

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## DIRECCIÓN DE POSGRADO

### MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

**Tema:**

---

**“LA CONCESIÓN DE CITAS MÉDICAS DEL CALL CENTER Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL”**

---

Trabajo de Titulación

Previo a la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia Pública

**Autora:** Ing. María del Carmen Oña Jiménez

**Director:** Ing. Leonardo Gabriel Ballesteros López, MBA.

AMBATO – ECUADOR

2014

## **Al Consejo de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato**

El Tribunal de Defensa del trabajo de titulación presidido por el Ingeniero Juan Enrique Garcés Chávez Magíster, Presidente del Tribunal e integrado por los señores: Ingeniero Oswaldo Santiago Verdesoto Velasteguí Magíster, Ingeniero Jorge Enrique Jordán Vaca Magíster, Ingeniera Fanny Paulina Pico Barrionuevo Magíster, Miembros del Tribunal de Defensa, designados por el Consejo Académico de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor la defensa oral del trabajo de titulación con el tema: **“LA CONCESIÓN DE CITAS MÉDICAS DEL CALL CENTER Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL”**, elaborado y presentado por la señora Ingeniera María del Carmen Oña Jiménez, para optar por el Grado Académico de Magíster en Gerencia Pública.

Una vez escuchada la defensa oral el Tribunal aprueba y remite el trabajo de titulación para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
Ing. Juan Enrique Garcés Chávez, Mg.  
Presidente del Tribunal de Defensa

-----  
Ing. Oswaldo Santiago Verdesoto Velasteguí, Mg.  
Miembro del Tribunal

-----  
Ing. Jorge Enrique Jordán Vaca, Mg.  
Miembro del Tribunal

-----  
Ing. Fanny Paulina Pico Barrionuevo, Mg.  
Miembro del Tribunal

## **AUTORÍA DE LA INVESTIGACION**

La responsabilidad de las opiniones comentarios y críticas emitidas en el trabajo de titulación con el tema ; “**LA CONCESIÓN DE CITAS MÉDICAS DEL CALL CENTER Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**” le corresponde exclusivamente a: Ingeniera María del Carmen Oña, Autora bajo la Dirección del Ingeniero Leonardo Gabriel Ballesteros López, Master MBA., Director del trabajo de titulación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

.....

Ing. María del Carmen Oña Jiménez

**AUTOR**

.....

Ing. Leonardo Gabriel Ballesteros López, MBA.

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de titulación o parte de él documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además autorizo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad.

.....  
Ing. María del Carmen Oña Jiménez  
c.c 0502261258

## **DEDICATORIA**

Para Ti mi Señor que me bendices cada momento de mi vida  
y que me permites alcanzar mis metas, a mi hija  
que con su amor y comprensión me ha motivado para  
concluir en forma positiva el presente trabajo de investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Centro de Estudios de Postgrado de la  
Universidad Técnica de Ambato y de manera  
especial al Ing. Leonardo Gabriel Ballesteros López, MBA.  
por su acertada dirección en la elaboración  
del presente trabajo de grado.

## INDICE GENERAL

### PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
AL CONSEJO DE POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO .....	ii
AUTORÍA DE LA INVESTIGACION .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN EJECUTIVO .....	x
INTRODUCCIÓN .....	xiii
CAPITULO I.....	1
PROBLEMA.....	1
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	1
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO .....	6
1.2.3 PROGNOSIS .....	6
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	8
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	8
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.4 OBJETIVOS.....	10
1.4.1 OBJETIVO GENERAL .....	10
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
CAPITULO II .....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	19
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	20
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	23
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	25

2.5.1	SEGURIDAD SOCIAL .....	25
2.5.2	SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR .....	27
2.5.3	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	30
2.5.4	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONCESIÓN DE CITAS .....	34
2.5.5	ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....	36
2.5.6	LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA .....	41
2.5.7	GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	47
2.5.8	PRODUCTIVIDAD .....	50
2.6	HIPÓTESIS .....	57
2.6.1	VARIABLES.....	58
CAPÍTULO III.....		59
METODOLOGÍA .....		59
3.1	ENFOQUE .....	59
3.2	INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	59
3.2.1	INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	60
3.3	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	60
3.4	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.5	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	61
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	64
3.7	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	67
3.8	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS .....	68
CAPITULO IV.....		71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....		71
4.1	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	71
4.2	INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	71
4.3	VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	81
4.3.1	MODELO LÓGICO .....	81
4.3.2	NIVEL DE SIGNIFICANCIA .....	81
4.3.3	ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA CHI CUADRADO ...	81
4.3.3.1	COMBINACIÓN DE FRECUENCIAS .....	82
4.3.4	CÁLCULO DEL GRADO DE LIBERTAD .....	82
4.3.5	CÁLCULO MATEMÁTICO .....	83



4.3.6	DECISIÓN FINAL.....	83
	CAPÍTULO V .....	85
5.1	CONCLUSIONES.....	85
5.2	RECOMENDACIONES .....	86
	CAPÍTULO VI.....	87
	PROPUESTA.....	87
6.1	DATOS INFORMATIVOS .....	87
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA: .....	87
6.3	JUSTIFICACIÓN.....	88
6.4	OBJETIVOS.....	88
6.4.1	OBJETIVO GENERAL .....	88
6.4.2	OBJETIVO ESPECÍFICO .....	89
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD .....	89
6.5.1	FACTIBILIDAD ORGANIZACIONAL .....	89
6.5.2	FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA .....	89
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA .....	90
6.7	MODELO OPERATIVO DEL AGENTAMIENTO DE TURNOS .....	95
6.8	MODELO OPERATIVO .....	96
6.8.1	MISION.....	96
6.8.2	VISIÓN .....	96
6.8.3	OBJETIVO GENERAL .....	97
6.9	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	105
6.9.1	EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA .....	106
6.10	BIBLIOGRAFÍA.....	107
	ANEXOS .....	112

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
DIRECCIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

Tema: “**LA CONCESIÓN DE CITAS MÉDICAS DEL CALL CENTER Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**”

Autor: Ing. María del Carmen Oña Jiménez

Director: Ing. Leonardo Gabriel Ballesteros López, MBA.

Fecha: 29 de noviembre de 2013

**RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación sobre la concesión de citas médicas del Call Center y la Productividad de la Unidad de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ve con la necesidad de contar con una atención de calidad y mejorar la productividad de los médicos.

La investigación implementada es de campo, bibliográfico documental, en donde se pretende trabajar con una muestra de 80 pacientes que acuden diariamente a la unidad, a los que se realizó las encuestas y en base a resultados sustentar el proyecto.

Con los resultados obtenidos se ve la necesidad de implementar un sistema de atención que se encargue del agendamiento directo de las citas médicas, el mismo que permita brindar una mejor atención al paciente.

La propuesta a desarrollar es diseñar un modelo operativo en el agendamiento de turnos en la productividad de los médicos del IESS.

**Descriptor:** Agendamiento, Atención Médica, Calidad, Call Center, Concesión, Citas Médicas, Deficiencias, Modelo Operativo, Productividad, U.A.A. Baños

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
DIRECCIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

Theme: GRANT MEDICAL APPOINTMENTS OF CALL CENTER AND PRODUCTIVITY OF OUTPATIENT CARE UNIT OF SOCIAL SECURITY INSTITUTE OF ECUADOR "

Author: Ing María del Carmen Jiménez Oña

Directed by: Ing. Leonardo Gabriel López Ballesteros MBA.

Date: November 29, 2013

**EXECUTIVE SUMMARY**

This research grant appointments Call Center Productivity and Unit Ambulatory Care Ecuadorian Institute of Social Security, see the need for quality care and improve productivity of physicians.

The field research is implemented, documentary literature, where it is intended to work with a sample of 80 patients who come daily to the unit, to which the surveys were conducted and based on results support the project.

With the results is the need to implement a system of care to be responsible for direct Scheduling of medical appointments, allowing it to provide better care to the patient.

The proposal is designed to develop a working model in the Scheduling of shifts in the productivity of physicians IESS.

**Keywords:** Scheduling, Medical Attention, Quality, Call Center, Concession, Medical Appointments, Deficiencies, Operating Model, Productivity, UAA Baños.

## **PALABRAS CLAVES**

**Call Center.-** Es un área donde agentes, asesores, supervisores o ejecutivos, especialmente entrenados, realizan llamadas (llamadas salientes o en inglés, *outbound*) y/o reciben llamadas (llamadas entrantes o *inbound*) desde o hacia: clientes (externos o internos), socios comerciales, compañías asociadas u otros (Wikipedia)

**U.A.A Baños.-** Unidad de Atención Ambulatoria Baños

**Productividad.-** Es la relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema productivo y los recursos utilizados para obtener dicha producción

**Deficiencias.-** Es una falla o desperfecto

**Agendamiento.-** Programar una cita en la agenda

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad buscar soluciones a la problemática encontrada en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS, partiremos desde un contexto para determinar las causas y efectos que origina y tratar de proponer soluciones para mejorar los servicios de atención médica y tener pacientes satisfechos por la agilidad en la atención:

En el primer capítulo del presente trabajo de investigación se expone el problema científico, en donde se menciona el problema que involucra en la satisfacción de un buen servicio, es decir que se debe mejorar la atención por medio del Call Center.

En el segundo capítulo presenta el marco teórico, en donde se describe el contexto de la fundamentación legal, señalamiento de la variables independiente y dependiente, conceptos así mismo con gestión de la calidad, principios, parámetros para promover una satisfacción del paciente y mejorando la productividad de los médicos .

El tercer capítulo se refiere a la metodología de la investigación y métodos que se utilizarán en la propuesta de la investigación con los cálculos de la muestra para dar los elementos de factibilidad el proyecto, operacionalización de variables.

El cuarto capítulo resume el análisis e interpretación de los resultados que se aplicó a la muestra calculada.

En el capítulo cinco se resume en general las conclusiones y recomendaciones del proyecto.

En el capítulo seis se propone la solución al problema detectado en la investigación respaldando la misma con fuentes que abalicen la misma.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA**

#### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

LA CONCESIÓN DE CITAS MÉDICAS DEL CALL CENTER Y LA PRODUCTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO D SEGURIDAD SOCIAL.

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 Contextualización**

Uno de los signos más característicos de la sociedad contemporánea es, sin duda alguna, la preocupación explícita por la calidad, la productividad y los costos en todos los ámbitos de la economía internacional. Sin embargo, esta preocupación ha adquirido diferentes matices en función del sector de la economía en cuestión y del contexto nacional del que se trate.

En el caso de la calidad, la preocupación se ha hecho también muy evidente en el campo de la atención a la salud a nivel internacional. Las razones también difieren en función de los diferentes contextos.

En los países con alto grado de industrialización podría citarse la influencia de varios factores. La propia preocupación por la contención de costos ha hecho palpable la necesidad de proteger la calidad de los servicios ante una serie de medidas restrictivas implantadas. Pero, por otra parte, se ha aceptado que las

estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conducen hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye también, y de una manera mucho más racional, a la contención de los costos.

En este mismo contexto, la calidad se interpreta también como una de las posibles ventajas comparativas que lo es y otros servicios de salud pueden tener en un medio altamente competitivo.

No puede negarse, sin embargo, el legítimo valor ético que muchos asignan a la calidad de la prestación de los servicios y que se agrega, por supuesto, a las consideraciones más utilitarias. (Ruelas-Barajas, 1993)

Las empresas de salud, como las demás organizaciones, son los agentes económicos que transforman los factores de producción en bienes y servicios. En estas organizaciones se generan procesos de producción, propios del sector que son la fuente de productividad, su análisis lleva a entender la transformación que es de gran importancia para la medición de la productividad. Para que las organizaciones de salud transiten hacia una mayor productividad, es necesario entender e integrar a todos los elementos que en su quehacer cotidiano para lograr "ser mejor" y "hacer mejor", lo que genera ventajas competitivas y lleva a una posición competitiva en el entorno.

La productividad implica mejor servicio, calidad y menores costos, para lograr una producción eficiente y supervivencia en su entorno al ser capaz de adaptarse a él, lo que lleva enlazar al conocimiento con otras nociones y encontrarle nuevos significados y nuevas opciones para utilizarlo, aplicación del conocimiento, que es la capacidad de diseñar, controlar y evaluar los procesos en los ambientes complejos, en la cual se realiza la salud pública o privada de modo que se puedan generar intervenciones eficaces, gestión social del conocimiento. En este módulo se buscará contribuir a la formación y perfeccionamiento de administradores en salud, creando un equipo de especialistas con capacidad de liderazgo, calidad y gestión, con capacidad de tomar decisiones con valor agregado, que sepa conjugar calidad, producción, bajos costos, tiempos, estándares, eficiencia, innovación,



nuevos métodos de trabajo, tecnología basados en los planes a largo y pequeño plazo.

En los países en desarrollo, particularmente de América Latina, la situación se presenta un tanto diferente. En estos casos han influido muy probablemente los efectos de las crisis económicas que los afectaron seriamente en la década anterior, y cuyos efectos no están totalmente superados. El tema de la calidad surge entonces como reclamo, por una parte, y como respuesta consciente, por la otra, ante un deterioro evidente de los servicios de salud.

A ello se agrega que, en muchos casos y por la misma causa económica antes expuesta, la legitimidad política de los gobiernos latinoamericanos ha debido mantenerse y, en algunos casos incluso, recuperarse de diversas maneras; una de ellas es, por supuesto, ofrecer ya no sólo incrementos cuantitativos, sino también cualitativos en los servicios que presta el Estado.

De manera similar se puede observar que, en la medida en que la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones alcanza niveles que se estiman relativamente satisfactorios, si bien no desaparece la preocupación por continuar incrementando el acceso a los servicios de salud, naturalmente surge de una manera más intensa y concreta la preocupación por la calidad con la que se otorgan esos servicios. Esto es a lo que el autor ha denominado, en ocasiones anteriores, la "transición de la cantidad a la calidad", que se suma como un componente más de la transición de los sistemas de salud, en consonancia con las transiciones demográfica y epidemiológica.

Por último, el espectro de las nuevas alianzas económicas, a través de mercados comunes, ha introducido una mayor preocupación por elevar la competitividad en la producción de bienes y servicios. La calidad y la productividad de los servicios de salud en los países involucrados, particularmente en aquéllos que aparentemente se integran en desventaja, no escapa pues a la preocupación económica más general. (Ruelas-Barajas, 1993)

La Reforma Estructural de la Salud en Ecuador tiene por finalidad lograr la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas; y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos financieros de origen público para la salud. Para el logro de este fin ético y político se requiere de tres premisas básicas: un acuerdo político de la sociedad ecuatoriana en su conjunto sobre las prioridades en salud, aplicar un modelo de atención integral y la adecuada organización de las instituciones responsables del financiamiento y prestación de servicios de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2002)

Una de las reformas tecnológicas implementadas por el IESS es el acceso a los servicios de salud mediante vía telefónica – Contact Center –. Para acceder a los servicios que presta el Seguro de Salud del IESS, en las Unidades o Centros de Atención Ambulatoria de primer nivel, el pensionista debe solicitar su primera cita médica a través del sistema de Call Center, marcando 1 800 1000 000, o al número 140. El Call Center funciona de la siguiente manera:

a. Para la primera cita, la atención que recibirán los asegurados y beneficiarios será la de un médico general en las siguientes áreas:

- ✓ Medicina General,
- ✓ Medicina Familiar,
- ✓ Pediatría,
- ✓ Ginecología,
- ✓ Psicología,
- ✓ Traumatología.

Para las demás especialidades, el asegurado debe tener una orden de transferencia de los médicos de las áreas mencionadas, que es registrada en el sistema informático o en un documento.

b. El médico general es quien deriva al médico especialista correspondiente, según el estado de salud del paciente, a la unidad médica más cercana a su domicilio.

- c. El médico general es quien agenda la cita con el especialista, si así lo requiere.

Cuando no existe cita disponible con el especialista en el momento requerido, el asegurado debe llamar al Call Center (140 citas médicas) para obtener la cita. En estos casos, el Call Center sólo puede registrar citas hasta 5 días subsiguientes desde la llamada que hace el asegurado. Tenga en cuenta que:

- El IESS brinda servicios de salud a través de sus unidades médicas propias y también Instituciones de salud privadas, públicas y médicos en libre ejercicio de su profesión, que mantienen convenios de prestación de servicios médicos.
- En casos de emergencia, es decir, cuando está en riesgo la vida del paciente, los asegurados y beneficiarios pueden acercarse a las áreas de Emergencia de cualquier unidad médica del país.

Adicionalmente el IESS brinda asistencia médica en Ecuador y Estados Unidos

- En Ecuador: El IESS cuenta actualmente con el servicio de Asistencia Médica Telefónica donde el asegurado y beneficiario son atendidos por un médico general en cuanto a cuidados domiciliarios y síntomas; este servicio cuenta con un médico de cabecera las 24 horas del día. El médico general es quien realiza la agenda de la cita con un especialista según el diagnóstico o calificación de la condición de su salud. Para acceder a este servicio se debe llamar al Call Center 1 800 1000 000, o marcar el número 161, las veces que se requiera según la condición de salud del asegurado.
- En Estados Unidos: Se ha implementado el servicio de apoyo y orientación en temas sobre el Seguro General de Salud Individual y Familiar a los asegurados y beneficiarios del Seguro General de Salud Individual y Familiar que se encuentran en los Estados Unidos de Norteamérica, a través del número gratuito: 1-866-978-4818.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

La falta de capacitación e investigación en los funcionarios encargado de elaborar los indicadores de productividad de los médicos hace que los mismos carezcan de un sustento metodológico, lo que provoca que estos indicadores no tomen en cuenta factores externos no modificables en el momento de su cálculo, esto desmotiva al personal médico lo que conlleva a la pérdida del talento humano que decide abandonar las Unidades Ambulatorias del Seguro Social.

Uno de estos factores externos no modificables es la falta de capacitación del personal que presta servicios externos, lo que conlleva a una mala calidad de los mismos al momento de conceder una cita médica. Este factor externo no modificables afecta el indicador de productividad en el momento de su cálculo. Este indicador al no tomar en cuenta estos factores produce información no confiable acerca de la productividad de los médicos de las Unidades Ambulatorias del Seguro Social, lo que provoca que se den beneficio y sanciones mal dirigidas hacia el personal médico por parte de los evaluadores de la calidad de su servicio

La falta de Coordinación entre los administradores del IESS y los prestadores de servicios provoca errores en los procesos de los prestadores de servicios externos del IESS al conceder citas médicas lo que afecta el Indicador de Productividad de Médicos de Consulta Externa. Este problema conlleva a una planificación inadecuada de la atención de consulta externa lo que genera una carga de trabajo desorganizada en el Personal Médico de Consulta Externa.

### **1.2.3 Prognosis**

El acceso a una cita médica en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no deja de ser un dolor de cabeza para afiliados y jubilados. Pese a que hace un año se cambió el operador del 'Call Center' y se ofreció mejorar el servicio, la demanda insatisfecha fue del 49%, entre marzo y agosto del 2012. Esto es parte de las 19 irregularidades que encontró la Contraloría, como parte de una auditoría a

los procesos precontractual, contractual y la ejecución del contrato, que el IESS firmó con la empresa Recapt, el 13 de marzo del 2012. Allí se establecieron indicios de responsabilidad penal, por lo que el examen ya fue enviado a la Fiscalía y ya se inició indagación previa. En este proceso deben responder 35 funcionarios involucrados, tanto del Seguro como de Recapt. Entre el 13 de marzo y 31 de agosto del 2012, se atendieron a 12,8 millones de llamadas y de estas se contestaron 6,5 millones (50,8%) y se agendaron 1,9 millones. Esto representa una demanda insatisfecha de 49,1%. (Unidad de Investigación, 2013).

Como se puede observar la información e investigaciones Públicas van encaminadas hacia la insatisfacción de los usuarios del sistema de seguridad social, pero se ha olvidado un componente importante en la ecuación de la atención a los pacientes: la productividad de los médicos, si un médico no tiene citas asignadas, el índice de productividad del mismo disminuye y no depende de la efectividad de la labor del médico sino que la misma está sujeta a la eficiencia de un tercero cuya labor no puede ser sujeta a control de una de las partes de la ecuación: Médico-Usuario de la Seguridad Social.

Esta afectación directa, de la eficiencia del Call Center sobre los servicios médicos, hace que los usuarios vean a la seguridad social como un ente lento e ineficiente y no confíen en la labor del personal de salud de los es, unidades médicas disminuyendo la visión que se tiene sobre la reputación de los es del Seguro Social, perjudicando su imagen En caso de no implementarse una solución técnica para corregir el problema planteado, se producirá una desmotivación general del personal médico del de la Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños lo que incidirá realmente en su productividad.

Es necesario establecer los correctivos necesarios y tratar de medir independientemente la productividad de los médicos de la eficiencia de los servicio de terceros para obtener información que realmente sirva para la planificación de las actividades de Consulta Externa.

Adicionalmente los afiliados culpan de la mala calidad del servicio del “Call Center” al IESS, lo que redundará en un desmejoramiento de su imagen y la falta de confianza del afiliado.

#### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cómo influye la concesión de citas médicas en la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social?

#### **1.2.5 Preguntas directrices**

- ¿Cuáles son las debilidades que están influyendo en la atención del Call Center?
- ¿Cómo determinar la eficiencia del proceso de concesión de citas médicas del Call Center en la Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños?
- ¿Qué estrategia se puede determinar para que se mejore el agendamiento médico de la Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños?

#### **1.2.6 Delimitación del Objeto de Investigación**

- **Límite de contenido:**
- **Campo:** Administración
- **Área:** Atención al usuario
- **Aspecto:** Productividad
- **Delimitación teórica:** Cumplimiento de Procesos
- **Delimitación espacial:** Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños
- **Delimitación temporal:** 01 de marzo 2013 - 28 de noviembre de 2013

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Las organizaciones de salud presentan diferentes formas, dimensiones y especializaciones. Por ello es muy complejo determinar una forma de actuar del personal frente a la calidad de la gestión en los sub-centros de salud y es. Se hace necesario ingresar a la realidad de cada uno de estos centros para entender y conocer sus propios perfiles, tomando en cuenta que allí laboran en forma conjunta desde un profesional con postgrado hasta un empleado sin mayor instrucción. Los profesionales que trabajan en las instituciones de salud deben tener claro el concepto de calidad de la gestión en la atención, y considerar el avance que actualmente se tiene sobre satisfacción de usuarios. (Rojas Barahona, Luna Vega, Gross Robles, & Kenton Johnston, 2010).

El crecimiento de la demanda ha sido impresionante en los últimos años. Esta demanda ha conducido a una transformación en la organización de los Centros de Salud. De modo que las tendencias actuales caminan hacia Unidades de Salud con una elevada capacidad de atención. Cada país en particular presenta características y requerimientos propios que lo diferencian de las demás en lo referente a las normativas y estándares adoptados para sus servicios de salud, lo cual dificulta la unificación de criterios, especialmente en lo referente a calidad de la gestión en las Unidades de Salud.

Las instituciones de salud han planteado estrategias nacionales que pretenden el rescate de la calidad, lo que implicaría el incremento en la satisfacción del usuario, vista como indicador de la gestión de la calidad, donde la calidad se mide en función del objetivo de mantener, restaurar y promover la salud, con la finalidad de lograr la satisfacción total del cliente. El interés de la calidad de la atención médica tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los usuarios de los servicios de salud, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales.

Es en relación a esta perspectiva que surge la necesidad de este proyecto de Investigación, para cuantificar la interrelación entre las dos variables de estudio: Productividad de los Médicos y Eficiencia del Call Center para la concesión de

Citas Médicas. Esto permitirá determinar los verdaderos “*cuernos de botella*” en uno de los servicios primarios del IESS y se podrá proponer la aplicación de correctivos necesarios sobre el verdadero problema existente.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Evaluar el proceso de concesión de citas médicas e identificar la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Analizar las debilidades que influyen para medir la productividad de los médicos.
- Determinar la eficiencia del proceso de concesión de citas médicas del Call Center de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.
- Proponer un modelo alternativo de gestión para determinar la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

De la experiencia, se ha podido observar que la medición de la productividad de los servicios médicos no es un fin, sino más bien un método, una técnica en la cual se siguen rigurosamente una serie de pasos para determinarla. En el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora/médico. La productividad se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no solo por el tiempo dedicado por el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación medicamentos empleados, tiempo de la enfermera, etc.

