



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR MATRIZ

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

TEMA:

FACTORES QUE LIMITAN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA, EN EL “HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN”, DURANTE JUNIO – JULIO DE 2018.

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

Lcda. Diana Estephania Vinueza Ortiz

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JORGE PEÑAHERRERA

TUTOR METODOLÓGICO:

MSC. JAVIER CÁRDENAS

Quito, 28 de septiembre de 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **VINUEZA ORTIZ DIANA ESTEPHANIA**, C.I.: 172231280-6 autora del trabajo de graduación intitulado: “FACTORES QUE LIMITAN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA, EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN, DURANTE JUNIO – JULIO DE 2018.” previa a la obtención del grado académico de **MÁSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

- 1.- Manifiesto conocer el deber que posee la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador”, conforme al artículo 144 de la “Ley Orgánica de Educación Superior”, de entregar a la SENESCYT una copia en formato digital de la disertación con la finalidad de que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior para su difusión pública manteniendo el respeto de los derechos de autor.
- 2.- Otorgo mi autorización a la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el mencionado trabajo de disertación, manteniendo el respeto de las políticas de propiedad intelectual.

Quito, 28 de septiembre del 2018

Diana Estephania Vinueza Ortiz
C.I.: 172231280-6

DEDICATORIA

Agradezco de manera profunda a Dios y a las personas que me apoyaron como mi madre, y abuelito, quienes estuvieron presentes de manera incondicional en el transcurso de la maestría. Me encuentro muy agradecida con el personal del “Hospital General Docente de Calderón” y el Dr. Jorge Peñaherrera, quién me supo orientar desde los módulos semestrales donde se obtuvieron las bases para iniciar este trabajo.

Diana Vinueza Ortiz

AGRADECIMIENTO

Expreso mis más sinceros agradecimientos a los profesionales de docencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, establecimiento en el cual tuve mi formación desde el pregrado y ha sido una arista fundamental en el desarrollo de mis conocimientos a nivel profesional.

Diana Vinueza Ortiz

GLOSARIO

- SRC:** Sistema de Referencia y Contrareferencia.
- TGS:** Teoría General de Sistemas.
- APS:** Atención Primaria en Salud.
- CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- MSP:** Ministerio de Salud Pública.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

1	Presentación	1
2	Análisis Situacional (Planteamiento del Problema)	2
3	Marco Conceptual.....	3
3.1	Calidad de la atención	3
3.1.1	Integración de la atención.....	3
3.1.2	Globalidad de la atención	4
3.1.3	Continuidad en la atención	4
3.1.3.1	Componentes de la continuidad de la atención.....	4
3.1.3.2	Clases de continuidad de la atención.....	4
3.2	Calidad del servicio.....	5
3.3	Calidad del sistema de salud	5
3.4	Accesibilidad.....	7
3.5	Modelo Conceptual – Diagrama de Ishikawa	8
3.5.1	Diagrama de Ishikawa – Aplicación en Especialidad Urología.....	8
3.6	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Mano de obra	10
3.6.1	Limitado Talento Humano.....	10
3.6.2	Incremento del tiempo de espera en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”	10
3.6.3	Incremento de citas subsecuentes en el agendamiento en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”	11
3.6.4	Impuntualidad de funcionarios.....	11
3.7	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Método	12
3.7.1	Registro de datos deficiente y pertinencia médica.....	12
3.7.2	Oportunidad de la atención.....	12
3.8	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Medio Ambiente.....	13
3.8.1	Ausentismo en Consulta Externa.....	13
3.8.2	Disminución de la asignación del tiempo quirúrgico.....	13
3.8.3	Ausencia de diagnóstico del paciente.....	14
3.9	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Materiales.....	15
3.9.1	Ausencia de Medicamentos para Tratamiento de Patologías Crónicas de Primer Nivel de Atención	15
3.9.2	Bajo Porcentaje de Contrareferencias Realizadas.....	15
3.10	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Medida.....	16
3.10.1	Disminuido Análisis en la Distribución de la Carga Horaria del Profesional	16
3.10.2	Ausencia de Normatización de Agendamiento para Ausentismo	16
3.11	Categoría de Diagrama de Ishikawa: Equipamiento.....	17
3.11.1	Desabastecimiento de equipamiento e insumos quirúrgicos.....	17
3.11.2	Limitado presupuesto en salud.....	17
4	Conocimientos y experiencias previas	18
5	Estrategias elegibles	20
5.1	Listado de alternativas de cambio.....	21
5.2	Criterios de selección de alternativas de cambio	23

6	Hipótesis de Cambio	24
7	Objetivos	24
	7.1 Objetivo General.....	24
	7.2 Objetivos Específicos.....	24
8	Instrucciones operativas.....	25
9	Metodología.....	26
	9.1 Población.....	26
	9.1.1 Universo y muestra.....	26
	9.1.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	26
	9.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
	9.1.4 Análisis de Datos.....	27
	9.1.5 Aspectos Bioéticos	27
10	MAPEO DE ACTORES	27
	10.1 Listado de Actores Sociales.....	28
	10.2 Análisis de actores.....	29
	10.3 Sociograma	31
	10.4 Análisis del sociograma	31
11	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
	11.1 Operacionalización de la evaluación operativa	32
	11.2 Operacionalización de variables de la evaluación analítica.....	35
12	Resultados y Discusión.....	36
	12.1 Resultados y Discusión de la Evaluación Operativa.....	36
	12.1.1 Estrategia N° 1: Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de turnos en consulta externa.....	36
	12.1.2 Estrategia N° 2: Modificación del horario del profesional de urología	45
	12.2 Resultados y discusión de la evaluación analítica.....	46
	12.2.1 Estrategia N° 1: Incremento de horas de consulta externa	46
	12.2.2 Estrategia N° 1: Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de turnos en consulta externa	47
13	Conclusiones	52
14	Recomendaciones	52
15	Bibliografía	53
16	Anexos.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipología de los Centros de Salud que se encuentran en el Distrito 17D02 pertenecientes al Ministerio de Salud Pública	1
Tabla 2: Distribución Porcentual de las 10 Primeras Causas de Atención en Consulta Externa del “Hospital General Docente de Calderón” durante el Período de Enero – Julio 2017	3
Tabla 3: Tipos de accesibilidad	7
Tabla 4: Barreras de la accesibilidad.....	7
Tabla 5: Distribución de la carga horaria del especialista de urología del “Hospital General Docente de Calderón”	10
Tabla 6: Alternativas de cambio	21
Tabla 7: Descripción de los criterios de selección	22
Tabla 8: Criterios de selección de alternativas de cambio	23
Tabla 9: Matriz de instrucciones operativas.....	25
Tabla 10: Criterios de inclusión y exclusión	26
Tabla 11: Análisis de actores.....	29
Tabla 12: Matriz de operacionalización de la evaluación operativa	33
Tabla 13: Matriz de operacionalización de variables de la evaluación analítica.....	35
Tabla 14: Matriz de priorización de citas solicitadas mediante SAT REC para la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.....	38
Tabla 15: Compromisos de la priorización de atención de pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.....	41
Tabla 16: Funcionarios del “Hospital General Docente de Calderón” que participaron en la encuesta codificada para la implementación del semáforo para los pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología durante el periodo junio – julio del 2018	42
Tabla 17: Supervisión de cumplimiento de actividades de los miembros de equipo en el flujo de agendamiento para la priorización de pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio - julio del 2018.....	44
Tabla 18: Disminución del tiempo de espera correspondiente al incremento de horas de consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio – julio del 2018	46
Tabla 19: Clasificación de referencias de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, de acuerdo con el criterio del especialista, durante el período junio – julio del 2018	47
Tabla 20: Comparación de las referencias solicitadas desde el primer nivel de atención, clasificadas por semana de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón” durante los meses de junio y julio del 2018	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Ishikawa Modelo Descriptivo	9
Figura 2: Representación gráfica de la relación entre actores	31
Figura 3: Modificación flujo de agendamiento de la consulta externa de la especialidad de urología	40
Figura 4: Distribución porcentual acerca de la opinión de los funcionarios sobre el flujo de agendamiento de los pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio – julio del 2018	42
Figura 5: Distribución porcentual acerca de si la implementación de la priorización de pacientes para la atención en consulta externa de urología del “Hospital General Docente de Calderón” representa un incremento en la carga laboral para los miembros de equipo de investigación durante el período Junio – Julio de 2018.....	43
Figura 6: Distribución porcentual acerca cumplimiento del flujo de agendamiento de los pacientes de la consulta externa para la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período Junio – Julio de 2018.	43
Figura 7: Opinión acerca de que subproceso del flujo de agendamiento requiere de una mejora en la ejecución de la implementación de la priorización de la atención de pacientes en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio - julio del 2018.....	44
Figura 8: Porcentaje de referencias rechazadas durante el período Junio – Julio de 2018	50

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1:	Encuesta aplicada durante el análisis a profundidad acerca de la atención en consulta externa de urología	57
Anexo No. 2:	Distribución porcentual de las 10 primeras causas de atención en consulta externa de la especialidad de Urología del “Hospital General Docente de Calderón” durante el período de enero – julio 2017	59
Anexo No. 3:	Encuesta a miembros del equipo de investigación para monitoreo del funcionamiento de la priorización de citas para agendamiento de la consulta externa de la especialidad de urología.....	60
Anexo No. 4:	Matriz de recolección de datos (citas agendadas, reagendamiento, citas ausentes, citas atendidas).....	61
Anexo No. 5:	Consentimiento informado para equipo de investigación	62
Anexo No. 6:	Distribución actual de carga horaria del profesional de urología actual	63
Anexo No. 7:	Distribución actual de carga horaria del profesional de urología aprobada por la Subdirección Médica	64

Resumen Ejecutivo

El presente estudio fue realizado en el “Hospital General Docente de Calderón” en la consulta externa de la especialidad de urología, durante el período de Junio – Julio de 2018.

El propósito fue mejorar la accesibilidad administrativa de la consulta externa de la especialidad de urología mediante la reducción del tiempo de espera en el agendamiento, y la disminución de referencias no pertinentes desde el primer nivel de atención.

Se utilizó como metodología la investigación, acción a través de la cual se formó un equipo de investigación conformado por la Subdirección de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas, responsable del área de estadística y especialista de urología que participaron en la implementación de dos intervenciones; la primera correspondió a la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología y la segunda fue el incremento de cinco horas de atención semanal en la consulta externa.

Los resultados de la implementación fueron: disminución de la no pertinencia de las referencias a la consulta externa en un 9,1%. Reducción de 8 días (10%) de espera para el agendamiento, mejorando la accesibilidad administrativa y la continuidad en la atención. Así, posterior a la implementación del semáforo se determinó la clasificación de las atenciones de acuerdo a su prioridad de atención: prioridad A 33,7%, prioridad B 27,3% y prioridad C con el 38,8; de esta manera son atendidos con mayor prontitud los pacientes que requieren una atención emergente.

La estrategia correspondiente a la priorización de pacientes permitió mejorar la pertinencia médica de las referencias en un 9,1% a través de la identificación de problemas de salud que requieren de una atención urgente y de aquellos que deben ser resueltos en el primer nivel de atención.

Palabras Claves: Accesibilidad Administrativa, Hospital General, Especialidad de Urología.

Executive Summary

The current study was carried out in the Hospital General Docente de Calderon in the outpatient clinic of urology specialty during the period of June to July 2018.

The purpose of the study was to improve the administrative accessibility of the outpatient clinic of urology specialty through the reduction of waiting time in the scheduling and the decrease of irrelevant references from the very first level of medical care.

The tool used as methodology was research –action through which a research team was created. These team was conformed by the Deputy Administration of Clinical and Surgical Specialties, responsible of the statistics and the Urology Specialist, who participated in the implementation of two interventions, the first corresponded to the prioritization of patients according to the severity of the pathology and the second was the increase of five hours of weekly attention in the outpatient clinic.

The results of the implementation were: decrease of non-relevance of references to the external consultation by 9.1%. Reduction of 8 days (10%) of scheduling waiting time, which result in the improvement of administrative accessibility and continuity in care.

Therefore, after the implementation of the traffic light, the classification of the attention was determined according to their priority of care: priority A 33.7%, priority B 27.3% and priority C with 38.8. In this way, patients who require emergent care are treated more promptly.

The strategy corresponding to the patient prioritization allowed the improvement of medical relevance of the references by 9.1% through the differentiation of health problems that require urgent attention from those that must be resolved at the first level of medical care. .

Key Words: Administrative accessibility, General Hospital, Urology Specialty.

1 PRESENTACIÓN

El “Hospital General Docente de Calderón” se encuentra ubicado en el cercado de la parroquia Calderón. Las características demográficas de la parroquia según el último censo del año 2010 realizado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) establecen que la población es de 152.731 habitantes, con una proyección para el año 2020 de 189.123 habitantes. La densidad poblacional es de 1.929 habitantes por km², ocupando el primer lugar en relación a las otras parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. El índice de feminidad es de 1.08 mujeres por cada hombre.

El porcentaje de alfabetismo en Calderón corresponde al 96.56%, que es mayor al registrado en las demás áreas rurales de Quito con el 95.42% y al de Pichincha de 94.02%. El índice de pobreza corresponde a 27.9 %. En cuanto a la pobreza extrema, el índice es de 6.4%. La población económicamente activa de la parroquia se ocupa predominantemente en actividades de comercio al por mayor y menor con un 20%, industrias manufactureras con 17% (Loya, 2014). La población económicamente activa corresponde a 130.457 personas, con un total de 63.478 hombres y 66.979 mujeres, observando un número más alto en las mujeres (INEC, 2010).

