ajenos a la casa de salud. Los cuales son detallados a continuación:

3.8.1 Problemas internos para el agendamiento de citas

- **Falta de revisión constante de la normativa.**

Se ha evidenciado que el uso de términos que se manejan en el proceso no son los adecuados, es decir, que no corresponden a los descritos en la normativa y/o manuales vigentes, los cuales son dispuestos por el ente rector (MSP). De manera que se pueden citar términos, encontrados en el proceso, tales como: transferencia y derivación, los cuales han sido confundidos con la definición de referencia.

- **Ausencia de definiciones internas.**

Existen casos que carecen de términos técnicos definidos, que no se encuentran establecidos por la entidad rectora, por tal razón queda a discreción de la unidad médica o de las personas responsables, sin embargo no han sido homologados internamente de manera oficial, esto afecta al momento de determinar metodologías, procesos o procedimientos internos.

- **Falta de aplicativos informáticos estandarizados.**

En la consulta externa del hospital los turnos para los especialistas pueden no estar disponibles al momento que el paciente lo requiere (es importante indicar que estas citas pueden ser realizadas directamente por el médico o por las ventanillas de atención al cliente). Sin embargo, cuando la unidad médica no dispone de la capacidad para asignar un turno por alguno de los medios indicados previamente, el usuario ha realizado una visita en vano, debido a que su requerimiento no ha sido atendido, y su necesidad no ha sido registrada en ningún aplicativo informático, por tal razón su asignación de cita no puede ser realizada automáticamente cuando existan espacios liberados. De manera que debe regresar nuevamente a buscar una cita médica, esto ha generado que siga incrementando el tiempo que debe esperar para ser atendido. Cuando se dan estos casos, el área responsable únicamente se ha encargado de colocarle un sello en el formulario 053 denominado como referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, y de esta forma priorizar al paciente en su siguiente visita.

- **Los médicos se ausentan, y los pacientes tienen que volver al final de la lista.**

Aunque el paciente haya obtenido su turno con una fecha, hora y especialista asignado, aún existen casos en que el profesional de la salud ha generado permisos personales o profesionales (vacaciones, congresos, reuniones, conferencias, entre otros), y al no contar con un reemplazo preestablecido, esto ocasiona que el cliente pierda su turno por estas causas, de manera que se le vuelve a reagendar para el final de la lista de espera, y esto hace que incremente significativamente su tiempo de espera para recibir una atención efectiva.

Por otro lado, al ser referido desde otra unidad médica, el profesional de la salud que lo vio inicialmente, no podrá garantizar que su enfermedad haya sido resuelta. Ya que generalmente el médico no vuelve a ver al paciente, ni podrá saber de la evolución de su estado de salud, debido a que no se ha dado el seguimiento del usuario.

- **Falta de contrareferencia de los pacientes por parte de los médicos del HCAM.**

Actualmente se ha evidenciado que existe dificultad para que el médico envíe al paciente a una unidad inferior, puede ser porque este prefiere atenderlo directamente y no dejar su caso para poder monitorearlo, o también porque no disponen de agendas en

los niveles inferiores y no quieren enviarlos sin cita médica, para que estos no empeoren, de manera que garanticen su buen estado de salud.

- **Falta de un filtro médico adecuado en el triaje de agendamiento.**

El área cuenta con un grupo de funcionarios quienes realizan el triaje² a los pacientes, de tal forma que se intenta determinar si este corresponde efectivamente al nivel de atención y si cuenta con la documentación que garantice que debe ser atendido en el la unidad médica. Sin embargo, el personal asignado para tomar esta decisión no es médico sino administrativo, por tal razón esta función no se ha realizado con un criterio técnico adecuado, debido a que estos responsables no tienen la formación para realizar esta valoración, lo que puede generar errores de manera frecuente.

- **No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario al momento que lo solicita.**

Existen casos en que se ha determinado que la enfermedad del paciente no justifica para que este sea atendido en el HCAM, por tal razón, se lo regresa a un nivel de atención inferior, lo que implica que el usuario vuelva al inicio del proceso, buscando apertura en otro hospital, sin resolver su problema, dejándolo a que él mismo gestione sus citas médicas.

Existe el otro caso, donde el paciente en el momento que va a solicitar la cita no disponga del derecho de atenderse en el IESS (es decir que no cumple con las aportaciones correspondientes), por tal razón, es direccionado a la Red Pública de Salud, resultando una inoportuna resolución del problema, y al igual que el escenario anterior debe iniciar con el proceso una vez más. Es importante mencionar, que en varias ocasiones el afiliado no ha cumplido con sus aportaciones ha sido por responsabilidad del empleador (por falta de pago), y en la ventanilla es cuando se ha enterado de su problema.

3.8.2 Problemas externos para el agendamiento de citas

Además de las debilidades que se enunciaron previamente y que están directamente relacionadas con el proceso, han existido también otros factores que se han

² Se entiende como la categorización del paciente, según su prioridad de atención.

transformado en problemas que se ven reflejados al momento de que un paciente acude a la casa de salud para solicitar una cita médica, mismas que se detallan a continuación:

- **Ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel.**

El agendamiento de citas médicas se lo realiza de manera aislada, sin que las unidades de control del IESS tengan conocimiento de los mismos. Además, no son socializadas con el resto de actores externos o unidades médicas afines. Esto ha provocado, que cada casa de salud, incluso del mismo nivel, se haya articulado de manera diferente, lo cual no ha permitido que exista una cohesión para que generen colaboración entre sí.

- **Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua.**

Aunque el proceso en la casa de salud existe, actualmente no se dispone de un mecanismo de seguimiento y evaluación del mismo, además como no se ha recopilado las necesidades de los pacientes, ni se ha documentado las debilidades que se han encontrado en el proceso, esto ha impedido que se puedan generar propuestas de mejora.

- **Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención.**

El Hospital Carlos Andrade Marín tiene abiertas las agendas médicas de los especialistas en el sistema de información que se maneja en todo el IESS, incluyendo a los prestadores externos que tienen convenios con dicha institución. Esto implica que cualquier casa de salud pueda asignar una cita médica al paciente, sean éstos del I, II o III nivel de atención, incluso los médicos de las clínicas privadas. A pesar que las agendas no están disponibles en su totalidad (debido a que se les asigna un porcentaje de turnos para médicos externos), esta apertura ha hecho que se asigne a los pacientes que no corresponda al tercer nivel de atención, congestionando la capacidad del hospital e irrespetando la articulación que exige la entidad rectora. Estos usuarios muchas veces no necesitan ser valorados en este nivel de atención, lo que genera que se asigne un cupo innecesario, y se continúen llenando las listas de espera de una manera poco eficiente. Otro punto importante que se debe mencionar, es que los médicos no siempre conocen la cartera de servicios del resto de unidades de salud, lo cual genera que se

realice una referencia errónea, de manera que el paciente es enviado a otro hospital de manera innecesaria.

- **Las unidades del nivel de inferior tienen bloqueadas las agendas para asignación de turno.**

El cierre de las agendas de los hospitales del segundo nivel de atención ha hecho que las unidades del primero no puedan asignar turnos para pacientes que correspondan a estas unidades médicas, de manera que no han seguido el flujo correspondiente. Así también, se ha identificado que permanecen cerradas las agendas de las unidades de II nivel para las contrareferencias que requiera realizar el HCAM. Al no encontrar alternativas para evacuar al paciente, el hospital debe seguir atendiendo su patología, de manera que esté controlado. Lo cual da como resultado, que se realicen soluciones inapropiadas para que no colapsen las unidades médicas de nivel inferior. Mientras que al HCAM se le ha atribuido involuntariamente responsabilidades ajenas y subsidios que no le competen. Según lo indicado, el pronunciamiento emitido por las unidades de segundo nivel al momento en que se les cuestiona los motivos por los cuales cierran sus agendas, se justifica por el colapso de su sistema asistencial, pero no han efectivizado propuestas que ayuden a resolver el problema.