A continuación se describen investigaciones en lo que respecta a productividad de servicios de salud y la calidad de los Call Center como prestadores externos de servicios:

(Yépez Flores, Romero Cruz, & Buñay Carcelen, 2009) “ANÁLISIS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE PARA EMPRESAS MULTISERVICIOS”, Centro de Investigación Científica y Tecnológica - Escuela Superior Politécnica del Litoral.

El presente trabajo describe el análisis de un Centro de Atención al Cliente para empresas Multiservicios como alternativa de mercadeo, es decir; gestionando de forma eficiente la compañía, maximizando recursos, reduciendo costos, aumentando su productividad económica y teniendo un mayor contacto con sus clientes. Para que un Call Center prospere y logre alcanzar sus objetivos, es condición necesaria que exista una relación personal fluida entre el cliente y el proveedor, una relación de confianza, de respeto y sobretodo satisfacer al cliente en todo que exija. En general, este proyecto tiene como objetivo principal analizar todos los aspectos necesarios que debe tener un Centro de Atención al Cliente, tales como su tecnología, su diseño, su implementación, su gestión; para así puedan ser un canal adicional de contacto con los clientes.

### **Conclusiones:**

- El desarrollo de este proyecto aporta como una alternativa para empresas que brindan el Servicio de Atención al Cliente o para aquellas que requieran de la implementación de uno para la comunicación con sus clientes, ya que en la actualidad son la principal estrategia de mercadeo para satisfacer las exigentes necesidades de los clientes de forma directa y personalizada.
- La incorporación de la Tecnología de Voz sobre el Protocolo Internet VoIP, hace posible la implementación de un Call Center Multimedia, permitiendo así a las empresas prescindir de equipamiento físico, reducir costos y lo más importante comunicarse con los clientes sin importar el medio: teléfono, correo, fax, chat, web o e-mail.
- La contratación de servicios externos es una de las alternativas para las empresas que no desean implementar un Call Center, por diversas razones, como: falta de una inversión inicial de capital, falta de conocimiento y experiencia en el mercado, la necesidad de ganarle a la competencia, evitar inversiones en tecnología y sobretodo falta de criterio al momento de diseñarlo e implementarlo. Sin embargo, también se debe identificar los riesgos que podría ocasionar a las empresas, como mantener el contacto y la lealtad hacia

el cliente, una posible transferencia de información a los competidores, lo que podría ocasionar la pérdida del cliente.

*Aporte científico al trabajo de investigación: Esta investigación permitirá conceptualizar las bases de lo que son los servicios de Call Center y su funcionamiento como prestadores de servicios en unidades médicas. Adicionalmente contribuirá con definiciones que permitirán evaluar los servicios prestados por estas organizaciones.*

a. (Arredondo, 1995) “FACTORES ASOCIADOS CON LA PRODUCTIVIDAD MÉDICA”, Catálogo Colectivo de Publicaciones Seriadas de Ciencias de la Salud, Volumen 29, N°2.

La crítica situación económica que se produjo en México durante la década de 1980 obligó a hacer cambios en la estructura organizacional de los sistemas de salud así como en la asignación de recursos orientados al sector. Esos cambios dieron lugar a la necesidad de desarrollar soluciones alternativas para mejorar la forma de administrar -en términos de eficacia y eficiencia- los insumos necesarios para la producción de servicios de atención médica.

Dentro de este contexto, los sistemas de salud se vieron afectados por problemas vitales relacionados con la equidad, la calidad de la atención, la productividad del personal de salud, la utilización de los servicios y la accesibilidad, eficiencia y tecnología médica, entre otros. Esos problemas constituyeron los atributos básicos del desempeño de los servicios de atención que otorga un a la población.

El presente estudio de caso muestra el análisis de los factores asociados a la productividad médica como uno de los problemas prioritarios de la organización de los sistemas de salud. La productividad quedó definida como la relación entre los resultados obtenidos y los insumos utilizados en un período de tiempo determinado.

Para demostrar el planteamiento anterior, se tomó el marco de referencia elaborado por distintos autores en otros países, principalmente Estados Unidos y Canadá, quienes consideran que para el estudio de la productividad médica en los servicios de salud y los factores que la determinan, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

- El insumo y el producto
- Presencia de productos múltiples
- Definición de la unidad organizacional
- Otros insumos
- Características personales de los médicos
- Demanda de servicios

Conclusiones:

Los resultados obtenidos no se pueden generalizar dado que se trató de una encuesta en un estudio de caso sin muestreo probabilístico.

No obstante, los hallazgos, como es de esperarse en un diseño de estudio de caso, han dado un aporte significativo para el conocimiento de las características y de los factores determinantes de la productividad de los médicos, sobre todo tratándose del análisis de la problemática que se encuentra en las organizaciones de salud en México.

En primer término, los resultados obtenidos en este estudio lograron dar respuesta tanto a las dos preguntas vitales como a los objetivos planteados. A saber, se obtuvieron los índices promedio de productividad por hora-médico, tanto para períodos anteriores como para el período en que se desarrolló el estudio. Se pudo identificar las características relacionadas con la productividad médica del servicio de consulta externa del de referencia, aunque no de manera exhaustiva, así como de los factores que las determinan, encontrando que los antecedentes educacionales de los médicos (escuela de egreso, posgrado y generación de

egreso) mostraron una mayor fuerza de asociación en relación con la productividad, así como un mayor nivel de significancia estadística para tal asociación, siguiéndole en orden de importancia los antecedentes sociodemográficos (origen social, sexo y edad) y los antecedentes ocupacionales (antigüedad laboral, otros trabajos y tipo de institución de otros trabajos).

Por otra parte, el análisis multivariado permitió afinar estos hallazgos al mostrar que las relaciones originadas en el análisis bivariado fueron auténticas.

En relación con las variables estructura organizacional y demanda de población, se pudo demostrar que desde el momento de la implementación del cambio organizacional, la demanda de servicios presentó tendencias decrecientes, siendo esto determinante en la productividad médica. Por razones de carácter administrativo no fue posible analizar detalladamente los documentos que pudieran proporcionar la información requerida para la prueba de hipótesis. Sin embargo, se puede plantear que ambas variables tuvieron un efecto determinante sobre los índices de productividad de los médicos para los períodos observados.

Para el caso de las hipótesis de trabajo, apoyado en la aplicación de análisis y pruebas estadísticas específicas, fue posible rechazar las hipótesis nulas para las relaciones entre los antecedentes personales, educacionales y ocupacionales de los médicos con la productividad. En otras palabras, se pudo comprobar que efectivamente existe dependencia entre las asociaciones planteadas, y más aún, el análisis trivariado permitió afinar y confirmar los hallazgos del análisis bivariado. En el caso de las hipótesis que involucraron el cambio en la estructura organizacional y demanda del servicio, en términos generales puede decirse que dado lo observado, ambas variables actuaron como una variable determinante en la productividad médica que se mantuvo dentro del servicio de consulta externa del . Es decir, al momento de ser implementado el cambio estructural se produjo una disminución en la demanda del servicio y en el índice promedio de la productividad del servicio, índice que tendió a aumentar a medida que se

consolidaba la implementación del cambio estructural y a medida que se regularizaba la demanda del servicio.

Cabe mencionar que en lo referente al modelo de elaboración, además de buscar la repetición de las relaciones parciales para cada uno de los subgrupos, también se estudiaron los fenómenos de explicación, interpretación y especificación entre las variables de análisis; no obstante, dado el tamaño de la muestra no fue posible hacer interpretaciones al respecto.

Los hallazgos de este estudio contribuyeron de manera más general al campo de conocimientos que comprende el análisis económico del sector salud, a la vez que brinda pautas fundamentales para la evaluación y planificación del desempeño del servicio de consulta externa en organizaciones de salud.

Es importante señalar que partiendo del análisis de las variables propias de los médicos y de los estándares de productividad del , se conformaron dos patrones de productividad médica: categoría A o patrón improductivo (menos de dos consultas por hora), cuyos componentes fueron: edad de 35-39 años, estrato socioeconómico alto, generación de egreso entre 1970 y 1979, egresados de universidades privadas, antigüedad laboral de 10 a 19 años, y con antecedente laboral de trabajo único; categoría B o patrón productivo (dos o más consultas por hora), cuyos componentes fueron: menores de 35 años y mayores de 40, estrato socioeconómico medio y bajo, generación de egreso antes de 1970 o después de 1980, egresados de escuelas públicas y antigüedad laboral menor de 9 años o mayor de 20 y más de un trabajo en la práctica médica.

De esta manera se plantean los conocimientos fundamentales para el diseño de alternativas que permitan una mayor eficiencia en la productividad del personal médico en el servicio de consulta externa. En efecto, el análisis de las variables que tuvieron mayor incidencia en la productividad médica, es un aspecto que deberá tomarse en cuenta para la contratación de personal y para cualquier tipo de rediseño organizacional que se pudiera implementar. La información generada

también constituye un aporte relevante para poner en práctica alternativas de financiamiento sobre todo en lo relativo a sistemas de cuotas de recuperación diferenciadas para el cobro de la consulta médica.

Finalmente, en materia de investigación sería necesario desarrollar estudios que planteen con mayor detalle el análisis del proceso de organización de los departamentos o divisiones de los es, de manera que se pueda tener un conocimiento más amplio de los factores implicados en la productividad de los médicos. Para avanzar en los aspectos cualitativos y de eficiencia de la productividad médica, el análisis de las relaciones entre productividad-calidad-costos sería otro aspecto para desarrollar.

*Aporte científico al trabajo de investigación: Este trabajo de investigación brindará las pautas para identificar los factores que intervienen en la productividad de los servicios médicos y sus interrelaciones, conjuntamente con sus propiedades y características.*

b. (Valero González, 1998) “LA PRODUCTIVIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA”, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Volumen 41, N°5.

Se presenta la productividad en el Servicio de Medicina Interna del General Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE, en los últimos tres años. Se tomaron en cuenta ingresos, egresos, defunciones, estancia aria total y promedio, porcentaje de ocupación mensual, ocupación diaria y su relación con el número de camas censables. Así mismo, se describen algunos rasgos demográficos de la población estudiada como sexo y edad. Se concluye que el conocimiento de tales indicadores permite mejorar la atención de los pacientes y entender el comportamiento del grupo poblacional que uno atiende, la mayoría de las veces, sin pensar en las características que presenta.

Conclusiones:

Ya que es raro que exista una correlación entre la práctica clínica diaria y el conjunto acumulado o final de un Servicio, o del País en general, que permita

hacer reflexiones en relación a los diferentes indicadores epidemiológicos, demográficos y de productividad, es necesario insistir en algunos aspectos y no aceptar que ellos son exclusivos de los Servicios de Estadística, de la Secretaría de Salud o del INEGI. De hecho, si en cada servicio se conocieran los marcadores propios de la población que se atiende, y se identificaran sus características particulares, se estaría en posibilidad de complementar el trabajo diario con medidas específicas de acuerdo a las necesidades particulares, como ha sido ya comentado por otros autores<sup>23</sup>, aunque utilicen indicadores diferentes. Es decir, no todos los que comparten forzosamente poblaciones de características similares y si esto sucede en una misma ciudad, con mayor razón en poblaciones con condiciones geográficas distintas y recursos naturales y económicos también distintos. Siendo aún más específicos, todos sabemos que no es lo mismo tratar un proceso infeccioso en un individuo desnutrido que en uno que no lo es, en uno de 30 años que en uno de 80, cuando hay enfermedades intercurrentes o no pero usualmente no lo recordamos.

Lo mismo sucede con el personal médico y paramédico cuya preparación y actualización debe estar acorde con los rasgos demográficos y epidemiológicos de las poblaciones atendidas. Por ejemplo Parchman y Culler en un estudio desarrollado en Pennsylvania demuestran que la actitud y el desempeño de médicos familiares pueden evitar ingresos arios innecesarios<sup>6</sup>. Es clara la utilidad que cada profesional de la medicina conozca exactamente las características mencionadas de su "micro universo" de trabajo para poder ofrecer una atención particularmente específica<sup>7</sup>. El conocimiento de estos indicadores ha permitido en otros países desarrollar programas con cambios organizacionales, profesionales y económicos, según comenta Rossi y colaboradores, o bien ha permitido definir otro tipo de necesidades como la creación de áreas de ización temporal<sup>8</sup>. Este trabajo solo es un ejemplo somero de ello, dicha información debe ser manejada por cada integrante de cada Servicio y no solo por los Jefes de Área; no en función de cuánto se invierte o cuánto se gasta sino cómo y con qué beneficio. Como ejemplo, los médicos debemos tener atención en la estancia aria por paciente y si ésta es prolongada cuidar que no lo sea debido a diagnósticos o



tratamientos erróneos o complicaciones arias. El tener estos indicadores al día y conocerlos permite modificar conductas y/o rutinas en beneficio del paciente. Los "números fríos" de las estadísticas deben aplicarse racionalmente al trabajo diario y no dejarlos ahí como constancia de una competencia mal entendida, donde importan los resultados finales independientemente de cómo se alcanzan, convirtiendo a nuestros pacientes en un medio y no en un fin en este sistema tan complejo de salud.

*Aporte científico al trabajo de investigación: Este trabajo de investigación definirá el concepto de productividad de los servicios médicos, ayudando a la fundamentación teórica de las variables inmersas en este estudio. Permitirá establecer escalas de valores para medir los factores asociados a la productividad.*

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Cuando se combinan, la tecnología y la medicina toman un inmenso poder e importancia como mediadores entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. El trabajo de investigación se fundamenta en el paradigma de la “*Medicina Social*”: Servicios Adecuados para toda la población, cuyo lema es la “*Solidaridad*”

Aron Raymond, uno de los sociólogos contemporáneos de mayor lucidez, señala en su libro “*Las etapas del pensamiento sociológico. Durkheim- Pareto- Weber*”, que existe la conocida ley de Pareto (Aron, 1970), del economista francés Wilfredo Pareto (1880), utilizada actualmente en las organizaciones públicas y privadas con éxito; esta se refiere a que los recursos son siempre insuficientes para satisfacer las necesidades, por lo cual deben aplicarse donde tengan mayor impacto. Dado que la mayoría de las situaciones son repetitivas, se debe investigar cuáles son las responsables del 80 por ciento, lo cual permite identificar unas cuantas, en tanto que el restante 20 por ciento se compone de una infinita variedad. De aquí que al controlar unas cuantas situaciones también es posible hacerlo sobre un 80 por ciento. En forma simple, la ley o principio de Pareto señala que los recursos son siempre insuficientes para satisfacer las necesidades,

por lo cual deben aplicarse donde tengan mayor impacto. Con base en lo anterior, en un sistema de servicios de salud o médicos, hay que determinar cuáles son los padecimientos más frecuentes e importantes en un país o área geográfica y organizar la atención médica para combatir especialmente estos. Hay, además, que tener presente que los servicios públicos tienen siempre presupuestos limitados. (Jaramillo Antillón, 1998)

En los albores del siglo XX puede hablarse en lo que a medicina social se refiere, del surgimiento de una estrategia ofensiva por el bienestar del hombre, la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la facilidad de acceso a los servicios de salud.

### **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El trabajo de investigación tiene como marco legal los artículos 362 y 362 de la sección segunda del capítulo 4 de la Constitución del Ecuador, así como los artículos: 42, 43, 44, 45 y 46 de la sección segunda . A continuación se describen los artículos mencionados como sustento del trabajo de investigación:

## **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

### **CAPÍTULO 4**

### **DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

#### **SECCIÓN SEGUNDA**

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

#### **SECCIÓN CUARTA**

#### **DE LA SALUD**

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

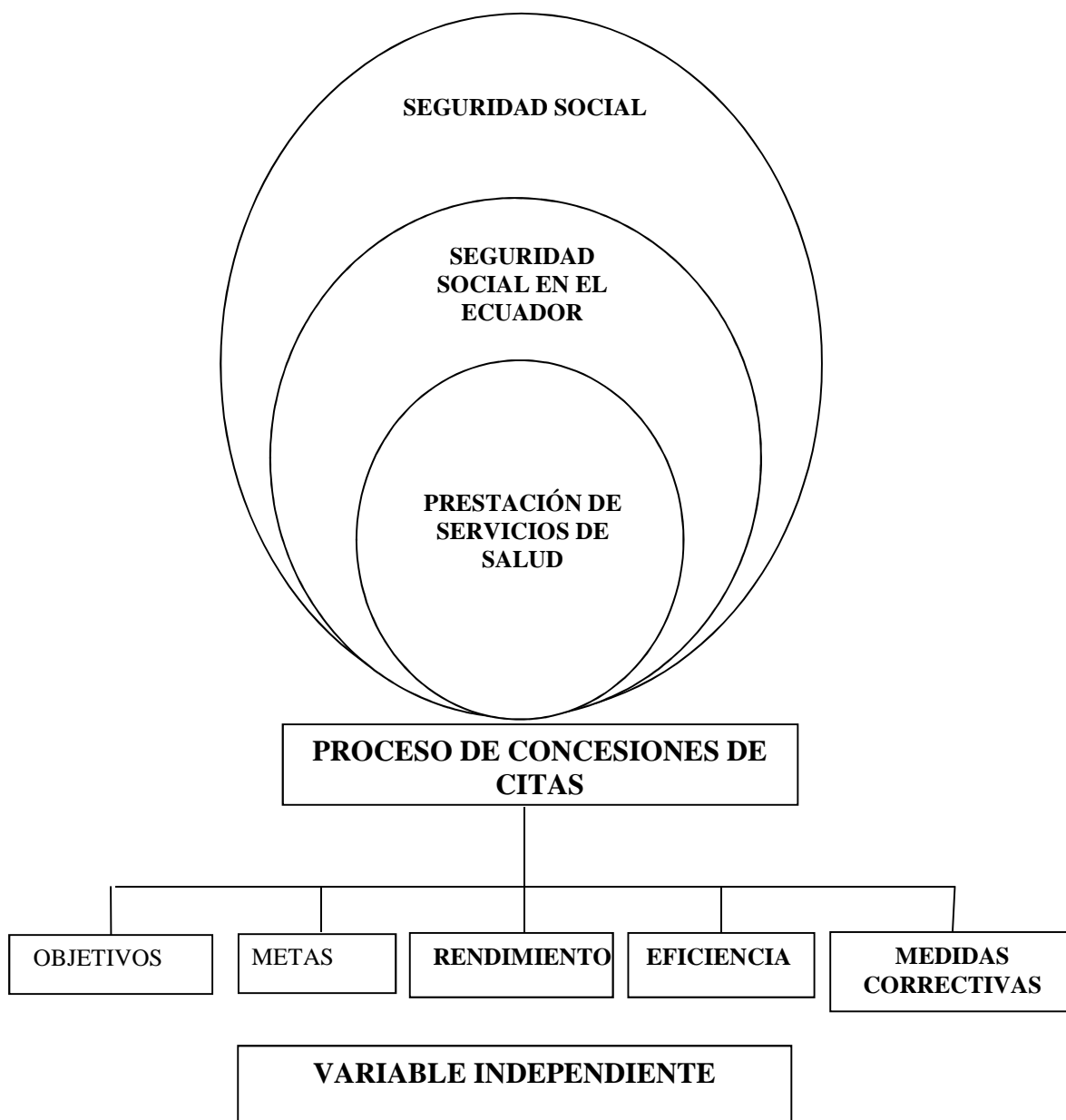
Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

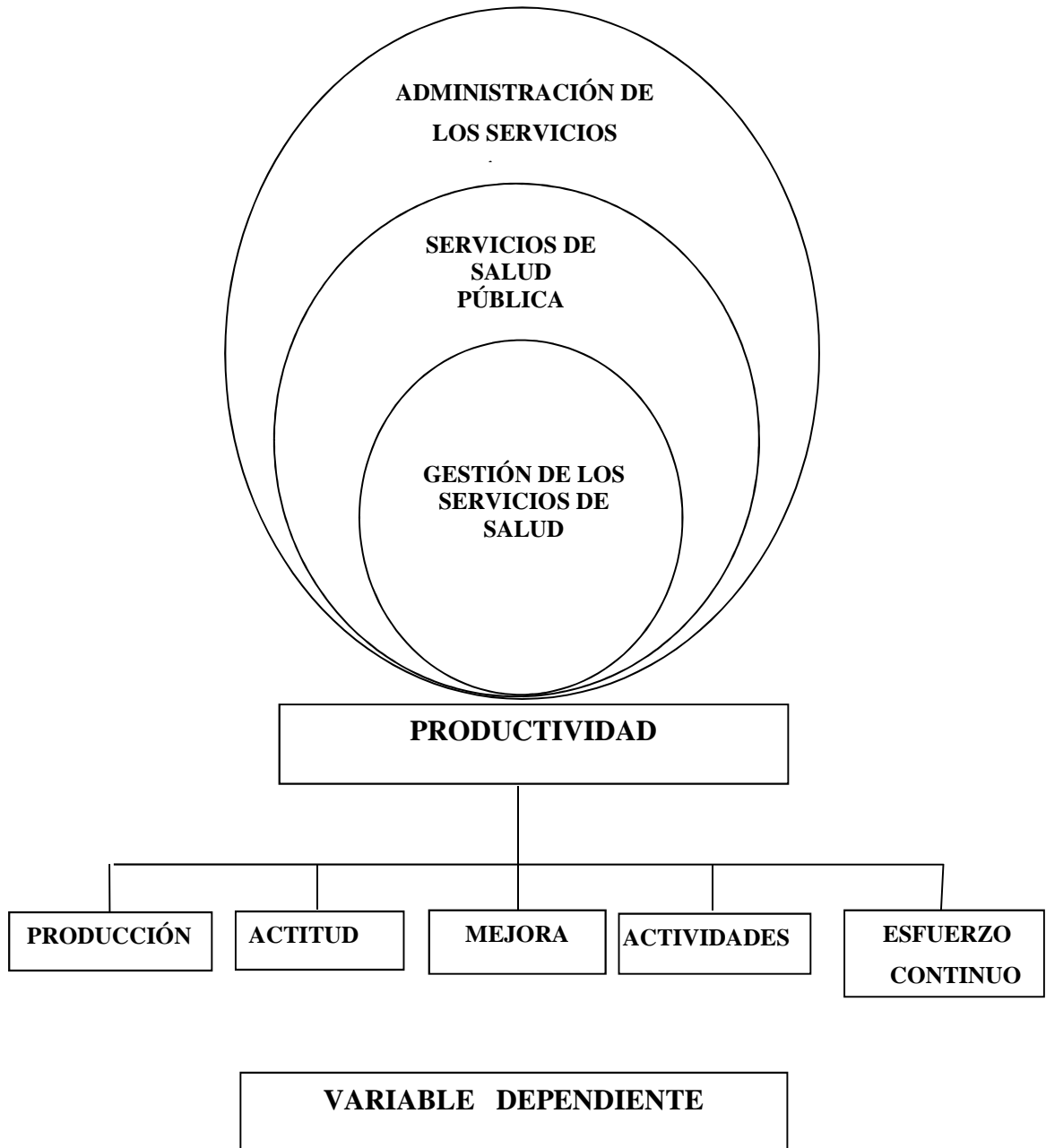
## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Gráfico 1. Variable independiente



**Elaborado por:** María del Carmen Oña

Gráfico 2. Variable Dependiente



Elaborado por: María del Carmen Oña

## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.5.1 Seguridad Social**

La seguridad social es un conjunto de medidas que la sociedad proporciona a sus integrantes con la finalidad de evitar desequilibrios económicos y sociales que, de no resolverse, significarían la reducción o la pérdida de los ingresos a causa de contingencias como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras.

La forma más común de identificar la seguridad social es mediante las prestaciones y la asistencia médica, sin embargo, esas son solo algunas de las formas en las que se presenta en la vida cotidiana. En los hechos, la seguridad social también se encuentra en los actos solidarios e inclusivos de las personas hacia los demás, pues esos actos llevan en sí mismos la búsqueda del bienestar social.