El “Hospital General Docente de Calderón” se encuentra en la zona de influencia del distrito 17D02, en el que se ubican ocho unidades de salud pertenecientes al “Ministerio de Salud Pública”, cuya tipología es tipo A, B y C; adicionalmente cuenta con un número indeterminado de clínicas y dispensarios privados.

A continuación, se presenta una tabla con la descripción de la tipología de las unidades de salud del Distrito 17D02 pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

Tabla 1: Tipología de los Centros de Salud que se encuentran en el Distrito 17D02 pertenecientes al Ministerio de Salud Pública.

SUBSISTEMA	NIVEL DE ATENCIÓN	TIPOLOGÍA	ESTABLECIMIENTO
MSP	1er Nivel	A	Carapungo 1 Llano Chico Marianitas San Juan de Calderón
		B	Guayllabamba San José del Morán
		C	Calderón Carapungo 2
	2er Nivel	Hospital General Docente	Calderón

Fuente: Datos del Distrito 17D02 y acuerdo 5212, MSP

Elaboración: Vinuesa, Diana

El “Hospital General Docente de Calderón”, entró en funcionamiento como el tercer hospital general de la capital el 15 de julio de 2015, tras el Convenio de Cooperación entre el “Ministerio de Salud Pública” (MSP), el Municipio de Quito, el Fondo de Salvamento y la Universidad Central del Ecuador (UCE) realizado en el año 2010.

La capacidad instalada de esta casa de salud es de 152 camas distribuidas entre ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna, adicionalmente se cuenta con 15 quirófanos, 4 unidades de trabajo de parto y 14 de recuperación, 15 estaciones para hemodiálisis, 48 camillas de atención para emergencia y 51 consultorios para consulta externa, también cuenta con 24 especialidades entre ellas 12 quirúrgicas y 12 clínicas (MSP, 2018).

El modelo administrativo es matricial es decir, que cuenta con un líder por cada proceso asistencial, coordinador técnico por cada especialidad. Las funciones de coordinación de cada

unidad y proceso asistencial están divididas entre estas dos denominaciones. Los procesos del hospital se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de su misión (Cueva, 2013).

Con respecto a la especialidad de urología (objeto del presente estudio) presta sus servicios en cinco procesos agregadores de valor que son: consulta externa, hospitalización, emergencia, quirófano y hospital del día.

En consulta externa de la especialidad de urología, se ha determinado que existe un 15% de referencias no pertinentes e incompletas que provienen desde el primer nivel de atención, factor que incide en la continuidad de la atención; así como el prolongado tiempo de espera mayor a 120 días, que disminuyen la oportunidad de la atención y contribuyen a la congestión de la consulta externa, aumentando la espera y el sufrimiento del paciente y su gasto de bolsillo, además de costos directos e indirectos para el sistema de salud (Quizanga, 2013).

Debido a esta problemática, se ve afectado el acceso administrativo, que es definido como una dimensión de la accesibilidad que se relaciona con la organización para el acceso a la entidad de salud (Comes, 2006). Por lo tanto, el acceso administrativo corresponde a un factor que influye tanto en el desarrollo de problemas de salud y complicaciones urológicas; así como, en la complementariedad y continuidad de la atención entre el primer y segundo nivel.

2 ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

La accesibilidad administrativa es concebida como una dimensión de la accesibilidad que se asocia a la burocracia interna de los establecimientos de salud, con respecto a organización y normativa para acceder a la atención (Comes, 2006). La limitada accesibilidad administrativa, en general, está asociada a la dificultad para poder recibir la atención, con relación al tiempo que transcurre entre la obtención del turno y la consulta efectiva; influyendo en la continuidad de la misma.

En cuanto a la accesibilidad administrativa de la consulta externa de la especialidad de urología en el “Hospital General Docente de Calderón”, se ha visto afectada por varios factores, como son: limitada capacidad resolutoria del primer nivel, tiempos de espera prolongados, ausentismo, reagendamiento y anulación de citas que afectan la continuidad intraepisodio, interepisodio e internivel, que se describen a continuación:

- Tiempo de espera prolongado: en el periodo de Enero a Julio de 2017 el promedio de tiempo de espera para una cita en la consulta externa de urología fue de 120 días, mientras que, el promedio para el tiempo de espera para consulta externa general corresponde a 46 días.
- Incumplimiento de citas: en el caso de urología hubo un 29,3% de ausentismo a las citas y un 11% de citas anuladas que fueron reagendadas, en comparación con datos de consulta en general que fue de un 18% de ausentismo y 8% de citas reagendadas (MSP, 2018). Por otra parte, el cumplimiento de citas de consulta externa de la especialidad de urología fue del 60%, que en comparación al porcentaje de citas cumplidas en las especialidades de cardiología y otorrinolaringología, de 82,4 y 100% respectivamente, es menor. (MSP, 2018).
- Opinión de pacientes sobre dificultades para obtener la cita: según una encuesta al usuario en la atención de consulta externa de urología realizada a 166 pacientes, el 12% tiene dificultades para conseguir cita por consulta externa, el 46,9% opina que es regularmente accesible y el 74% de pacientes obtuvieron su agendamiento para un tiempo superior a 30 días.
- Recursos humanos limitado en la especialidad de urología: el “Hospital General Docente de Calderón” cuenta con un especialista con 14 horas asignadas de consulta externa,

de las 40 horas contratadas tiempo insuficiente para atender la demanda del primer nivel de atención.

- Porcentaje de contrareferencias hacia el primer nivel de atención, corresponden al 1%, en comparación a la norma que indica que debe ser superior al 90%, debido a que, según el especialista de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, el primer nivel de atención no cuenta con la capacidad resolutive para el seguimiento de los pacientes crónicos, contribuyendo a la congestión de la consulta externa (MSP, 2013).
- Capacidad resolutive de servicios de primer nivel: con base a los datos tomados durante el primer semestre del 2017 de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, de las 10 principales causas de atención en consulta externa, se observa que la “hiperplasia prostática benigna” (N40) con un 36,3% e “infección de vías urinarias en sitio no especificado” (N 39.0) con un 7.1% del total de atenciones, estos son problemas de salud que pueden resolverse en el primer nivel de atención (Superintendencia de Servicios de Salud , 2016).

En la consulta externa de urología, en el primer semestre del 2017, las 10 principales causas de atención fueron las siguientes:

Tabla 2: Distribución Porcentual de las 10 Primeras Causas de Atención en Consulta Externa del “Hospital General Docente de Calderón” durante el Período de Enero – Julio 2017

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
“Hiperplasia de la próstata” (N40)	416	29,67
“Cálculo del riñón” (N20.0)	106	7,56
“Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada” (N31)	102	7,27
“Infección de vías urinarias, sitio no especificado” (N39.0)	81	5,78
“Incontinencia urinaria por tensión” (N39.3)	62	4,42
“Prostatitis aguda” (N41.0)	35	2,50
“Orquitis” (N45.9)	34	2,42
“Balanitis” (N48.1)	20	1,43
“Cistitis” (N30)	19	1,36
“Otras hidronefrosis no especificadas” (N13.2)	17	1,21
Otras	510	36,38
Total	1402	100

Fuente: Información obtenida del “Hospital General Docente de Calderón”

Elaborado por: Vinuesa, Diana

3 MARCO CONCEPTUAL

3.1 Calidad de la atención

La organización de los servicios de salud debe estar orientada a brindar una atención, global, integrada, continua y efectiva (Mercenier, 1997).

Es importante comprender que la calidad de atención es aquella que identifica las necesidades de la población en su totalidad, y destina los recursos existentes para solventar las necesidades de una forma oportuna y efectiva (Astúa, Quesada, Ulate, & Vargas, 2004). Esta a su vez comprende tres criterios:

3.1.1 Integración de la atención

Se refiere a brindar una atención combinando la promoción, prevención, curación y rehabilitación desde su inicio. La integración se concibe desde dos dimensiones; la primera corresponde al tiempo y consiste en aprovechar este recurso para no únicamente realizar

actividades curativas sino preventivas, de esta manera es fundamental la polivalencia del equipo de salud. La segunda dimensión consiste en contar con funcionarios organizados hacia la diversificación de actividades para la satisfacción de las necesidades de salud del paciente (Mercenier, 1997).

3.1.2 Globalidad de la atención

Durante la atención médica el paciente debe ser considerado con una visión holística tomando en cuenta tanto los aspectos individuales como comunitarios, para su tratamiento se debe considerar que la salud es el bienestar biopsicosocial. Para brindar una atención global debe existir empatía en la relación médico – paciente. Adicionalmente se menciona otro criterio detallado:

3.1.3 Continuidad en la atención

Se define a la continuidad en salud como la fusión entre coherencia y experiencia que se brinda al paciente durante el proceso de atención. La continuidad de la atención influye en la adherencia al tratamiento, satisfacción y mejora de la calidad de vida del paciente. No obstante, pacientes crónicos y pluripatológicos son atendidos por diversos proveedores de salud, situación que debido a la inadecuada organización del sistema de salud pone en compromiso a la continuidad de la atención (Córdova & Modest, 2009)

Se puede definir a la continuidad asistencial con un: “enfoque longitudinal donde interactúa un equipo multidisciplinario para brindar un tratamiento de manera integral centrado en el individuo. Debido a la alta complejidad de las entidades sanitarias es un reto lograr la complementariedad entre niveles de atención” (Lorite, Ondiviela, Cariteu, & Sánchez, 2005).

3.1.3.1 Componentes de la continuidad de la atención

- a) **Continuidad asistencial de relación:** Corresponde a la apreciación del paciente de la relación con proveedor de salud durante el tiempo de atención.
- b) **Continuidad asistencial de información:** Se refiere a la percepción del paciente con respecto a la interpretación y uso de la información proporcionada durante la atención.
- c) **Continuidad asistencial de gestión:** Entendida como la opinión del usuario frente a los diferentes servicios de salud tomando en cuenta su coordinación y complementariedad. (Aller, y otros, 2010).

3.1.3.2 Clases de continuidad de la atención

Tomando en cuenta al seguimiento del paciente considerando la historia de la enfermedad y sus diferentes factores se mencionan dos tipos de continuidad:

- a) **Continuidad Intraepisodio:** Consiste en el seguimiento de los pacientes tomando en cuenta la evolución de sus problemas de salud hasta que estos se resuelvan.
- b) **Continuidad Interepisodio:** Se basa en la información que se genera entre diferentes episodios y sus intervalos. Esta debe ser suficiente y objetiva, con la finalidad de no ocasionar duplicidad de la información (Rodríguez R. , y otros, 1993).

La continuidad de la atención supone que el equipo de salud tome responsabilidad de la atención del individuo desde el inicio del episodio de la enfermedad hasta su recuperación o hasta que el riesgo ya no esté presente, para esto es necesario realizar el seguimiento al paciente y la coordinación entre niveles de atención (Mercenier, 1997).

3.2 Calidad del servicio

Calidad del servicio significa “brindar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios”. (Forrellat, 2014).

A su vez se detallan las siguientes características:

- **Permanencia:** El servicio de salud debe ser accesible todos los días, en el caso de que el recurso humano lo permita puede atender las 24 horas. Las actividades preventivas pueden ser organizadas de manera periódica con la finalidad de mantener la continuidad (Mercenier, 1997)
- **Polivalencia:** El equipo de trabajo debe ofrecer una atención global continua e integrada para dar respuesta a todos los problemas de salud que presente el individuo de forma directa o realizando referencias y contrareferencias (Mercenier, 1997).
- **Descentralización:** Los servicios de salud deben situarse dentro del aspecto geográfico lo más cercano a la población, de esta manera se incrementa la accesibilidad especialmente en la dimensión geográfica. Los límites son aspectos primordiales para la descentralización debido a que cuando más se incrementa esta característica se reduce la población meta ocasionando una disminución de la capacidad diagnóstica por parte del personal; en cuanto a la limitación financiera, esta dependerá del presupuesto asignado y la limitación técnica tiene factores científicos y políticos que la hacen difícil de identificar (Mercenier, 1997).

3.3 Calidad del sistema de salud

Una forma de medir la calidad del sistema de salud es mediante su impacto, visualizado como una expresión de la articulación concertada de actividades entre los diferentes niveles de atención que lo componen; en base a lo antes expuesto, se observa que el nivel organizacional del sistema de salud influye en la complementariedad y continuidad en la atención (Ruelas, 2011)

La accesibilidad de la atención es una variable que interviene en la atención sanitaria y en la satisfacción de las necesidades de la población. La limitación en el acceso es un factor que imposibilita brindar los servicios de salud, ya sea de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos y compromete la continuidad de la atención (Ruelas, 2011).

La complementariedad es una característica fundamental del sistema de salud, entendida como la articulación entre entidades e individuos, con el objeto de asegurar el acceso universal de la comunidad a la atención sanitaria, mediante la optimización de la organización de la gestión, para garantizar eficiencia, calidad y oportunidad (Diccionario Administración Pública, 2015).

El segundo y tercer nivel de atención deben basar su oferta en las referencias que reciben, no obstante, el primer nivel debe asumir la continuidad asistencial y el control de la evolución del tratamiento, por esta razón debe estar debidamente fortalecido con infraestructura, insumos, medicamentos y capacitación continua.