- **No existe en la ciudad de Quito puertas de entrada a la red para la atención en salud.**

Otro problema de gran importancia, se da debido a que dentro del área urbana de la ciudad de Quito no se han creado unidades del primer nivel, sino más bien sólo existen las de segundo, las cuales deben hacer las veces de puerta de entrada para solventar problemas de salud de la población, por consecuencia las agendas de ese nivel también se encuentren al límite. Como reflejo de esta situación, se tiene la pirámide de atenciones, la cual se encuentra estructurada de manera inadecuada, siendo así que la producción total, a nivel nacional, de los hospitales del segundo nivel de atención tienen mayor concentración comparada con los otros niveles, cuando lo ideal es que ocurra lo contrario. Es decir, que las atenciones se engrosen en los primeros niveles, y no del lado donde están los casos de mayor complejidad. Es importante indicar que el hecho que hayan generado mayor número de atenciones no implica que sean más eficientes. Para eso, las autoridades responsables en la toma de decisiones han realizado gestiones que

al parecer han resultado ser insuficientes. Esto podría verse como el resultado de una mala articulación en la resolución de problemas de salud en la población.

3.9 Análisis de la problemática mediante entrevistas con los pacientes

Se realizaron entrevistas, tipo conversatorio a nueve pacientes con la precaución de evitar sesgos en temas referentes a: los problemas que han tenido, el servicio recibido en la gestión de agendamiento de citas, la información proporcionada por los funcionarios y cómo han sido direccionados al HCAM. La entrevista ha sido realizada a personas atendidas por primera vez en una determinada especialidad, mediante una selección aleatoria, y durante el mismo día que ha recibido la atención, ya sea a la salida o ingreso de su consulta. Estos son quienes colaboraron para fortalecer esta investigación. De manera, que se ha levantado información, hasta que las respuestas de ellos se volvieron recurrentes.

Como resultado se han obtenido dos respuestas comunes, en referencia a cómo llegaron a ser pacientes del HCAM: En primera instancia, han indicado que han sido referidos desde una unidad médica de II nivel y en otros casos han sido enviados desde otros servicios del HCAM. Es decir que, en el mismo hospital un médico de otra especialidad que lo había atendido lo ha transferido para que sea atendido por otro especialista. Todos los casos indicados previamente, han sido remitidos al área de atención al cliente del hospital. Sin embargo, los pacientes no tienen claro a donde deben dirigirse exactamente, aunque es importante indicar que a esta particularidad ellos no lo han evidenciado como un problema mayor.

- **El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno**

De acuerdo a lo manifestado por los participantes, un problema que los aqueja y ha afectado en su condición de salud, es el tiempo que deben esperar para ser atendidos. Por lo que, según lo informado, han tardado hasta medio año para recibir una atención efectiva por un especialista. Así también, existen otros casos de pacientes que manifestaron ser atendidos en menor tiempo, como es el caso de aquellos de dos meses o menos, pero esto se ha dado debido a la intervención de los médicos que han tenido que gestionarles la atención inmediata para sus pacientes.

Aunque tengan periodos de espera alargados los pacientes se ven en la necesidad de soportar el tiempo que les hayan asignado debido a que no tienen otra alternativa, y no cuentan con los ingresos necesarios para seguir un tratamiento en un hospital

privado, además que consideran como injusto el que no puedan hacer uso de un servicio que han estado aportando por varios años y es de carácter obligatorio, perdiendo la confianza de la institución por la falta de turnos médicos, por tener agendas colapsadas desde la medicina general, para todos los niveles de atención.

Con base a lo indicado previamente, lo que han solicitado reiteradamente es que se generen acciones o políticas públicas que permitan resolver este problema. Es importante indicar que ellos manifiestan que están dispuestos a esperar hasta 15 días para ser atendidos, pero se empiezan a desesperar cuando deben ser atendidos después de algunos meses.

- **El paciente no está siendo correctamente informado referente al funcionamiento de la Red Pública de salud.**

Otro punto fundamental que debe mencionarse es que también se han evidenciado casos en que los pacientes, por desconocimiento acuden a una unidad médica sin haber sido valorado previamente, con el fin de que se le asigne un turno. Sin embargo, manifiesta su inconformidad, al no haber obtenido su turno, debido a que no se le proporcionó adecuadamente la información requerida, lo cual causa que no se le cuente con su documentación habilitante, misma que debió ser otorgada por una caso de salud inferior en una valoración previa. Por otro lado, existen casos en que los usuarios se niegan a recibir ayuda por una unidad médica diferente, exigiendo ser atendidos en el HCAM.

- **Los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente.**

Algunos de los testimonios emitidos por los pacientes coincidieron en que habían solicitado cita médica en los niveles de atención inferior, consiguiéndolo después de haber esperado un largo tiempo, y estos optaron por darles variados tratamientos de acuerdo a los síntomas del paciente, sin embargo no habían podido tener mejoría en su estado de salud, por lo que varios meses después e incluso años habían tenido que acudir a la emergencia del HCAM, en ese momento se le indica la existencia de enfermedades como el cáncer, que por no haber sido atendido a tiempo, se habría vuelto irreversible, por lo que actualmente los pacientes con estos cuadros únicamente reciben tratamientos paliativos y están siendo atendidos en esta casa de salud. Casos como estos evidencian que al ser atendidos con diagnóstico oportuno y a tiempo,

probablemente habrían podido ser resueltos en un menor tiempo, generando oportunidad para otros que también pasen por el mismo problema.

3.10 Análisis de problemas mediante el uso de herramientas de calidad

3.10.1 Diagrama de afinidad

Una vez recopilada la información de todos los actores involucrados, se ha procedido a consolidar la lluvia de ideas transmitidas, de tal manera que han sido agrupadas mediante una de las herramientas de calidad, que es el diagrama de afinidad. Esta ha servido para realizar, en lo posterior, el análisis para la identificación de problemas. Inicialmente, se ha planteado veinticuatro ítems de ideas, los cuales han sido sistematizados en quince problemas, que han tenido algo en común, los que se han detallado y ampliado en la matriz que se muestra a continuación:

Tabla 11
Diagrama de afinidad

Ítem	Lluvia de ideas (problemas)	Agrupación o afinidad
1	Mal uso de los términos involucrados en el proceso.	Falta de revisión constante de la normativa.
26	Falta de revisión de la normativa.	
13	Falta de definiciones claras para determinar un estándar respecto al tiempo que el paciente debe esperar para ser atendido sin que afecte su condición.	Ausencia de definiciones internas.
2	Cierre de agendas en el segundo nivel de atención.	Las unidades del nivel de inferior tienen bloqueadas las agendas para asignación de turno.
16	Las unidades de segundo nivel no siempre reciben pacientes que deben ser enviados desde el HCAM.	
3	El primer nivel y prestadores externos pueden agendar citas al HCAM.	Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención.
14	Agendas del tercer nivel abiertas para cualquier nivel de atención.	
21	Los médicos no quieren enviar a otra unidad médica a los pacientes que no pertenecen al HCAM.	Falta de contrareferencia de los pacientes por parte de los médicos del HCAM.
4	Es cultural, los pacientes no aceptan ser atendidos en otras unidades médicas.	El paciente no está siendo correctamente informado referente al funcionamiento de la Red Pública de salud.
6	Los pacientes no saben a dónde acudir para ser atendidos por un especialista.	
17	Los usuarios desconocen la articulación de la red por eso exigen atención en el HCAM.	
23	El paciente ese enoja cuando no se le asigna un turno médico.	El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno.