En la actualidad, existe un consenso internacional respecto a la consideración de la seguridad social como un derecho humano inalienable, producto de casi un siglo del trabajo mancomunado de organismos internacionales relevantes, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), e instituciones supranacionales, como la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

Por último, cabe señalar que la seguridad social es mencionada como un derecho en la Carta Internacional de Derechos Humanos, donde claramente se expresa:

*Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de*

*su personalidad.* (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 2013)

## **Objetivos**

El objetivo de la seguridad social es la de ofrecer protección a las personas que están en la imposibilidad (temporal o permanente) de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus principales necesidades, proporcionándoles, a tal efecto:

El término puede usarse para hacer referencia a:

- Seguro social, Entidad que administra los fondos y otorga los diferentes beneficios que contempla la Seguridad Social en función al reconocimiento a contribuciones hechas a un esquema de seguro. Estos servicios o beneficios incluyen típica mente la provisión de pensiones de jubilación, seguro de incapacidad, pensiones de viudez y orfandad, cuidados médicos y seguro de desempleo.
- Mantenimiento de ingresos, principalmente la distribución de efectivo en caso de pérdida de empleo, incluyendo jubilación, discapacidad y desempleo.
- Servicios provistos por las administraciones responsables de la seguridad social. Según el país esto puede incluir cuidados médicos, aspectos de trabajo social e incluso relaciones industriales.
- El término es también usado para referirse a la seguridad básica, un término aproximadamente equivalente al acceso a las necesidades básicas, tales como comida, educación y cuidados médicos. (Wikipedia, 2013)

## **Historia**

La Seguridad Social nace en Alemania, en la época del Canciller Otto von Bismarck, con la Ley del Seguro de Enfermedad, en 1883.



La expresión "Seguridad Social" se populariza a partir de su uso por primera vez en una ley en Estados Unidos, concretamente en la "Social Security Act" de 1935. Y, posteriormente, el concepto es ampliado por Sir William Beveridge en el llamado "Informe Beveridge" (el llamado "Social Insurance and Allied Services Report") de 1942 con las prestaciones de salud y la constitución del National Health Service (Servicio Nacional de Salud, en español) británico en 1948. Japón antes de la Segunda Guerra Mundial es uno de los principales impulsores mundiales de la seguridad social, creando el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Bienestar y su propio sistema de pensiones e incapacidad. (Wikipedia, 2013)

## **2.5.2 Seguridad Social en el Ecuador**

### **Evolución y Actualidad**

El gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 018, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada que de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones. La Ley consagró a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector laboral público y privado. Su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuario. En octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

Posteriormente en 1963, mediante el Decreto Supremo No. 517 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex -Instituto Nacional de Previsión. En 1962 formaban parte de ella la Caja militar y la Caja policial hoy ISSFA e ISSPOL respectivamente. Luego las Fuerzas Armadas lograron su separación del IESS para formar el ISSFA en 1992 y en 1995 lo mismo logra la Policía Nacional que forma el ISSPOL. (ISSPOL, 2012) (ISSFA, 2012)

Mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y Publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.<sup>3</sup>

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social. (IESS, 2012)

### **Servicios y Prestaciones**

El IESS ofrece los siguientes servicios a los asegurados:

- a. Seguro de Salud:** El Seguro General de Salud Individual y Familiar está orientado a brindar bienestar a todas y todos los asegurados y beneficiarios, con prestaciones de salud y servicios con calidad y calidez; y a cubrir de manera universal e integral todos los ciclos vitales del ser humano. Protege a:
- Afiliado/afiliada activo y voluntario del Seguro General Obligatorio y sus dependientes: cónyuge o conviviente con derecho (previa solicitud) e hijos menores de 18 años;
  - Pensionistas de invalidez, vejez del Seguro General, y pensionista de incapacidad permanente, total o absoluta de riesgos del trabajo, y sus dependientes: cónyuge o conviviente con derecho (previa solicitud) e hijos menores de 18 años;
  - Beneficiarios de montepío por orfandad, hijos menores de 18 años.
- b. Seguro de Pensiones:** El Seguro de Pensiones protege económicamente al asegurado (a) al IESS y su familia, con prestaciones sociales que se financian con el 9,74% del salario de aportación del afiliado y afiliada. Las prestaciones son las siguientes:
- Jubilación Ordinaria por Vejez.
  - Jubilación por Invalidez que incluye el Subsidio Transitorio por Incapacidad.

- Pensiones de Montepío.
- Auxilio de Funerales.
- Jubilaciones Especiales: a los trabajadores de telecomunicaciones, a los de artes e industrias gráficas; y a los zafreros.
- Rentas Adicionales: Ferrocarriles, Magisterio Fiscal y Gráficos.
- Mejoras de jubilación por Vejez.

Beneficios adicionales para el pensionista:

- Mejor Aumento al cumplir 70 años de edad y haberse jubilado con 420 (35 años de aportes) impositivos o más.
- Aumento Excepcional: cuando cumple 80 años de edad y se jubiló con 360 (30 años de aportes) impositivos o más.

**c. Seguro de Riesgos de Trabajo:** Proteger al afiliado y al empleador de los riesgos derivados del trabajo, mediante programas de prevención y acciones de reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.

**d. Seguro Social Campesino:** Este Seguro, que es un régimen especial, protege a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, con programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Promueve la participación social para contribuir a elevar el nivel de vida y potenciar su historia, organización y cultura. Beneficiarios:

- El jefe de familia asegurado,
- Cónyuge o conviviente,
- Hijos y familiares que vivan bajo su dependencia,
- Jubilado y
- Pescador Artesanal

Servicios y prestaciones:

- Promoción, prevención en salud, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.
- Atención odontológica preventiva y de recuperación.
- Atención durante el embarazo, parto y postparto.
- Pensiones de jubilación por invalidez y vejez.

- Auxilio de funerales.

A continuación se realiza un resumen de los servicios que el IESS ofrece a sus afiliados:

- a. Programas de fomento y promoción de la salud
- b. Acciones de medicina preventiva:
  - Consulta e información profesional
  - Procedimientos auxiliares de diagnóstico
  - Medicamentos e intervenciones necesarias
  - Atención odontológica
- c. Asistencia médica curativa integral y maternidad:
  - Consulta profesional
  - Exámenes y procedimientos de diagnóstico
  - Actos quirúrgicos
  - ización
  - Entrega de fármacos
  - Y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud
- d. Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, sin límite de beneficios o exclusión en la atención.
- e. Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.

### **2.5.3 Prestación de servicios de Salud**

Entre los recursos tecnológicos para los servicios de salud, el centro de llamadas telefónicas de los es (“Call Center” como anglicismo popularizado) para solicitar turnos o hacer consultas, se ha puesto de moda, pero de manera anti técnica. El mercado tecnológico se siente contento y la publicidad mediática provoca impacto, pero la realidad es otra. No solo que la población sufre dolores de cabeza al no conseguir su objetivo, sino que este recurso se utiliza de modo inadecuado.

La solicitud de turnos y las consultas desde el domicilio deben realizarse exclusivamente hacia los centros ambulatorios de salud, y a los más cercanos.

Dichas solicitudes pueden, además, hacerse personalmente. Para no malgastar el tiempo del usuario (de cuya paciencia se abusa exageradamente en la actividad pública con largas colas y en la privada con pacientes esperas), los ingleses, por ejemplo, recomiendan dar dos turnos simultáneos, con lo cual quien llega primero pasa y el que llega segundo solo espera una consulta.

Nadie debe solicitar turnos o efectuar consultas desde el domicilio directamente al nivel ario por la vía del “Call Center”. Los es están para atender las mismas solo desde los servicios ambulatorios, y exclusivamente para ingresos o consultas de especialidades. El paciente llama o acude al servicio del Primer Nivel o ambulatorio, y solo éste refiere al Hospital.

En varios casos es de especialidades estudiados, del MSP y el IESS, se comprobó que los pacientes referidos desde los servicios ambulatorios, tenían que solicitar los turnos de consultas especializadas en la misma condición que la población general. Los es no deben atender consultas “generales” pues si lo hacen colapsan sus “consultas externas” o sus emergencias con casos que no lo son. Atender dichas consultas (incluso con el “Call Center”) es un absurdo, y resulta absolutamente injusto para los pacientes referidos desde el ambulatorio. El agravante para estos es que el especialista, cuando lo consiguen, “se queda” con el paciente y no lo refiere de vuelta al ambulatorio de donde vino.

La falta de capacitación técnica, de mecanismos de estudio y análisis, de socialización, incluso de debate, llevó una ausencia de planificación técnica en este tema. Se espera que en la nueva gestión se construya como es debido el sistema de referencia entre los niveles, como parte del Sistema Nacional de Salud. (Hermida, 2013)

### **Definición “Call Center”**

Históricamente, los Call Centers nacieron de la oportunidad de prestar un servicio inmediato al cliente a través del teléfono. Al principio era principalmente informativo y tenía un carácter de servicio accesorio a la oferta principal del

producto. Sin embargo, su utilización se expandió considerablemente, debido principalmente a dos factores:

- Fuerte competencia, que convirtió un servicio de lujo en un canal habitual y necesario de contacto con el cliente.
- Fuerte demanda del cliente particular, que cada vez goza de menos tiempo de ocio y por tanto le da más valor a su tiempo libre.

Esto, unido a una fuerte innovación tecnológica, hacía presagiar al sector un brillante porvenir, que en la realidad no ha cubierto todavía las expectativas que se habían puesto en él. Ahora bien, cabe destacar el esfuerzo que están realizando las compañías del sector por corregir y potenciar las carencias que en el día a día se están dando.

Un Centro de Atención de Llamadas o Call Center constituye un vehículo de comunicación entre el cliente y la empresa a través del cual éste se manifiesta para expresar una consulta, solicitar un servicio, realizar una queja o reclamación, o comunicar una incidencia con el servicio contratado, principalmente. (Muñiz González, 2000)

Como canal de comunicación éste ha de ser ágil y sencillo, que dé respuesta al Cliente en el menor tiempo posible y con una información de calidad. No basta con poner a disposición del cliente un número de teléfono al cual poder dirigirse.

Cuando una llama al número de atención a clientes espera que se le trate de una manera cordial y rápida, con la menor demora posible, de una forma directa, es decir, con el menor número de trámites, y que se le proporcione una solución de acuerdo a sus expectativas. El cliente espera que se le trate de una manera única, con un trato casi personalizado. (Leal & de Castañeda, 2003)

### **Citas Médicas en las Unidades de Salud del IESS a través del Call Center**

Para acceder a los servicios que presta el Seguro de Salud del IESS, en las Unidades o Centros de Atención Médica Ambulatoria de primer nivel, el

asegurado (a)| debe solicitar su primera cita médica a través del sistema de Call Center, marcando 111 Opción 1. En la primera cita, la atención que reciben los asegurados y beneficiarios es la de un médico general en las siguientes áreas:

- Medicina General
- Medicina Familiar
- Pediatría
- Ginecología
- Psicología
- Traumatología

Para las demás especialidades, el asegurado debe tener una orden de transferencia de los médicos mencionados, la cual es otorgada ya sea por el sistema informático de la red o con un documento manual.

En casos de emergencia, es decir, cuando está en riesgo la vida del paciente, los asegurados y beneficiarios pueden acercarse a las áreas de Emergencia de las unidades médicas públicas o privadas del país, más cercana.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) ha implementado el nuevo Contact Center, cuyo objetivo es mejorar el servicio de asignación de citas médicas.

Ante ello, el IESS informó que para que el afiliado o jubilado obtenga su cita, deberá llamar a los números 1800 100 000 o al 140 de acuerdo con el siguiente horario: lunes, miércoles y viernes, durante todo el día se receptorán las llamadas de todas las personas cuyo último número en su cédula de identidad sea 2, 4, 6, 8 o 0.

Mientras que martes, jueves y sábado, durante todo el día también, el nuevo Call Center receptorá las llamadas de todos los afiliados del IESS cuyo último número en su cédula de identidad sea 1, 3, 5, 7 y 9.

Sin embargo, los domingos se podrá llamar sin restricción, números pares e impares. Además, dijo que el número telefónico 161 es para recibir servicio de atención médica por teléfono, sin restricción del número de cédula. (Diario PP "El Verdadero", 2012)

#### **2.5.4 Evaluación del Proceso de Concesión de Citas**

Es una tarea muy importante para los Directores de las Unidades de Salud del IESS saber medir la eficiencia de los servicios de su Call Center, saber medir y calcular de manera precisa toda una serie de indicadores a fin de obtener la información acertada para la toma de sus decisiones. Unas de las métricas más comunes e importantes en los Call Center es el Nivel de Servicio.

##### **Nivel de Servicio (N.S) o TSF**

Es un indicador que se utiliza para medir la calidad de atención cuantitativa de los servicios Inbound, también denominado “factor de servicio telefónico” o TSF. Es el porcentaje de llamadas entrantes que se responden antes de transcurrido un plazo específico. Existen términos que se van a definir para entender mejor el Nivel de Servicio.

- Llamadas Ofrecidas: son todas las llamadas que demandan servicio, provienen del exterior desde alguna central del proveedor de servicios telefónico y pueden convertirse en llamadas recibidas cuando la capacidad del Call Center permite que entren en el ACD<sup>1</sup> o se convierten en llamadas bloqueadas cuando el Call Center se satura.
- A su vez las llamadas que ingresan a ACD (llamadas recibidas) pueden convertirse en llamadas Atendidas si logran entrar en contacto con un

---

<sup>1</sup>Distribuidor automático de llamadas, el cual, realiza una distribución automática que equilibra las cargas de trabajo en los operadores. El ACD sabe el momento exacto en que entra una llamada y tiene control del tiempo que utilizan los agentes en cada llamada, por eso puede asignarle la nueva llamada al agente que lleva más tiempo esperando.



Agente o ejecutivo de atención (depende de la capacidad de ejecutivos que tenga el Call Center) o convertirse en “Llamadas Abandonadas” si no logran ser atendidas por un ejecutivo, a esto lo llamamos abandono.

Los Niveles de Servicio pueden medirse en tres escenarios distintos:

- Escenario 1: Llamadas atendidas antes de x segundos/ Llamadas recibidas.
- Escenario 2: Llamadas atendidas antes de x segundos/ (Llamadas recibidas – llamadas abandonadas antes de y segundos).
- Escenario 3: Llamadas atendidas antes de x segundos/ Llamadas atendidas

Estos tres escenarios utilizados para calcular el Nivel de Servicio generan valores diferentes, y dependiendo de los “Acuerdos de Nivel de servicio” que se tengan se determina cual se usa, por lo general el primero es el más usado por los Call Center. Los Niveles de Servicio (N.S) se expresan en términos de porcentaje de llamadas atendidas dentro de un tiempo dado. Por ejemplo: “95% de las Llamadas Atendidas en Menos de X Segundos” (TSF).

### **Calcular el Nivel de Servicio (N.S)**

Utilizaremos el Escenario 1 para calcular el N.S mediante la siguiente fórmula:

$$N.S = \text{Llamadas atendidas antes de } x \text{ segundos} / \text{Llamadas recibidas.}$$

Si nuestro Nivel de Servicio debe Ser 80% en 20”, es decir 80% de las llamadas atendidas antes de los 20 segundos nuestra fórmula sería la siguiente.

$$N.S = \text{Llamadas atendidas antes de } 20'' / \text{Llamadas recibidas.}$$

Si de 100 llamadas recibidas atendimos 80 antes de los 20” nuestro N.S es de 80%

$$N.S = 80/100$$

Lo que es igual a 0,8 que en porcentaje significa 80%

$$N.S = 80/100 = 0,8 = 80\%$$

### **Acuerdo de Nivel de Servicio**

Un acuerdo de nivel de servicio, es un contrato escrito entre un proveedor de servicio y su cliente con objeto de fijar el nivel acordado para la calidad de dicho servicio. El N.S, es un Indicador que ayuda a ambas partes a llegar a un consenso

en términos del nivel de calidad del servicio, También constituye un punto de referencia para el mejoramiento continuo, ya que el poder medir adecuadamente los niveles de servicio es el primer paso para mejorarlos y de esa forma aumentar los índices de calidad.

Los parámetros designados Generalmente para los Acuerdo de N.S incluyen:

- ABA (o razón de abandono): Porcentaje de llamadas abandonadas mientras esperaban recibir atención telefónica.
- ASA (tiempo medio de atención): Tiempo medio normalmente medido en segundos, utilizado para que el Call Center responda la llamada.
- TSF (factor del tiempo de servicio): Porcentaje de llamadas respondidas en un plazo de tiempo determinado, por ejemplo 80% en 20 segundos.
- FCR (resolución en la primera llamada): Porcentaje de llamadas recibidas que pudieron ser resueltas sin necesidad de una segunda llamada.
- TAT (Time o tiempo de respuesta): Tiempo utilizado para completar una tarea determinada.

### **2.5.5 Administración de Servicios de Salud**

#### **Concepto**

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. En otras palabras, la administración en salud es la administración de empresas aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento en la salud de las personas usuarias, a quienes -dentro del establecimiento de salud- se les denominan clientes y/o pacientes.

A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud. ( Health Administration, 2013)

## **Planificación de los Servicios de Salud**

Para asentar sobre bases científicas la planificación de los servicios de salud pública, que antes se inspiraba sobre todo en criterios empíricos, es preciso entre otras cosas partir de ciertos principios generales fundados en los conocimientos con que se han enriquecido la medicina y la sanidad modernas y en las tendencias que marca el desarrollo de los servicios de salud pública en muchas partes del mundo. Al formular esos principios han de tenerse en cuenta las grandes diferencias que se observan de un país a otro en la estructura administrativa, en el grado de desarrollo social, en la naturaleza y amplitud de las necesidades sanitarias, en los recursos disponibles para atender esas necesidades e incluso en las actitudes de la población. Será inevitable, pues, que su contenido refleje la gran diversidad de los criterios aplicables. Un carácter común que puede, sin embargo, destacarse consiste en que el Estado se encarga de facilitar en medida mayor o menor servicios sanitarios a la persona y servicios de saneamiento del medio por considerarlos de incumbencia suya.

La experiencia de muchos países confirma que la determinación de la política sanitaria del gobierno es la fase fundamental de la planificación de los servicios.

A medida que la protección y el mejoramiento de la salud de la población pasan progresivamente a ser una función del Estado, se hace más necesario comprobar en cada país que los servicios sanitarios responden a las necesidades y que su planificación se ha inspirado en los conocimientos modernos de las ciencias médicas. A esos efectos hace falta haber establecido para todo el país o para cada Estado federado una administración sanitaria central que funcione con eficacia y sea el órgano responsable encargado de determinar y aplicar la política sanitaria.

Antes de haber fijado esa política de acuerdo con los propósitos económicos y sociales del gobierno, procede practicar una encuesta completa y sistemática de la situación sanitaria. Cuando, como ocurre en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, la encuesta pone de manifiesto numerosos problemas que

probablemente han de ser atendidos con unos recursos limitados, habrá que decidir el orden de prioridad. Ajustándose al que se haya establecido, se señalarán luego objetivos generales y particulares para alcanzar ciertos resultados en un periodo determinado. La etapa siguiente tendrá por objeto lograr el mayor rendimiento posible de la coordinación y la cooperación y asentar así las bases para la buena ejecución del plan mediante consultas extendidas a todos los interesados: funcionarios médicos y sanitarios de la administración de salud pública en todos sus niveles, servicios competentes de otros departamentos ministeriales, profesiones médicas y afines y elementos representativos de la población en general. De todo ello se hace un examen más detallado en las páginas siguientes.

(Evang, Gordon, & R.G, 1951) han dicho que “la administración sanitaria tiene el deber imperioso de comprobar si las diversas formas de la labor médica se ejercen, coordinan y armonizan convenientemente ; y como las actividades médicas, sanitarias y médico-sociales tienen una complejidad y un costo cada vez mayores, se hace indispensable el funcionamiento de un órgano dotado de personal idóneo que tenga a su cargo la planificación con atribuciones que se extiendan a la administración nacional y a las administraciones locales”.

Los servicios de planificación varían mucho en su estructura y competencia según los países donde se han organizado. En algunos casos se ha constituido un consejo o comisión nacional de planificación que tiene a su cargo el establecimiento de los planes generales de desarrollo económico y social y dedica una de sus secciones a los servicios de salud pública. Más corriente es la solución de establecer oficialmente una comisión especial de planificación con amplias atribuciones para que estudie los problemas sanitarios del país, evalúe los recursos y medios con que afrontarlos y recomiende en consecuencia las medidas que proceda aplicar. Otro método consiste en reservar una oficina o servicio especial en el ministerio de sanidad a los trabajos de planificación, lo que tiene además la ventaja de mantener constantemente activo el interés por esa labor. En ocasiones se han establecido comisiones especiales para estudiar determinados aspectos de la administración sanitaria. También se da el caso de que las diversas secciones o

divisiones del ministerio de sanidad preparen los planes de sus respectivos servicios que se incorporan luego en un plan general preparado por el funcionario superior a quien incumba ese cometido. Con el mismo objeto se puede encargar a uno o varios expertos en administración sanitaria que estudien la situación con referencia a las necesidades de la población y a las posibilidades y recursos de los servicios sanitarios y que hagan las recomendaciones oportunas para su desarrollo ulterior.

En cualquier caso será indispensable que el personal encargado de la planificación tenga la debida competencia teórica y práctica y disponga de latitud bastante para afrontar situaciones imprevistas. (Organización Mundial de la Salud, 1961)

### **Administración de recursos humanos de los servicios de salud.**

El objetivo de la administración de recursos humanos son las personas y sus relaciones dentro de las organizaciones (Malik, 1996). La administración de recursos humanos sirve para mantener la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano.

Ya es un paso adelante percibir que las personas que trabajan en la organización representan su recurso crítico, o sea, aquel sin el cual ella no consigue realizar su trabajo.

Esto es particularmente correcto en las organizaciones de salud que, además de depender de la tecnología, no consiguen aplicar esta tecnología sin contar con el recurso humano adecuado. Hoy se considera que el concepto más adecuado está en discutir administración de talentos, ofreciendo a las personas la oportunidad de desarrollarse mientras trabajan en la organización.

Para dar una idea genérica y tradicional respecto a cómo comprender la administración de recursos humanos, se puede decir que ella puede ser entendida como un subsistema de cualquier organización. Al final, son las personas quienes rechazan el trabajo en las organizaciones. Inclusive en aquellos casos en que

existe una marcada substitución del elemento humano por máquinas, aun así hay personas que van a recoger lo que fue colocado en esas máquinas, verificar lo que fue hecho por ellas, prenderlas, apagarlas, y decidir cuándo deben ser accionadas.

De cierta forma, es por medio de la utilización del modelo de teoría general de sistemas que el término "recurso humano" se vuelve aceptable. (Malik, 1996) Administración de recursos humanos es el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos las habilidades etc., de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general.

Los cuatro principales objetivos de los recursos humanos:

- Objetivos sociales. Saber mantenerse dentro de la sociedad como un individuo con valores y propósitos dentro de ella.
- Objetivos organizacionales. Tener un buen control dentro de las funciones directivas y administrativas de una organización.
- Objetivos funcionales. Están enfocadas en función de las necesidades de la organización.
- Objetivos individuales. Son los que pretenden seguir y alcanzar los recursos humanos dentro de una organización. (Quinteros, 2005)

En primer lugar, es necesario que exista la organización, que tenga objetivos, que los conozca y los comprenda, para tener claro lo que desea hacer. Los dirigentes sabrán traducir las ideas abstractas al campo de lo concreto, o sea, descubrir cuáles son las personas aptas/capacitadas/habilitadas para hacer aquello que la organización precisa.