Las causas que dan lugar a una coordinación y continuidad de la atención deficientes son multifactoriales, influyen desde la cultura y confianza de la comunidad hasta la complejidad de suponer el entendimiento entre dos establecimientos de diferente capacidad resolutive. De esta manera la gestión de red y mejoramiento continuo de la calidad son

componentes esenciales para el funcionamiento del sistema de salud y coordinación entre los actores de los niveles asistenciales (Fundación Caser, 2015).

La gestión de redes de salud es definida como la entrega de prestaciones de forma continua y acorde a sus necesidades a través de los diferentes niveles atención a la población (Morales N. , 2011)

De acuerdo al subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud se menciona lo siguiente con respecto a las referencias:

- **Referencia cumplida**
“Se define cuando el paciente acudió al servicio de admisión del establecimiento de salud al cual fue referido y registrado en el sistema de información” (MSP, 2013).
- **Referencia cumplida efectiva**
“Se define cuando el paciente acudió al servicio de admisión del establecimiento de salud al cual fue referido y su atención fue realizada por un profesional del servicio de salud.” (MSP, 2013).
- **Referencia cumplida no efectiva**
“El paciente que fue referido acudió al servicio de salud para recibir la atención y no fue atendido por el profesional de salud para el cual fue realizada la referencia” (MSP, 2013).
- **Referencia bien llenada**
“Ocurre cuando el formulario N 053 tiene los datos del paciente correspondiente a la sección de referencia del paciente completos y legibles” (MSP, 2013).
- **Referencia mal llenada:**
“Ocurre cuando el formulario No. 053 no contiene los datos del paciente correspondiente a la sección de referencia del paciente completos y legibles” (MSP, 2013).
- **Referencia justificada (pertinente):**
“La referencia se ha elaborado de acuerdo a las normas guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, entidad que ha sido designada como autoridad sanitaria; y a la vez es aceptada por el especialista” (MSP, 2013).
- **Referencia injustificada (no pertinente):**
La referencia no se ha elaborado de acuerdo a las normas, guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, entidad que ha sido designada como autoridad sanitaria; y a la vez el médico especialista no la evalúa de manera positiva (MSP, 2013).
- **Contrareferencias**
“Proceso obligatorio mediante el cual el paciente que fue atendido en segundo y/o tercer nivel de atención es retornado posterior a recibir su atención a un nivel de menor complejidad” (MSP, 2013).

3.4 Accesibilidad

La accesibilidad corresponde a la capacidad del usuario para conseguir atención sanitaria de manera conveniente; consiste en la relación funcional entre los obstáculos de la obtención de atención sanitaria y la capacidad de la población para adquirir la atención en salud y constituye un elemento de la calidad asistencial. Disminuir la brecha de la accesibilidad a los servicios influye directamente en el tratamiento, satisfacción del usuario y continuidad de la atención.

La accesibilidad es una característica primordial de la calidad del servicio relacionada con la satisfacción del usuario y la gestión clínica, orientada a la mejora de la calidad de vida del usuario (Hernansanzs, Clavería, & Gervas, 2012).

A continuación se describen los tipos de accesibilidad:

Tabla 3: Tipos de accesibilidad

Núm.	Dimensiones	Detalle
1	Geográfica	Corresponde al tiempo requerido para obtener la asistencia sanitaria, disponibilidad de medios de transporte y vías de acceso.
2	Organizacional	Se refiere a aspectos administrativos de la entidad de salud, por ejemplo los horarios de atención o los turnos.
3	Sociocultural	Corresponde a fenómenos que determinan el requerimiento de la atención médica tales como: la apreciación sobre el cuerpo y enfermedad, costumbres y creencias de salud, tratamiento del dolor y confianza en las entidades de salud.
4	Económica	Definida como los recursos económicos necesarios para la obtención de asistencia en salud (Figueroa & Muñoz, 2002).

Nota. Tomado de (Comes, 2006)

Elaborado por: Vinuesa, Diana

A continuación se describen las barreras de acuerdo al tipo de accesibilidad:

Tabla 4: Barreras de la accesibilidad

Tipo de barrera	Definición
Económicas	Definida como los recursos económicos necesarios para la obtención de asistencia en salud (Figueroa & Muñoz, 2002). Responden a la imposibilidad de acceso por motivos de poco financiamiento que influye en medicamentos, insumos y otros.
Geográficas	Se refiere a los obstáculos que se presenten para acudir al establecimiento de salud, como: falta de transporte o vías de acceso.
Administrativas	Corresponden a la dificultad que impone la organización de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos.
Culturales	Los servicios de salud no se adaptan para solventar las necesidades de una población multicultural (Comes, 2006).

Nota. Tomado de (Comes, 2006)

Elaborado por: Vinuesa, Diana

El limitado acceso a la atención sanitaria ocasiona efectos sobre los usuarios, pues éstos sufren complicaciones tanto en patologías agudas como crónicas, por ejemplo: la falta de adherencia al tratamiento, aumento de la mortalidad y morbilidad (Agudelo, Gómez, Montes, & Pelayo, 2013).

La accesibilidad administrativa corresponde a una dimensión de la accesibilidad relacionada con la organización administrativa y normativa del establecimiento, se asocia a la facilidad de obtención de la atención médica” (Agudelo, Gómez, Montes, & Pelayo, 2013).

La accesibilidad administrativa está asociada a la burocracia del establecimiento es percibida por los usuarios en referencia a la facilidad de conseguir turnos, a los horarios de atención y a las normativas relacionadas con la capacidad de obtener atención (Hernansanz, Clavería, & Gervas, 2012).

3.5 Modelo Conceptual – Diagrama de Ishikawa

Definición:

El Diagrama de Ishikawa o diagrama de causa- efecto, se define como un esquema gráfico que evidencia las razones de un determinado problema; es una herramienta ampliamente utilizada que facilita la toma de decisiones con respecto a nudos críticos o un deficiente desempeño. (Bermudez & Díaz, 2010).

Permite la representación las principales causas que influyen en el fenómeno a analizar. Simultáneamente pone en consideración las causas que afectan a una determinada situación, a través de la elaboración de clasificaciones e interrelaciones. (Universidad de Vigo, 2012)

Las categorías de causas más utilizadas son: método, mano de obra, materiales, equipamiento, medio ambiente y medida. Se describe cada categoría:

- Método: Procedimientos, métodos, maneras de ejecutar la acción.
- Mano de obra: Conocimientos y habilidades necesarias para el buen desempeño de las personas.
- Materiales: Tipo de materiales y disponibilidad para la utilización en el proceso.
- Equipamiento: Condiciones y capacidad de las instalaciones y recursos físicos.
- Medio ambiente: Condiciones de factores relacionados al ambiente de negocio.
- Medida: Referentes a mediciones (medidas) (Romero & Díaz, 2010).

3.5.1 Diagrama de Ishikawa – Aplicación en Especialidad Urología

Para el presente estudio se utilizó la metodología del Diagrama de Ishikawa que permite desglosar tanto las causas como los efectos del problema y de esta manera analizarlos para identificar las áreas en las que se requiere realizar intervenciones. En este sentido, se partió del análisis a profundidad de la accesibilidad a la consulta externa de la especialidad de urología con el equipo de investigación conformado por:

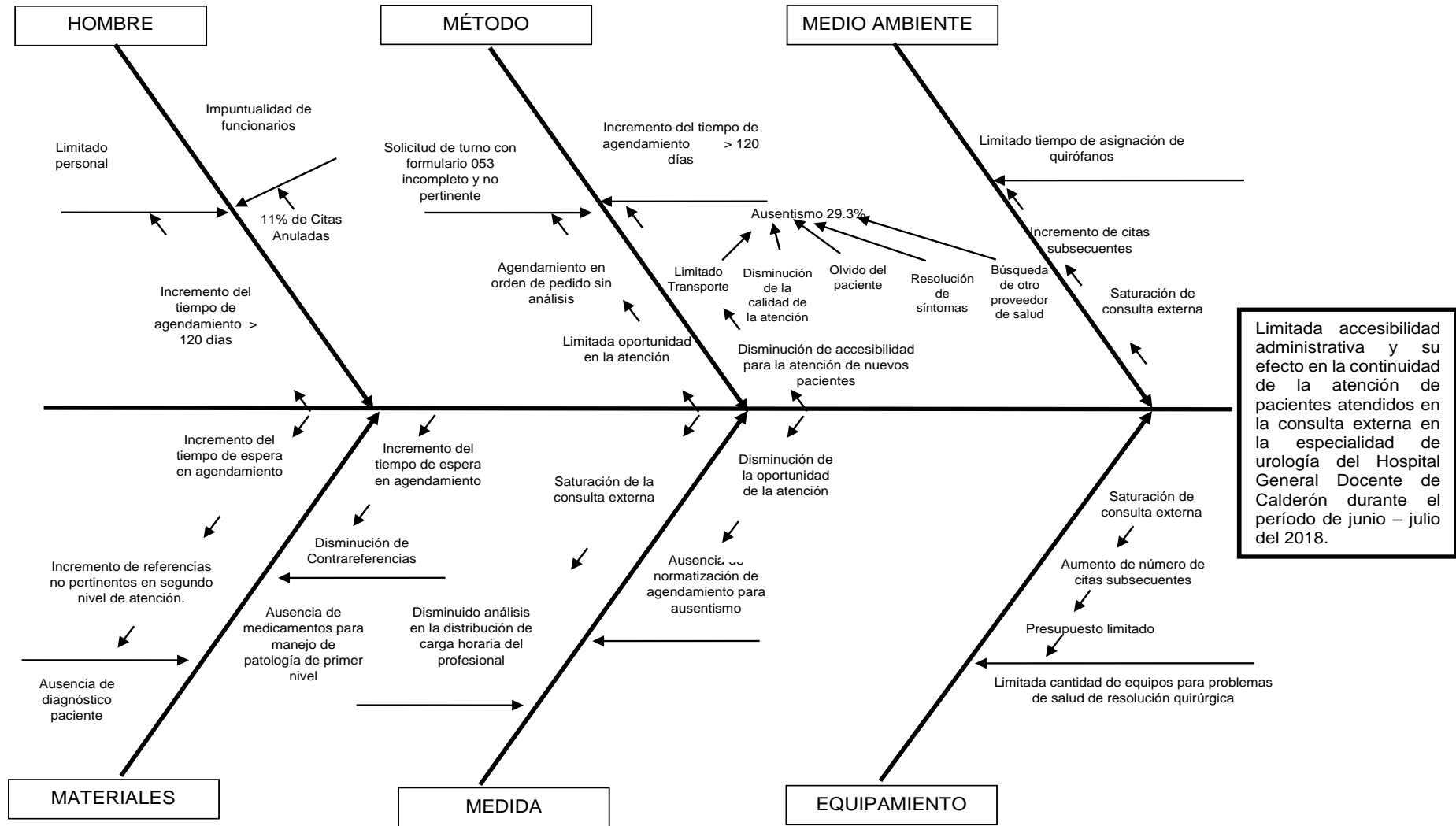
- Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas.
- Responsable de estadística.
- Médico especialista de la especialidad de urología.

Así mismo, se realizaron entrevistas a la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas con la finalidad de determinar las posibles causas del problema a investigar, posteriormente se efectuó una lluvia de ideas conforme a la metodología de Ishikawa.

Se modelizó los problemas de manera gráfica, obteniendo el siguiente diagrama:

Modelo Descriptivo del Problema

Figura 1: Diagrama de Ishikawa Modelo Descriptivo



Como conclusión se estableció que la problemática a intervenir corresponde a la limitada accesibilidad administrativa y su efecto en la continuidad de la atención de pacientes atendidos en la consulta externa, en la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período de junio – julio de 2018.

A continuación, se procede a realizar el análisis del problema en base a la metodología de Ishikawa.

3.6 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Mano de obra

3.6.1 Limitado Talento Humano

El “Hospital General Docente de Calderón” cuenta con un profesional de urología que se desenvuelve en varias actividades como: hospitalización, quirófano, docencia, hospital del día y consulta externa.

A continuación se describe la carga horaria del especialista y la carga horaria requerida con base a la demanda de pacientes, acorde a sus actividades asistenciales:

Tabla 5: Distribución de la carga horaria del especialista de urología del “Hospital General Docente de Calderón”

Actividad	Carga horaria semanal actual	Carga horaria semanal requerida
Hospitalización	7	7
Consulta externa	14	30
Quirófano	4	4
Hospital del día	13	12
Docencia	2	2
Total	40	55

Fuente: “Hospital General Docente de Calderón”

Elaborado por: Vinueza, Diana

La carga horaria semanal y su distribución no satisface la demanda de pacientes, requiriendo al menos 16 horas adicionales en consulta externa para abastecerla es así que la distribución de la carga laboral como factor de la accesibilidad administrativa, afecta la continuidad de la atención de los usuarios.

Los recursos humanos en salud son un pilar fundamental para incrementar la cobertura. Trabajar con el personal necesario y capacitado es trascendental para dar respuesta a los requerimientos de las poblaciones y comunidades más vulnerables y reducir brechas e inequidades. Constituye un eje estratégico y fundamental para el incremento del acceso eficaz a los servicios de salud de calidad (OMS, 2014)

“La infraestructura, disponibilidad de insumos, accesibilidad a los servicios de salud y fármacos son aspectos trascendentales para ofertar una atención en adecuada, no obstante, el recurso humano sigue siendo una arista de extraordinaria importancia para garantizar una atención de calidad” (Soto, 2011).