Ítem	Lluvia de ideas (problemas)	Agrupación o afinidad
8	No existe un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel.	Ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel.
9	No existe registro de los pacientes que no han podido asignarles citas.	Falta de aplicativos informáticos estandarizados.
10	Falta de aplicativos informáticos para la asignación óptima de turnos.	
25	Falta de estandarización de la información.	
5	No existe el seguimiento para la articulación de la Red de Salud.	Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua.
7	Las autoridades desconocen de los inconvenientes que se presentan en el proceso.	
24	No existe el seguimiento del proceso de agendamiento de citas médicas para mejorarlo.	
11	Mal filtro del triaje para el agendamiento.	Falta de un criterio para realizar un agendamiento adecuado.
22	El paciente en la ventanilla se entera que no está asegurado y hace una visita en vano.	No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario al momento que lo solicita.
18	El paciente debe acudir más de una vez para recibir una cita médica.	
19	No existen unidades médicas de primer nivel en la ciudad de Quito.	No existe en la ciudad de Quito puertas de entrada (nivel 1) a la red para la atención en salud.
12	Cuando los médicos se ausentan, los pacientes tienen que volver al final de la lista de espera.	Los médicos se ausentan, y los pacientes tienen que volver al final de la lista.
15	Los diagnósticos médicos por parte de las unidades inferiores no son acertados de manera oportuna.	Los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente.

Fuente: Equipo de trabajo

Elaboración: Propia

3.10.2 Diagrama de relaciones

El diagrama, permite determinar las causas y los efectos relacionados a la problemática de la asignación de turnos en la consulta externa y al tiempo de espera prolongado para recibir atención médica en este servicio. En la mayoría de los problemas identificados, existen relaciones complejas debido a la gran cantidad de entradas (efectos) y salidas (causas) que se le ha asignado a cada uno, a continuación el detalle:

- Ausencia de definiciones internas.
- Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención.
- Falta de contrareferencia de los pacientes por parte de los médicos del HCAM.
- El paciente no está siendo correctamente informado referente al funcionamiento de la Red Pública de salud.
- El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno.
- Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua.
- Falta de un criterio para realizar un agendamiento adecuado.
- No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario al momento que lo solicita.

Una vez identificados los factores más relevantes, es necesario mencionar los efectos que se han presentado a partir de esta problemática, los cuales han sido priorizados por tener un mayor número de flechas entrantes que salientes, los cuales son mencionados según su orden de importancia:

- El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno.
- El paciente no está siendo correctamente informado referente al funcionamiento de la Red Pública de salud.
- No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario al momento que lo solicita.
- Falta de contrareferencia de los pacientes por parte de los médicos del HCAM.
- Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención.
- Las unidades de nivel inferior tienen bloqueadas las agendas para asignación de turno.
- Falta de aplicativos informáticos adecuados.
- Falta de un criterio para realizar un agendamiento adecuado.
- Los médicos se ausentan, y los pacientes tienen que volver al final de la lista.

Por otra parte, aquellos factores que tienen el mayor número de salidas que entradas son los que han sido determinados como principales causas del problema y sobre las cuales se han buscado estrategias de solución. Estas causales se enlistan a continuación:

- Ausencia de definiciones internas

- Ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel.
- Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua.
- No existe en la ciudad de Quito puertas de entrada (nivel 1) a la red para la atención en salud.
- Los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente.
- Falta de revisión constante de la normativa por parte de los funcionarios.

La tabla subsiguiente resume el número de causas y efectos que se ha determinado conjuntamente con el equipo, mediante la diferencia de dos variables (salidas – entradas), se clasificaron los problemas de tal manera que si el valor es positivo, implica que el factor es causal; y, si es negativo se atribuye a un efecto resultante del problema principal.

Tabla 12

Diagrama de relaciones

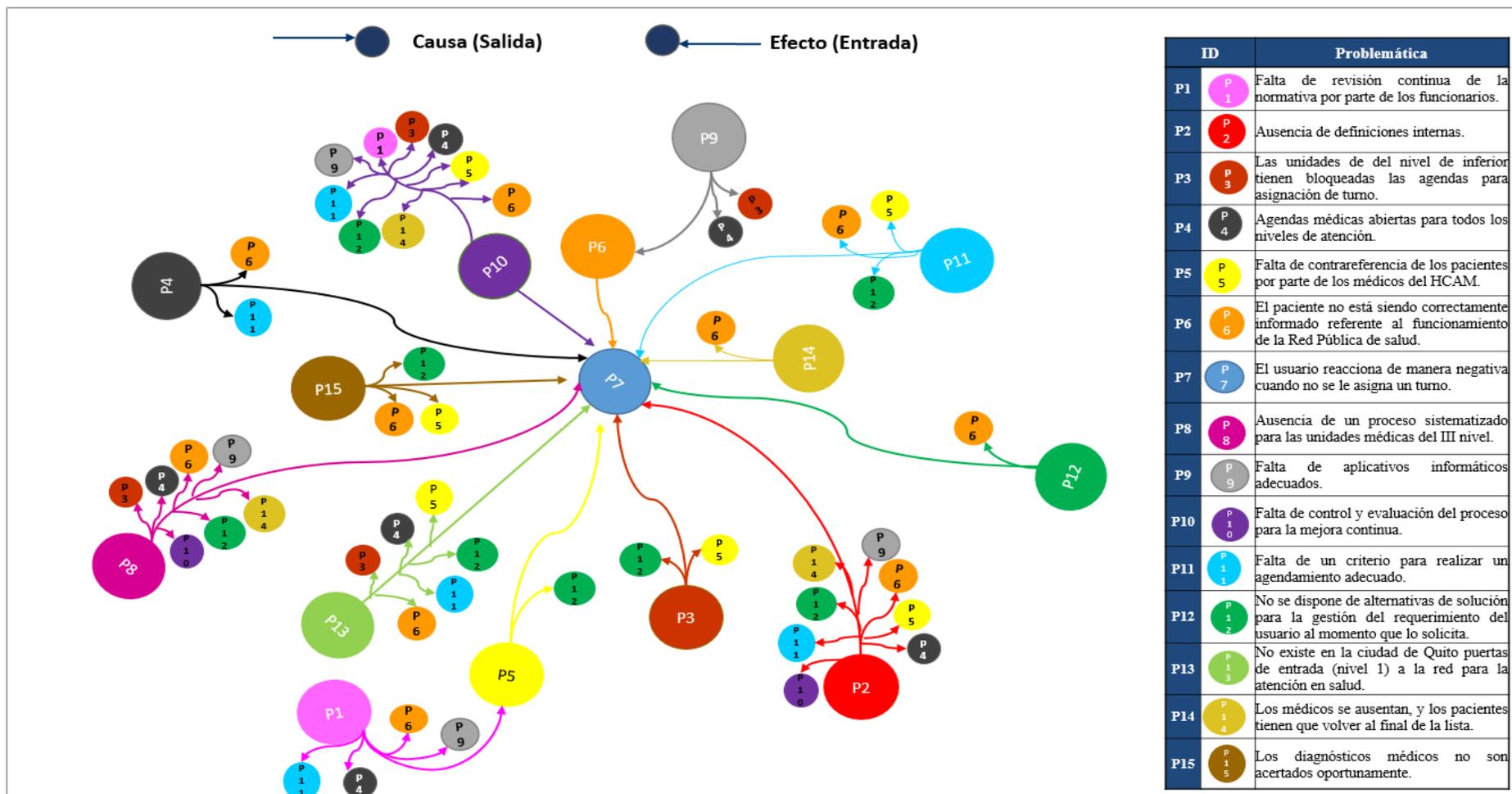
Problemas		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Salidas (Causas)	Entradas (Efectos)
P1	Falta de revisión continua de la normativa por parte de los funcionarios.		0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5	1
P2	Ausencia de definiciones internas.	0		0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	9	0
P3	Las unidades del nivel de inferior tienen bloqueadas las agendas para asignación de turno.	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4
P4	Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención.	0	0	0		0	1	1	0	0	0	1		0	0	0	3	6
P5	Falta de contrareferencia de los pacientes por parte de los médicos del HCAM.	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	7
P6	El paciente no está siendo correctamente informado referente al funcionamiento de la Red Pública de salud.	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
P7	El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno.	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
P8	Ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel.	0	0	1	1	0	1	1		1	1	0	1	0	1	0	8	0
P9	Falta de aplicativos informáticos adecuados.	0	0	1	1	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0	3	4
P10	Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua.	1	0	1	1	1	1	1	0	1		1	1	0	1	0	10	2
P11	Falta de un criterio para realizar un agendamiento adecuado.	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0		1	0	0	0	4	5
P12	No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario al momento que lo solicita.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0		0	0	0	2	8
P13	No existe en la ciudad de Quito puertas de entrada (nivel 1) a la red para la atención en salud.	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1		0	0	7	0
P14	Los médicos se ausentan, y los pacientes tienen que volver al final de la lista.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		0	2	3
P15	Los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente.	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0		4	0

Fuente: Equipo de trabajo

Elaboración: Propia

A continuación el detalle de cada uno de los factores y las relaciones que existen entre ellos.