Por ejemplo, decir que se necesita enfermeros es muy vago, pues hay profesionales de esta categoría que desarrollaron competencias en salud pública y hay otros que se especializaron en áreas médico-quirúrgicas; están los que desempeñan mejor actividades asistenciales y otros cuya predisposición se inclina a la actuación administrativa. Siempre se trata de enfermeros, pero saber qué características se desea para realizar determinada tarea, aunque solo sea para

ofrecer entrenamientos compatibles, puede tornar más eficiente y eficaz la organización como un todo, al menos a largo plazo. (Malik, 1996)

## **2.5.6 Los Servicios de Salud Pública**

### **Definición**

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas. (Definicion.DE, 2013)

### **Funciones esenciales de salud pública que han sido identificadas a fin de medir su desempeño. (Documento OPS/OMS, 2000)**

A continuación se describen cada una de las once FESP<sup>2</sup> que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas y que están contenidas en el instrumento de medición de su desempeño que ha sido desarrollado por la OPS<sup>3</sup>.

El listado que sigue al título de cada una de ellas corresponde a los componentes que la integran y que son la base de la definición de estándares, indicadores, mediciones y submediciones actualmente en desarrollo.

- 1) Función esencial 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la Población

---

<sup>2</sup>Funciones esenciales de salud pública

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud

- La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
  - La identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.
  - El manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
  - La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
  - La identificación de recursos extra sectoriales que aportan en promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.
  - El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extra sectoriales, proveedores y ciudadanos).
  - La definición y el desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.
- 2) Función esencial 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- La capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud.
  - La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general.
  - Laboratorio de Salud Pública capaz de conducir tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud.
  - El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas.



- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan un mejor enfrentamiento de los problemas de salud de interés.
  - La preparación de las autoridades sanitarias para activar una respuesta rápida, dirigida al control de problemas de salud o riesgos específicos.
- 3) Función esencial 3: Promoción de la salud
- Las acciones de promoción de la salud en la comunidad y el desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana.
  - El fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones promocionales, especialmente aquellas que se dirigen al ámbito de la educación formal de jóvenes y niños.
  - El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
  - La implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.
  - La colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para entregar información sobre salud.
- 4) Función esencial 4: Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.
  - El fortalecimiento de la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para el mejoramiento del estado de salud de la población y la promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

- El apoyo en tecnología y experiencia en la constitución de redes y alianzas con la sociedad organizada en la promoción de la salud.
  - La identificación de los recursos comunitarios que colaboren en las acciones de promoción y en la mejoría de la calidad de vida, reforzando su poder y capacidad de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a servicios adecuados de salud pública.
  - La información y la abogacía ante las autoridades gubernamentales en materia de prioridades de salud, en particular con relación a aquellas cuyo enfrentamiento depende de mejorías de otros aspectos del nivel de vida.
- 5) Función esencial 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
- El desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo en todos los niveles que resulte coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan.
  - La planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en los niveles subnacionales.
  - La definición y perfeccionamiento de los objetivos de salud pública, los que deben ser mensurables, como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.
  - La evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política nacional que resguarde la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional.
  - El desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública.
  - La definición de los objetivos nacionales de salud pública para apoyar el papel de rectoría del Ministerio de Salud o su equivalente, en lo que respecta a la definición de los objetivos y prioridades para el conjunto del sistema de salud.
  - La gestión de salud pública, en cuanto al proceso de construcción, implantación y evaluación de iniciativas organizadas diseñadas para enfrentar problemas de salud poblacionales.

- El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencias e incorporando gestión de recursos, capacidad de liderazgo y comunicación eficaz.
  - El desempeño de calidad del sistema de salud pública, en cuanto a resultados de la gestión exitosa, demostrables a proveedores y usuarios de tales servicios.
- 6) Función esencial 6: Regulación y fiscalización en salud pública
- El desarrollo y la fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública.
  - La generación de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud, así como a promover ambientes saludables.
  - La protección de los consumidores en sus relaciones con los servicios de salud.
  - La ejecución de todas estas actividades de regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.
- 7) Función esencial 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
- La promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud e incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
  - La evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud necesarios a través de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
  - El desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública.

- La facilitación de la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención) y a los servicios de educación para la salud, promoción de la salud, y prevención de enfermedades.
  - La estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- 8) Función esencial 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.
  - La definición de requerimientos para la licenciatura de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
  - La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
  - El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario en salud pública.
- 9) Función esencial 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
- La promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y el desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
  - La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.

- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- El uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

10) Función esencial 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública

- El continuum de innovación que va desde los esfuerzos de investigación aplicada para impulsar cambios en las prácticas de salud pública hasta los esfuerzos de investigación científica formal.
- El desarrollo de investigación propia de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de la autoridad sanitaria en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.

11) Función esencial 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

- La planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con la salud pública.
- Un enfoque múltiple respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

### **2.5.7 Gestión de los Servicios de Salud**

El presente capítulo muestra el análisis de los factores asociados a la productividad médica como uno de los problemas prioritarios de la organización

de los sistemas de salud (Hernández, 1988) (Khandwalla, 1989). La productividad quedó definida como la relación entre los resultados obtenidos y los insumos utilizados en un período de tiempo determinado (Call & Holahan, 1985) (Friedman, 1973).

Para demostrar el planteamiento anterior, se tomó el marco de referencia elaborado por distintos autores en otros países, principalmente Estados Unidos y Canadá (Donabedian, 1987) (Scitovsky, 1957), quienes consideran que para el estudio de la productividad médica en los servicios de salud y los factores que la determinan, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

### **El insumo y el producto**

En los servicios de salud el insumo se puede convertir en producto dependiendo de la unidad y el nivel de análisis; un ejemplo de esto podemos verlo cuando se analiza la productividad en el servicio de cirugía, ya que la consulta externa es un insumo para llegar al producto final que sería una intervención quirúrgica (Association American Medical, 1985) (Garbarino, 1990).

### **Presencia de productos múltiples**

En un sistema de atención médica el mismo insumo puede originar diferentes productos, es decir, un médico puede participar en conferencias, hacer intervenciones quirúrgicas, asistir a sesiones clínicas y trabajar en la consulta externa. Por lo tanto, es necesario delimitar el producto a la hora de medir la productividad (Lave, 1976) (Penchansky & Rosenthal, 1985).

### **Definición de la unidad organizacional**

La productividad de un servicio está determinada en gran parte por las aportaciones de los médicos; de manera similar la productividad de los médicos depende de la forma en que ellos utilicen los recursos que les brindan los es, y por supuesto, de la estructura organizacional mediante la cual se organizan los recursos para la producción de servicios.

Por ejemplo, los servicios de un para pacientes internos y externos pueden sustituir casi por completo los servicios a domicilio o los del consultorio; esto

también puede darse en sentido inverso lo que seguramente originaría cambios en la productividad (Mintzberg, 1989) (Kimberly & Leatt, 1983).

### **Otros insumos**

En la producción de servicios médicos intervienen varios insumos. Aunque generalmente el insumo más importante es el médico, hay además otros insumos como son los profesionales de la salud, las diversas e innovadoras tecnologías de tratamiento y administración, así como la organización del personal, del espacio y de la afluencia de trabajo (Daniels, 1971) (Kovner, 1986).

### **Características personales de los médicos**

Además de la magnitud y naturaleza de los insumos, hay ciertas características del médico que influyen en la productividad y la calidad de la prestación del servicio; dichas características incluyen los antecedentes sociodemográficos (edad, sexo, origen social, etc.); antecedentes educacionales (escuela del egresado, posgrado, internado, etc.), y antecedentes laborales (número de empleos en el área médica, tipo de funciones en el segundo o tercer trabajo, antigüedad laboral en la prestación de servicios médicos, y otros) (Wennberg, 1984) (Frenk, 1990).

### **Demanda de servicios**

La variedad y la cantidad de servicios de atención médica que una determinada población demande a una organización de salud, repercute en la productividad de un servicio de atención médica. Es importante considerar las tendencias históricas de la demanda así como los casos nuevos de enfermedad que demanden servicio de atención, puesto que estos dos aspectos pueden estar determinando los patrones de productividad en un momento dado. Tomando en cuenta los aspectos que se mencionan, esta investigación trató de encontrar respuesta a dos preguntas claves:

- ¿Cuáles son las características y los factores determinantes de la productividad médica?
- ¿Cuáles son los patrones y los índices de productividad que hubo en los diferentes períodos de estudio en el de referencia?

Por otra parte, teniendo como objetivos centrales la determinación de los factores asociados a la productividad médica en el servicio de consulta externa y la

identificación de los patrones e índices de productividad en el de referencia, el presente estudio planteó como hipótesis de trabajo que los antecedentes personales, educacionales y laborales de los médicos son factores que están asociados de manera directa a las características que determinan la productividad médica; que la implementación de un cambio organizacional tiene efectos decrecientes sobre la productividad médica y que los cambios en la demanda del servicio intervienen en la productividad de los médicos, de manera que esta aumenta o disminuye según sea la tendencia de dicha demanda.

### **2.5.8 Productividad**

Con respecto a la Productividad, la misma no tiene una sola concepción. De la definición como la relación entre el producto y los insumos ( $\text{Producto} / \text{Insumos} = \text{Productividad}$ ), se ha pasado a la incorporación de la noción de Calidad modificándose por lo tanto el numerador y el denominador. En síntesis, se han sumado variables cualitativas que determinan que la productividad no se mide únicamente con variables cuantitativas (horas de trabajo, capital, etc.). *“La OIT viene promoviendo desde hace muchos años un criterio progresista de la productividad que se basa en la utilización eficaz y eficiente de todos los recursos: el capital, la tierra, los materiales, la energía, la información y el tiempo, además del trabajo.”* (Prokopenko, Mayo-Agosto de 1998) Relaciona el concepto no únicamente con el trabajo; explícitamente advierte que, *“la productividad es actualmente es mucho más que la sola productividad del trabajo y debe tener en cuenta el aumento del costo de la energía y de las materias primas, junto con la mayor preocupación por el desempleo y la calidad de la vida de trabajo”* (Prokopenko, Mayo-Agosto de 1998). La diferencia de la Eficiencia. Además, resalta la inclusión de la Calidad tanto en el producto como en el proceso de la Producción. La noción de productividad se relaciona con cualquier tipo de organización, incluidos los servicios, y no meramente con la producción.

En general, la productividad podría considerarse como una medida global de la forma en que las organizaciones satisfacen los siguientes criterios:

- Objetivos: medida en que se alcanzan



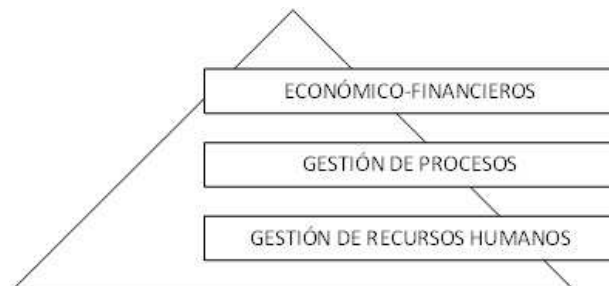
- Eficiencia: grado de eficacia con que se utilizan los recursos para crear un producto útil
- Eficacia: resultado logrado en comparación con el resultado posible
- Comparabilidad: forma de registro del desempeño de la productividad a lo largo del tiempo. (Prokopenko, Mayo-Agosto de 1998)

Con la complejización de la medición de la Productividad, ha surgido la necesidad de lograr una metodología que permita su medición en diferentes organizaciones. A continuación se explicita, sintéticamente, la propuesta realizada por la OIT en colaboración con el Programa Calidad Integral y Modernización (CIMO) de México (Mertens, 1998):

<b>Medición de productividad</b>
Tres tipos de Indicadores:
1. Económicos y Financieros. <i>Para planeación estratégica</i>
2. Gestión de Procesos. <i>Para evaluar Calidad del Proceso</i>
3. Gestión de Recursos Humanos. <i>Para motivar al personal y modificar conductas</i>

El diseño de estos indicadores tiene diferentes grados de libertad. El primer núcleo que lo constituyen los indicadores económicos-financieros son las cifras duras, el diseño está determinado por las reglas básicas de la administración de la empresa. Los indicadores de proceso, denominados “caja negra” del sistema de productividad, abordan la esfera real donde se genera la mejora en la productividad. El de mayor libertad de diseño de indicadores es el correspondiente a la gestión de Recurso Humano aunque deriva de los otros dos.

Gráfico 1. Grados de Libertad en el Diseño de los Indicadores



Fuente: (Mertens, 1998)

Es una propuesta integral de la medición de la productividad que tiene como referente la formación-capacitación del recurso humano. Ha sido desarrollada en varios países de América Latina.

Por otra parte, las estrategias de productividad, a nivel de Naciones, se han modificado producto de la globalización, el impacto tecnológico y la demanda creciente por un desarrollo sustentable. La productividad asociada a la competitividad son dos elementos de suma importancia para el desarrollo de los países. (Prokopenko, Mayo-Agosto de 1998) Se habla de la productividad, en su sentido amplio, como “una medida de eficiencia y efectividad de los recursos usados (inputs) para producir los bienes y servicios que la sociedad necesita en el largo plazo”. (Prokopenko, Mayo-Agosto de 1998)

Se ha esbozado hasta aquí, un panorama muy general de las modificaciones de la concepción de la productividad y la aparición de nuevas metodologías para su medición.

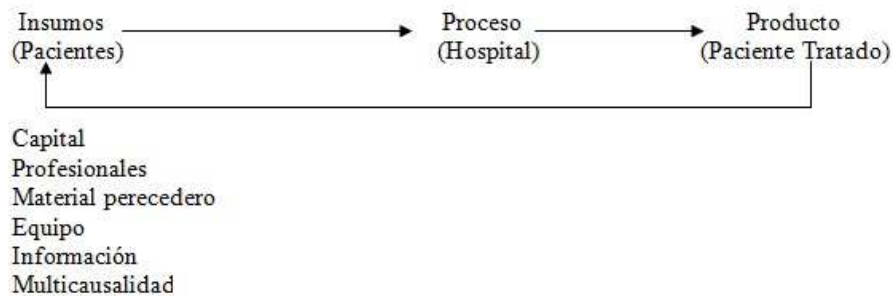
Abocados al tema específico de las Empresa de Salud, corresponde analizar cómo han impactado estas nuevas tendencias en este mercado especial.

Desde hace tiempo, las Naciones, en general, ven con preocupación el importante incremento del Gasto en Salud producto de la aparición la alta tecnología, el aumento del promedio de vida y las nuevas terapéuticas que se imponen. Comienzan a profundizar el conocimiento de los Sistemas de Salud y se incorporan al mismo nuevas metodologías de análisis. Se trasvasan nociones antes aplicadas en el campo de la economía y la industria. La Calidad, la Eficacia y la Eficiencia son parámetros sustanciales en toda Gestión en Salud y en cualquier nivel, habida cuenta que atraviesan a todo el Sistema, desde la Planificación Sanitaria hasta el funcionamiento de un consultorio individual.

Comienzan a impregnarse, con el mejor diagnóstico médico, las nociones de producción tanto en la salud como en la Atención médica. *“El sistema de producción se compone de insumos (inputs), proceso y producto-servicios*

(outputs). Es usual que las organizaciones de atención de salud miden sus servicios (outputs) en términos de pacientes-días, visitas clínicas,.....” (Neuhauser, 1987). Humberto de Moraes Novaes define al como sistema de Producción (Moraes Novaes, 1987):

Gráfico 2. Los es como sistema de producción



Fuente: (Moraes Novaes, 1987)

Más allá de la diferencia de criterios existente en el tema (algunos hablan de una producción menos tangible como la satisfacción del paciente, o en el campo de la Salud el logro de los Hábitos Saludables), es indiscutible que los parámetros de la producción se han instalado definitivamente en la Salud y la Atención Médica: “..., desde el punto de vista económico la atención de salud no es sino producción de servicios sanitarios.” (Moreno & et al, 1998)

Los mecanismos de Monitoreo Permanente de la Calidad y la Acreditación, han introducido la evaluación de variables de estructura, proceso y resultado. Las mismas pueden ser evaluadas por un observador externo (Tercer Observador), o ser integrante de la evaluación permanente de la Empresa (Talleres de Autoevaluación, Comité de Calidad).

En este punto, se impone integrar la productividad como una herramienta más del modelo, considerando que se están utilizando los parámetros de producción, proceso, producto y calidad. Importa cómo medirla y resulta tan compleja como para las empresas en general. En el ámbito de la Atención Médica se están utilizando mecanismo de incentivos para la optimización de la Gestión del Recurso Humano. (Martín & et al, 1994)

Si bien la Productividad es un concepto que puede aplicarse al sector Salud, surge nuevamente la problemática de su medición. Intervienen aquí diferentes paradigmas según cada escenario. No es lo mismo hablar de Salud que Atención Médica, medir la productividad de una Entidad Financiadora que desde una Empresa oferente de servicios de atención.

En relación a integrar la Productividad como parámetro en la discusión de los Convenios Colectivos de Trabajo del Sector Salud, cabe consignar que no existe en la Argentina, la aplicación desarrollada de una metodología de evaluación de la Productividad para el mencionado Sector. Se ha estipulado la medición de las horas de producción según el tipo de trabajo de cada integrante del equipo de salud (cantidad de consultas por hora, cantidad de estudios por tiempo, etc.) pero se advierte que dicha concepción de la Productividad ha quedado desvirtuada; habida cuenta de las modificaciones mencionadas en los ámbitos de la producción y el trabajo.

## **Indicadores de los Servicios de Salud**

### **a. Definición**

Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma. (Barron & Monticelli, 2007)

### **b. Tipos de indicadores**

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque se mantiene hasta el día de

hoy soliendo ser el motivo de los trabajos que monitorizan la calidad de la atención sanitaria y aria.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de la calidad del proceso (indicadores de proceso) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Finalmente, los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. También se utilizan indicadores para medir la eficiencia y resultan complemento obligado de los indicadores de calidad. (Jiménez Paneque, 2004)

### **c. Criterios para su construcción**

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, que va desde el recuento directo (por ejemplo, casos nuevos de malaria en la semana) hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados (esperanza de vida al nacer). La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes de frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo utilizado en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por los siguientes criterios:

- Validez (si efectivamente mide lo que intenta medir)
- Confiabilidad (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados)
- Especificidad (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir)
- Sensibilidad (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir)

- Mensurabilidad (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir)
- Relevancia (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud)
- Costo-efectividad (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos)
- Sencillez (debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar)

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas y comprensibles para los usuarios de la información, como son los directores de centros de salud, los gerentes y, tomadores de decisión tanto en el ámbito local, estatal y nacional. También se requiere cumplir con varios atributos sobre la calidad del conjunto de indicadores, como por ejemplo:

- Integridad (que no falten datos)
- Consistencia interna (que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles, coherentes y no se contradigan)

En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizados es fundamental para garantizar la calidad y comparabilidad de los indicadores de salud. Para ello se establecen manuales y guías de indicadores comúnmente utilizados por los sistemas de salud en todo el mundo. (Treviño García, Valle, Fierro, & de la Loza, 2009).

#### **d. Disponibilidad de la información**

El mantenimiento del conjunto de indicadores depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados.

El monitoreo de los indicadores es importante porque éste condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Éste depende también de la política de diseminación de los indicadores de

salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Por ejemplo, para que un indicador utilizado en actividades de monitoreo tenga relevancia, el tiempo entre la recolección de los datos, su compilación, análisis y diseminación debe ser corto. Generados de manera regular y manejada dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que requiere la epidemiología para la gestión en salud. Las principales fuentes de datos, universalmente propuestas, para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

- Registros de sucesos demográficos
- Censos de población y vivienda
- Registros ordinarios de los servicios de salud
- Datos de vigilancia epidemiológica
- Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales)
- Registros de enfermedades
- Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social)

Estas fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información, es decir, aquellas que recogen sistemáticamente información con una finalidad determinada. Si estos datos no son confiables o simplemente no existen, se pueden buscar fuentes alternativas que generalmente son estimadores indirectos del valor real. Cuando se debe recoger información específica respecto de una situación, por no disponer de información de datos rutinarios, nos referimos al uso de fuentes de información secundarias. (Dirección General de Evaluación del Desempeño - Secretaría de Salud, 2009)

## **2.6 HIPÓTESIS**

La aplicación del proceso de concesión de citas mejorara la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.

### 2.6.1 Variables

- **Variable Independiente:** Proceso de concesión de citas del Call Center
- **Variable Dependiente:** Productividad de los médicos.



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 ENFOQUE**

El enfoque principal como se enmarca en la realidad de mi investigación es cuantitativo porque nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. Asimismo, nos brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares.

#### **3.2 Investigación de Campo**

Se aplicó este tipo de investigación porque, a través de ésta se realizó un estudio sistemático en el lugar que se producen los acontecimientos, se tomó contacto en forma directa con la realidad, para de esta manera obtener información de acuerdo a los objetivos del proyecto, las técnicas utilizadas para ello fueron: encuestas, entrevistas, observación.

La técnica de la encuesta, que se aplicó al personal administrativo y técnico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Baños, con el propósito de conocer las expectativas y necesidades de la misma.

Se aplicará la entrevista al Director, para conocer las causas que han generado el problema que afectan en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Baños para proponer soluciones.

La observación directa, que permitirá analizar los procesos técnicos, operativos y de decisión que en la actualidad se ejecutan en Cantonal Baños.

### **3.2.1 Investigación Bibliográfica.**

Para realizar la investigación bibliográfica se recolectó información secundaria relativa al contenido de este tema. Para su desarrollo necesariamente se consultó boletines informativos, libros, tesis de grado, revistas especializadas y documentos relacionados con la problemática que enfoca el estudio.

Esta información fue recopilada en base a la necesidad de analizar detenidamente los apoyos bibliográficos que faciliten el desarrollo de la investigación ya que es importante un soporte científico que respalde la investigación, por lo tanto se tomó en consideración los documentos mencionados en el trabajo y aquellos que obtuvimos del Internet afianzando el servicio técnico

### **3.3 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se enmarca como una investigación de campo tipo explicativa. Se denomina investigación explicativa, ya que se realiza un análisis de una situación para describir las causas y efectos que definen la Productividad, entender su naturaleza y conocer los elementos constituyentes de ésta relación. Se entiende por investigación de campo la que obtiene información directamente de la realidad del agente social y es recabada por el investigador partiendo de la realidad y obteniendo información de fuente primaria. Se ubica como investigación de tipo explicativa y descriptiva ya que trata de obtener información acerca del estado actual de los fenómenos para describir las variables del estudio y fase inicial de la descripción, registros, análisis, observaciones e interpretación de

la realidad objeto de estudio. El carácter descriptivo se señala ya que comprende la descripción, registros, análisis, observación e interpretación de la realidad objetivo del estudio.

### **3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación es Deductivo, porque va de lo particular a lo general y esto se aplicará cuando se conozcan los indicadores de productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del del IESS y la Evaluación de los servicios del Call Center, determinado la interrelación entre ambos.

La metodología de la investigación a seguir es exploratoria ya que se debe ir continuamente al lugar de la investigación que es la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS. Se realizarán cuestionarios exploratorios, conversaciones y entrevistas para investigar todos los Factores asociados a la productividad de los Servicios de Salud así como los problemas que se presentan y poder plantear posibles alternativas de solución.

### **3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA**

El concepto de población en estadística va más allá de lo que comúnmente se conoce como tal. Una población se precisa como un conjunto finito o infinito de personas u objetos que presentan características comunes. El tamaño que tiene una población es un factor de suma importancia en el proceso de investigación estadística y en nuestro caso social, y este tamaño vienen dados por el número de elementos que constituyen la población, según el número de elementos la población puede ser finita o infinita. Cuando el número de elementos que integra la población es muy grande, se puede considerar a esta como una población infinita.

En nuestra realidad de nuestra investigación la población es muy grande por lo que es obvio que en la observación y/o medición de todos sus elementos se la

complejidad se vuelve alta, en cuanto al trabajo, tiempo y costos necesarios para hacerlo. Para solucionar este inconveniente se utilizará una muestra estadística.

La muestra es una representación significativa de las características de una población, que bajo, la asunción de un error (generalmente no superior al 5%) estudiamos las características de un conjunto poblacional mucho menor que la población global.

La elección de nuestra muestra es muy importante para que los resultados que se extraigan de ella se puedan generalizar a toda la población. Debe haber pocos individuos, para que no sea muy costosa su realización, pero elegidos de forma que aparezcan todos los estratos diferentes que forman la población.