3.6.2 Incremento del tiempo de espera en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”

Se considera al tiempo de espera, como el promedio que transcurre entre el momento en que el usuario solicita la atención y la provisión de ésta por el profesional de salud. En Ecuador (en hospitales públicos) se considera al tiempo de espera en la atención como un problema de salud que constituye una de las principales causas para el desarrollo de

complicaciones y aumento de la morbilidad (Gutiérrez, Recalde, Guevara, & Rivadeneira, 2009)

La gestión de talento humano tiene varios componentes que se encuentran orientados a la productividad, eficiencia y eficacia del funcionario; tanto la motivación, como el control y la planificación adecuada de las actividades son ejes fundamentales que con el interés del trabajador evitarán situaciones no deseadas como la impuntualidad e incumplimiento de tareas asignadas (Rodríguez & López, 2005)

En una unidad operativa de segundo nivel de atención, el tiempo de espera de los pacientes para obtener la atención sanitaria constituye un indicador que refleja la calidad de la atención, y a la vez forma parte de la dimensión interpersonal de la calidad de atención (Delgado, 2015).

La consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón” tiene un tiempo de espera para el agendamiento superior a 120 días; provocando que la continuidad de la atención interepisodio, intraepisodio e internivel se vea afectada como consecuencia de este factor de la accesibilidad administrativa.

3.6.3 Incremento de citas subsecuentes en el agendamiento en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”

En el “Hospital General Docente de Calderón” las primeras citas corresponden alrededor del 40% y las citas subsecuentes aproximadamente el 60%.

En el tratamiento de problemas de salud de resolución quirúrgica o tratamiento farmacológico, la saturación de la consulta externa constituye un factor trascendental en el incremento de complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria y aumentan la cantidad de citas subsecuentes.

Al momento en el que no hay disponibilidad de insumos o equipos para resolver problemas de salud de etiología urológica, se procede a realizar derivaciones o referencias de pacientes, no obstante éstas citas subsecuentes donde no es posible brindar tratamiento quirúrgico, no permiten el ingreso de nuevos pacientes e incrementan el tiempo de espera para el agendamiento limitando el acceso y viendo afectada la continuidad de la atención.

3.6.4 Impuntualidad de funcionarios

En la consulta externa de la especialidad de urología del Hospital “General Docente de Calderón”, se identificó un 9,1% de citas anuladas, cuya causa puede deberse a la impuntualidad del funcionario, lo que ocasiona malestar, reagendamientos de citas; es decir, disminuye la accesibilidad y afecta a la continuidad de la atención de pacientes que tenían programada su solicitud, en este factor también influye la disponibilidad del profesional médico, y la carga de sus labores asistenciales.

Se define a la puntualidad como el acatamiento de horarios asignados de acuerdo con la reglamentación de la entidad de salud con respecto al cumplimiento de actividades establecidas en función a la planificación de cada entidad. (Córdova & Modest, 2009).

3.7 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Método

3.7.1 Registro de datos deficiente y pertinencia médica

La referencia corresponde al proceso mediante el cual los usuarios son enviados para su atención de un nivel de menor complejidad a un nivel de mayor complejidad o al mismo nivel de atención, se justifica en caso de que la capacidad instalada no corresponda a la adecuada, para la resolución del problema de salud. Este procedimiento se realiza a través del formulario 053. (MSP, 2013).

Durante el análisis a profundidad de la especialidad de urología, realizado en el período de noviembre y diciembre de 2017 se determinó que en el 15% de las referencias recibidas, los formularios 053 tuvieron un llenado incompleto y no fueron pertinentes es decir, no justificaron ser referidos al segundo nivel a la especialidad de urología y debieron ser atendidos en el primer nivel (Salvador, 2018).

Al ser atendido un paciente que no requirió atención por la especialidad de urología del segundo nivel de atención, ocupa la cita de un paciente que pudo ser atendido por un problema de salud que en realidad necesitaba la atención, es decir, limita el acceso a estos pacientes y afecta su atención continua.

Con respecto a la pertinencia médica, al analizar las referencias desde primer nivel de atención al segundo nivel de atención, se determinó que de 100 referencias aproximadamente el 15% no son pertinentes, en estos casos, se alarga el tratamiento del paciente, influyendo en el incremento de complicaciones y disminución en la eficiencia de la utilización de recursos (Salvador, 2018).

La pertinencia médica corresponde a la medida en que la atención se adecúa a las necesidades del paciente, y a los requerimientos de la patología que se está tratando (García, 2004).

Para que el seguimiento de la gestión de costos no disminuya el acceso o la calidad del servicio y atención, es necesario que se conozca previamente la pertinencia y efectividad de medicamentos, exámenes, procedimientos, así como la forma en que la asistencia médica está siendo prestada por los establecimientos y el personal sanitario. (Sttaford, 1990)

La frecuencia en la que los profesionales médicos del nivel primario de atención, realizan la referencia a las especialidades, es variable entre regiones y áreas. La variabilidad en la tasa de referencia ha sido identificada de igual manera entre profesionales del mismo nivel de atención (Franks & Clancy, 1992)

3.7.2 Oportunidad de la atención

El incremento del ausentismo y tiempo de espera ocasionan un impacto negativo sobre la oportunidad de la atención del usuario, exponiendo al paciente al desarrollo de complicaciones, y disminuyendo la eficiencia en el uso de recursos. Es decir, el equipo de investigación considera que incrementar la pertinencia médica aumentará la accesibilidad administrativa y la oportunidad de la atención.

La definición de calidad de la atención médica enfocada en la expectativa del paciente se orienta en: “[...] otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas” (Aguirre, 2003)

“La oportunidad de la atención implica otorgar la asistencia sanitaria al usuario en el momento que la amerita, es decir cuando la necesita” (Fajardo, 2012)

La oportunidad de la atención vista como característica de la garantía de la calidad de la atención sanitaria, tiene como principal objetivo que el usuario obtenga los servicios que necesita sin retrasos que los expongan a complicaciones. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en función de la demanda, así como con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (MSP, 2013).

La calidad de la atención en salud con un enfoque médico-administrativo, consiste en brindar la atención médica al usuario, con oportunidad, profesionalismo, seguridad y respeto a los principios éticos, con la finalidad de satisfacer las necesidades correspondientes a salud (Morales C. , 2009)

El agendamiento se realiza por el personal administrativo de acuerdo al orden de llegada, sin un análisis de la urgencia médica de la atención o criterio médico; esto provoca que disminuya la oportunidad de la atención de pacientes y no se reciba a los pacientes en orden prioritario, ocasionando que se limite el acceso y se comprometa la continuidad de la atención.

3.8 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Medio Ambiente

3.8.1 Ausentismo en Consulta Externa

En el “Hospital General Docente de Calderón”, el ausentismo representa en promedio el 29.3% entre el período correspondiente a enero y diciembre del 2017; esto conlleva a una ineficiente utilización de recursos asociada al incremento del coste de utilización de horas no trabajadas e infraestructura. Esta situación repercute de manera negativa en la calidad asistencial, consecuentemente se produce un incremento del tiempo de agendamiento, y por lo tanto un aumento en la brecha de la accesibilidad de los servicios sanitarios, incremento de morbilidad y costos directos e indirectos del establecimiento (Pereira, 2016).

La limitada asistencia de los usuarios a sus citas agendadas en consulta externa supone una subutilización de recursos destinados a dicha atención, adicionalmente incrementa el reagendamiento de citas, y aumenta el costo de oportunidad, a su vez, también es importante considerar el desarrollo de complicaciones en la salud de los usuarios que no acudieron a la cita programada. (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015)

A continuación, se menciona los principales factores causales del ausentismo relacionados con el sistema de salud:

- Limitada comunicación entre los profesionales de salud y pacientes.
- Disminuida calidad de la atención.
- Demora en la asignación de la cita (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015)

3.8.2 Disminución de la asignación del tiempo quirúrgico

Durante la realización del análisis a profundidad se obtuvo información de que el tiempo de asignación quirúrgica es limitado para solventar los problemas de salud de resolución quirúrgica. Así, el no realizar intervenciones quirúrgicas con oportunidad ocasiona el incremento de citas subsecuentes y al aumento de complicaciones en los pacientes (Salvador, 2018)

El área quirúrgica corresponde a un eje de alta complejidad en la actividad asistencial de las entidades de segundo nivel, esto se debe a sus altos costos y demanda. En épocas de crisis surgen iniciativas dirigidas a incrementar la eficiencia y calidad de la atención, reforzando la seguridad del usuario.

El agendamiento del tiempo en el quirófano es dinámico y se realiza acorde a los requerimientos de las especialidades. La programación de las intervenciones se realiza con base a las necesidades manifestadas de los profesionales médicos de cada servicio, usualmente la demanda se organiza sin tomar en cuenta la prioridad del procedimiento y los recursos disponibles.

El manejo de la gestión de la programación quirúrgica enfocada en los niveles de complejidad, es un eje prioritario para incrementar la eficiencia en el uso de quirófanos, y facilitar el agendamiento aumentando el número de intervenciones con la finalidad de disminuir los costos relacionados a la gestión de recursos humanos (Casanovas, y otros, 2013).

En un sistema de salud que asegura la cobertura universal, el incremento de la lista de espera para problemas de salud de resolución quirúrgica representa un eje crítico de la demanda. No obstante, el prolongado tiempo de espera relacionado al acceso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos comprometen el principio de equidad, factor fundamental para la aplicación de la justicia sanitaria.

El tiempo asignado de quirófanos para intervenciones de etiología urológica no satisface la demanda quirúrgica, situación que provoca que el especialista de urología otorgue un mayor número de citas subsecuentes con la finalidad de actualizar exámenes correspondientes al chequeo pre-quirúrgico y evaluación de la situación de salud actual del paciente; esto limita el acceso de nuevos pacientes a la consulta externa y la continuidad de la atención.

Mencionamos los criterios de selección del paciente para procedimientos quirúrgicos:

La lista de espera para procedimientos quirúrgicos representa uno de los factores más críticos para asegurar una correcta atención a las necesidades del paciente.

La satisfacción del usuario puede ser analizada desde dos perspectivas, la primera corresponde a la autopercepción de la salud individual y sus limitaciones; y la segunda desde la percepción de la satisfacción de la atención sanitaria asociada a la expectativa personal sobre la calidad del servicio. El incremento del tiempo de espera para la obtención de las citas de consulta externa afecta directamente la satisfacción del paciente (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015)

3.8.3 Ausencia de diagnóstico del paciente

Un hecho que congestiona la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, son los insuficientes y no pertinentes diagnósticos con los que son derivados los pacientes del primer al segundo nivel de atención, éstos incrementan la cantidad de citas subsecuentes en segundo nivel (Salvador, 2018).

La capacidad de la entidad de salud o de una red de establecimientos para dar respuesta a los requerimientos de la comunidad, se ha considerado como capacidad resolutoria; ésta se encuentra vinculada con la accesibilidad al sistema de salud; abarca un componente geográfico, y otro de tipo socio institucional, el cual involucra el término “rechazo” a la demanda de atención. “En un sentido amplio, el rechazo se define operacionalmente no solo como la falta de atención cuando esta es solicitada, sino que

además debe incorporar temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos” (Figueroa & Muñoz, 2002).

En el análisis de la capacidad resolutive de los establecimientos de atención primaria de salud, se identifican resultados limitados y deficientes, hecho que conlleva a una atención de regular calidad, orientada hacia el enfoque asistencial y curativo. “La dirección centrada en la producción, sin orientación a resultados de impacto, no brinda elementos para obtener una capacidad resolutive de calidad, ni para disminuir las brechas de inequidad en la atención del sistema público de salud” (Figueroa & Muñoz, 2002)

Un elemento clave para mejorar la capacidad resolutive en atención primaria es el acceso de los profesionales de salud a las pruebas diagnósticas, para brindar atención oportuna. No obstante, es frecuente encontrar en muchos Centros de Salud dificultades para el acceso a procedimientos diagnósticos. Este hecho influye en el incremento de las listas de espera y los tiempos para obtención para primeras consultas congestionando al nivel secundario y terciario. (Martínez, 2006).

3.9 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Materiales

3.9.1 Ausencia de Medicamentos para Tratamiento de Patologías Crónicas de Primer Nivel de Atención

El insuficiente abastecimiento de medicamentos y capacidad de manejo de patologías crónicas de etiología urológica en primer nivel de atención es un factor que incrementa el número de pacientes que acuden únicamente para retirar la medicación (alrededor de un paciente diario), lo cual provoca la disminución del acceso a nuevos pacientes a la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón” (Salvador, 2018).

Una de las barreras primordiales para el abastecimiento de medicamentos es el financiamiento, cuando este es insuficiente, no es posible cumplir con la cobertura de medicamentos esenciales para los Centros de Salud de primer nivel de atención.

En ocasiones para la adquisición de medicamentos no se toma en cuenta las modificaciones del perfil epidemiológico, y características socioeconómicas de la población, factores fundamentales para asegurar la sostenibilidad del abastecimiento de los medicamentos. (Ministerio de Salud República Dominicana., 2014)

3.9.2 Bajo Porcentaje de Contrareferencias Realizadas

Una adecuada contrareferencia constituye un eje fundamental en la complementariedad entre los servicios y niveles de atención, ésta requiere de coordinación entre entidades de salud con la finalidad de que se convierta en contrareferencia efectiva, hecho poco frecuente debido a la alta presión asistencial o la baja pertenencia de red del personal (MSP, 2013).