Gráfico 7
Diagrama de relaciones



Fuente: Equipo de trabajo
Elaboración: Propia

Con base a los principales factores seleccionadas por el equipo de trabajo, a continuación se ha realizado el diagrama de árbol, mismo que ha permitido observar las alternativas a mediano y largo plazo de manera que por cada causa identificada se ha construido una serie de hitos para lograr resolver el problema, y a su vez controlar los efectos resultantes.

3.11 Diagrama de árbol

Con base al análisis de las principales causas que generan el problema del alto tiempo de espera y colas para ser atendido, se ha considerado alternativas que permitan solucionarlo, aunque no siempre las opciones identificadas puedan ser fáciles de implementarlas o conseguirlas, debido a que dependen de muchos factores internos y externos. Sin embargo, al ser de interés común a la población deben tomarse en serio debido a que no únicamente se ha de beneficiar al Hospital Carlos Andrade Marín, sino también a la estructura de la red de salud del IESS.

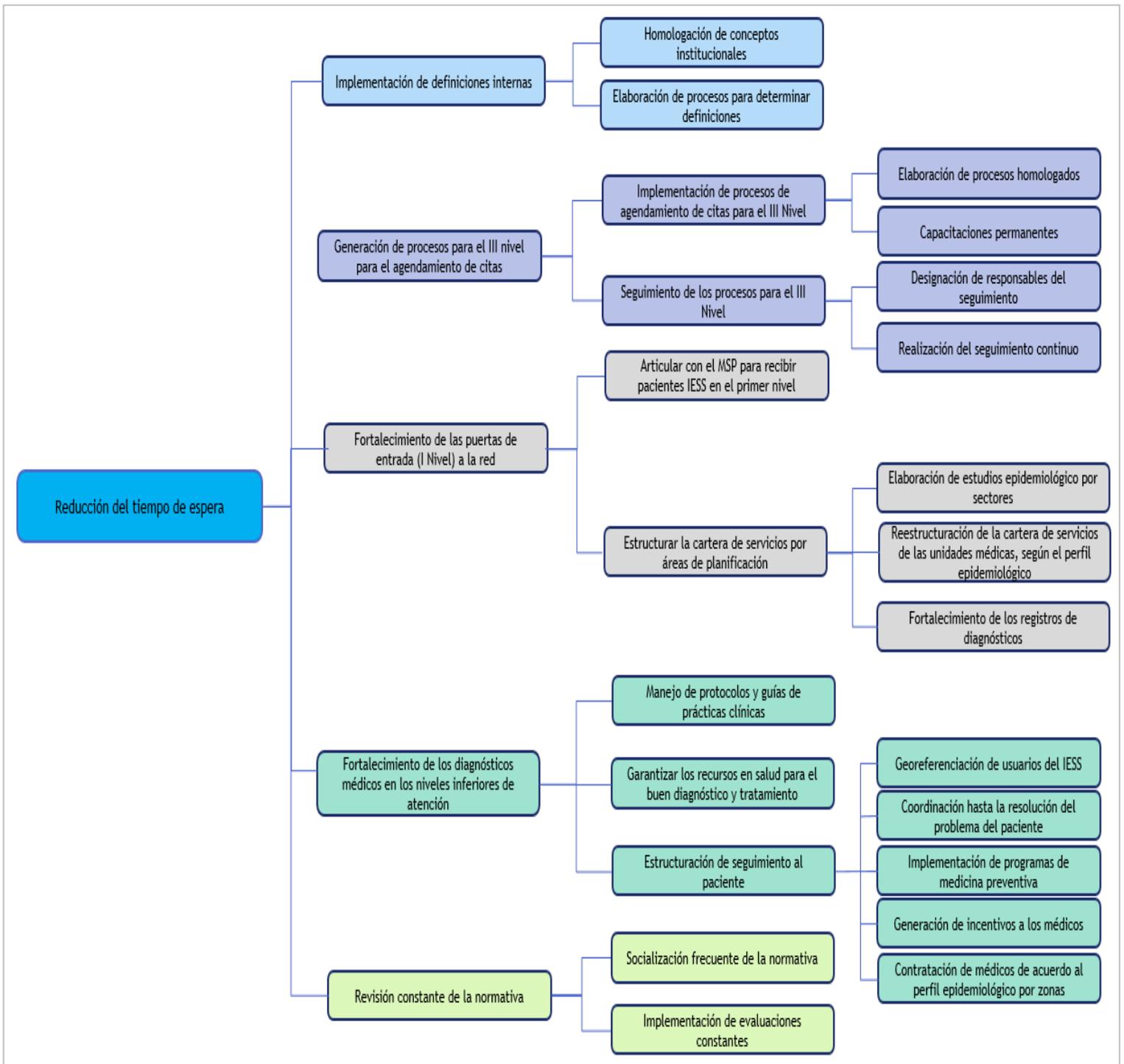
Como se nombró en la sección anterior se encontraron seis factores esenciales causantes del problema. Para realizar la propuesta se han plantado cinco alternativas de implementación, mismas que se enfocan a la resolución del problema. El listado se resume a continuación:

- Implementación de definiciones internas.
- Generación de procesos sistematizados para la gestión de citas médicas, en las unidades del III nivel.
- Fortalecimiento de puertas de entrada (I Nivel) a la Red de Salud.
- Fortalecimiento de los diagnósticos médicos en los niveles inferiores de atención.
- Revisión constante de la normativa.

Para el caso de la ausencia de los procesos sistematizados para las unidades de III nivel y la falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua, se ha realizado una alternativa de solución que permita resolver ambos problemas, misma que se ha detallado con sus respectivos hitos.

En el siguiente diagrama se describen las opciones de implementación propuestas por el equipo de trabajo, seguido por las secuencia de actividades que deben realizarse para alcanzar el objetivo presentado en esta investigación.

Gráfico 8
Diagrama de árbol



Fuente: Equipo de trabajo
Elaboración: Propia

- **Implementación de definiciones internas**

Actualmente, en la normativa no se encuentran disponibles todos los conceptos alineados con temas de salud, por tal razón es importante que se manejen definiciones internas, las cuales deben ser homologadas para las unidades médicas del IESS. De manera que sean determinados por equipos de trabajo o funcionarios con basto conocimientos, según la temática que se quiere determinar.

También se ha identificado que es necesario que se establezca un proceso para determinar definiciones oficiales, con el fin de que sean formalizadas para las diferentes casas de salud.

- **Generación de procesos sistematizados para la gestión de citas médicas, en las unidades del III nivel**

Es importante que la implementación y seguimiento de procesos permitan el correcto funcionamiento del agendamiento de citas, y se recomienda que estos sean homologados para todos los hospitales, de acuerdo a su nivel de atención. Los cuales deben ser socializados, implementados y validados paulatinamente. Se debe propiciar que los funcionarios conozcan a cabalidad la normativa legal vigente, especialmente todo lo relacionado a la Red Pública de Salud, por tal razón se deben impulsar capacitaciones permanentes. Así también, es necesario que existan funcionarios del IESS con atribuciones para monitorear constantemente la ejecución de los procesos implementados, de manera que estos sean evaluados en todas las unidades médicas, con el fin de generar garantías de articulación a la Red Pública. Esto se debe realizar continuamente, según las necesidades y dificultades recopiladas a medida que transcurra el tiempo, de manera que pueda existir una mejora continua.