Personal Médico	Asistencia Semanal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Médicos Generales</li> <li>• 1 Médico especialista familiar</li> <li>• 1 Odontólogo</li> <li>• 1 Laboratorista Clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 Pacientes Diarios</li> </ul>

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ + Ne^2}$$

, donde

N: es el tamaño de la población

Z: es el nivel de confianza= 95%  $0.95/2 = 0.4750 = 1.96$

P: es la variabilidad positiva= 0.5

Q: es la variabilidad negativa=  $1 - 0.5=0.5$

e: es la precisión o error = 5% (0.05)

<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>							
<b>Descripción</b>	<b><i>N</i></b>	<b><math>Z^*Z(PQN)</math></b>	<b><math>Z^*Z^*(PQ)</math></b>	<b><math>e^*e^*(N)</math></b>	<b><math>Z^*Z^*(PQ)+e^*e^*(N)</math></b>	<b><math>Z^2PQN/Z^2PQ+Ne^2</math></b>	<b>%</b>
Médicos	5	4.802	0.9604	0.0125	0.9729	5	2.46
Pacientes	400.0	384.16	0.9604	1	1.9604	196	97.54
<b>TOTAL</b>	<b>405.00</b>					<b>201</b>	<b>100</b>

Para la presente investigación aplicaremos 201 encuestas

### 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.6.1 Operacionalización Variable Independiente: Evaluar el proceso de concesión de citas del Call Center

**Tabla No1 Concesión de citas**

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.	Eficacia	Evaluación del logro de resultados	Cumplimiento de Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta</li> <li>• Cuestionarios</li> <li>• Fichas de Evaluación</li> </ul>
	Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Empleados</li> <li>• Resultados Obtenidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Empelados / Resultados Obtenidos</li> <li>• Optimización de Recursos</li> </ul>	
	Objetivos Previstos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de satisfacción del afiliado</li> <li>• Cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de Objetivos</li> <li>• Nivel de Cobertura</li> <li>• Estado Planificación</li> </ul>	
	Medidas Correctivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas</li> <li>• Reorganización del Servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conteo de Quejas</li> <li>• Soluciones Aplicadas</li> <li>• Mejora del Servicio</li> </ul>	

#### 3.6.2 Operacionalización Variable Dependiente: Productividad

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

**Tabla No.2 Productividad**

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
<p>La productividad es el grado de utilización efectiva de cada elemento de producción. Es sobre todo una actitud mental. Busca la constante mejora de lo que existe ya. Está basada en la convicción de que uno puede hacer las cosas mejor hoy que ayer, y mejor mañana que hoy. Requiere esfuerzos continuos para adaptar las actividades a las condiciones cambiantes y aplicar nuevas técnicas y métodos</p>	Elementos de producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Eficacia Prestador Servicios Externos</li> <li>• Eficiencia Prestador Servicios Externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de Resultados</li> <li>• Recursos Empelados / Resultados Obtenidos</li> <li>• Optimización de Recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta</li> <li>• Cuestionarios</li> <li>• Fichas de Evaluación</li> </ul>
	Factores de Productividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos</li> <li>• Organización</li> <li>• Personal</li> <li>• Demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio de consultas por consultorio</li> <li>• Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre</li> <li>• Promedio de consultas prenatales</li> <li>• Porcentaje de consultas por infección respiratoria aguda</li> <li>• Porcentaje de pacientes controlados con hipertensión arterial</li> <li>• Nivel de Eficiencia de insumos</li> </ul>	

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnicas e Instrumentos
La productividad es el grado de utilización efectiva de cada elemento de producción. Es sobre todo una actitud mental. Busca la constante mejora de lo que existe ya. Está basada en la convicción de que uno puede hacer las cosas mejor hoy que ayer, y mejor mañana que hoy. Requiere esfuerzos continuos para adaptar las actividades a las condiciones cambiantes y aplicar nuevas técnicas y métodos	Mejora Constante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reingeniería de Procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta</li> <li>• Cuestionarios</li> <li>• Fichas de Evaluación</li> </ul>
	Esfuerzos Continuos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis Procesos</li> <li>• Mejoramiento y Capacitación</li> <li>• Coordinación con prestador de servicios externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de profesionalización del personal médico</li> <li>• Estado de la Planificación organización – Prestador externo</li> <li>• Revisiones Periódicas</li> </ul>	

**Elaborado por:** María del Carmen Oña



### 3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Esencialmente, recolectar información significa seleccionar un diseño para recolectar información en acción. Se debe decidir cómo se va a obtener información – ya sea por medio de observación directa, entrevistas, encuestas, experimentos y evaluaciones, u otros métodos –, pero inicialmente se debe responder a ciertos interrogantes que permitirán garantizar la correcta aplicación de cualquier instrumento de recolección de datos.

**Tabla No 3 Recolección**

<b>QUIÉNES</b>	<b>ÍTEM</b>
¿Quiénes podrán ser objetivos/as y estar libres de sesgos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que accedieron a una cita médica través del uso del Call Center</li> <li>• Médicos de Consulta Externa</li> </ul>
¿Quiénes no tienen una relación de poder con las personas que responden?	Médicos de Consulta Externa
¿Quiénes están suficientemente familiarizadas con los temas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos de Consulta Externa</li> <li>• Coordinador de los Servicios del Call Center</li> </ul>
<b>COMO</b>	<b>ÍTEM</b>
¿Cómo se realizará la aplicación del instrumento de investigación?	Instalaciones del Unidad de Atención Ambulatoria del del IESS
<b>CUÁNDO</b>	<b>ÍTEM</b>
¿Cuándo estarán disponibles las personas que responden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos: Al finalizar la jornada de trabajo</li> <li>• Pacientes: Antes de su atención médica</li> </ul>
¿Se darán variaciones estacionales no deseadas en su comportamiento?	NO
¿Se llegará con diferentes tipos de personas en diferentes momentos?	SI
<b>DÓNDE</b>	<b>ÍTEM</b>

¿Dónde es probable encontrar a las personas que responden?	de Seguro Social
¿Es posible establecer una buena relación ahí, sin demasiadas distracciones, suficiente tiempo, etc.?	SI
¿El lugar estará libre de presiones laborales en el sentido de someterse a la norma (es decir, lejos de a figuras de autoridad, supervisores)?	NO
¿Los derechos de las personas serán respetadas, y su identidad será confidencial en caso necesario?	SI

(Hovey, 2009)

### 3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

El procesamiento y análisis de los datos recogidos es la etapa final del método estadístico. Una vez recogidos los datos es necesario elaborarlos, procesarlos, analizarlos e interpretarlos

El procesamiento de los datos nos permitirá garantizar la validez del instrumento de recolección de datos. La validez del instrumento de recolección de datos de la presente investigación, se realizará a través de la validez de contenido, es decir, se determinará hasta donde los ítems que contiene el instrumento serán representativos del dominio o del universo contenido en lo que se desea medir. La validez de los instrumentos estará dada por un nivel de confiabilidad del 95% y un nivel de error muestral de 0,05

Para realizar el proceso se tomó en cuenta la técnica de la encuesta, que se efectuará sobre los siguientes grupos:

- Pacientes que hicieron uso del servicio del Call Center para acceder a una cita médica en el del Seguro Social
- Médicos de Consulta externa del del Seguro Social

Utilizaremos herramientas como el cuestionario, con preguntas específicas; a través de este instrumento se conocerá la necesidad que tiene la institución; de los resultados obtenidos se determinará la interrelación de las variables de estudio.

Para el procesamiento de la información se siguió los siguientes pasos:

- a. Procesar los datos, describiendo las operaciones a los que fueron sometidos los datos recogidos en la investigación.
- b. Revisión de los instrumentos aplicados.
- c. Tabulación de datos con relación a cada uno de los ítems.
- d. Determinación de las frecuencias absolutas simples de cada Ítem y de cada alternativa de respuesta.
- e. Cálculo de las frecuencias relativas simples, con relación a las frecuencias absolutas simples.
- f. Diseño y elaboración de cuadros estadísticos con los resultados anteriores y elaboración de gráficos con la ayuda del Programa Microsoft Excel 2010, para analizar los resultados, describir, interpretar y discutir los datos numéricos y gráficos que se disponen en los cuadros estadísticos resultantes del procesamiento de datos.
- g. El análisis e interpretación se realizará considerando los contenidos del marco teórico y en relación con los objetivos, las variables e indicadores y frecuencias directrices de la investigación.
- h. El producto del análisis constituirá las conclusiones parciales que sirvió de insumo para elaborar las conclusiones finales y las recomendaciones.

Una vez tabulada, organizada y depurada la información el análisis de la misma permitirá las siguientes acciones:

- Interpretación de resultados de cada una de las preguntas realizadas
- Análisis de resultados estadísticos por cada una de las preguntas realizadas.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

- Comprobación de hipótesis a través de la una técnica estadística: Chi Cuadrado, T Student, etc, para determinar el grado de interrelación entre nuestras variables de estudio.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Del producto obtenido a través de las encuestas realizadas a los usuarios, sobre la necesidad de implementar una Unidad específica en el Instituto de Seguridad Social que sea la responsable de dar los turnos de una manera más inmediata y agilite el proceso de atención.

#### 4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS.

El estudio, ha permitido conocer e interpretar porcentualmente los datos, respecto a la realidad sobre la gestión directriz y las decisiones que se toman en las distintas acciones de trabajo, que habitualmente ejecutan Directivos, Secretaría General y personal administrativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social., para lo cual analizaremos con las siguientes preguntas:

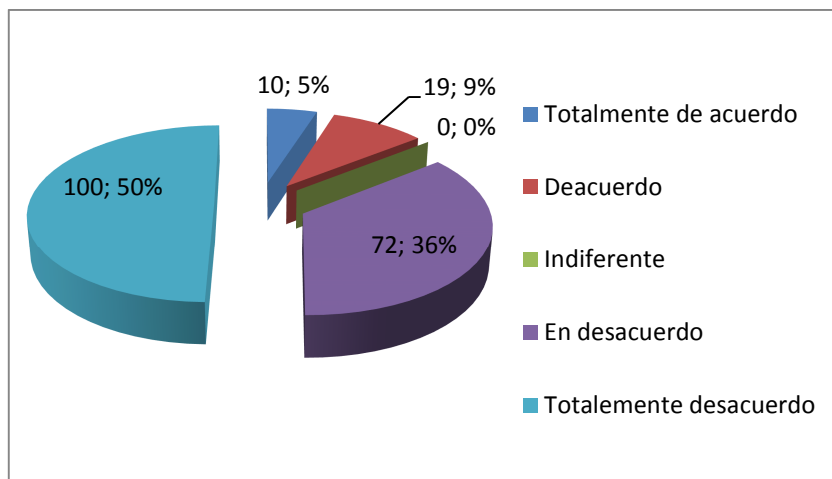
##### 1.-Atención

**Tabla No.4 Atención**

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Totalmente de acuerdo	10	5
De acuerdo	19	9
Indiferente	0	0
En desacuerdo	72	36

Totalmente desacuerdo	100	50
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

**Gráfico No 5 Atención**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 personas encuestadas, 10 que representan al 5% contestan que están totalmente de acuerdo en atendidos por el CALL Center, 19 que representan el 9% manifestaron que están de acuerdo. 0 son indiferentes, 72 que representan el 36% manifiestan que están en desacuerdo y 100 personas que representan el 50% están totalmente en desacuerdo.

### **Interpretación**

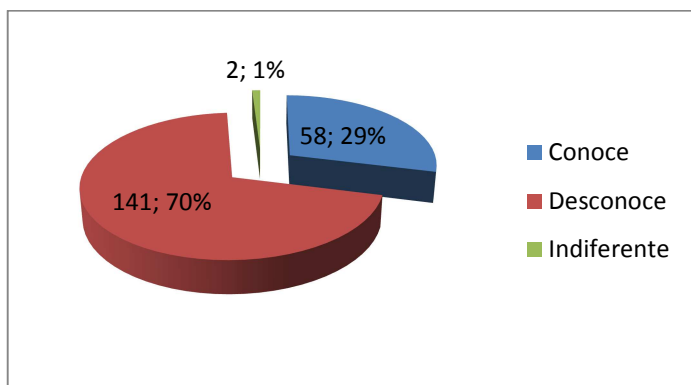
Como podemos darnos cuenta la mayoría de personas que fueron encuestadas manifestaron están totalmente en desacuerdo y es adonde apunta esta investigación..

### **2.-Cita Médica**

**Tabla No.5 Cita Médica**

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Conoce	58	29
Desconoce	141	70
Indiferente	2	1
Total	201	100

**Gráfico No6 Cita Médica**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

De las 201 personas encuestadas, 58 que representan al 29% contestan que si conocen como funciona el CALL Center, 141 que representan el 70% manifestaron que no, 2 personas que representan el 1% son indiferentes al contestar

### **Interpretación**

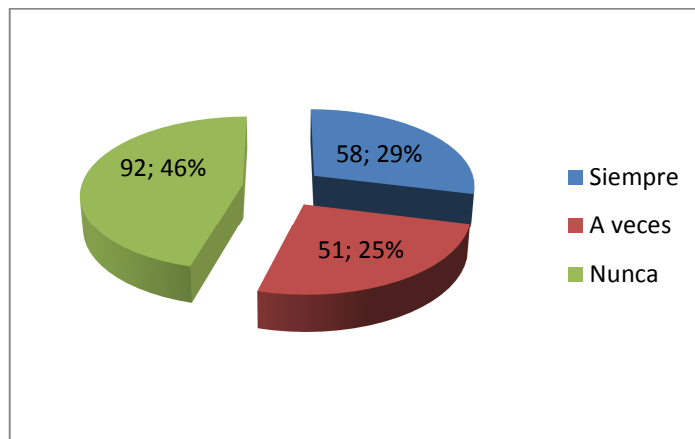
Como se puede observar en la gráfica la mayoría de las personas que representan el 71% manifiestan que no conocen lo que se debe realizar para apartar una cita médica por medio del CALL Center., se puede notar que existe un desconocimiento mayoritario.

### **3.- Tiempo**

**Tabla No.6 Tiempo**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	58	29
A veces	51	25
Nunca	92	46
Total	201	100

**Gráfico No 7 Tiempo**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 personas encuestadas, 58 que representan al 29% contestan que fueron atendidos por el CALL Center a tiempo, 51 que representan el 25% manifiestan que a veces y la mayor parte de la población encuestada dice que nunca.

### **Interpretación**

Como podemos ver en la gráfica, el mal servicio que brinda el CALL Center está orientando a los usuario que hacen uso del IESS, es por eso que se debe mejorar la atención en la institución.

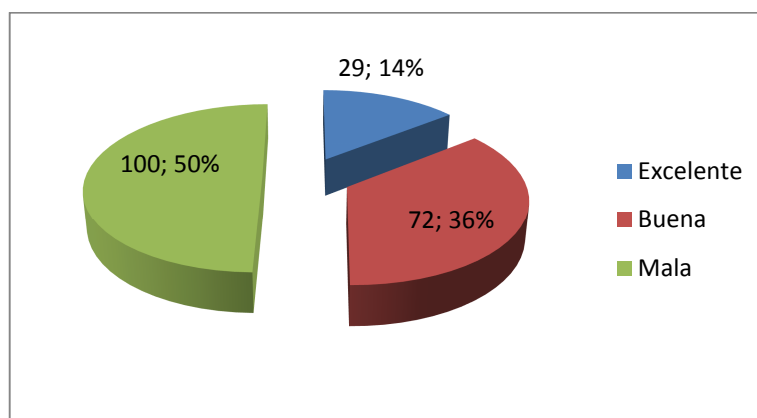
### **4.- Atención brindada IESS**



**Tabla No7 Atención**

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	29	14
Buena	72	36
Mala	100	50
Total	201	100,00

**Grafico No8 Atención**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 personas encuestadas, 29 que representan al 14% contestan que fueron atendidos excelentemente por el CALL Center, 72 que representan el 36% manifestaron que buena, 100 personas encuestada que representan el 50% manifestaron que la atención recibida es mala.

### **Interpretación**

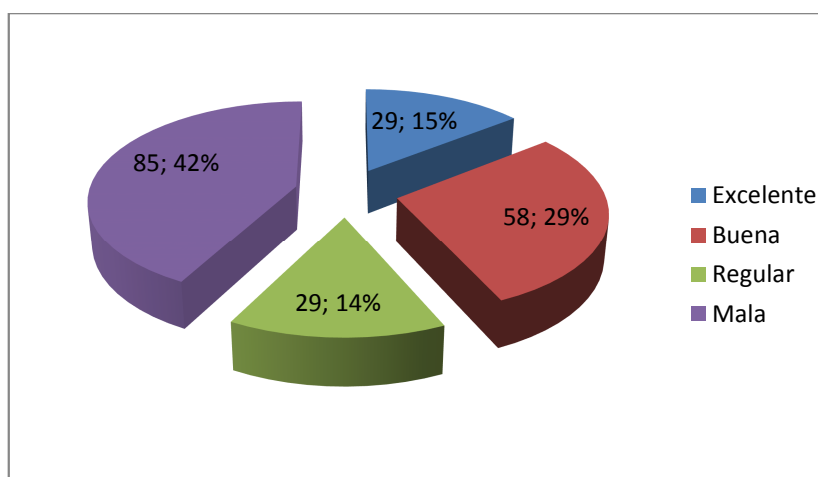
Podemos notar en la gráfica que los encuestado tienen inconformidad con este servicio, más bien han manifestado que exista una atención directa as organizada

### **5.- Atención Médica**

**Tabla No8 Atención Médica**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	29	14
Buena	58	29
Regular	29	14
Mala	85	42
Total	201	100

**Gráfico No9 Atención Médica**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 personas encuestadas, 29 que representan al 15% contestan que fueron atendidos excelentemente por los médicos, 58 que representan el 29% manifestaron que buena, 29 personas encuestadas que representan el 14% manifestaron que la atención recibida por los médicos es regular y 85 que representan el 42% manifestaron que mala.

### **Interpretación**

Se puede observar en la gráfica que la mayoría de las personas encuestadas están insatisfechas por los servicios de los médicos esto se debe a que al tener

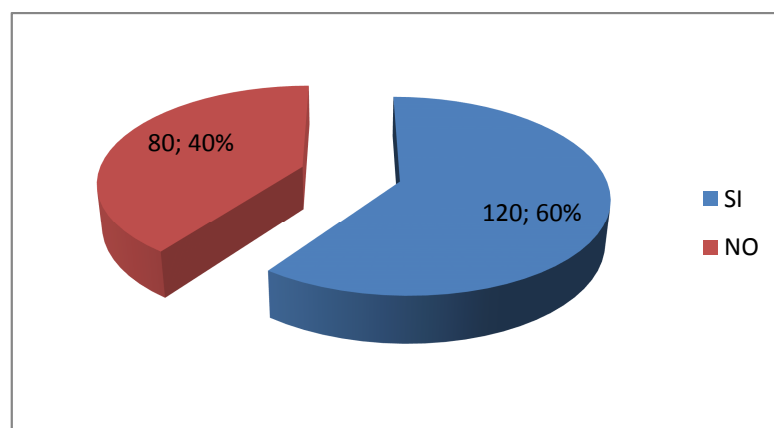
programado los turnos atienden solo a los usuarios que han ocupado este servicio o simplemente se dedican a atender emergencias.

## 6.- Mejora de Servicio

**Tabla No.9 Mejora de Servicio**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	120	60
NO	80	40
Total	200	100

**Gráfico No10 Mejora de Servicio**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### Análisis

De las 201 personas encuestadas ,120 que representan el 60% manifiestan que al tener el IESS una persona encargada de entregar los turnos mejorará la atención a los usuarios, ,80 personas que representan el 40% manifestaron que no.

### Interpretación

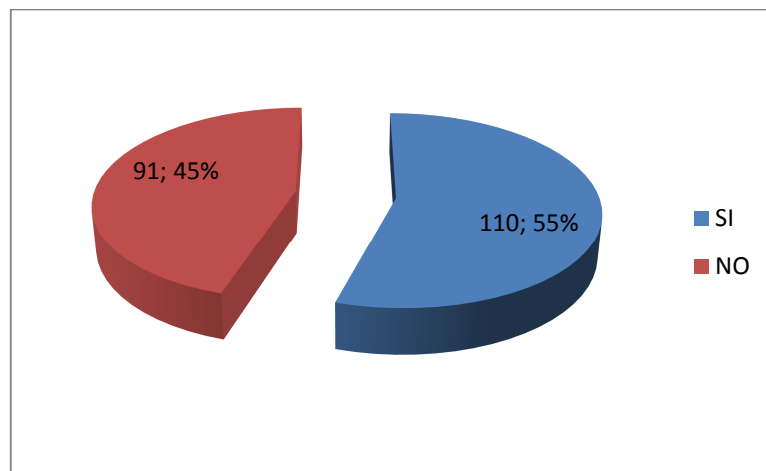
Se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas quieren que exista una persona encarga de entregar los turnos y de la misma manera esta ayude con la coordinación de agendas de los médicos.

## 7.- Productividad

**Tabla No.10 Productividad**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	110	55
NO	91	45
Total	201	100

**Gráfico No 11 Productividad**



**Elaborado por.** María del Carmen Oña

### **Análisis**

Del total de las encuestas realizadas que fueron 201, 110 personas que representan el 55 %, manifiestan que al encargarse le IESS de entregar los turnos de una manera planificada esta mejoraría mucho en la productividad de los médicos ,91 encuestados que representan el 45% manifiestan que no.

### **Interpretación**

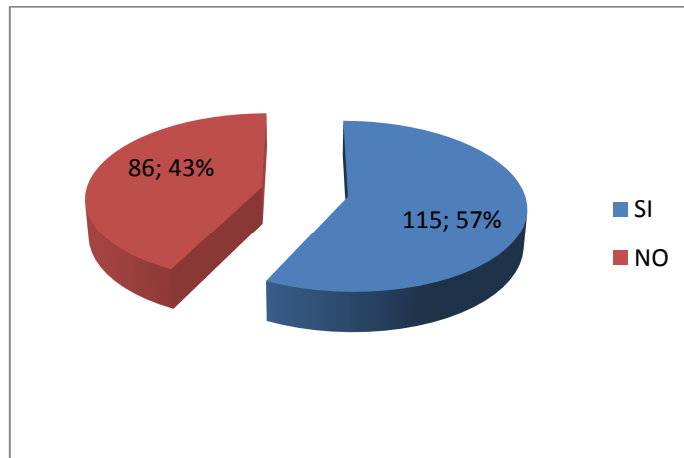
Al observarla grafico se puede analizar que la mayoría de las personas están de acuerdo que la Unidad Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Baños, se encargue de entregar de forma personalizada los turnos

## 8.- Eficiencia

**Tabla No.11 Eficiencia**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	115	57
NO	86	43
Total	201	100

**Gráfico No 12 Eficiencia**



**Elaborado por.** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 personas encuestadas, 115 que representan el 57 % contestaron que sí, que es más eficiente una atención directa que el CALL Center, 86 que representan el 43% manifestaron lo contrario

### **Interpelación**

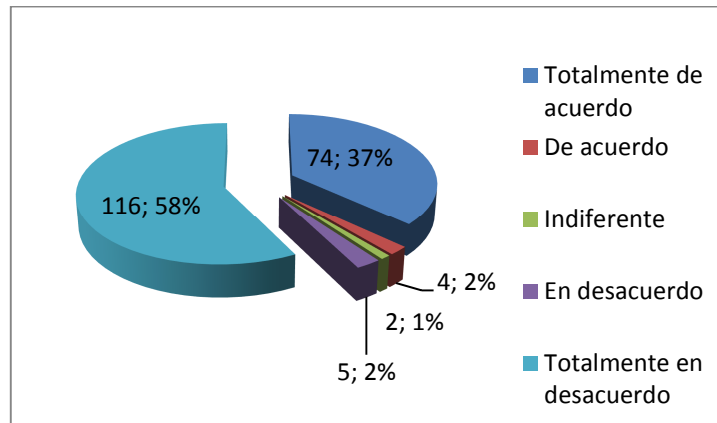
Se puede observar en la gráfica que la mayoría de las personas encuestadas coinciden con la atención directa, es decir no tienen confianza en el servicio que presta el CALL Center.