El porcentaje de contrareferencias realizado por la especialidad de urología es menor al 1%, desde la percepción del especialista de urología, las causas son: limitado tiempo en su carga laboral, falta de importancia a la actividad y limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención para el manejo del paciente crónico, hecho que contribuye al congestionamiento de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón” y limita la continuidad de la atención.

Algunas causas establecidas para el bajo porcentaje de contrareferencias y contrareferencias efectivas corresponden a:

- Limitada planificación y gestión de recursos humanos.
- Ineficiente distribución de los recursos humanos y equipamiento.
- Deficiente coordinación a nivel de red.
- Desconocimiento del funcionamiento de la red y problemas con la continuidad de la información.
- Disminuida capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- Desconocimiento para manejo de patologías del primer nivel de atención.
- Congestión del primer nivel de atención. (García P. , 2013).

3.10 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Medida

3.10.1 Disminuido Análisis en la Distribución de la Carga Horaria del Profesional

Un tiempo de espera superior a 120 días es un indicador de saturación del servicio, el profesional de urología debe desempeñarse entre hospitalización, quirófano, consulta externa y docencia. En la planificación de sus actividades, cuenta con 14 horas semanales de consulta externa. Durante el análisis de producción se detectó el 9.1% de citas anuladas, una de las razones corresponde a la amplia gama de actividades entre las cuales debe desempeñarse el profesional. (Salvador, 2018).

La repartición del tiempo de trabajo y sus respectivas asignaciones se vincula con la calidad y productividad. La "Organización Panamericana de la Salud" menciona que se debe atender a 4 usuarios por hora, no obstante, no describe para que especialidades se aplica esta ley. En el "Hospital General Docente de Calderón" se atienden de 2 a 3 pacientes por hora, debido a que para mejorar la calidad de la atención se estableció un tiempo de 30 minutos para paciente que acude por primera vez y de 20 minutos para paciente subsecuente. En Costa Rica la Ley General de Salud menciona que una entidad de salud debe contar con 1 médico para cada 12 pacientes. No se considera diferenciación entre las especialidades y por lo tanto actividades a realizar, en consulta externa como a nivel asistencial (Rodríguez & Murillo, 2014).

La calidad de la atención que se brinda se asocia con la utilización y continuidad de los servicios, así como también, a la adherencia del tratamiento y a la satisfacción del usuario (Ortiz, 2003).

De esta manera es importante determinar la distribución de la carga horaria de médicos conforme a las actividades de la jornada diaria en el cumplimiento de los procesos en cada una de las áreas asignadas, así como también, a la demanda de la población para contribuir a la eficiencia en la utilización de recursos y la continuidad de la atención.

3.10.2 Ausencia de Normatización de Agendamiento para Ausentismo

En el sistema de salud de Ecuador, no se encuentra una normatización para el reagendamiento de pacientes que se ausentan consecutivamente a la consulta. El mayor porcentaje de ausentismo ocurre por olvido del paciente; es de suma importancia analizar si se debe afectar la oportunidad de la atención y accesibilidad de otros pacientes que cumplen con puntualidad a las citas programadas (Delgado, 2015).

El ausentismo del "Hospital General Docente de Calderón" corresponde al 29,3%, lo cual significa que aproximadamente la tercera parte de las citas programadas no se realizaron, este hecho disminuye la accesibilidad administrativa e influye en la continuidad de la atención del paciente.

3.11 Categoría de Diagrama de Ishikawa: Equipamiento

3.11.1 Desabastecimiento de equipamiento e insumos quirúrgicos

Los recursos físicos son una parte fundamental para garantizar la calidad de la atención hospitalaria. La infraestructura, los equipos e insumos son elementos trascendentales para brindar la asistencia sanitaria y una condición básica para la prestación oportuna de los servicios, éstos repercuten directamente en la capacidad resolutive de y competitividad del centro hospitalario.

El suministro de insumos y equipos hospitalarios es un problema complejo desde los puntos de vista tecnológico y financiero. Para realizar adecuadamente estos procesos de adquisición se debe realizar análisis costo – eficiencia (Pérez & Celis, 2006)

La especialidad de urología tiene varias patologías de resolución quirúrgica, razón por la cual es de suma importancia que se cuente con equipamiento e insumos que permitan responder a las necesidades de los usuarios. Actualmente existe deficiencia de equipos para patologías de resolución quirúrgica, como el litotriptor, equipo necesario para el tratamiento de cálculos renales, como consecuencia se derivan estos casos al Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez. (Salvador, 2018).

La limitada disponibilidad de equipos prolonga la atención del paciente, y lo obliga a buscar el servicio requerido en otra entidad de salud, por sus propios medios o mediante la Red Pública e Integral de Salud (RPIS), lo que podría desarrollar complicaciones y comprometer la continuidad de la atención.

3.11.2 Limitado presupuesto en salud

El gasto público con respecto al sector salud decayó considerablemente en la década pasada, debido a que se designaba menos del 3% del producto interno bruto (PIB), éste aspecto promueve un desempeño deficiente. La “Organización Mundial de la Salud” recomienda que un país en vías de desarrollo debería invertir al menos el 6% del PIB en salud con la finalidad de reducir las brechas de inequidad y acceso a la atención existente (MSP, 2018).

En el “Hospital General Docente de Calderón”, para el año 2017 fue designado un presupuesto de tres millones de dólares, monto menor al 50% de lo presupuestado, de esta manera esta entidad de salud debe priorizar gastos (Hospital General Docente de Calderón, 2018)

La inversión en salud por parte del Estado ha incrementado, sin embargo es insuficiente para solventar las necesidades, dicho incremento se debe a la implementación del nuevo modelo de atención en salud con un enfoque familiar, comunitario e intercultural.

Actualmente el “Ministerio de Salud Pública” tiene como propósito alcanzar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud alineado a la “Constitución de la República” y el “Plan Nacional del Buen Vivir”, donde se garantiza la calidad, acceso universal y gratuidad de la atención. (Egas, 2007).

Con un presupuesto inferior al 50% de lo requerido, se dificulta el manejo de insumos, equipos, medicamentos y recursos humanos necesarios para brindar una atención oportuna y continua.

4 CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS

Existen un número limitado de estudios en la región acerca de estrategias para mejorar accesibilidad de tipo administrativa en hospitales generales, sin embargo a continuación se presentan las más cercanas al presente estudio:

En Chile se mencionan las siguientes investigaciones:

- Estudio observacional, analítico realizado en el Hospital del Salvador en el año 2015, el mismo que tuvo como objetivo principal estimar el tiempo de espera desde que la cita es solicitada hasta que se recibe la atención, situación que requirió adaptar la planificación de la entidad de salud, analizar las referencias y contar con espacio para dar atención a los casos prioritarios. La metodología consistió en la elaboración de políticas para agendamiento alineadas a una orientación estratégica para disminuir el tiempo de espera y describir aquellos casos que requieren una atención prioritaria. Se tomó en cuenta principalmente tres variables: limitados recursos en salud, la variabilidad de la demanda y el mejoramiento de la educación continua. Las estrategias analizadas fueron (MINSAL, 2015):
 - a) Modificación del tipo de agendamiento de acuerdo al tiempo que se demora la atención de un paciente subsecuente y primera vez, sin embargo, se menciona que el tiempo de atención varía de acuerdo a la especialidad, razón por la cual la estandarización del tiempo de atención no ayudará en el incremento de la eficiencia (MINSAL, 2015).
 - b) Eliminación de atención de pacientes espontáneos, de esta manera se reduciría el tiempo de espera de atención del paciente agendado en el establecimiento, no obstante, no se obtuvo la aprobación de la normativa para su aplicación (MINSAL, 2015).

Como principales resultados, se concluyó que se debe normatizar el agendamiento a pacientes para incrementar la eficiencia y reducir el tiempo de espera, sin embargo, no se planificó tomar en cuenta el criterio del especialista para el agendamiento (MINSAL, 2015).

- Se realizó un análisis de causalidad de listas de espera tomando en cuenta los datos a nivel nacional de agosto y septiembre del 2017, con la finalidad de determinar cuellos de botella y factores que contribuyen a su incremento. La metodología de intervención se desarrolló través de reuniones de trabajo semanales, con la finalidad de establecer propuestas para solventar este problema de salud. Uno de los principales ejes para trabajar fue la ausencia de criterios para priorizar las atenciones, la falta de coordinación con la red de salud nacional y la limitada capacidad instalada de los establecimientos. Se concluyó que la ausencia de un sistema de priorización, limitada coordinación de actividades de promoción, prevención y escaso financiamiento, constituyen puntos críticos en la gestión de atención de pacientes. De esta manera las propuestas que se implementarán a futuro serán analizadas desde el punto de vista de equidad, eficiencia y viabilidad financiera (Estay, y otros, 2017)

En España se mencionan las siguientes investigaciones:

- En el año 2008 se realizó un estudio observacional, analítico, donde participaron 11 especialidades; se analizaron 35.534 citas para consultorios de atención de especialidad de los centros de Jaca, Ejea, Tarazona y Fraga en el período de Mayo a Septiembre del 2008. Después de realizar un análisis estadístico bivariado se estableció que los servicios de mayor porcentaje de ausentismo fueron: rehabilitación (17.3%), traumatología (11%), oftalmología (10,3%) y ginecología (13%); en esta

investigación los servicios con incremento de citas agendadas coinciden con los de mayor ausentismo. (Alcolea & Gorgemans, 2009)

- Se ha tomado en cuenta la “Guía de gestión en consultas externas especializadas” de INSALUD, (Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud) en Madrid. Este documento desarrolla como principal objetivo el definir criterios para la atención en consulta externa desde la solicitud hasta que concluya el tratamiento terapéutico, con la finalidad de evitar que la espera sobrepase la planificación y alargue los tiempos de atención. En dicha guía no se menciona la metodología con la que fue elaborada, sin embargo, se observa una adecuación de la oferta / demanda en las agendas de atención primaria y atención especializada para la coordinación de las referencias entre niveles de atención y capacidad resolutoria, a fin de incrementar la equidad y eficiencia en la asistencia sanitaria.
- Se hace mención también a una investigación realizada en España, Navarra en el año 2015, de tipo observacional, multicéntrico de casos y controles, cuyo objetivo fue el identificar los factores que influyen en el cumplimiento de citas en la consulta externa de la Agencia Sanitaria Costa del Sol (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015); como parte de la metodología se encuestó a pacientes citados en consultas ambulatorias durante 2013 y 2014, con la finalidad de estudiar el ausentismo.

Las primeras causas de ausentismo que alcanzan cerca del 50% del total corresponden a: 29,7%, por olvido de la cita médica y el 16% por fallo en la comunicación entre sistema y paciente (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015). Entre otras causas de ausentismo que reflejó el estudio se detallan las siguientes:

- El olvido de cita.
- Confusión acerca de la fecha y hora de la cita.
- Resolución de síntomas en otros proveedores de salud.
- Diferencias entre las creencias de salud.
- Dificultad y falta de transporte.
- El estado de salud del paciente
- La resistencia a la consulta.
- La frustración con la organización relacionada a largos tiempos de espera (Jabalera, Morales, & Rivas-Ruiz, 2015)

En México se hace referencia a la siguiente investigación:

Investigación realizada en el Hospital General de México, con la finalidad de evaluar la calidad de la atención de la consulta externa, para esto intervinieron 5 servicios y se aplicaron dos criterios de evaluación, el primero corresponde a la existencia de manuales de procedimiento actualizados, el segundo a la aplicación de la metodología del recorrido para el seguimiento de pacientes. Como resultado se determinó que no se aplican los manuales de procedimiento de cada servicio, los mismos que deben ser actualizados de acuerdo a la realidad para tener congruencia con la operación del servicio; de igual manera el tiempo de recorrido es alto e influye en la satisfacción del usuario. Las acciones correctivas correspondieron a la realización de capacitación del personal que interviene en la atención de consulta externa, la actualización de manuales, y el seguimiento del cumplimiento de acciones (Navarro, Hernández, Robiedo, & Romero, 2008)

En Ecuador se han realizado los siguientes estudios:

- Durante el año 2015 en Ecuador se realizó una investigación en el Hospital Cantonal de Sangolquí, con el propósito de elaborar una propuesta para mejorar el modelo de gestión, en cuanto a la atención en consulta externa del paciente diabético. A través de la revisión estadística se plantearon ejes para un círculo de mejora continua.