- **Fortalecimiento de las puertas de entrada (I Nivel) a la Red de Salud**

El IESS actualmente no dispone de unidades de I nivel (puertas de entrada) dentro de la ciudad de Quito. Por lo que dificulta a los pacientes la movilización a tales distancias, además que las preferencias de los usuarios es ser atendido cerca a su domicilio. Por tal razón, la alternativa que se ha propuesto, se basa en la coordinación con el Ministerio de Salud Pública. De manera que, el call center del IESS, pueda agendar directamente a sus usuarios que buscan atención médica de primer nivel, y así ser la puerta de entrada para la primera revisión del paciente.

Dentro de este factor, es importante recomendar la elaboración de análisis certeros cuyo objetivo permita estudiar el perfil epidemiológico por sectores. Con base a los resultados, se debe programar y organizar la cartera de servicios locales. Así, su planificación va a depender de la morbilidad poblacional. Sin embargo, esto no resulta ser tan fácil, debido a que la información depende de los registros médicos, y aún se ha evidenciado que existen errores en los mismos, y no toda la información no encuentra automatizada. A pesar de esto es importante que se fortalezcan dichos registros, para poner en marcha esta alternativa de solución, debido a su importancia.

Otra acción recomendada, a partir del resultado de los estudios epidemiológicos, es que las unidades médicas sean reestructuradas, de acuerdo a las necesidades de salud de la población, con el fin de que se les pueda garantizar la atención y resolución de sus problemas de salud.

- **Fortalecimiento de los diagnósticos médicos en los niveles inferiores de atención**

Debido a las malas experiencias, que han sido indicadas por los pacientes, al momento de realizarles las entrevistas, ha sido importante brindarle la respectiva atención. Tal es el caso, que todavía existen las quejas referentes a los diagnósticos que no han sido realizados de manera oportuna en las unidades médicas de nivel inferior. Por tal razón, una de las propuestas que se ha determinado es la implementación de protocolos y guías de prácticas clínicas, dentro de todas las unidades médicas, de manera que su patología no empeore y no haya la necesidad de que acudan a los niveles superiores de atención. Así se pretende optimizar el recurso para todos los niveles de atención, debido a que se espera que se pueda resolver el problema en el mismo nivel, de manera oportuna y acertada.

Otro punto importante que se ha considerado, es el de garantizar, por parte de las autoridades, los recursos necesarios para la atención, diagnóstico y tratamiento del paciente. Lo cual implica, que se suministre a tiempo los medicamentos, insumos, personal, entre otros implementos necesarios para el tratamiento del usuario.

La alternativa indicada previamente, se debe a que actualmente existe dificultad para lograr un abastecimiento eficiente, debido a que muchas veces los trámites se vuelven muy burocráticos, viéndose los médicos involucrados en los procesos administrativos, y que no siempre son los más eficientes (lo cual hace que usen su

tiempo de producción médica para otros fines) o carentes de recursos necesarios y a tiempo.

Otra acción que complementa a las indicadas previamente, es la de impulsar la salud preventiva, y a su vez realizar el monitoreo al paciente, con el fin que se garantice su recuperación. Esto se lo realiza con el objetivo de que su estado no empeore, y se vea en la necesidad de volver a buscar atención a las diferentes unidades médicas, lo cual implica que se ocupe un turno que puede necesitar un paciente con una nueva patología, y que también necesita atención médica.

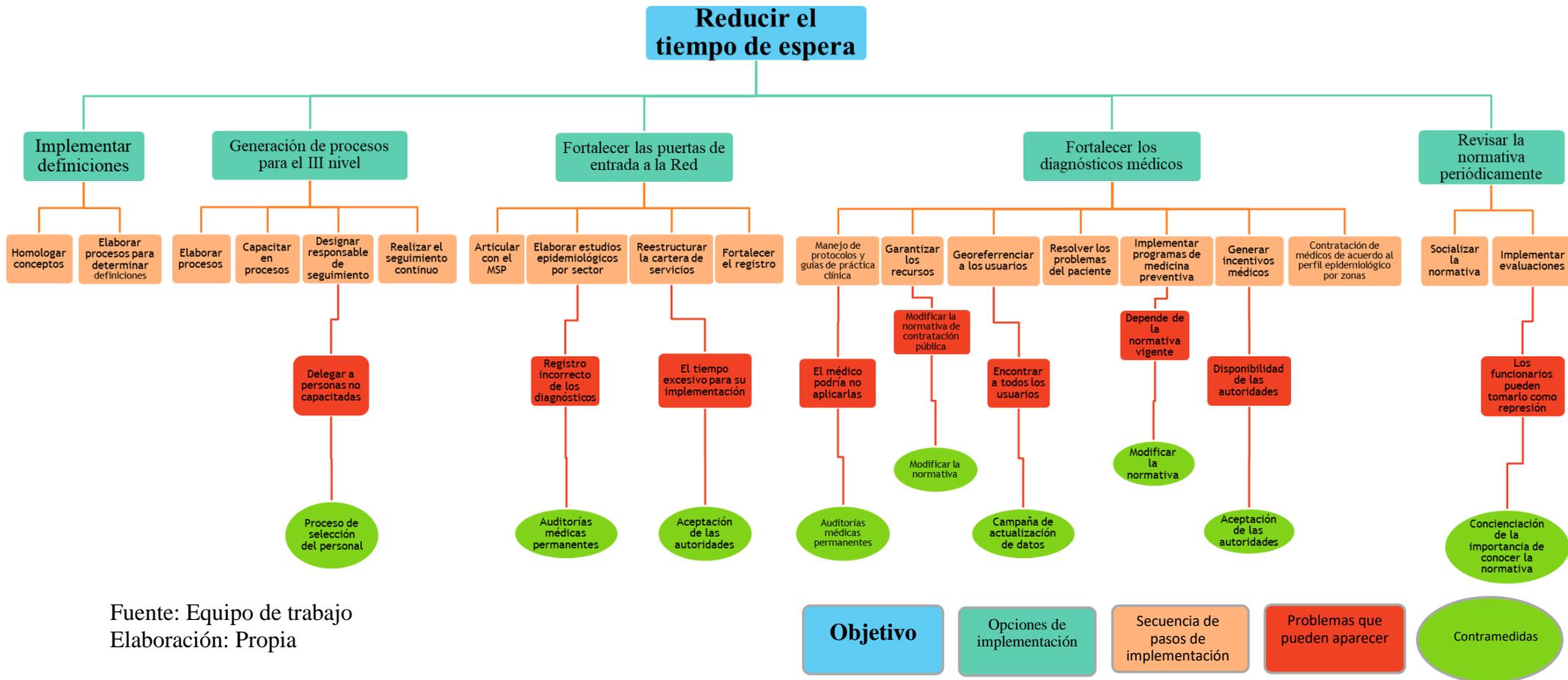
Además, otra recomendación es impulsar la medicina preventiva, con el fin de que el usuario no se enferme y no requiera acudir a alguna casa de salud. Al enfocarnos en la salud preventiva y seguimiento del paciente, es importante que se trabaje mediante redes e incentivos para los médicos que prestan sus servicios al IESS, de manera que se les responsabilicen tener saludables a los usuarios asignados, por territorio (evitando que se enfermen). Esto con la finalidad de que los pacientes no necesiten acudir a las instalaciones de las casas de salud, por tal razón es importante el trabajo, mediante áreas de planificación debidamente determinadas, asignadas para casa médico de cada hospital de primer nivel, dentro de la seguridad social.

Por lo descrito previamente, a la par, se ha recomendado levantar información georeferenciada de los pacientes, lo cual permita realizar un seguimiento y monitoreo de sus controles para brindar diagnósticos más certeros y evitar que los pacientes críticos no tiendan a empeorar.

- **Revisión constante de la normativa**

Debido a que se ha identificado la falta de noción de algunos funcionarios, en lo que respecta a la normativa establecida, es importante enfocarse en esta causa. Por tal razón, es necesario que se establezca un plan de socialización y capacitación permanentes dirigidas a los funcionarios involucrados con el proceso. Así también, se propone que se realicen evaluaciones frecuentes que permitan medir el conocimiento de los servidores con respecto a la normativa vigente, no con fines represivos, sino más bien orientados a la mejora.