### **9.- Expectativas?**

**Tabla No.12 Expectativas**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	74	37
De acuerdo	4	2
Indiferente	2	1
En desacuerdo	5	2
Totalmente de acuerdo	116	58
Total	201	100

**Gráfico No 13 Expectativas**



**Fuente:** Encuesta realizada a empleados del IESS

**Elaborado por:** María del Carmen Oña

### **Análisis**

De las 201 encuestas se puede determinar que 74 personas que representan el 37% están totalmente de acuerdo que el CALL Center, si ha cumplido su expectativa 4 personas que representan el 2% contestan de acuerdo, 2 personas que representan el 1% son indiferentes, y 5 personas que representan el 2% contestaron que están en desacuerdo y 116 que representan el 58% manifestaron que están totalmente en desacuerdo.

## **Interpretación**

Se puede determinar que la mayoría de las personas encuestadas no están conforme con el servicio que presta el CALL Center, por eso es pertinente buscar soluciones que ayuden a facilitar las decisiones y mejoren el servicio de atención a los pacientes.

### **4.3 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Con los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas al personal, se toma como referencia las preguntas y respuestas número 6, 9, para, así proceder a realizar la verificación de la hipótesis para comprobar si, la aplicación eficiente en el proceso de concesión de citas mejorara la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.

#### **4.3.1 Modelo Lógico**

**Ho:** La aplicación de un modelo operativo de concesión de citas no mejorara la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.

**Ha:** La aplicación de un modelo operativo de concesión de citas mejorara la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS.

#### **4.3.2 Nivel de significancia**

El nivel de significancia con el que se trabajó es del 95%, con un erro del 5%

#### **4.3.3 Elección de la prueba estadística chi cuadrado**

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$\Sigma$ = Sumatoria

O= datos observados

E= datos esperados

**6.- ¿Cree usted que la existir un área encargado de dar los turnos médicos en el IESS se mejoraría el servicio?**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	120	60
NO	81	40
Total	201	100

**9.- ¿Cree usted que el CALL ha cumplido con sus expectativas brindándole un buen servicio?**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	76	38
NO	125	62
Total	201	100

#### **4.3.3.1 Combinación de frecuencias**

**TABLA No 13 Frecuencias Observadas**

<b>Encuestas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
6.- ¿Cree usted que la existir un área encargado de dar los turnos médicos en el IESS se mejoraría el servicio?	120	81	<b>201</b>
7.- ¿Al promover turnos directamente por parte del IESS la productividad de los médicos mejoraría?	76	126	<b>201</b>
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>207</b>	<b>402</b>

#### **4.3.4 Cálculo del grado de libertad**

El grado de libertad es igual a la multiplicación del número de las filas menos uno por el número de las columnas menos uno así:



$$Gl = (F-1)(C-1)$$

$$Gl = (2-1)(2-1)$$

$$Gl = (1)(1)$$

$$Gl = 1$$

**Dónde:**

Gl= grados de libertad

C= Columnas de la tabla

F= Hilera de la tabla

**Entonces tenemos que  $Gl = 1$ ; y el nivel de significación  $\alpha = 0,05$ ; en la tabla H de distribución Chi cuadrado que equivale a  $3,84$ ; por lo tanto:**

$$X^2 = crítico = 3,84$$

#### 4.3.5 Cálculo Matemático

Evaluamos la hipótesis nula, es decir, que no hay asociación entre las dos variables, para ello calculamos el chi cuadrado comprobando los valores obtenidos especialmente con los de la distribución teórica, dados los totales obtenidos en los que no haya ninguna asociación entre las variables.

**TABLA # 14 Chi cuadrado**

<b>O</b>	<b>E</b>	<b>O-E</b>	<b>(O-E)<sup>2</sup></b>	<b>(O-E)<sup>2</sup>/E</b>
120	97,757	22,243	494,76	5,0611
81	103,76	-22,757	517,87	4,9912
76	97,757	-21,757	473,36	4,8422
126	103,76	22,243	494,76	4,7684
<b>TOTAL</b>				<b>19,663</b>

#### 4.3.6 Decisión final

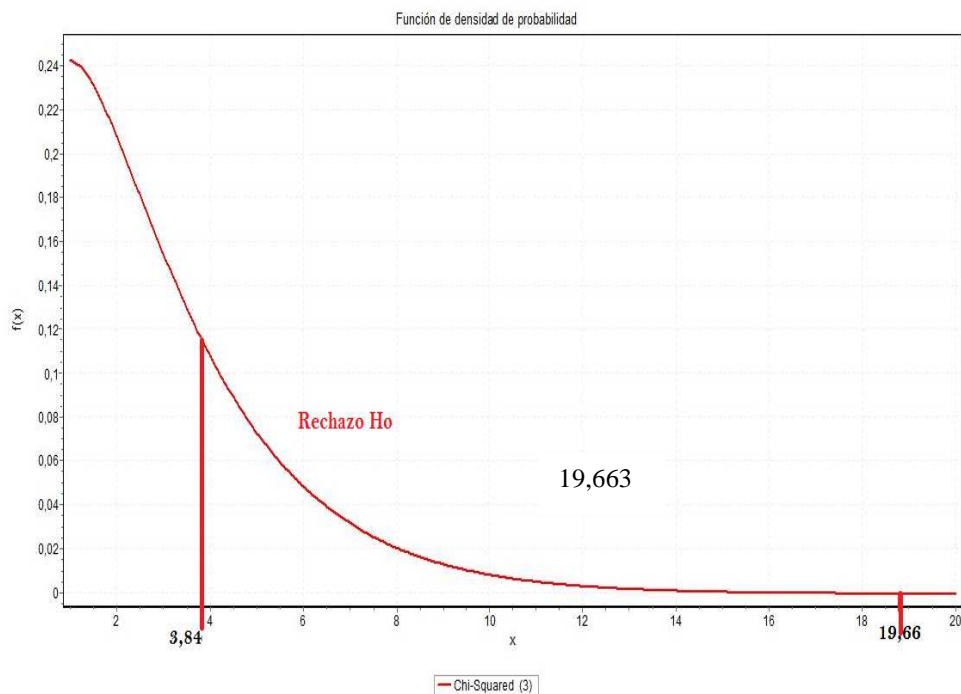
El valor  $X_1 = 19,663$  mayor a  $X_2 = 3,84$  y de acuerdo a lo establecido se acepta la hipótesis alterna, es decir que La aplicación eficiente en el proceso de concesión

de citas mejorara la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS

En la verificación e hipótesis se utilizó la fórmula del CHI CUADRADO ( $\chi^2$ ), esta fórmula estadística nos brindará la posibilidad de aceptar o rechazar la hipótesis nula. ( $H_0$ ).

Por lo tanto afirmar que hay una probabilidad entre el 95% y 99% de que haya asociación entre las dos variables y el mismo que es representado en el siguiente gráfico

**GRÁFICO No14 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL CHI CUADRADO**



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Las conclusiones constituyen algunas precisiones que se emiten luego de realizar el análisis y la investigación inscrita en el conjunto de la hipótesis y plan analítica, correspondiente estableciendo ciertos comentarios de la situación relativa a la organización y funcionamiento del centro médico ambulatorio del IESS, en Baños.

#### **5.1 CONCLUSIONES**

El Centro de Atención Ambulatorio debe mejorar la atención médica, en vista que el Call Center no ha cumplido con los parámetros encontrados, se debe dar pronta solución a los problemas detectados, y tratar de satisfacer a los pacientes que acuden diariamente a este centro de salud.

El centro de Atención Ambulatoria Baños determina que existe una aceptación del proceso de productividad con la apertura de una oficina exclusiva para dar citas médicas en la Unidad

Se puede concluir que los pacientes prefieren una atención directa ya que las expectativas del Call Center no han cumplido con lo previstos, muchos de los pacientes cansados de esperar el tiempo de la cita médica han preferido gastar sus propios recursos económico para acudir a una atención medica particular.

El departamento administrativo es el encargado de generar la creación de una oficina en la cual se ponga a un funcionario independientemente si es reubicado o es contratado para que se haga cargo de este proceso de agendamiento de citas médicas.

El centro de Atención ambulatoria Baños determina que existe una aceptación del proceso de productividad con la apertura de una oficina exclusiva para dar citas médicas en la Unidad

## **5.2 RECOMENDACIONES**

La persona designada para laborar en este proceso de agendamiento, debe estar capacitada en las áreas de atención y servicio a los usuarios, para lograr una satisfacción eficiente del paciente, incluso debe proyectarse a resultados de eficiencia que su labor ayude a mejorar la productividad de los médicos.

La Unidad de Atención Ambulatoria debe proyectarse a que en un tiempo máximo el paciente debe ser atendido, con la iniciativa de que no se demore horas por la atención como habitualmente sucede.

Para lograr un ahorro significativo en el gasto es preferible que se haga una reclasificación de los puestos existentes para determinar al encargado del proceso de agendamiento médico.

Para evaluar este proceso es necesario que se aplique los indicadores de gestión que habitualmente se aplica en el Sistema Nacional de Salud, pero que se proceda con la medición de desempeño a cada empleado de las normas establecidas para la salud.

La aplicación del modelo operativo de agendamiento medico va a todas las unidades dependientes del IESS por ser optima y efectiva en el proceso de dar citas, medicas inmediatas.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

**TEMA:** Diseñar un modelo operativo en el agentamiento de turnos en la productividad de los médicos del IESS

**Institución:** Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños

**Beneficiarios:** Los afiliados que demandan un servicio y que acuden al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**Ubicación:** Provincia del Tungurahua  
Cantón Baños

**Responsable:** Dirección Administrativa

**Investigador:** Ing. María del Carmen Oña

**Costo de la Propuesta:** Partida presupuestaria 52510118 Servicios personales por contrato

**Tiempo estimado para la ejecución:** Primer trimestre 2014.

**Financiamiento:** Partida Presupuestaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad, Servicios personales por contrato: 52510118

#### **6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA:**

Los resultados de la investigación previamente realizada, en la que los afiliados del Instituto Ecuatoriano y Seguridad Social, supieron manifestar las falencias y

el descontento que tienen del sistema actual CALL Center, ya que se considera como un mal servicio, que está llamado a mejorar el sistema administrativo.

Los afiliados acuden a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de baños después de un buen tiempo de haber sacado turno por el Call Center, lo que ocasiona malestar en los mismos ya que deben esperar mucho tiempo para ser atendidos, por lo que es muy importante tener un buen servicio que los satisfaga y encontrar una forma en que los turnos sean realizados con agilidad, dándole al usuario comodidad y satisfacción y mejore la productividad de los médicos.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La necesidad de implantar un modelo operativo al personal que se encargue de agendar los turnos de los pacientes de una manera coordinada, equitativa, que mejore la productividad y eficiencia de los médicos que laboran en las diferentes áreas.

La propuesta es importante, puesto que la atención y satisfacción del usuario, es la parte fundamental dentro de un lugar que se maneja atención médica a la cual la ciudadanía acude a ser atendido, nace la incertidumbre de mejorar o cambiar el servicio Call Center contratado por la Unidad de Atención Ambulatoria IESS, al no cumplir con las estadísticas planteadas.

La presente investigación será factible ya que se cuenta con la participación y colaboración de todos los actores, en este caso con el apoyo de los empleados de la Unidad de Atención Ambulatoria en querer mejorar el servicio y la ciudadanía que se merece una atención de calidad.

### **6.4 OBJETIVOS**

#### **6.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un modelo operativo de agendamiento de turnos a fin de mejorar la productividad de los médicos

## **6.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Identificar las actividades para de agendamiento que se realizan actualmente
- Desarrollar actividades que permitan mejorar el agendamiento de una manera eficiente.
- Estructurar el procedimiento para el servicio de agendamiento.
- Determinar el grado de eficiencia por medio de la evaluación permanente de los procesos de agendamiento médico.

## **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La presente propuesta es factible por las siguientes razones:

### **6.5.1 FACTIBILIDAD ORGANIZACIONAL**

En la institución se cuenta con la estructura orgánica idónea que está bien definida a fin de lograr el fortalecimiento institucional en busca de la calidad y excelencia orientado al cumplimiento de la filosofía de la transparencia a fin de generar un servicio de calidad, manteniendo centralizado la atención al usuario.

Generar una atención efectiva relacionado con la gestión pública, asignando a una persona encarga de agenda lo turnos a través de una ventanilla de atención unificada para que la atención sea directa y oportuna.

### **6.5.2 FACTIBILIDAD ADMINISTRATIVA**

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de Baños cuenta con los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para mejorar la atención de los afiliados al generarse un área de agendamiento de turnos, que será la responsable

de coordinar de una manera eficiente la rotación de los turnos en los médicos de las diferentes especialidades.

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

### **PROCESO ADMINISTRATIVO**

Un proceso es el conjunto de pasos o etapas necesarias para llevar a cabo una actividad.

La administración comprende varias fases, etapas o funciones, cuyo conocimiento exhaustivo es indispensable a fin de aplicar el método, los principios y las técnicas de esta disciplina, correctamente. En su concepción más sencilla se puede definir el proceso administrativo como la administración en acción, o también como:

El conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.

Cuando se administra cualquier empresa, existen dos fases: una estructural, en la que a partir de uno o más fines se determina la mejor forma de obtenerlos, y otra operativa, en la que se ejecutan todas las actividades necesarias para lograr lo establecido durante el periodo de estructuración.

A estas dos fases se les llama: mecánica y dinámica de la administración. Para este autor la mecánica administrativa es la parte teórica de la administración en la que se establece lo que debe hacerse, y la dinámica se refiere a cómo manejar el organismo social. La administración posee ciertas características inherentes que la diferencian de otras disciplinas. STONER J., WANKEL C.(1990)



## **ADMINISTRACIÓN:**

**Universalidad.** Existe en cualquier grupo social y es susceptible de aplicarse lo mismo en una empresa industrial que: en el ejército, en un , en un evento deportivo, etc.

**Valor instrumental.** Dado que su finalidad es eminentemente práctica, la administración resulta ser un medio para lograr un fin y no un fin en sí misma: mediante ésta se busca obtener determinados resultados.

**Unidad temporal.** Aunque para fines didácticos se distinguen diversas fases y etapas en el proceso administrativo, esto no significa que existan aisladamente. La administración es un proceso dinámico en el que todas sus partes existen simultáneamente.

**Amplitud del ejercicio.** Se aplica en todos los niveles o subsistemas de una organización formal.

**Especificidad.** Aunque la administración se auxilie de otras ciencias y técnicas, tiene características propias que le proporcionan su carácter específico. es decir, no puede confundirse con otras disciplinas afines como en ocasiones ha sucedido con la contabilidad o la ingeniería industrial.

**Interdiscipliniedad.** La administración es afín a todas aquellas ciencias y técnicas relacionadas con la eficiencia en el trabajo.

**Flexibilidad.** Los principios administrativos se adaptan a las necesidades propias de cada grupo social en donde se aplican. La rigidez en la administración es inoperante. STONER J., WANKEL C.(1990)

## **SU IMPORTANCIA.**

1. Con la universalidad de la administración se demuestra que ésta es imprescindible para el adecuado funcionamiento de cualquier organismo social aunque, lógicamente, sea más necesaria en los grupos más grandes.
2. Simplifica el trabajo al establecer principios, métodos y procedimientos, para lograr mayor rapidez y efectividad.

3. La productividad y eficiencia de cualquier empresa están en relación directa con la aplicación de una buena administración.
4. A través de sus principios la administración contribuye al bienestar de la comunidad, ya que proporciona lineamientos para optimizar el aprovechamiento de los recursos, para mejorar las relaciones humanas y generar empleos, todo lo cual tiene múltiples connotaciones en diversas actividades del hombre. STONER J., WANKEL C.(1990)

## **DIAGRAMAS**

Un diagrama de flujo es una representación gráfica de un proceso. Cada paso del proceso es representado por un símbolo diferente que contiene una breve descripción de la etapa de proceso. Los símbolos gráficos del flujo del proceso están unidos entre sí con flechas que indican la dirección de flujo del proceso.

El diagrama de flujo ofrece una descripción visual de las actividades implicadas en un proceso mostrando la relación secuencial entre ellas, facilitando la rápida comprensión de cada actividad y su relación con las demás, el flujo de la información y los materiales, las ramas en el proceso, la existencia de bucles repetitivos, el número de pasos del proceso, las operaciones de interdepartamentales... Facilita también la selección de indicadores de proceso GAVILANEZ José (2013)

## **BENEFICIOS DE DIAGRAMA DE FLUJO**

- En primer lugar, facilita la obtención de una visión transparente del proceso, mejorando su comprensión. El conjunto de actividades, relaciones e incidencias de un proceso no es fácilmente discernible a priori. La diagramación hace posible aprehender ese conjunto e ir más allá, centrándose en aspectos específicos del mismo, apreciando las interrelaciones que forman parte del proceso así como las que se dan con otros procesos y subprocesos.
- Permiten definir los límites de un proceso. A veces estos límites no son tan evidentes, no estando definidos los distintos proveedores y clientes (internos y externos) involucrados.

- El diagrama de flujo facilita la identificación de los clientes, es más sencillo determinar sus necesidades y ajustar el proceso hacia la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- Estimula el pensamiento analítico en el momento de estudiar un proceso, haciendo más factible generar alternativas útiles.
- Proporciona un método de comunicación más eficaz, al introducir un lenguaje común, si bien es cierto que para ello se hace preciso la capacitación de aquellas personas que entrarán en contacto con la diagramación.
- Un diagrama de flujo ayuda a establecer el valor agregado de cada una de las actividades que componen el proceso.
- Igualmente, constituye una excelente referencia para establecer mecanismos de control y medición de los procesos, así como de los objetivos concretos para las distintas operaciones llevadas a cabo.
- Facilita el estudio y aplicación de acciones que redunden en la mejora de las variables *tiempo* y *costes de actividad* e incidir, por consiguiente, en la mejora de la eficacia y la eficiencia.
- Constituyen el punto de comienzo indispensable para acciones de mejora o reingeniería. GAVILANEZ José (2013)

## **ELABORACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO**

El diagrama de flujo debe ser realizado por un equipo de trabajo en el que las distintas personas aporten, en conjunto, una perspectiva completa del proceso, por lo que con frecuencia este equipo será multifuncional y multijerárquico.

- **Determinar el proceso a diagramar.**
- **Definir el grado de detalle.** El diagrama de flujo del proceso puede mostrar a grandes rasgos la información sobre el flujo general de actividades principales, o ser desarrollado de modo que se incluyan todas las actividades y los puntos de decisión. Un diagrama de flujo detallado dará la oportunidad de llevar a cabo un análisis más exhaustivo del proceso.
- **Identificar la secuencia de pasos del proceso.** Situándolos en el orden en que son llevados a cabo.

- **Construir el diagrama de flujo.** Para ello se utilizan determinados símbolos. Cada organización puede definir su propio grupo de símbolos. En la figura anterior se mostraba un conjunto de símbolos habitualmente utilizados. Al respecto cabe decir que en la figura “Conector de proceso” es frecuentemente utilizado un círculo como símbolo. Para la elaboración de un diagrama de flujo, los símbolos estándar han sido normalizados, entre otros.
- **Revisar el diagrama de flujo del proceso.** GAVILANEZ José (2013)

## **PRODUCTIVIDAD**

Productividad puede definirse como la relación entre la cantidad de bienes y servicios producidos y la cantidad de recursos utilizados.

En la fabricación, la productividad sirve para evaluar el rendimiento de los talleres, las máquinas, los equipos de trabajo y los empleados.

Productividad en términos de empleados es sinónimo de rendimiento. En un enfoque sistemático decimos que algo o alguien es productivo cuando con una cantidad de recursos (Insumos) en un periodo de tiempo dado obtiene el máximo de productos.

## **COMO SE MIDE LA PRODUCTIVIDAD**

La productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto.

Por ejemplo:

En el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora/médico. La productividad se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no solo por el tiempo dedicado por el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación y medicamentos empleados, tiempo de la enfermera, etc.

En las empresas que miden su productividad, la fórmula que se utiliza con más frecuencia es:

Productividad: Número de unidades producidas /Insumos empleados

Este modelo se aplica muy bien a una empresa que produzca un conjunto homogéneo de productos. Sin embargo, muchas empresas modernas manufacturan una gran variedad de productos.

Estas últimas son heterogéneas tanto en valor como en volumen de producción, debido a su complejidad tecnológica puede presentar grandes diferencias.

### Gráfico No 15 BUSSINESS SOLUTION

Business Solutions CG - Enfoque de solución:



### 6.7 MODELO OPERATIVO DEL AGENTAMIENTO DE TURNOS

Este proceso nos ayuda a mejorar la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS, en base a que el servicio del Call Center no ha satisfecho las necesidades de los afiliados, y al no existir tantos en este cantón se puede hacer una regresión del servicio fortaleciendo las áreas más vulnerables y más importantes que tendrá que realizar la persona encargada del agendamiento de los turnos médicos con la finalidad mejorar la productividad de los médicos, y mejorando la satisfacción de los pacientes.

Con la designación de un responsable en la Unidad de Atención Ambulatoria se quiere superar la atención que brinda el Call Center en la actualidad, actualmente se pueden agendar 60 pacientes diarios, pero con la implementación de una oficina que ayude a generar este proceso de agendamiento se desea alcanzar los

150 pacientes diarios, e incluso con la ampliación de agendas emergentes de 10 turnos extras.

## **6.8 MODELO OPERATIVO**

### **6.8.1 MISION**

La Misión de la Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños es dar asistencia personalizada, integral y de calidad a los Afiliados que escojan nuestros servicios.

Asistencia PERSONALIZADA significa para nosotros, que cada paciente es el centro de nuestra atención. Estamos para atender sus problemas de salud y aquellas necesidades derivadas de circunstancias familiares, sociales o individuales que estén a nuestro alcance.

Por atención INTEGRAL entendemos, que nuestra ayuda al paciente ha de traspasar los muros de la Unidad, facilitando la continuidad en su asistencia. Para ello, es fundamental estar coordinados con los profesionales de Atención Primaria y proporcionar toda la información necesaria para mantener los cuidados fuera de la Unidad.

Asistencia de CALIDAD es para nosotros ofrecer al paciente servicios accesibles y eficientes, con medios tecnológicos avanzados y profesionales altamente calificados. Tenemos presente que un trato amable y un ambiente confortable son fundamentales en su asistencia.

### **6.8.2 VISIÓN**

Nuestra Visión de futuro es trabajar por una UAA IESS diferente y mejor para todos.


Una Unidad que cuenta con los mejores profesionales, que brinden un mejor trato

al afiliado, en forma más ágil, más accesible, más agradable, más eficiente, más humano, donde el paciente se sienta cuidado y respetado.