Durante la elaboración de la investigación se identificó la necesidad del fortalecimiento integral de los servicios hospitalarios y a la vez de crear compromisos que involucren a los actores de salud, incluyendo personal administrativo, personal de salud y pacientes. De esta manera se manifiesta la necesidad de fomentar en los equipos de mejora continua el compromiso de colaborar con capacitaciones y cumplimiento de protocolos impartidos (Escobar, 2015)

- En el Hospital Miguel H. Alcívar del cantón Sucre - Ecuador en el 2015, se realizó un estudio referente a la aplicación de un software para el agendamiento en línea de citas médicas, como resultado se obtuvo la mejora de la capacidad resolutive del establecimiento mediante la disminución del tiempo de agendamiento, reducción de costos de gestión e incremento de la satisfacción del paciente (Zambrano, Chafía, Moreira, & Cuzme, 2015).
- En el Hospital Eugenio Espejo en el 2009, se realizó una investigación con la finalidad de obtener una mejora en los procesos asistenciales, disminuir los tiempos de espera e incrementar la satisfacción del usuario; para esto se analizaron a 2449 pacientes en 20 especialidades, tomando en cuenta a variables como el tiempo de espera para la atención, tiempo de interacción con el profesional de salud, demanda satisfecha y demanda insatisfecha; con dicha información se realizó una simulación mediante "Simulink de Maltlab", donde se ensayaron algunos escenarios, uno de los más exitosos fue el tomar en cuenta la atención de 8 horas por especialidad con un tiempo de atención de quince minutos por paciente. Este modelo tuvo como resultados en cuánto a disminución de tiempo de atención del 20% y disminución de demanda rechazada. (Gutiérrez S. , Recalde, Guevara, & Rivadeneira, 2009).

De acuerdo a la revisión documental se ha establecido al tiempo de espera como un problema de salud, que se asocia al incremento de complicaciones, gasto de bolsillo, sufrimiento del paciente y su familia y costes directos e indirectos para el sistema de salud, que influyen en la continuidad de la atención.

5 ESTRATEGIAS ELEGIBLES

Como parte del ejercicio participativo de identificación del problema y propuestas de cambios, con base a la metodología de Ishikawa, se propuso intervenir en las siguientes alternativas con el equipo de investigación.

5.1 Listado de alternativas de cambio

Tabla 6: Alternativas de cambio

Núm.	Dimensiones	Problema	Alternativa
1	Hombre	Impuntualidad de funcionarios	Seguimiento y monitoreo para asegurar el cumplimiento de las actividades de los funcionarios con puntualidad.
		Limitado recurso humano	Solicitud de un profesional especialista de urología para satisfacer la demanda de consulta externa y cumplir con las actividades asistenciales en todos los procesos del "Hospital General Docente de Calderón".
2	Método	Ausentismo 29.3%	Implementación de un sistema de recordatorio al final de la consulta externa que permita que el paciente anote en su dispositivo telefónico o en un papel la fecha y hora de la última consulta.
		Tiempo de agendamiento superior a 120 días.	Incremento del tiempo de atención en la consulta externa de la especialidad de urología.
		Solicitud de turno con formulario 053 incompetente y no pertinente.	Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por su gravedad para la priorización de turnos en consulta externa. Capacitación a los ocho Centros de Salud que pertenecen al Distrito 17D02 para que las referencias sean realizadas con pertinencia y a la vez puedan realizar el control y seguimiento del paciente crónico.
3	Medio Ambiente	Limitado tiempo de asignación de quirófanos.	Incrementar el tiempo de quirófano para resolución de patologías quirúrgica.
4	Materiales	Ausencia de medicamentos en el segundo nivel de atención para el tratamiento de enfermedades crónicas (MSP, 2013)	Dotación de medicación al primer nivel de atención para tratamiento de problemas de salud de etiología urológica crónicos.
		Ausencia de diagnóstico pertinente del paciente en primer nivel de atención.	Capacitación a los ocho Centros de Salud que pertenecen al Distrito 17D02 para que las referencias sean realizadas con pertinencia y a la vez puedan efectuar el control y seguimiento del paciente crónico.
5	Medida	Ausencia de normatización de agendamiento para ausentismo.	Implementación de normativa para reagendamiento de ausentismo.
		Disminuido análisis en la distribución de la carga horaria del profesional.	Análisis de horario del profesional para mejorar la distribución de la carga horaria de profesionales.
6	Equipamiento	Limitado presupuesto	Incremento de presupuesto para salud.
		Limitada cantidad de equipos para problemas de salud de resolución quirúrgica.	Dotación de equipos para resolución de patologías de etiología quirúrgica.

Fuente: Información obtenida del "Hospital General Docente de Calderón"

Elaboración: Vinueza, Diana

Una vez enlistados los problemas y las posibles alternativas consensuados por el equipo de investigación se seleccionaron los siguientes criterios para calificar e identificar:

Tabla 7: Descripción de los criterios de selección

Criterio	Descripción	Calificación		
		Bajo	Medio	Alto
Factibilidad	Se define como la disponibilidad de recursos para realizar un proyecto o una estrategia.	1	2	3
Aplicabilidad	Capacidad de reproductibilidad del estudio.	1	2	3
Aceptabilidad	Actitud del entorno frente a la propuesta de cambio.	1	2	3
Visibilidad	Claridad del planteamiento de la intervención y su socialización.	1	2	3
Impacto	Relevancia de resultados y cambios que producirá la estrategia.	1	2	3
Sostenibilidad	Aplicación del cambio tomando en cuenta el factor tiempo y disponibilidad de recursos.	1	2	3
Externalidades	Se definen como la influencia de la estrategia en función del bienestar de la misma.	1	2	3

Fuente: Villegas, C., Moreno (2003)

Elaboración: Vinuesa, Diana

Con los criterios antes seleccionados se procedió a calificar las alternativas de cambio de acuerdo a la siguiente tabla:

5.2 Criterios de selección de alternativas de cambio

Tabla 8: Criterios de selección de alternativas de cambio

Núm.	Dimensiones	Detalle	Factibilidad	Aplicabilidad	Aceptabilidad ética	Visibilidad	Impacto	Sostenibilidad	Externalidades	Total
1	Hombre	- Seguimiento y monitoreo para asegurar el cumplimiento de las actividades de los funcionarios con puntualidad.	2	1	1	2	2	1	2	11
		- Solicitud de un profesional especialista de urología para satisfacer la demanda de consulta externa y cumplir con las actividades asistenciales en todos los procesos del “Hospital General Docente de Calderón”.	1	2	3	3	3	1	1	14
2	Método	- Implementación de un sistema de recordatorio al final de la consulta externa que permita que el paciente registre en su dispositivo telefónico o en un papel la fecha y hora de la última consulta.	2	2	2	2	2	1	1	12
		- Incremento del tiempo de atención en la consulta externa de la especialidad de urología.	3	3	2	2	3	3	3	19
		- Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por su gravedad para la priorización de turnos en consulta externa.	3	2	3	2	2	3	3	18
		- Capacitación a los ocho Centros de Salud que pertenecen al Distrito 17D02 para que las referencias sean realizadas con pertinencia y a la vez puedan realizar el control y seguimiento del paciente crónico.	2	2	3	1	3	3	2	16
3	Medio Ambiente	- Incrementar el tiempo de quirófano para resolución de patologías quirúrgicas	1	1	2	2	2	2	2	12
4	Materiales	- Dotación de medicación al primer nivel de atención para tratamiento de problemas de salud de etiología urológica crónicos.	1	1	1	1	1	1	1	7
5	Medida	- Implementación de normativa para reagendamiento de ausentismo.	3	3	2	2	2	2	1	15
		- Análisis de horario del profesional para mejorar la distribución de la carga horaria de profesionales.	3	3	3	1	3	1	1	15
6	Equipamiento	- Incremento de presupuesto para salud.	1	1	1	1	1	0	1	6
		- Dotación de equipos para resolución de patologías de etiología quirúrgica.	1	1	1	1	1	0	1	6

Fuente: Información obtenida del “Hospital General Docente de Calderón”

Elaboración: Vinuesa, Diana

De acuerdo a la calificación realizada por el equipo de investigación, se seleccionaron las dos alternativas con calificación 18 y 19 siendo las siguientes:

- Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de agendamiento de turnos en consulta externa.
- Incrementar la carga horaria para la atención en consulta externa de la especialidad de urología.

6 HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante la implementación de un sistema de semáforo, que clasifique a los pacientes por gravedad de patología, para su priorización de agendamiento, así como, el incremento de la carga horaria del especialista urólogo, mejorará la accesibilidad administrativa, y a su vez la continuidad de la atención, en la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

Disminuir los factores de la accesibilidad administrativa que limitan la continuidad de la atención en consulta externa de la especialidad de Urología en el “Hospital General Docente de Calderón”, durante junio – julio de 2018.

7.2 Objetivos Específicos

- Describir la implementación del semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad para la priorización de agendamiento de turnos en consulta externa del “Hospital General Docente de Calderón”, durante junio – julio del 2018.
- Evaluar la distribución de la carga horaria del profesional urólogo y su influencia en el tiempo de espera de atención de la consulta externa.
- Analizar la pertinencia de solicitud de citas desde el primer nivel de atención a la especialidad de urología en consulta externa del “Hospital General Docente de Calderón”, durante junio – julio del 2018.

8 INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Tabla 9: Matriz de instrucciones operativas

Estrategia	Actividad	Tarea	Responsable	Lugar	Monitoreo	Insumos
Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de turnos en consulta externa	Taller para identificación de actividades para implementación de semáforo	Realizar la lista de asistentes. Enviar convocatoria Preparar presentación sobre el tema	Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Semanal	Sala de reuniones Laptop Infocus Registro de tareas.
	Reunión de trabajo para identificación de los criterios para la elaboración del semáforo de priorización de citas	Realizar la lista de asistentes Enviar convocatoria Preparar guía de trabajo	Equipo de investigación	"Hospital General Docente de Calderón"	Semanal	Sala de reuniones Laptop Infocus Registro de tareas
	Modificación del flujo de agendamiento de citas para urología	Realizar la lista de asistentes Enviar convocatoria Preparar guía de trabajo	Equipo de investigación	"Hospital General Docente de Calderón"	Semanal	Sala de reuniones Laptop Infocus Registro de tareas
	Seguimiento y monitoreo de implementación de sistema de semáforo	Encuestas acerca de la opinión del flujo de pacientes en la consulta externa de la especialidad de urología Matriz de supervisión de actividades del semáforo de priorización de citas para la consulta externa de la especialidad de urología del "Hospital General Docente de Calderón"	Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Quincenal	Sala de reuniones Encuestas Matriz de recolección de datos
	Incremento de horas de consulta externa en el horario del profesional	Realizar la lista de asistentes Agendar cita Preparación de propuesta	Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Semanal	Registro de reuniones Laptop Registro de tareas
Modificación del horario del profesional de urología	Presentación de propuesta de incremento de horas de consulta externa	Realizar la lista de asistentes Agendar cita Preparación de presentación	Investigador	"Hospital General Docente de Calderón"	Semanal	Registro de reuniones Laptop Registro de tareas

Fuente: Información obtenida del "Hospital General Docente de Calderón"

Elaboración: Vinuesa, Diana

9 METODOLOGIA

El presente estudio propone un diseño metodológico basado en la investigación – acción definida como: “la introducción, de manera controlada, de un cambio en un sistema. La acción es presentada como un medio para cambiar el sistema y a la vez para generar un conocimiento crítico al respecto. Se habla habitualmente de investigación –acción cuando los actores sociales, que tratan en un momento dado de analizar su práctica, construyen una investigación en común con un investigador profesional” (Díaz & Hernández, 2002)

Una vez identificada la problemática a estudiar se procede a socializarla con el equipo de investigación, los actores locales, que a su vez son los responsables de un cambio para la mejora de su servicio que eligen una propuesta consensuada, aplicándola de forma inmediata.

9.1 Población

9.1.1 Universo y muestra

Con el propósito de implementar las estrategias propuestas, el equipo de investigación seleccionó como a la población de estudio, a los pacientes que acudieron a la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período de junio a julio de 2018, siendo seleccionados 234 pacientes.

9.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 10: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes que son referidos a la consulta externa de la especialidad de urología del primer nivel de atención del Distrito 17D02.	Pacientes que no pertenecen al primer nivel de atención del distrito 17D02 y son referidos a otras especialidades

Fuente: Información obtenida del “Hospital General Docente de Calderón”

Elaboración: Vinueza, Diana

9.1.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la etapa de recolección de datos se utilizó las siguientes técnicas:

- **Revisión documental:** Esta técnica fue aplicada por el equipo de investigación para la recolección de información correspondiente al análisis de referencias de etiologías urológicas enviadas desde el primer nivel de atención hacia la consulta externa de la especialidad de urología (MSP, 2018) del “Hospital General Docente de Calderón” y determinar el porcentaje de rechazo, motivos de rechazo y principales problemas de salud derivados al segundo nivel de atención. La revisión documental fue aplicada también para determinar el total de pacientes atendidos por día y el tiempo de atención de la consulta externa de la especialidad de urología.
- **Encuestas codificadas:** Este instrumento fue aplicado a 39 funcionarios con el propósito de conocer la opinión del equipo de investigación acerca del funcionamiento de la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología urológica de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.

Para unificar los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Check List: Fue utilizado con la finalidad de determinar el cumplimiento de las actividades propuestas al equipo de investigación para la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología urológica de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.
- Matriz de recolección de datos: Fue aplicada con la finalidad de consolidar el análisis de las referencias que a la consulta externa del “Hospital General Docente de Calderón”.

9.1.4 Análisis de Datos

La información recolectada será analizada mediante estadística descriptiva, (frecuencias y porcentajes) con la finalidad de observar el comportamiento de las variables: tiempo de espera, referencias desde el primer nivel de atención hacia el “Hospital General Docente de Calderón”, referencias retornadas hacia el primer nivel, y tipo de atención por prioridad (A, B y C).