Gráfico 9
Diagrama de decisiones



Fuente: Equipo de trabajo
Elaboración: Propia

3.12 Diagrama de decisiones

En el gráfico previo se han organizado las opciones de implementación, y la secuencia de pasos que se han propuesto para tratar las causas que han generado la problemática. Al momento de analizarlas, se han identificado nueve potenciales problemas destacados, que pueden presentarse al momento de llevar a cabo el plan. Por tal razón, para cada alternativa se ha propuesto contramedidas para mitigar los mismos. Esto se lo ha realizado con el fin de considerar los riesgos inherentes para poder controlarlos y evaluarlos a tiempo. Estas contramedidas, han sido evaluados, y categorizados con las siguientes simbologías: complicadas (x) o ejecutables (o).

A continuación, se detalla a mayor profundidad cada uno de los casos que han requerido una contramedida y su categorización:

- **Generación de procesos sistematizados para la gestión de citas médicas, en las unidades del III nivel**

Como primer problema que se ha previsto para este punto, se da en la implementación y seguimiento del proceso, debido a que podría delegarse la responsabilidad a funcionarios que no se encuentren capacitados o con los conocimientos necesarios referentes a la normativa. La contramedida a implementarse para este punto, ha sido evaluada como ejecutable, y se ha sugerido que exista un proceso de selección de personal interna, mediante concurso de méritos, evaluando al funcionario, de tal manera, que cumpla con el mejor perfil, con conocimientos relacionados con la normativa, y experiencia en procesos (como requisitos básicos).

- **Fortalecimiento de las puertas de entrada (I Nivel) a la Red de Salud**

Este punto hace referencia a las dificultades que podrían existir al momento que se implementen los protocolos médicos y las guías de práctica clínica, debido a que no se puede garantizar que estos sean aplicados. La recomendación que se ha presentado, es la elaboración de auditorías médicas constantes, seleccionadas aleatoriamente, por cada funcionario de salud. Y así garantizar que los diagnósticos sean oportunos y acertados, en todos los niveles de las unidades médicas, donde el paciente haya recibido su primera atención, para la patología que lo aqueja.

Otra solución propuesta relacionada a esta sección, es la elaboración de un perfil epidemiológico generado a nivel local. Sin embargo se ha determinado que muchas

veces los registros para determinar la morbilidad pueden estar incorrectos, o subvalorados, por tal razón se ha recomendado también la implementación de auditorías médicas constantes que alerten los casos donde existan malos registros para que puedan ser corregidos. Para ambas alternativas presentadas se han categorizadas como ejecutables.

Finalmente, dentro de este grupo de recomendaciones también se encuentra la reestructuración de la cartera de servicios en las unidades médicas del IESS, esta es una actividad bastante complicada de realizarla debido a que depende de factores externos, e implica mover recursos hospitalarios. Además, depende de la voluntad política existente por las autoridades de turno, debido a que debe ser una decisión de impacto nacional, ya que conlleva a la modificación de los servicios de las unidades médicas en todos sus niveles. Por tal razón, la contramedida recomendada es que se realicen las gestiones o coordinaciones necesarias para disponer de la autorización y apoyo de las autoridades pertinentes. Sin embargo por lo mencionado previamente, esta contramedida ha sido evaluada como complicada.

- **Fortalecimiento de los diagnósticos médicos, de tal manera que sean acertados y oportunos.**

Como se ha indicado previamente, es de vital importancia que los diagnósticos sean acertados y oportunos, especialmente desde los niveles de atención inferior. De manera, que su problema sea resuelto, y no tenga que acudir a otra instancia en el caso de que su estado de salud se agrave. Para que esto suceda, es importante contar con los recursos necesarios en cada una de las unidades médicas. Sean estos, infraestructura, medicamentos, insumos, equipos, entre otros. Esta asignación depende de factores externos, tal es el caso de los procesos de contratación pública, que se vuelven complejos cuando se trata del sector salud, debido a los tiempos y requisitos que estos implican para adquirir un bien.

En este caso, esta acción se vuelve complicada porque depende de las leyes, por tal razón la contramedida propuesta es la modificación a la normativa, de tal manera que existan discriminaciones para agilizar las adquisiciones para el sector de la salud. Esta alternativa implica tiempo e interés de las autoridades para poder ser implementada, por tal razón se ha evaluado como una opción complicada.

Otra actividad que se ha propuesto es la ubicación geográfica del paciente, cuya finalidad es monitorearlo con fines médicos. Sin embargo, no resulta ser fácil, debido a

que actualmente no se dispone de las direcciones actualizadas y demás datos domiciliarios de todos los beneficiarios del IESS. Por tal razón, se sugiere que se genere una estrategia como contramedida, la cual consiste en realizar una campaña comunicacional de actualización de datos. El registro debe ser fácil y mediante todos los medios posibles (internet, domiciliario, en islas de atención al cliente, etc.). Esta contramedida resulta ser ejecutable y sin mayor dificultad, siempre y cuando se dispongan de los recursos económicos necesarios para ejecutarla.

Otro punto a considerarse en esta sección, es la propuesta de programas que fomentan la medicina preventiva en el IESS. Sin embargo, el problema que puede presentarse es la voluntad política y la decisión de las autoridades para llevar a cabo esta alternativa. Esto resulta ser complejo por lo que se recomienda de la articulación y coordinación con las respectivas autoridades. La contramedida para esta problemática resulta ser compleja, debido a que involucra factores externos.

Finalmente, se ha presentado la opción de disponer de incentivos médicos para los profesionales de la salud de la institución, en especial para los que brindan sus servicios en niveles inferiores. Esto se propone con la finalidad que puedan resolver los problemas de sus pacientes o mejor aún prevenirla. Esto también conlleva a que dependa de la normativa, lo cual implica que se modifique la normativa para este tipo de casos, donde se ha de propiciar incentivos económicos, tales como bonos, cursos nacionales e internacionales, entre otros. Esta acción es de carácter complejo por esto se la ha evaluado como tal.

- **Revisión periódica de la normativa por los funcionarios relacionados al proceso**

Al considerar fundamental el conocimiento de la normativa por los funcionarios (médicos y administrativos) involucrados en el proceso, se propone realizar evaluaciones periódicas, sin embargo, esto podría ser mal interpretado por parte de los trabajadores y causar un efecto negativo, por tal razón, la contramedida recomendada es sensibilizar al personal, respecto a la importancia de conocer y aplicar la normativa legal vigente que permita fomentar el cumplimiento de los derechos y obligaciones que tienen los usuarios beneficiarios de la seguridad social. Es importante indicar que esta acción ha sido evaluada como ejecutable.

LOGRO: Reducir el tiempo de espera de los pacientes (desde que surge la necesidad de la cita médica hasta que este efectivamente es atendido por un especialista en la consulta externa)

¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Dónde?	¿Cuándo?												¿Por qué?							
				Año 1						Año 2													
				m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8	m9	m10	m11	m12		m1	m2	m3	m4	m5	m6	
Fortalecimiento de los diagnósticos médicos en los niveles inferiores de atención	Personal médico del HCAM	Manejo de protocolos y guías de prácticas clínicas	HCAM	X	X	X																	Los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente.
	Autoridades del IESS	Garantizar los recursos en salud para el buen diagnóstico y tratamiento	IESS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Funcionarios del HCAM Autoridades del IESS Funcionarios del IESS	Estructuración de seguimiento al paciente Georeferenciación de usuarios del IESS Coordinación hasta la resolución del problema del paciente Implementación de programas de medicina preventiva Generación de incentivos a los médicos Contratación de médicos de acuerdo al perfil epidemiológico por zonas.	HCAM/ IESS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Revisión constante de la normativa	Funcionarios del HCAM	Socialización frecuente de la normativa	HCAM	X																		Falta de revisión constante de la normativa por parte de los funcionarios	
		Implementación de evaluaciones constantes		X	X	X																	

Fuente: Equipo de trabajo

Elaboración: Propia

La matriz de planeación y mejora continua, propone la forma de ejecución de las actividades planteadas en los diagramas determinados previamente, de manera que detalla los actores y tiempos estimados de la puesta en marcha del plan de acción que se ha levantado para esta tesis.