### 6.8.3 OBJETIVO GENERAL

Elevar e incrementar la calidad de vida de los afiliados y sus familias, mediante estrategias que aseguren la satisfacción de sus necesidades mediante acciones de prevención, protección, promoción y rehabilitación

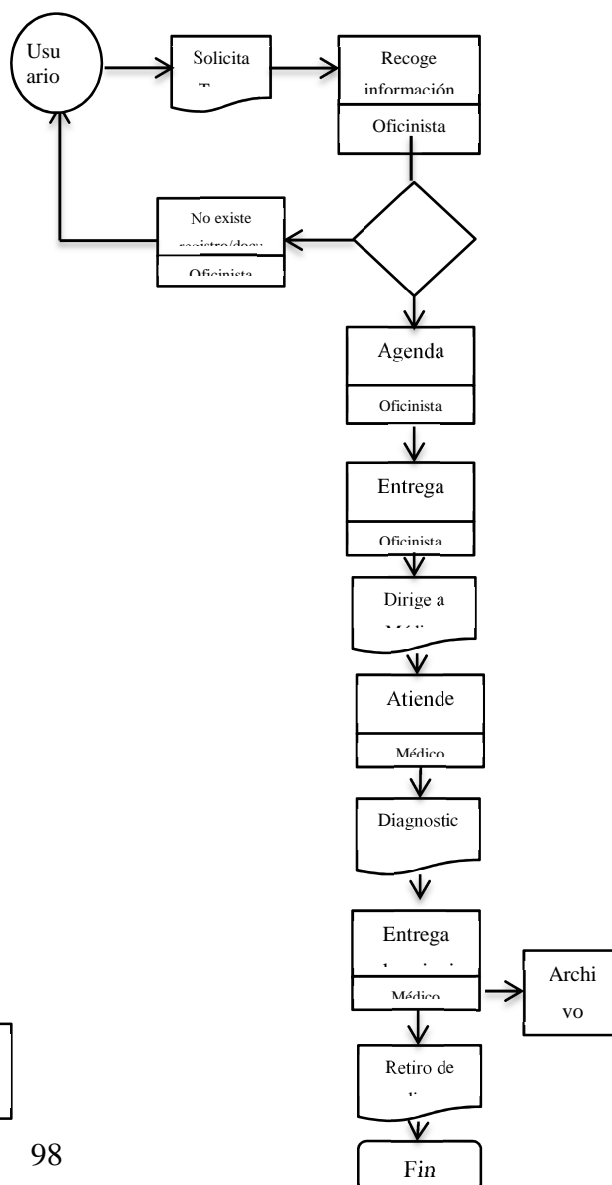
#### Levantamiento del proceso:

		
	<b>Macro Proceso:</b>	CONSOLIDACION DE DATOS
	<b>Proceso:</b>	CITAS MEDICAS
	<b>Subproceso:</b>	AGENDAMIENTO
	<b>Responsable:</b>	OFICINISTA

<b>Objetivo:</b>	Distribuir en forma oportuna y eficaz los turnos para la satisfacción de los usuarios
<b>Entradas:</b>	Citas medicas
<b>Proveedores:</b>	Afiliados, familias
<b>Salidas:</b>	Pacientes
<b>Cientes:</b>	Pacientes
<b>Indicadores:</b>	# de pacientes satisfechos
<b>Recursos:</b>	Humano
<b>Grado de interacción:</b>	Calidad de Vida
<b>Impacto:</b>	Mejorar la atención en la Unidad

Nº	ACTIVIDAD	TIEMPO	OBS.
1	Acudir a las instalaciones IESS	0	Usuario
2	Solicitar turno	2	Usuario
3	Recoger información	3	Encargado
4	Agenda Turno	1	Encargado
5	Asigna Turno	1	Encargado
6	Dirige -asistencia	5	Usuario
7	Brinda atención	30	Medico
8	Diagnostica –usuario	6	Medico
9	Entrega descripción -usuario	1	Medico
10	Retira medicamentos	11	Usuario

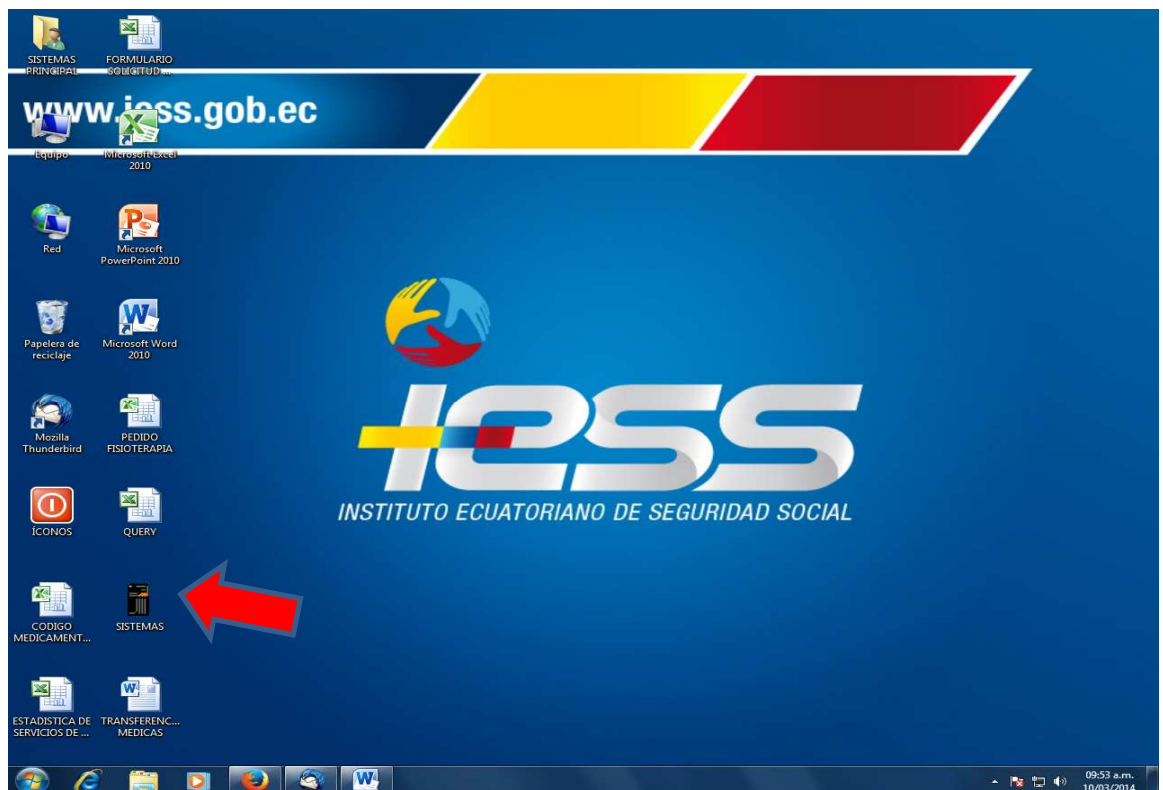
**Grafico No 16 modelo Operativo**



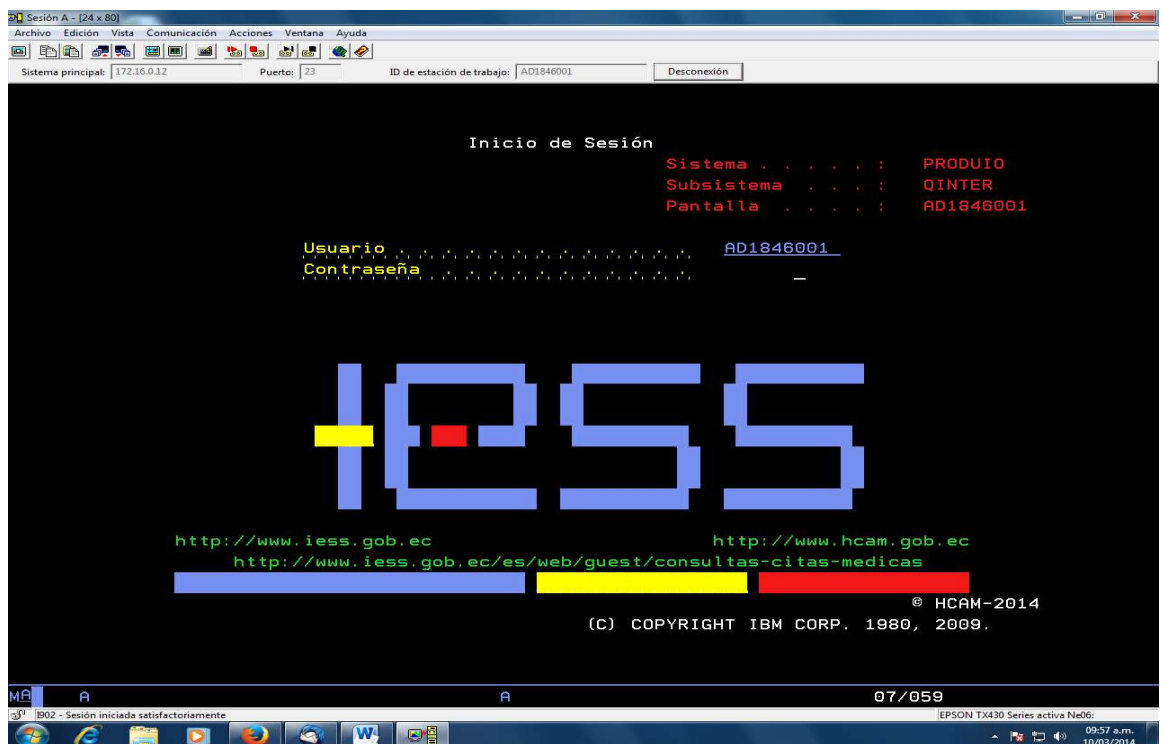
Elaborado Por:	Revisado por :	Aprobado por	Fecha:
María del Carmen O.			



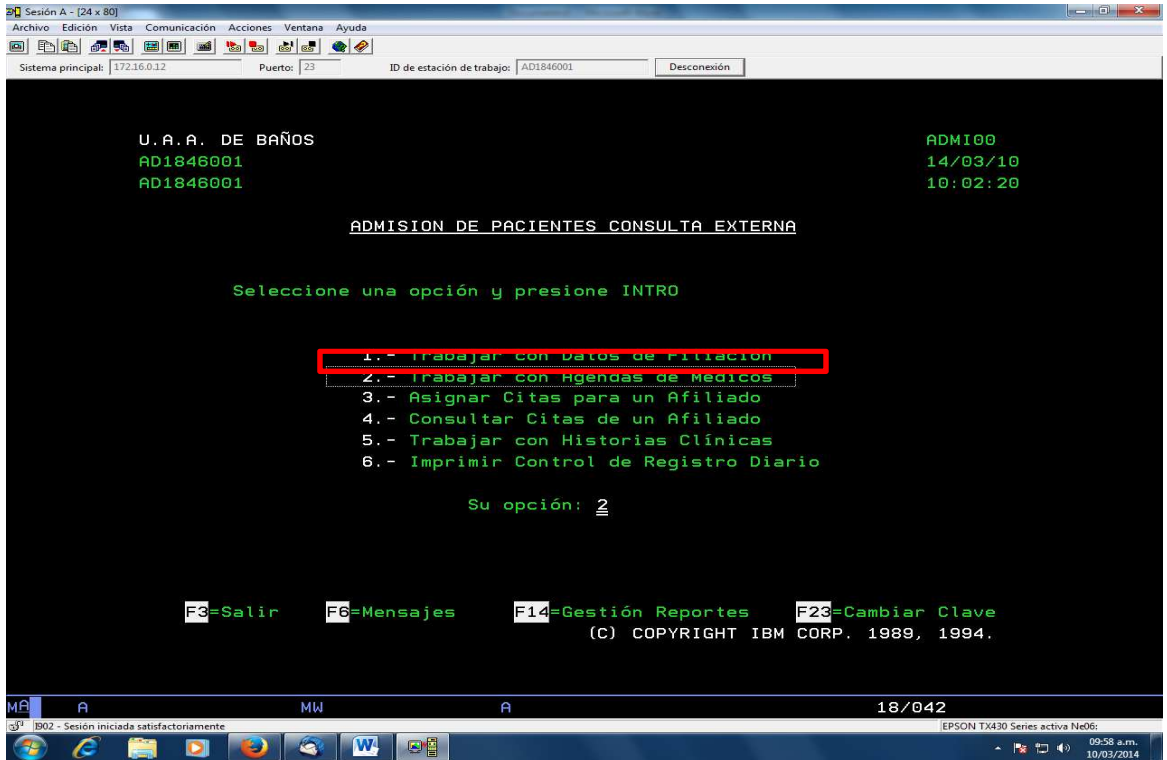
## 1. INGRESAMOS AL SISTEMA MÉDICO AS-400



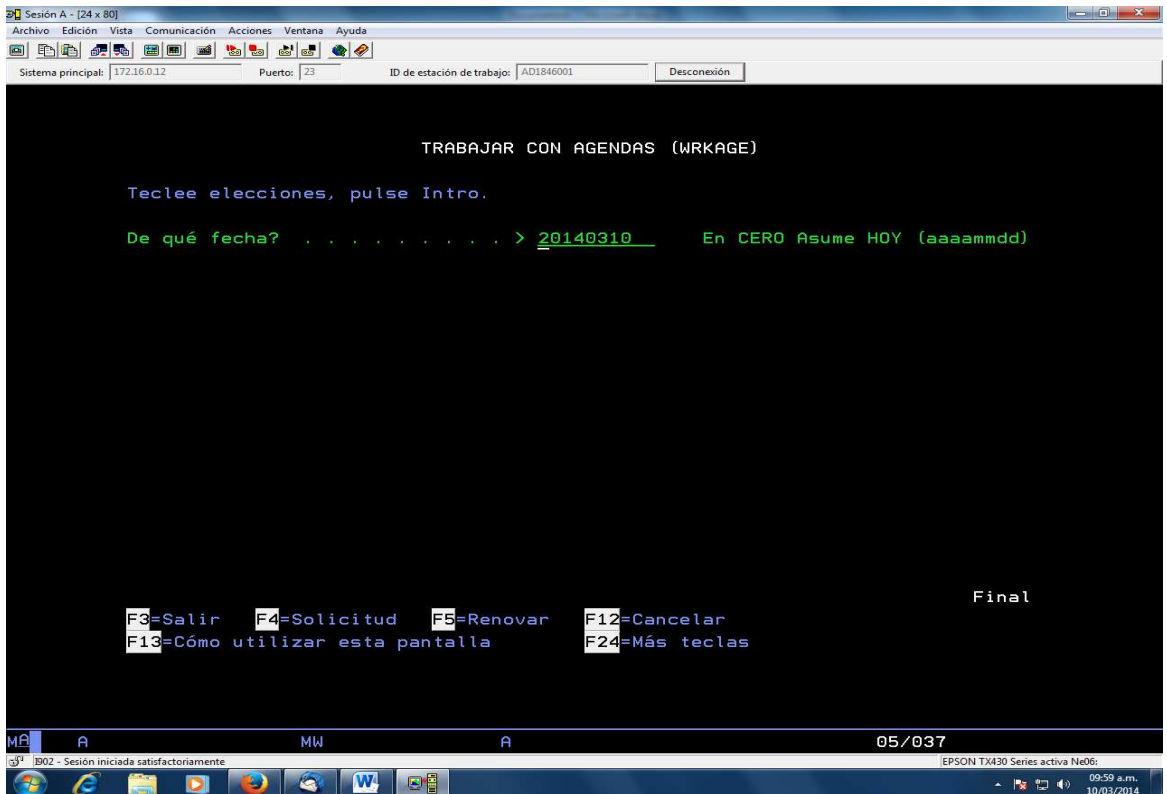
## 2. LA CLAVE Y USUARIO (ADMISION)



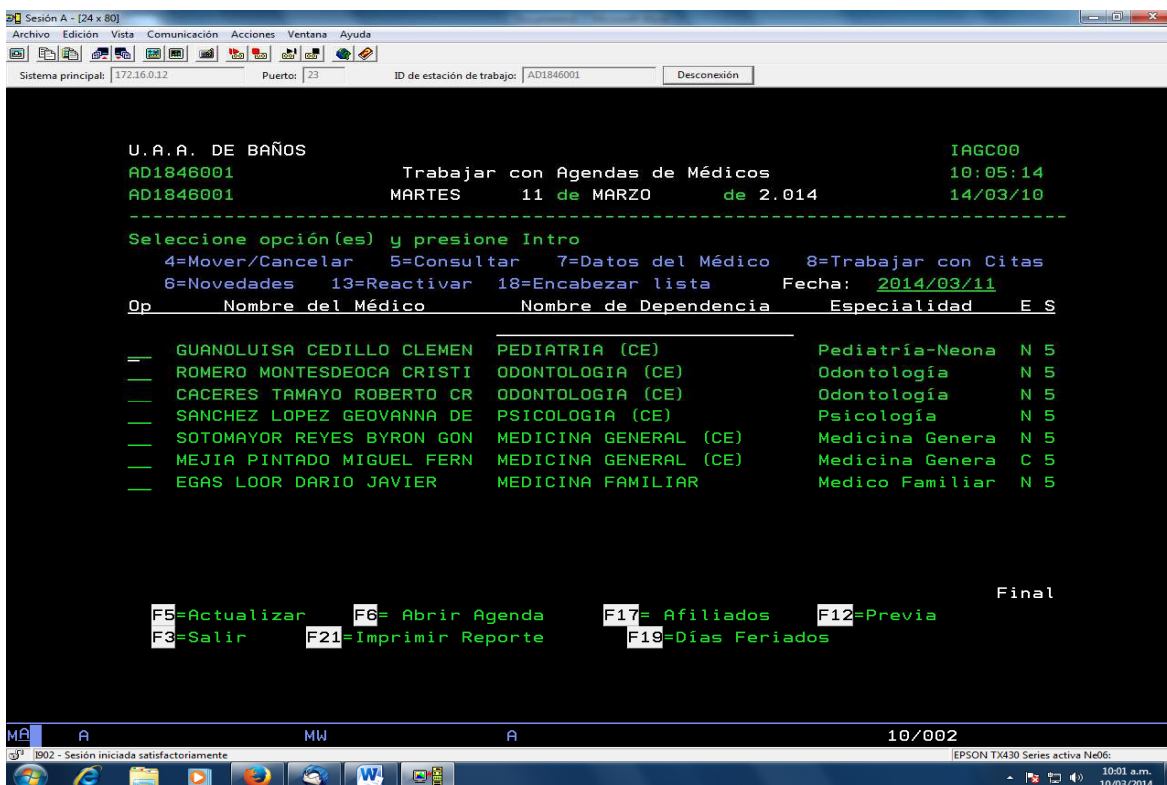
### 3. EN LA PANTALLA PRINCIPAL ESCOGEMOS LA OPCION 2



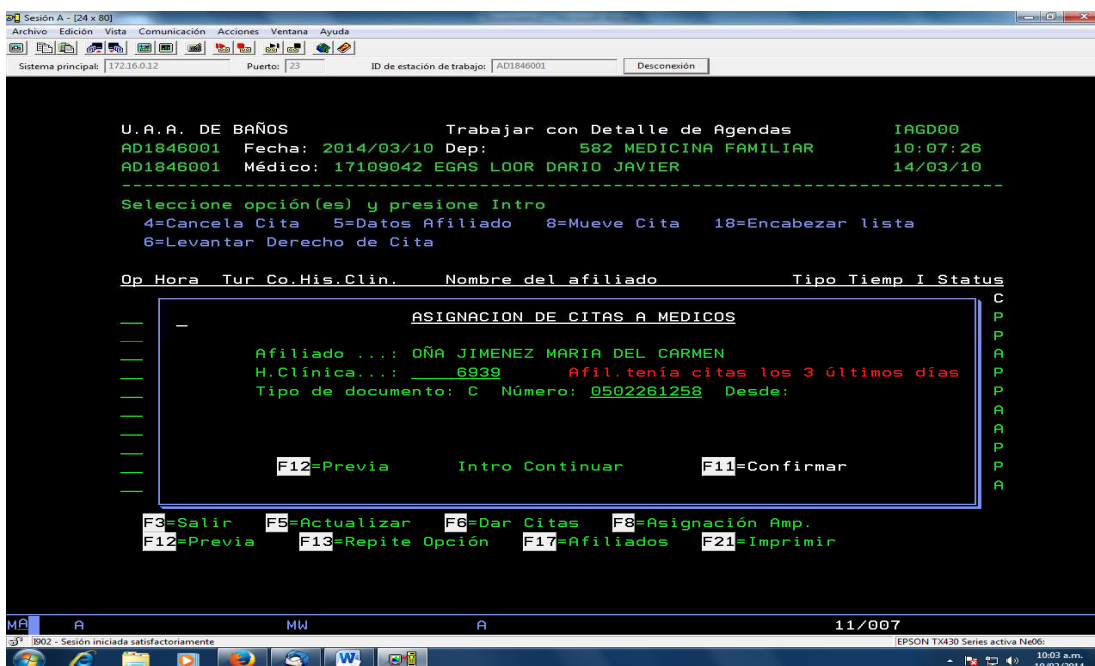
### 4. ELEGIMOS LA FECHA DESEADA POR EL PACIENTE



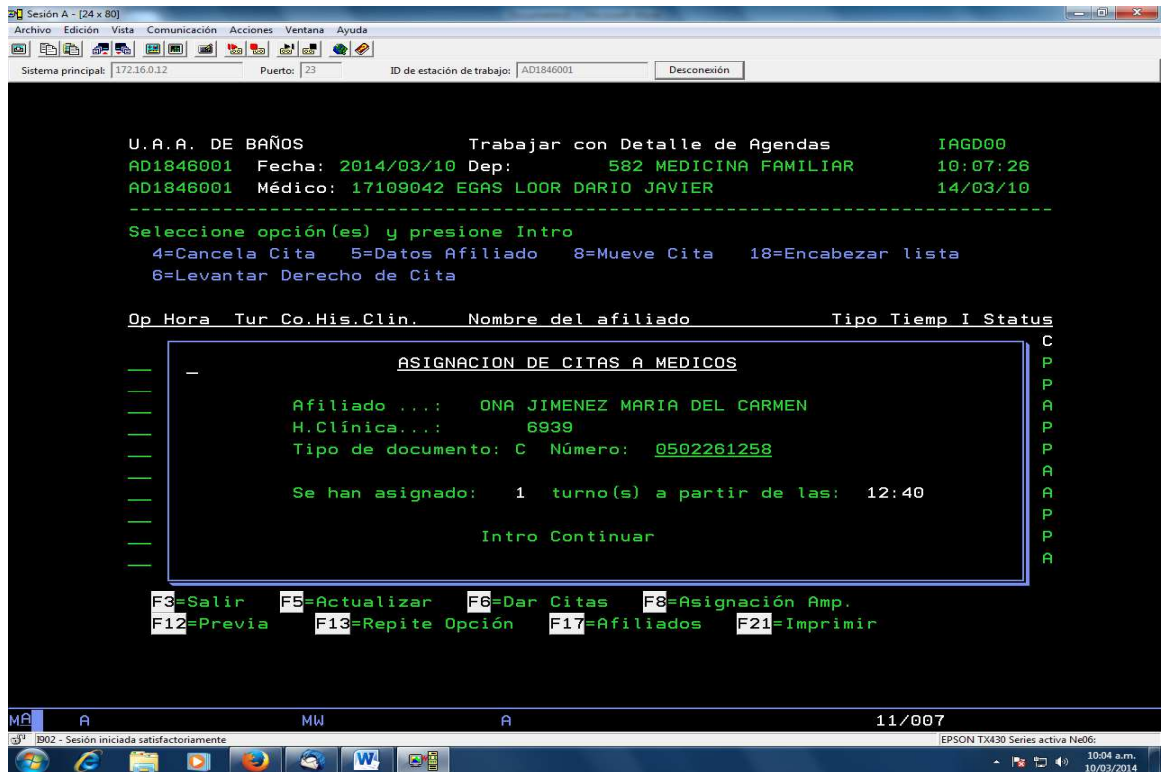
5. EN DICHA PANTALLA NOS APARECE LOS MÉDICOS Y ESCOGEMOS EL QUE NECESITA (OPC. 8 TRABAJAR CON CITAS)



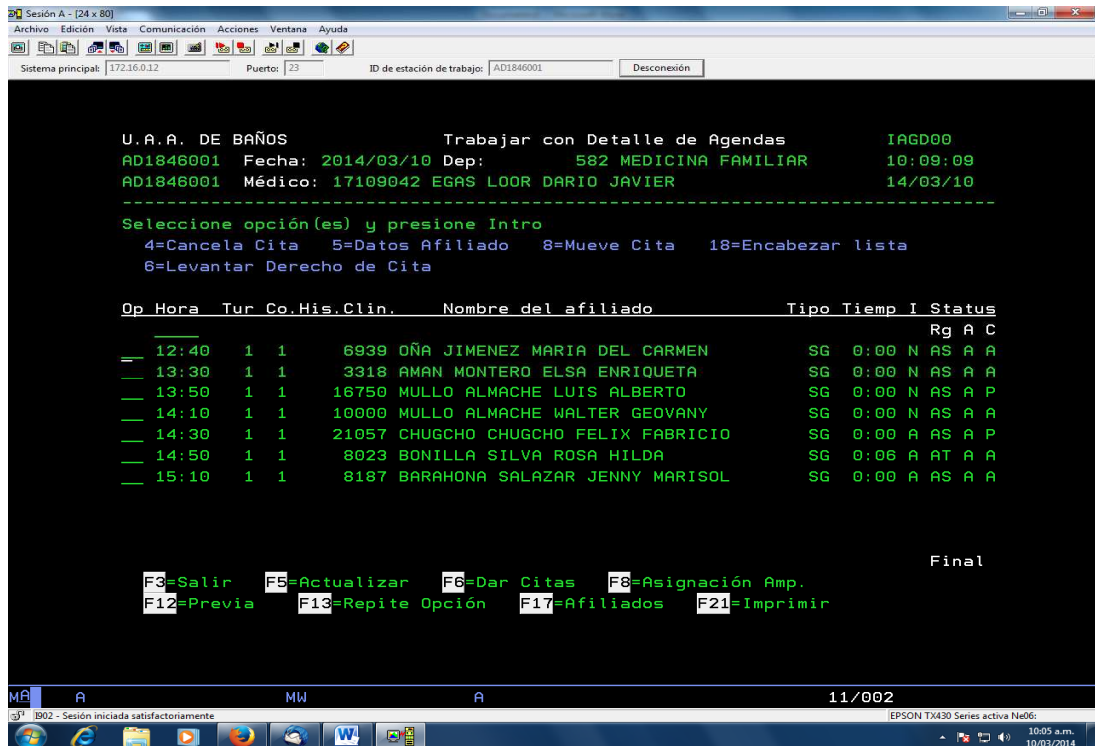
6. DIGITAMOS LA TECLA F6 QUE ES ASIGNACION DE CITA LLENAMOS EL NÚMERO DE CÉDULA DEL PACIENTE Y DAMOS UN ENTER Y F11



## 7. Y NOS DESPLIGA LA FECHA Y HORA DE NUESTRA CITA MÉDICA



## 8. Y YA QUEDAMOS AGENDADOS















**TABLA No. 15 AGENDAMIENTO MÉDICO**

Proceso: Dar atención médica

Dar atención médica oportuna y eficiente a los usuarios, eliminando los inconvenientes

Objetivo: **Responsable:** Servidor Publico

N o	Responsable	Actividad		Gráfico	Tiemp o	Cost o	Observación
1	USUARIO	Acude a las instalaciones IESS	1		0	0	Conseguir ser atendido en menor tiempo
2	USUARIO	Solicita turno	1	  	2	0	indicar especialidad
3	ENCARGAD O	Recoge información		  	3	0	Dar el número de cedula
4	ENCARGAD O	Agenda Turno	1	  	1	0	
5	ENCARGAD	Asigna Turno	1		1	0	

	O							
6	USUARIO	Dirige -asistencia						5
7	MEDICO	Brinda atención		2				
8	MEDICO	Diagnostica –usuario	1					
9	MEDICO	Entrega descripción -usuario	1					
10	USUARIOS	Retira medicamentos	1					

5	0	Dirige a la consulta
30	0	De acuerdo al agendamiento de los turnos ,priorizando los emergentes
6	0	
1	0	
11	0	Satisfacción del paciente

Elaborado por: María del Carmen Oña

Una vez analizado el gasto que se paga en forma anual por el servicio del Call Center que es de \$31200, se puede deducir que es muy alto pero si se crea la oficina con un responsable de agendar los turnos médicos y así mejorar la productividad de los médicos de la Unidad de Atención Ambulatoria se pretende obtener un gasto de \$10822, en lo que se puede observar existe un ahorro de \$20378 es decir más del 70% de diferencia.