9.1.5 Aspectos Bioéticos

- **Confidencialidad:**

La información que se recolectó fue manejada de manera confidencial y únicamente compartida con el equipo de investigación, no obstante, los datos que forman parte de la identidad del paciente no fueron expuestos.

Las encuestas realizadas fueron codificadas y la información obtenida fue compartida solo con el equipo de investigación.

- **Anonimización de datos:**

La información recolectada será únicamente utilizada para el desarrollo de esta investigación.

Se solicitó la autorización de las autoridades para la ejecución de todas las actividades y elaboró un consentimiento informado para los funcionarios a los que fueron aplicadas las encuestas, el mismo que se encuentra en el Anexo No. 5.

10 MAPEO DE ACTORES

Posterior al análisis a profundidad se eligió al grupo de investigación, siendo conformado por la Subdirección de áreas clínicas y quirúrgicas, profesional de urología y responsable de Estadística.

El mapeo de actores se realizó con la finalidad de identificar su posición positiva, negativa o neutral frente a la implementación del semáforo de priorización de citas de acuerdo a la gravedad del problema de salud para la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, y el incremento de horas para atención de la consulta externa en la especialidad de urología.

10.1 Listado de Actores Sociales

- Profesionales médicos del primer nivel de atención del Distrito 17D02
- Profesionales de estadística del primer nivel del Distrito 17D02
- Subdirector de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas
- Gerente del “Hospital General Docente de Calderón”
- Profesionales de estadística del “Hospital General Docente de Calderón”
- Especialista de urología del “Hospital General Docente de Calderón”
- Pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”.

10.2 Análisis de actores

Tabla 11: Análisis de actores

Actor	Influencia	Interés	Reputación	Participación social	Capacidad para liderar opinión	Recursos
Especialista de Urología del “Hospital General Docente de Calderón”	Adecuada gestión clínica en todos los procesos del HGDC.	Disminuir el tiempo de consulta externa y ampliar el tiempo de atención en el quirófano.	Adecuada gestión clínica.	Contacto con el paciente.	Intermedia, debido a que tiene contacto con las autoridades del “Hospital General Docente de Calderón”	Conocimiento
	Contacto con el paciente durante su tratamiento.	Atender únicamente lo que concierne al segundo nivel de atención.	Disminuida tolerancia a la distribución del horario.	Limitada participación social.		Profesionalismo
	Realiza referencias y contra referencias.					Contacto con el paciente.
Profesionales médicos de primer nivel de atención del Distrito 17D02	Orientación asistencial a la comunidad. Realizan referencias.	Realizar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, curación, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a la comunidad.	Contacto con la población, y servicio.	Realización de actividad extramural.	Limitada	Conocimiento y contacto con la población.
Profesionales de estadística del primer nivel del Distrito 17D02	Tienen contacto con el usuario para agendar las citas.	Finalizar sus tareas en el menor tiempo posible.	No les agrada la idea de ser recargados con más actividades	Tienen un acercamiento a la comunidad debido al agendamiento, no siempre se atiende al usuario con amabilidad. Su participación social es limitada.	Limitada	Contacto con el paciente.

Continúa



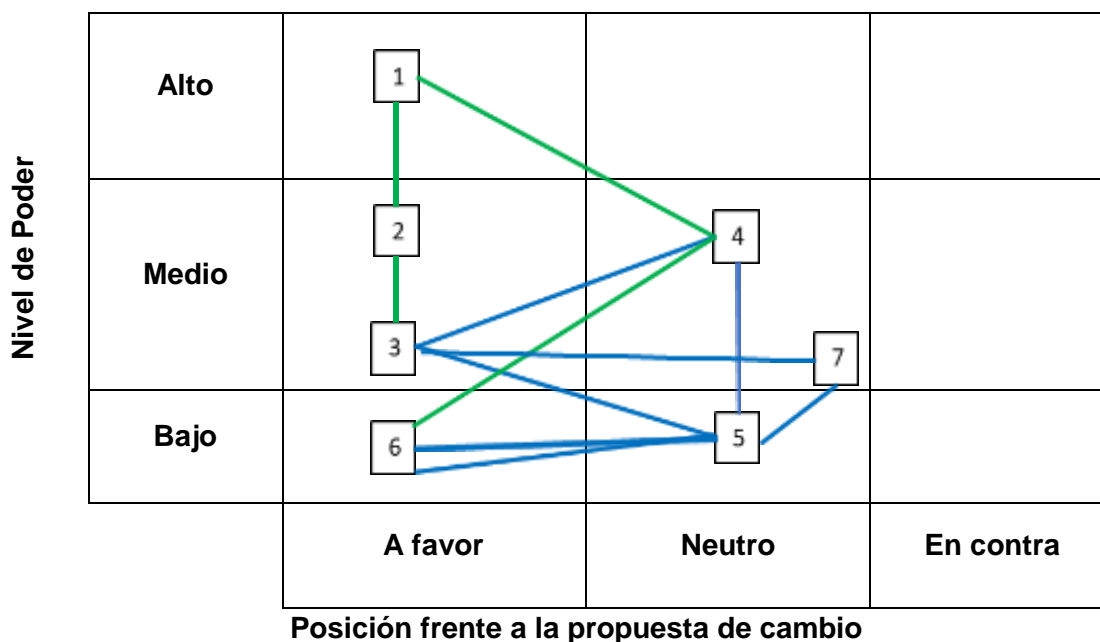
Actor	Influencia	Interés	Reputación	Participación social	Capacidad para liderar opinión	Recursos
Pacientes	A través de la satisfacción del usuario y atención de problemas de salud se puede evidenciar la capacidad resolutive del sistema de salud.	Hacer uso del sistema de salud. Interesados en recibir una atención con calidad y calidez.	Solicitar gratuidad, calidad, acceso, oportunidad y calidez en la atención.	Limitada	Limitada	Expresión de necesidades
Gerente HGDC	Capacidad de decisión y autoridad sobre actividades y funcionarios del HGDC.	Mejora de la calidad de la atención y servicio. Incremento en la eficiencia en la utilización de recursos.	Escucha las opiniones para tomar decisiones, sin embargo, la decisión final es tomada por su persona.	Mantiene reuniones activas con el comité local de salud.	Se relaciona con los diferentes actores, tanto de primer nivel, como de segundo nivel de atención así como de otras instituciones de manera consensual.	Conocimiento Liderazgo Legitimidad Profesionalismo
Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas	Comunicación y autoridad, con cada líder y coordinador técnico de las especialidades clínicas y quirúrgicas.	Descongestionar consulta externa. Cumplir con el rol asistencial del hospital con eficiencia y efectividad.	Proactividad en las acciones y toma de decisiones	Activa, ya que forma parte de los pilares de toma de decisiones de la entidad.	Da a conocer su opinión y realiza acciones para llegar a sus metas.	Conocimiento Liderazgo Profesionalismo
Profesionales de estadística del “Hospital General Docente de Calderón”	Contacto con el usuario para agendamiento de citas de acuerdo a disposiciones.	Finalizar sus tareas de acuerdo a disposiciones en el menor tiempo posible	Cumplir con disposiciones	Limitada	Limitada	Contacto con el paciente

Fuente: Información obtenida a través de trabajo de campo

Elaborado por: Vinuesa, Diana

10.3 Sociograma

Figura 2: Representación gráfica de la relación entre actores



Simbología

1. Gerente del "Hospital General Docente de Calderón"
2. Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas
3. Especialista de urología
4. Médicos del primer nivel de atención del Distrito 17D02
5. Pacientes
6. Profesionales de estadística del primer nivel de atención.
7. Profesionales de estadística del "Hospital General Docente de Calderón"

Conectores:

- Relaciones Buenas:
- Relaciones Puntuales:
- Conflicto:



Fuente: Información obtenida a través de trabajo de campo
 Elaborado por: Vinuesa, Diana

10.4 Análisis del sociograma

En la figura se evidencia que los actores que se encuentran a favor tienen la posibilidad de contribuir positivamente a la implementación de la estrategia. Aquellos en posición neutra tienen bajo y medio poder, de tal forma que posterior a la sensibilización de la intervención aportaron favorablemente a su implementación de la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología de la consulta externa de la especialidad de urología del "Hospital General Docente de Calderón" (MSP, 2018), de esta manera se determina que el entorno favorece al cambio deseado.

Con respecto al incremento de horas en la consulta externa del profesional de urología, el especialista de urología mostró resistencia al mencionar la estrategia, no obstante, posterior a la reunión con la subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas apoyó la intervención.

Equipo de investigación:

- Se conforma al equipo de investigación, tomando como criterios: la predisposición, actitud al cambio y poder en la toma de decisiones:
 - Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas.
 - Responsable de estadística.
 - Médico especialista de la especialidad de urología.

11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

11.1 Operacionalización de la evaluación operativa

A continuación se describe la operacionalización de la evaluación operativa:

Tabla 12: Matriz de operacionalización de la evaluación operativa

Estrategia	Actividades	Descripción de la actividad	Fecha de realización	Responsable (s)	Indicador	Numero	Fuente
Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de turnos en consulta externa.	Taller para identificación de actividades para implementación de semáforo.	Reunión con Coordinadora de especialidades Quirúrgicas y especialistas de urología	Cuarta semana de junio	Maestrante de Salud Pública	# de asistentes a la reunión / # de invitados Procedimiento de implementación descrito.	Asistencia de 3 personas	Invitación, listado de preguntas abiertas, registro de asistencia a la reunión.
	Reunión de trabajo para identificación de los criterios para la elaboración del semáforo de priorización de citas.	Revisión bibliográfica y reunión con profesionales médicos de urología	Primera semana de julio	Maestrante y profesionales de médicos.	# de asistentes a la reunión / # de invitados	Asistencia de 3 personas. 100 % de aprobación de criterios por parte de profesionales de urología y la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas.	Artículos científicos, invitación, listado de preguntas abiertas, registro de asistencia a la reunión criterios.
	Modificación del flujo de agendamiento de citas para urología	Reunión con el equipo de estadística y profesionales de urología, Subdirector médico de especialidades clínicas y quirúrgicas, líder proceso de consulta	Segunda semana de junio	Maestrante y líder de consulta externa.	Matriz del Sistema de clasificación de pacientes de acuerdo a prioridad de la atención y criterios para identificar la demanda rechazada. # de asistentes a la reunión / # de invitados Flujo modificado y aprobado	Asistencia de 3 personas. 100% de aprobación de la modificación del flujo por parte del equipo de investigación.	Invitación, listado de preguntas abiertas. Registro de asistencia a la reunión Flujo modificado

Continúa



Estrategia	Actividades	Descripción de la actividad	Fecha de realización	Responsable (s)	Indicador	Numero	Fuente
	Seguimiento y monitoreo de implementación de sistema de semáforo	Encuestas acerca de la opinión del flujo de pacientes en la consulta externa de la especialidad de urología.	Tercera y cuarta semana de julio.	Maestrante.	Número de encuestas realizadas/Número de encuestas programadas	39 encuestas	Matriz de consolidación de datos.
		Matriz de supervisión de actividades del semáforo de priorización de citas para la consulta externa de la especialidad de urología del "Hospital General Docente de Calderón"	Tercera y cuarta semana de julio.	Maestrante	Número de supervisiones realizadas/Número de supervisiones programadas	2 Supervisiones	Matriz de recolección de datos
Modificación del horario del profesional de urología	Incremento de horas de consulta externa en el horario del profesional.	Reunión con el Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas, para presentación de propuesta.	Cuarta semana de junio.	Maestrante	Número de reuniones programadas/Número de reuniones realizadas	Asistencia de dos personas	Registro de asistencia
		Presentación de propuesta de incremento de horas de consulta externa	Primera semana de junio.	Maestrante	Número de reuniones realizadas/ Número de reuniones programadas	Asistencia de 3 personas	Registro de asistencia

Fuente: Información obtenida del "Hospital General Docente de Calderón"

Elaborado por: Diana Vinuesa

11.2 Operacionalización de variables de la evaluación analítica

Tabla 13: Matriz de operacionalización de variables de la evaluación analítica

Estrategia	Tarea	Indicador	Meta	Fuente	Técnica	Instrumento
Incremento de horas de atención de la consulta externa en la especialidad de urología del Hospital General Docente de Calderón	Aplicación de la propuesta del incremento de horas de atención	Días de espera para la atención de pacientes programados/ Días de espera para la atención de pacientes	Disminución del 30% en el tiempo de espera.	Datos de estadística	Revisión documental	Matriz de llenado de datos
Implementación de un sistema de semáforo para de acuerdo a la gravedad de la patología de los pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología de HGDC	Implementación del sistema de semáforo	Formularios 053 recibidos que de acuerdo al criterio del especialista son pertinentes/ Total de Formularios 053	Determinación del porcentaje de la gravedad de la patología de acuerdo a la clasificación establecida (A, B, C)	Datos de estadística	Revisión documental	Matriz de llenado de datos
			Disminución de 5% de no pertinencia en las referencias recibidas (Formulario 053)	Datos de estadística	Revisión documental	Matriz de llenado de datos

Fuente: Información obtenida del “Hospital General Docente de Calderón”

Elaborado por: Diana Vinuesa

12 RESULTADOS Y DISCUSION

Con la finalidad de expresar los resultados de la aplicación de las estrategias, se continuó con el proceso de la investigación – acción; a través de la evaluación operativa que determinó el grado de cumplimiento de las actividades programadas de acuerdo a los indicadores propuestos, por otra parte, la evaluación analítica permitió identificar los resultados obtenidos con la implementación de las intervenciones (MSP, 2018).