Conclusiones

- Finalmente para dar respuesta a la interrogante planteada al inicio de este estudio, es importante manifestar los tres aspectos u objetivos sobre los cuales se ha enfocado el desarrollo de este análisis, inicialmente se tiene el realizar un diagnóstico de las listas de espera cuyos resultados han indicado que en promedio los pacientes esperan entre 15 y 90 días para ser atendidos. El tiempo depende del tipo de cita que requiera gestionar, y considerando que aún no necesariamente el problema médico ha sido resuelto, debido a que depende de exámenes para su diagnóstico y tratamiento. Las principales especialidades con los días de espera mayormente prolongados son Geriatría, Hematología, Endocrinología, Neurología, entre otras que pueden ser observadas en la tabla 7.
- Como segundo punto, se tiene el análisis del proceso de asignación de turnos, en el cual se ha evidenciado que en la estructura organizacional del área de atención al cliente, la cual tiene responsabilidad de la asignación de citas médicas, se encuentra debajo de la Coordinación General de Calidad, de manera que esta última resulta ser “juez y parte” lo cual no es recomendable para la buena gestión de la organización. Así también se ha identificado que el proceso no dispone de controles y/o seguimiento, por tal razón, no pueden ser implementadas mejoras; y al final (salida) no se garantiza que el requerimiento del cliente pueda ser cumplido como se puede observar en la tabla 8.
- En el tercer objetivo planteado, a partir de la identificación de problemas, mediante el uso de herramientas de calidad, se ha determinado un conjunto de opciones y secuencias de implementación, mostradas en el gráfico 9., que proponen dar una alternativa de solución al problema planteado, de manera que el usuario pueda ser atendido a satisfacción. Una vez desarrollado los objetivos planteados inicialmente, se deja a consideración las conclusiones se detallan en la siguiente sección.
- El incremento de las necesidades de atención en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ha surgido desde el cambio de la normativa en el año 2010, donde se ha ampliado significativamente la cobertura en salud para el conyugue

e hijos mayores a 18 años, lo cual ha afectado significativamente en el aumento de la demanda y la prolongación del tiempo de espera para que el paciente sea atendido por un especialista, a partir de aquello se han presentado varios inconvenientes, afectando la satisfacción de los clientes. Esta problemática no fue prevista al momento de la implementación de la política pública, evidenciándose en la ausencia de planes de contingencia o ampliación de la capacidad instalada para atender a la nueva demanda.

- Se ha evidenciado que para la asignación de turnos, han existido importantes problemas, desde la falta de monitoreo y seguimiento de los procesos involucrados, la débil articulación entre las unidades médicas, ya que existen casos de pacientes que no son referidos a tiempo, o en su defecto han recibido atención médica cuando su patología no corresponde al nivel de atención, hasta la falta de la capacidad instalada necesaria para atender a la demanda actual de las unidades médicas. Causales que no han podido ser superadas, de manera que se pueda fortalecer la gestión interna, para la resolución de la problemática.
- Como parte de los hallazgos determinados, en relación a los problemas del tiempo de espera prolongado, es importante indicar que no son solo el resultado de las gestiones o decisiones ejecutadas por los administradores del hospital, sino también existen responsabilidades compartidas con actores externos, quienes están involucrados en el proceso, tales como, autoridades nacionales del IESS y del MSP. De manera que los factores encontrados, no solo tienen un impacto negativo en el hospital, sino también al resto de las unidades médicas, cuya principal causa es la débil gestión y seguimiento dentro de la articulación en la red.
- Después de levantar varios elementos que han permitido determinar las principales causas de la problemática se tiene que existe ausencia de definiciones internas; ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel; falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua; no existe en la ciudad de Quito puertas de entrada (nivel 1) a la red para la atención en salud; los diagnósticos médicos no son acertados oportunamente; falta de revisión constante de la normativa por parte de los funcionarios. Estas acciones han involucrado a varios responsables y para lograr

resultados se requiere de estrategias implementadas dentro y fuera de la casa de salud, las cuales no resultan ser fáciles de trabajarlas por incluir actores externos, además de que han sido debilidades que han estado presente por tiempos prolongados y han logrado institucionalizarse en el HCAM y demás unidades médicas.

- Existen propuestas que han sido presentadas para poder solventar la problemática, de manera que cada una de estas han pasado por una revisión para considerar su complejidad y estrategia de acción para su ejecución, las cuales están resumidas en cinco ítems, tales como, la implementación de definiciones internas; generación de procesos homologados para el agendamiento de citas; fortalecimiento de puertas de entrada a la red de salud; mayor precisión de los diagnósticos médicos; y revisión constante de la normativa. De manera que, unas resultan ser más complejas que otras, tal es el caso del fortalecimiento de las unidades médicas de primer nivel, por el tiempo que esta requiere para ser resuelta y los actores que están involucra, por tal razón no se asegura su ejecución fácilmente.
- Dentro de las alternativas planteadas para solventar la problemática existen riesgos que han sido identificados en esta investigación, los cuales deben ser considerados para que el plan de acción logre los resultados esperados. Por ejemplo, si se quiere estandarizar los procesos para las unidades de tercer nivel, hay que considerar que existe la posibilidad de que pueden ser delegados a personas no capacitadas, otro caso es que al momento de que se implementen los protocolos y guías de prácticas clínicas para fortalecer el diagnóstico, puede darse que no sean utilizados por los médicos. Así también, para la determinación de perfiles epidemiológicos pueden existir datos inconsistentes que no permitan obtener una morbilidad consistente. Finalmente, hay que considerar que la implementación puede tomar un tiempo excesivo, debido a que depende de otros actores y autorizaciones, e incluso conlleva que existan modificaciones en la normativa. Al momento que estos parámetros no sean considerados, las soluciones pueden no tener el impacto requerido.
- El estudio realizado ha permitido determinar causas y efectos que se han encontrado en el proceso de asignación de turnos de los pacientes. Ambos

pueden ser reducidos mediante una secuencia de actividades que implican el trabajo conjunto entre, las casas de salud, autoridades del IESS y la autoridad rectora. Mientras no se de esta cohesión, no se podrá resolver el problema. La codependencia actual, ha hecho que se dilaten los procesos o las propuestas presentadas, debido a las diferentes autorizaciones que se deben requerir para poder implementar alternativas de solución desde las unidades médicas del IESS, así mismo se ha evidenciado la falta de estrategias efectivas por parte de las entidades regidoras para resolver esta problemática en común.

Bibliografía

- Almeida, Marcia. 2017. "Estudio de empresas ecuatorianas que han implementado sistemas de gestión de gestión basados en estándares internacionales". Informe de investigación, Universidad Andina Simón Bolívar. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5903>.
- Blandón, Laura. 2013. "Diseño e implementación de mecanismos interacción entre procesos de la unidad estratégica de negocio del gas natural de EMP. Antioquia". Tesis de Pregrado, Corporación universitaria lasallista. http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1023/1/Mecanismos_interaccion_procesos_gas_natural_EPM.pdf
- Blandón, Sandra. 2011. *Administración de calidad total*. Universidad Nacional de Ingeniería.
- Camisón, Cesar, Sonia Cruz, y Tomás González. 2006. *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson Educación.
- UE Comité Europeo de Normalización. 2015. *Norma de Sistema de Gestión de Calidad - ISO 9001*. Norma de Sistema de Gestión de Calidad - ISO 9001.
- Diaz, Lidia. 2011. *La observación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- EC. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.
- EC. 2010. *Ley de Seguridad Social*. Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero.
- EC. 2012. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 423, Suplemento, 24 de enero.
- EC. 2002. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial 670, 25 de septiembre.
- El Universo. 2017. "Usuarios dicen vivir un suplicio en call center para pedir citas al IESS y MSP". 4 de junio. <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/06/04/nota/6213103/usuarios-dicen-vivir-suplicio-call-center-pedir-citas>.
- Gutierrez, Mario. 2004. *Administrar para la calidad: Conceptos administrativos del control total de la calidad*. México: Noriega Editores.