Con la creación de la oficina se estima que el pacientes se demore máximo 1 hora en recibir atención, desde el momento que acude a separar su turno de atención hasta el retiro de la medicación, con ese tiempo limitado propone mejorar la productividad de los médicos.

<b>VALOR MENSUAL PROMEDIO PAGO A CALL CENTER:</b>		2.600,00
AÑO 2013	12 MESES	31.200,00
<b>TOTAL CANCELADO:</b>		<b>31.200,00</b>
<b>VALOR MENSUAL PAGO A OFICINISTA UAA BAÑOS</b>		<b>808,00</b>
AÑO 2013	12 MESES + DECIMO TERCERO Y CUARTO	9.696,00
<b>TOTAL GASTO</b>		<b>10.822,00</b>

Fuente: Unidad de Atención Ambulatoria IESS Baños

Si se aplica la reestructuración de puestos y se ubica a un servidor público de la misma unidad se puede decir que existe un ahorro total de \$31200, beneficiándose la Unidad de Atención Ambulatoria Baños y brindando una atención de calidad, ya que la unidad tendrá el control de la productividad de los médicos, que serán evaluados por los indicadores de gestión correspondientes que aplica el IESS.

## **6.9 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA**

El departamento de Administrativo de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de baños será la encargada de generar la partida o reestructuración del puesto, a designar quien será el responsable de agendar los turnos médicos, quién estará monitoreando constantemente la aplicación del mismo, utilizando los indicadores de gestión, y eficacia del empleado.

### 6.9.1 EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

La evaluación de la propuesta se la realizara después de un semestre de ponerlo en práctica para saber la factibilidad y el impacto que se tuvo y los cambios que originaron en los pacientes e incluso ver como se mejoró la productividad de los médicos

PREGUNTA	EXPLICACIÓN
1. - ¿Para qué?	Comprobar la hipótesis y obtener la información necesaria para formular la propuesta de solución al problema
2.- ¿A qué personas o sujetos?	La encuesta será aplicada los pacientes de la Unidad de Atención Ambulatoria del seguro social IESS.
3. - ¿Sobre qué aspectos?	Sobre el agendamiento de turnos médicos que mejoren la productividad de los médicos
4. - ¿Quién?	María del Carmen Oña
5. - ¿Cuándo?	En el primer trimestre 2014
6.- ¿Lugar de recolección de la información?	En el cantón Baños a los pacientes que acuden a la Unidad de Atención Ambulatoria del Seguro Social
7.- ¿Cuántas Veces?	Una sola vez
8.-¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta
9.- ¿Con que?	Cuestionario
10.- ¿En qué situación?	En el momento más adecuado para obtener la investigación

**Tabla No. 17 PLAN DE ACCIÓN**

**Elaborado por:** María del Carmen Oña



## 6.10 BIBLIOGRAFÍA

- Administration. Health (8 de Mayo de 2013). *World Health Organization - Management*. Obtenido de World Health Organization - Management: [http://es.wikipedia.org/wiki/Administraci%C3%B3n\\_en\\_salud](http://es.wikipedia.org/wiki/Administraci%C3%B3n_en_salud)
- Aron, R. (1970). *Las etapas del pensamiento sociológico. Durkheim- Pareto- Weber*. Argentina: MásEdiciones Siglo Veinte.
- Arredondo, A. (1995). Factores Asociados con la Productividad Médica. *Educación, Medicina y Salud*. Vol. 29, 174-188.
- Association American Medical. (1985). Changing patterns of care. The cost of medical care. *American Medical Association*, 135-137.
- Barron, P., & Monticelli, F. (2007). *Key district health indicators*. Durban: Health System Trust.
- Bijarro Hernández, F. (2007). *DESARROLLO ESTRATÉGICO PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. Tamaulipas: Enciclopedia Virtual: EUMED. Obtenido de Enciclopedia Virtual: EUMED: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007c/306/METODOS%20GENERALES%20DE%20LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.htm>
- Call, S., & Holahan, W. (1985). *Productividad y rendimiento. Fundamentos de Economía*. México: Editorial Interamericana.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. (2013). *Seguridad Social para Todos*. Obtenido de Seguridad Social para Todos: <http://www.seguridadsocialparatodos.org/node/1>
- Daniels, R. (1971). Physician productivity and the . *Inquiry*, 59-67.
- Definicion.DE. (24 de Marzo de 2013). *Definicion.DE*. Obtenido de Definicion.DE: <http://definicion.de/salud-Pública/>
- Diario PP "El Verdadero". (27 de Abril de 2012). El IESS tiene nuevo Call Center. *Diario PP "El Verdadero"*, págs. 2-4.
- Dirección General de Evaluación del Desempeño - Secretaria de Salud. (2009). *Manual de Indicadores de Servicios de Salud*. México: Dirección de Evaluación de los Servicios de Salud.

- Documento OPS/OMS. (2000). Funciones esenciales de la Salud Pública. *PROPOSITO DE LA INICIATIVA LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS*. Argentina: OPS.
- Donabedian, A. (1987). *La capacidad para producir servicios. Aspectos de la administración en la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Evang, K., Gordon, J., & R.G, T. (1951). *Public health lectures, Medical Teaching Mission to Israel*. Boston, Mass.: Unitarian Service Committee Inc.
- Frenk, J. (1990). Patrones de empleo inédico en las áreas urbanas de México. Síntesis Ejecutiva. *INSP-SSA*, 9-11.
- Friedman, M. (1973). *Metodología de la economía positiva*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garbarino, J. (1990). *Price behavior and productivity in medical market. Industrial and labor relations review*. San Francisco: Universidad de California.
- Hermida, C. (31 de Marzo de 2013). “Call Center” y servicios de salud. *El Telegrafo*, págs. 12-18.
- Hernández, N. (1988). *El servicio de consulta externa. Informe Anual de Actividades de es de Segundo Nivel, Servicios Médicos del Distrito Federal*. México: Servicios Médicos del Distrito Federal.
- Hovey, Y. (12 de Marzo de 2009). *Centro Internacional Margaret Sanger*. Recuperado el 6 de Enero de 2012, de Planned Parenthood de la Ciudad de Nueva York: [http://www.stepstoolkit.org/index.php?option=com\\_courses&task=ShowModule&type=T&Module=7&CatId=51&Itemid=140&lang=es](http://www.stepstoolkit.org/index.php?option=com_courses&task=ShowModule&type=T&Module=7&CatId=51&Itemid=140&lang=es)
- IESS. (31 de Enero de 2012). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Obtenido de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: <http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/institucion>
- ISSFA. (2 de Agosto de 2012). *Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas*. Obtenido de Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas:

[http://www.issfa.mil.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=63](http://www.issfa.mil.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=63)

- ISSPOL. (2 de Agosto de 2012). *Instituto de Seguridad Social de la Policia Nacional*. Obtenido de Instituto de Seguridad Social de la Policia Nacional: <http://isspol.policiaecuador.gob.ec/index.php?id=1763>
- Jaramillo Antillón, J. (1998). *Principios de Gerencia Y Administración de Servicios Médicos Y es*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios arios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 17-36.
- Khandwalla, P. (1989). *Analysis of organizations. The design of organizations, 2da.Edición*. Toronto: HJB.
- Kimberly, J., & Leatt, P. (1983). *Organization Design; Healt Care Management*. Hamilton, Canada: Willwy.
- Kovner, J. (1986). Meassurement of outpatient office visit services. *Health Serv Res*, 112-119.
- Lave, J. (1976). A review of the methods used to study cost. *Inquiry*, 637-679.
- Leal, J. E., & de Castañeda, A. (2003). *Call Center. Centrados en el Cliente*. Murcia, España: Sinergia Tecnológica.
- Malik, A. (1996). *Manual de recursos humanos en Salud*. Washington D.C: OPS/OMS.
- Martín, J., & et al. (1994). Modelo de Incentivos para Directivos Sanitarios Públicos. *III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud* (págs. 8-15). Buenos Aires: A.E.S.
- Mertens, L. (1998). *La medición de la productividad como referente de la formación-capacitación. Una propuesta metodológica*. Estados Unidos: Boletín Cinterfor Nro. 143.
- Ministerio de Salud Pública. (Octubre de 2002). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.slideshare.net/jaky2011/reformas-en-salud-en-el-ecuador>
- Mintzberg, H. (1989). *The structuring of organization*. Toronto, Canada: Prentice Hall.

- Moraes Novaes, H. d. (1987). *Problemas del Universitario Moderno: Factores Institucionales en la Crisis de los es Clínicos. Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington, D.C.: Serie Paltex Nro. 4.
- Moreno, E., & et al. (1998). *Calidad de la Atención Primaria. Aporte Metodológico para su Evaluación*. Argentina: Premio CADIME de Salud.
- Muñiz González, R. (2000). *Marketing en el Siglo XXI. 3ª Edición*. Obtenido de Marketing en el Siglo XXI. 3ª Edición: <http://www.marketing-xxi.com/Marketing-siglo-xxi.html>
- Neuhauser, D. M. (1987). *Funcionamiento de las Organizaciones para la Administración de Salud. Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington: Serie Paltex Nro.4.
- Organización Mundial de la Salud. (1961). *La Planificación de los Servicios de Salud Pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Penchansky, R., & Rosenthal, G. (1985). Productivity, price and income behavior in the physicians services market. *Medical Care*, 240-244.
- Prokopenko, J. (Mayo-Agosto de 1998). *Globalización, Competitividad y Estrategias de Productividad*. Argentina: Boletín Cinterfor Nro. 143.
- Quinteros, O. (2005). *Antecedentes generales de la Administración de Recursos Humanos*. Mexico: Monografías.
- Rojas Barahona, R., Luna Vega, S., Gross Robles, J., & Kenton Johnston, R. (2010). Evaluación de la calidad de la gestión de un laboratorio clínico ario en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 8-10.
- Ruelas-Barajas, E. (1993). *Salud Pública en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud. Obtenido de Salud Pública en México.
- Scitovsky, A. (1957). *Changes in the costs of treatment of sellected illness*. Toronto: Interamericana.
- Treviño García, N., Valle, A., Fierro, H., & de la Loza, A. (2009). *Indicadores de Servicios de Salud*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Valero González, J. M. (1998). La productividad en la atención médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 183-186.
- Wennberg, J. (1984). Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff*, 6-32.

STONER J., WANKEL C. *Administración*. Prentice-Hall. México, 1990. Proceso Administrativo. obetnido en:  
[http://www.angelfire.com/zine2/uvm\\_lce\\_lama/padmon.htm](http://www.angelfire.com/zine2/uvm_lce_lama/padmon.htm)

Yépez Flores, C., Romero Cruz, L., & Buñay Carcelen, R. (2009). *Análisis de un Centro de Atención al Cliente para Empresas Multiservicios*. Guayaquil: Centro de Investigación Científica y Tecnológica - Escuela Superior Politécnica del Litoral.

**ANEXOS**  
Análisis FODA

<b>Análisis Interno</b>									
<b>Factores o variables</b>	<b>FORTALEZA</b>			<b>DEBILIDAD</b>			<b>IMPACTO</b>		
	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>
Desmotivación del Personal médico				X			X		
Información de Productividad Médica no confiable				X			X		
Planificación inadecuada de la atención de consulta externa					X		X		
Planta física ubicada en lugar de fácil acceso.		X						X	
Compromiso de los médicos con su servicio.	X						X		
No contar con los médicos especialistas de planta suficientes para ofrecer atención rápida y expedita esto a causa del gran número de pacientes que deben de ser atendidos.				X			X		
Horarios de Trabajo por turnos de 8 horas		X							X
Apertura al cambio por parte de los empleados	X								X
Servicios Gratuitos	X							X	
Falta de Medicinas				X			X		
Convenios para la atención de la salud con instituciones privadas.			X						X
Parque tecnológico básico para las necesidades de la demanda requerida					X			X	
Desconocimiento del marco legal que rige el ejercicio profesional de enfermería, teniendo deficiencias en conocimientos de los derechos y obligaciones del código de ética correspondiente para el personal de salud						X			X

### Matriz de Evaluación de Factores Externos

Peso entre 0.0 (no importante) a 1.0 (absolutamente importante) a cada uno de los factores. El total de todos los pesos debe de sumar 1.0.

La calificación entre 1 y 4 a cada uno de los factores a efecto de indicar si el factor representa una debilidad mayor (calificación = 1), una debilidad menor (calificación = 2), una fuerza menor (calificación=3) o una fuerza mayor (calificación = 4).

<b>Matriz de Evaluación de Factores Externos</b>			
<b>Factores Determinantes</b>	<b>Peso</b>	<b>Calificación</b>	<b>Peso Ponderado</b>
<b>OPORTUNIDAD</b>			
Apoyo Gubernamental a los servicios de Salud	0,1	3	0,3
Plan de Atención de la Salud Escalonado	0,03	1	0,03
<b>AMENAZA</b>			
Indicadores de Productividad sin un análisis efectivo de los factores involucrados	0,2	4	0,8
Calidad de la atención de prestadores de servicios externos al IESS en la asignación de citas médicas	0,15	4	0,6
Errores en los procesos de los prestadores de servicios externos del IESS en la asignación de citas médicas	0,15	4	0,6
Falta del afiliado a las citas concedidas	0,1	3	0,3
No garantizar la calidad en la atención por la desorganización de la continuidad del médico con el paciente atendido en primera instancia	0,1	2	0,2
Inadecuada optimización del parque tecnológico	0,1	1	0,1
Aumento explosivo de pacientes	0,02	1	0,02
Nuevos virus y enfermedades	0,01	1	0,01
Procesos institucionales implementados sin conceptos técnico-administrativo	0,02	1	0,02
Gestión administrativa politizada intrainstitucional	0,01	2	0,02
Diferencias culturales de los afiliados	0,01	1	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,01</b>

Matriz de Evaluación de Factores Internos

<b>Matriz de Evaluación de Factores Internos</b>			
<b>Factores Determinantes</b>	<b>Peso</b>	<b>Calificación</b>	<b>Peso Ponderado</b>
<b>FORTALEZAS</b>			
Compromiso de los médicos con su servicio.	0,1	4	0,4
Apertura al cambio por parte de los empleados	0,1	2,5	0,25
Servicios Gratuitos	0,1	4	0,4
Planta física ubicada en lugar de fácil acceso.	0,01	2	0,02
Horarios de Trabajo por turnos de 8 horas	0,01	2	0,02
Convenios para la atención de la salud con instituciones privadas.	0,01	2	0,02
<b>DEBILIDADES</b>			
Desmotivación del Personal médico	0,1	4	0,4
Información de Productividad Médica no confiable	0,15	4	0,6
No contar con los médicos especialistas de planta suficientes para ofrecer atención rápida y expedita esto a causa del gran número de pacientes que deben de ser atendidos.	0,15	3	0,45
Falta de Medicinas	0,1	3	0,3
Planificación inadecuada de la atención de consulta externa	0,15	4	0,6
Parque tecnológico básico para las necesidades de la demanda requerida	0,01	2	0,02
Desconocimiento del marco legal que rige el ejercicio profesional de enfermería, teniendo deficiencias en conocimientos de los derechos y obligaciones del código de ética correspondiente para el personal de salud	0,01	2	0,02
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,5</b>

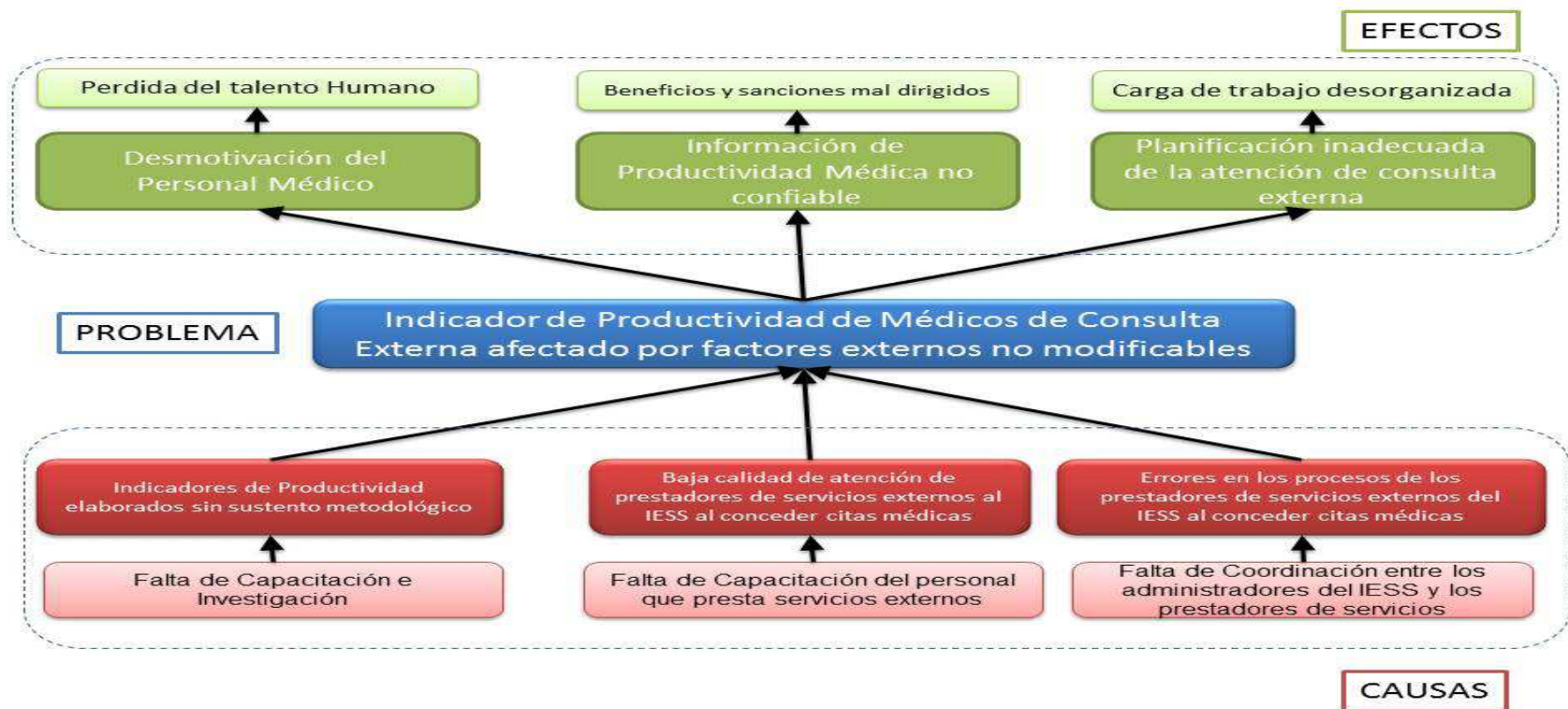


Matriz de Estrategias

	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo Gubernamental a los servicios de Salud</li> <li>• Plan de Atención de la Salud Escalonado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de Productividad sin un análisis efectivo de los factores involucrados</li> <li>• Calidad de la atención de prestadores de servicios externos al IESS en la asignación de citas médicas</li> <li>• Errores en los procesos de los prestadores de servicios externos del IESS en la asignación de citas médicas</li> <li>• Falta del afiliado a las citas concedidas</li> </ul>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>FO</b>	<b>FA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso de los médicos con su servicio.</li> <li>• Apertura al cambio por parte de los empleados</li> <li>• Servicios Gratuitos</li> <li>• Planta física ubicada en lugar de fácil acceso.</li> <li>• Horarios de Trabajo por turnos de 8 horas</li> <li>• Convenios para la atención de la salud con instituciones privadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promocionar y Difundir los servicios del área de salud</li> <li>• Informar a los usuarios de mejores alternativas del uso de los servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar estrategias de asignación de turnos, para incrementar la productividad de los médicos</li> <li>• Gestionar acciones administrativas para disminuir el margen de error en la asignación de turnos</li> <li>• Coordinar con la entidad de asignación de turnos una mejor planificación para asignación de turnos en relación a las 8 horas laborables de los médicos y sus turnos</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>DO</b>	<b>DA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivación del Personal médico</li> <li>• Información de Productividad Médica no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar con Recursos Humanos estrategias de motivación del personal</li> <li>• Gestionar ante los organismos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un sistema para la determinación de la productividad que garantice la confiabilidad de la información</li> </ul>

<p>confiable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No contar con los médicos especialistas de planta suficientes para ofrecer atención rápida y expedita es to a causa del gran número de pacientes que deben de ser atendidos.</li> <li>• Planificación inadecuada de la atención de consulta externa</li> </ul>	<p>correspondientes la asignación de nuevas partidas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con la entidad de asignación de turnos una mejor planificación para asignación de turnos en relación a las 8 horas laborables de los médicos y sus turnos</li> </ul>	
--	--	--

### Árbol de Problemas - Diagrama Causa - Efecto



Elaborado por: María del Carmen Oña