- EC Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2010. *Información de cobertura: Evolución de la población protegida 1978-2010*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- . 2016. *Informe de Rendición de Cuentas*. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Maceira, Daniel. 2017. *Actores y Reformas en Salud en América Latina*. Nota Técnica de Saúde, Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Malo, Miguel. 2013. "La salud en el Ecuador modelo de atención integral de salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural". Lima, agosto.
- Massip Pérez, Coralía, Rosa María Ortiz Reyes, María del Carmen Llantá Abreu, Madai Peña Fortes, y Idalmis Infante Ochoa. 2008. "La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad". *Revista Cubana de Salud Pública* 34(4). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&tlng=es>.
- EC Ministerio de Salud del Ecuador. 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
- . 2014. *Norma Técnica del Ministerio de Salud Pública: Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2015. *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles. Acuerdo Ministerial 5212*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Monge, Andrea, Gabriela Murillo Sancho, Alejandro Calderón Céspedes, y Andrea Vega Araya. 2014. "Listas de Espera". *Acta Médica Costarricense* 56 (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43431275007>.
- Navarro, Francisco, Héctor Hernández Lamas, Héctor Robledo Galván, y Tomás Romero Palacios. 2008. "Mejora de proceso de consulta externa, a través de la metodología de análisis de recorrido, en un Hospital General de la Ciudad de México". *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico* 13. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626618.pdf>
- PE Ministerio de Salud del Perú. 2014. *Disminución del tiempo de espera en consulta externa de pacientes asegurados del Hospital Santa Rosa*. Lima: UXI Encuentro nacional de experiencias en mejoramiento continuo de la calidad en salud.
- Pérez, José. 2004. *Gestión por procesos. Cómo utilizar la ISO 9001:2000 para mejorar la gestión de la organización*. Madrid: ESIC Editorial, 2004.

- Secretaria General de Sanidad. 2016. "Diario médico". 30 de Junio.
<http://static.diariomedico.com/docs/2017/03/29/datos-ccaa-jun2016.pdf>.
- Teruel, Mercedes, José Lapresta, Nieves Rosell, y Pilar Camas. 2006. *Guía para la implantación de un sistema de gestión de calidad*. Aragón: Gobierno de Aragón.
- Valor, Josep, y Jaume Ribera. 1990. "Gestión en la empresa hospitalaria". IESE Business School - Universidad de Navarra.
- Vilar, José, Fermín Gómez, y Miguel Tejero. 1997. *Las siete nuevas herramientas para la mejora de la calidad*. Madrid: Fundacion Confemetal.

Anexos

Anexo 1.

Características de los entrevistados

- **9 pacientes de la consulta externa**

Usuarios que han recibido una cita médica en la casa de salud, los cuales fueron entrevistados antes o después de ser valorado por el especialista, dentro de la unidad médica. Todos mayores de edad, las cuales oscilan entre los 30 y 60 de edad. Cuyo sexo se ha distribuido de la siguiente manera: 4 mujeres y 5 hombres.

- **Jefe de atención al cliente**

Funcionario de profesión ingeniero, de sexo masculino, con 35 años de edad, con varios años de experiencia en la casa de salud, y con aproximadamente un año en el cargo.

- **Personal de las ventanillas de atención al cliente**

Dos funcionarios del sexo masculino, con edades entre 30 y 35 años de edad, con más de 5 años de experiencia dentro de la institución, en el área de atención al cliente. Personal que ha formado parte del proceso de asignación de turno para un especialista de la consulta externa del HCAM.

- **Jefe del área quirúrgica**

Médico cirujano, con más de un año de experiencia, de sexo masculino con 62 años de edad. Ha trabajado por varios años en otras unidades de salud.

- **Director Médico**

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Neumología y Máster en Gestión Hospitalaria. Funcionario de sexo masculino, con 39 años de edad. Ha ocupado el cargo por más de un año y en puestos jerárquicos dentro de la institución por más de tres años.

- **Personal de atención al cliente**

Delegada del unidad técnica de atención al cliente, Ingeniera de sexo femenino, con 30 años de edad, con aproximadamente 3 años dentro del área de atención al

cliente en la unidad médica, con experiencia en instituciones públicas y privadas.

- **Subdirector Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Estadística del IESS**

Ingeniero en estadística de la Escuela Superior Politécnica del Litoral, de sexo masculino, con 40 años de edad. Con aproximadamente un año en el cargo, con experiencia en el área de gestión de información, planificación en salud, elaboración, seguimiento y evaluación de planes, programas, proyectos. Ha ocupado cargos de Director, Subdirector, Coordinador General en diferentes instituciones con más de diez años de experiencia en el sector público.

- **Coordinador General de Auditoría Médica**

Médico General, de sexo masculino, con 35 años de edad, quien ha estado más de un año en el cargo, con experiencia en el sector salud, mediante los cargos ocupados como directivo zonal en el Ministerio de Salud Pública Cargos de Nivel Jerárquico Superior en otras instituciones del Estado.

- **Coordinación General de Planificación y Estadística**

Ingeniera en Estadística de la Escuela Superior Politécnica del Litoral, con 33 años de edad, del sexo femenino, con más de un año de experiencia en el cargo, con experiencia en planificación, manejo de datos. Con 8 años de experiencia en el sector público.

- **Usuario (paciente)**

Persona de sexo femenino, con 27 años de edad, quien ha colaborado de manera voluntaria para la ejecución de esta investigación. Profesional con título de tercer nivel en Ingeniería en Gestión Turística y Preservación ambiental. Actualmente es afiliada a la seguridad social, y ha sido atendida varias veces en esta y otras casas de salud de la seguridad social, quien ha vivido personalmente las dificultades para acceder a la atención médica de ella, y en particular de uno de los miembros de su familia, quien en su momento había sido diagnosticada con cáncer, y no fue resuelto de manera oportuna, por lo que no pudo recibir tratamiento en el momento requerido para que su situación no empeore.

Anexo 2

Entrevista: Perfil del entrevistado

Pacientes mayores de edad, que han sido atendidos o que buscan una cita médica con un especialista en el servicio de consulta externa del hospital Carlos Andrade Marín. El entrevistado debe ser referido, es decir que fue valorado desde una unidad médica inferior y el médico vio la necesidad de que sea atendido en el HCAM por su nivel de complejidad. Por tal razón, dicha cita médica deberá ser requerida por primera vez (es decir que no sea subsecuente) en una especialidad y patología determinada.

Hay que considerar que el paciente previamente pudo haber sido atendido en esta institución por una patología o una especialidad diferente a la actual, sin embargo para recibir una cita para su enfermedad presente, ha tenido que ser parte de la lista de espera, de tal manera que ha conocido la gestión que se debe realizar para obtener un turno en la consulta externa y el tiempo que ha transcurrido hasta ser atendida. Estas personas son quienes aportarán con este estudio de manera voluntaria, debido a que conocen in situ las necesidades que se presentan hasta recibir una atención.

Guía de entrevista

Tema 1:

Aspectos referentes a la cita médica

1. Es la primera vez que ha sido atendido en el HCAM. De qué unidad médica la enviaron?
2. Considerando que esta casa de salud atiende a patologías de alta complejidad, por tal razón debió venir de otra unidad médica ¿Qué tuvo que hacer para conseguir un turno en el HCAM?
3. ¿Quién le informó sobre cómo conseguir un turno en el hospital?
4. ¿Cómo se sintió con el trato que le dieron hasta conseguir una cita?
5. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para conseguir una cita médica?

Tema 2:

Información del hospital

6. ¿Qué problemas ha tenido que pasar para poder recibir el turno?
7. ¿Cuántas veces tuvo que insistir en el área de atención al cliente para conseguir turno?

8. ¿Cuál es el recorrido que tuvo que realizar hasta que le asignaron un turno?
9. ¿qué reclamos dejaría con respecto a la asignación de turnos?