El presente estudio tiene una metodología que inició desde la elaboración del diagnóstico situacional del “Hospital General Docente de Calderón”, dónde se identificaron algunos problemas de organización y funcionamiento. Luego se decidió intervenir en el prolongado tiempo de espera que superó los 120 días para el agendamiento de la consulta externa de la especialidad de urología, y se realizó el análisis a profundidad de la especialidad para identificar a actores que participarán en la implementación de las intervenciones para la mejora de la accesibilidad administrativa.

Las instrucciones operativas se elaboraron para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos específicos de la investigación.

En la evaluación operativa se utilizaron indicadores para establecer la consecución de las instrucciones operativas.

La evaluación analítica contiene indicadores para la apreciación de la hipótesis de investigación.

12.1 Resultados y Discusión de la Evaluación Operativa

12.1.1 Estrategia N° 1: Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología, para la priorización de turnos en consulta externa

Para la implementación de la estrategia se realizaron las siguientes actividades:

1. Taller para identificación de actividades para implementación de semáforo.
2. Reunión de trabajo para identificación de los criterios de priorización de turnos en consulta externa de la especialidad de urología.
3. Modificación del flujo de agendamiento de citas para urología.
4. Seguimiento y monitoreo de implementación de sistema de semáforo.

Taller para identificación de actividades para implementación de semáforo

Se realizó una convocatoria para la tercera semana de Junio a los miembros de equipo de investigación mediante el sistema de comunicación Zimbra, la reunión se llevó a cabo el día martes 26 de junio del 2018 y tuvo una duración de 2 horas.

La asistencia fue del 100% (3 personas), durante la reunión la investigadora presentó el diagnóstico situacional del proceso de consulta externa de la especialidad de urología, así como también el flujo de agendamiento que se encontraba en aplicación.

En la reunión de trabajo, se utilizó la técnica de discusión grupal, a través de la cual, se propusieron diferentes actividades para la implementación de la priorización de turnos de la consulta externa de la especialidad de urología.

Al finalizar la reunión se planificaron las siguientes actividades para el procedimiento de implementación:

- Establecer los criterios de priorización de turnos para agendamiento en la Consulta Externa.
- Modificación del flujo de agendamiento de consulta externa de la especialidad de urología.
- Seguimiento y monitoreo de la aplicación de la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología para la asignación de turnos en la consulta externa de la especialidad de urología.

Durante el proceso de investigación, se identificó la necesidad del fortalecimiento integral de los servicios hospitalarios, y a la vez de crear compromisos que involucren a los actores de salud, incluyendo personal administrativo, personal de salud y pacientes; se manifestó la necesidad de fomentar en los equipos de mejora continua el compromiso de colaborar con capacitaciones y cumplimiento de protocolos; hecho que concuerda con un estudio descriptivo elaborado en el Hospital Cantonal de Sangolquí durante el 2015, en el cual se realizó una propuesta para mejorar el modelo de gestión en cuanto a la atención en consulta externa del paciente diabético en Ecuador, donde mediante la revisión estadística se plantearon ejes para un círculo de mejora continua. La participación de los actores cumplió un rol fundamental (Escobar, 2015).

En la metodología de investigación – acción aplicada en el “Hospital General Docente de Calderón”, un aspecto de suma importancia fue la aceptabilidad de la propuesta por parte de las autoridades, factor que fue considerado desde la realización del diagnóstico situacional donde se identificó el área a intervenir y los actores claves que contribuyeron a la implementación de la estrategia de cambio.

Se estableció que la implementación del semáforo contribuye para alcanzar el objetivo de mejorar el limitado acceso administrativo a la especialidad de urología de la consulta externa del “Hospital General Docente de Calderón”, a través de la mejora de la pertinencia médica de las referencias enviadas desde el primer nivel de atención.

Reunión de trabajo para identificación de los criterios para la elaboración y la priorización de turnos en consulta externa de la especialidad de urología

El 13 de junio del presente, se realizó una convocatoria mediante Zimbra dirigida al médico especialista de urología y al Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas, los mismos que cumplieron con su asistencia.

Se realizó la revisión bibliográfica de las guías de práctica clínica del tratamiento de la “hiperplasia prostática benigna” (N40), “cálculo del riñón” (N20.0), “disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada” (N31), “infección de vías urinarias, sitio no especificado” (N39.0) e “incontinencia urinaria por tensión” (N39.3). Posterior a la revisión documental que tuvo una duración de ocho horas aproximadamente, se acordó que cada caso debe ser analizado de manera particular por el médico especialista de urología, para luego clasificar a los pacientes de acuerdo a tres prioridades:

- Prioridad A: Atención en 7 días.
- Prioridad B: Atención en 15 días.
- Prioridad C: A disponibilidad.

Además, se determinaron los siguientes criterios de rechazo para las referencias recibidas desde el primer nivel de atención:

- Formulario 053 con diagnóstico sin los exámenes requeridos o el pedido de examen.

- Formulario 053 cuyo problema de salud no corresponde a la capacidad resolutoria del segundo nivel de atención.
- Formulario 053 cuyo problema de salud no corresponde a la especialidad de urología.
- Formulario 053 que no esté con letra legible y entendible.

Para el registro de las prioridades de atención y demanda rechazada se creó una matriz de registro en Excel que contiene los siguientes datos:

Tabla 14: Matriz de priorización de citas solicitadas mediante SAT REC para la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”

Nombres completos	Motivo de referencia	Especialidad solicitada	Clasificación por prioridad *	Motivo de rechazo **
--------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

Fuente: Trabajo de campo
Elaborado: Vinuesa, Diana

*Clasificación por prioridad:

- Prioridad A: Atención en 7 días.
- Prioridad B: Atención en 15 días.
- Prioridad C: A disponibilidad.

** Motivo de rechazo:

- Formulario 053 con diagnóstico sin los exámenes requeridos o el pedido de examen.
- Formulario 053 cuyo problema de salud no corresponde a la capacidad resolutoria del segundo nivel de atención.
- Formulario 053 cuyo problema de salud no corresponde a la especialidad de urología.
- Formulario 053 que no esté con letra legible y entendible.

Se evidencia que en la guía de gestión de consulta externa especializada de “INSALUD”, se toma en consideración el criterio del médico especialista para el agendamiento de citas, con la finalidad de incrementar la oportunidad de la atención. Se describen los aspectos en mención:

- Aplazamiento voluntario: Situación en la cual se considera circunstancias asociadas a la voluntad del usuario y se requiere una fecha posterior a la programada; de igual manera es posible solicitar una fecha anterior, no obstante en este caso, el paciente debe esperar al criterio del médico.
- Programación de cita de acuerdo al criterio médico: El médico indica en qué periodo debe realizarse la consulta, el mismo que tomará en cuenta la disponibilidad y situación integral de salud del paciente. En este sistema de agendamiento se programa la atención bajo el nombre de “cita a fecha fija por el criterio médico” (Alonso & Parra, 2001).

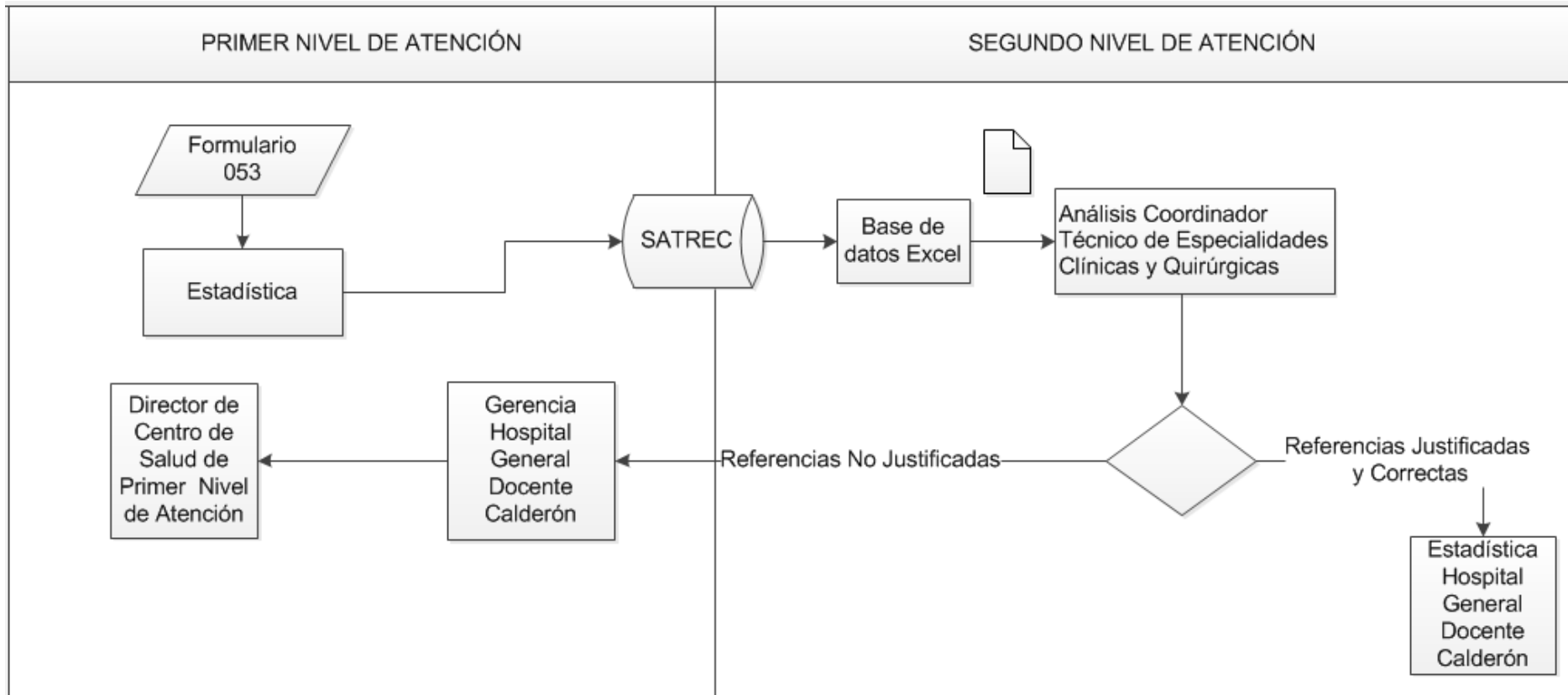
En base a lo antes expuesto, se observó que para incrementar la oportunidad de la atención y equidad se consideró el criterio del médico especialista. En la priorización de pacientes del “Hospital General Docente de Calderón”, prevaleció la opinión del especialista de urología para todos los pacientes que ingresaron al agendamiento a través del sistema en línea tomando en cuenta la situación de salud del paciente, así como también la disponibilidad de insumos en caso de problemas de salud de resolución quirúrgica. Esta estrategia permitió mejorar la pertinencia de las referencias, ya que al ser retornadas al primer nivel de atención el especialista escribe el motivo de rechazo, dato que contribuye al mejor llenado de los formularios.

Modificación del flujo de agendamiento de citas para urología

Durante la primera semana de Julio, se realizó una convocatoria mediante el sistema de comunicación Zimbra dirigida a los miembros del equipo de investigación. La reunión se realizó el día martes 12 de Junio del 2018. El taller de trabajo tuvo el 100% de asistencia con una duración de una hora y treinta minutos.

En dicha reunión el investigador presentó al equipo de investigación una propuesta acerca del flujo de agendamiento, la misma que se indica a continuación:

Figura 3: Modificación flujo de agendamiento de la consulta externa de la especialidad de urología



Fuente: Trabajo de campo
Elaborado: Vinuesa, Diana

Con la finalidad de cumplir con el flujo de agendamiento se acordaron varios compromisos; para lo cual fue fundamental contar con el apoyo de la máxima autoridad para aprobar y disponer el cumplimiento al funcionario responsable de estadística, Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas, así como al especialista de urología.

La gestión de consulta externa es un proceso que influye en la continuidad internivel, por lo que, se consideró importante citar la investigación referente a la aplicación de un software para el agendamiento en línea de citas médicas en el Hospital Miguel H. Alcívar del cantón Sucre- Ecuador en el 2015. Como resultado de la implementación del mismo, se mejoró la capacidad resolutive del establecimiento mediante la disminución del tiempo de agendamiento, reducción de costos de gestión e incremento de la satisfacción del paciente (Romero et al, 2015).

Durante la revisión bibliográfica no han sido encontrados estudios que presenten una modificación en el agendamiento cuya metodología se asemeje a la del presente estudio, sin embargo, se debe señalar que estudios sobre reingeniería de procesos indican que lo fundamental es que los cambios se realicen de acuerdo a la realidad de cada unidad y población, tomando en cuenta el perfil epidemiológico, capacidad resolutive de niveles de atención, complementariedad y eficiencia en la utilización de recursos.

El “Hospital General Docente de Calderón” fue creado bajo un modelo matricial de gestión de procesos, esto ha permitido que se destaque en la mejora continua debido a que maneja indicadores de gestión para la toma de decisiones; cabe mencionar que la implementación de la estrategia correspondiente a la priorización de citas para agendamiento en la especialidad de urología, se realizó para mejorar la pertinencia médica de referencias y la reducción de complicaciones en pacientes que posean problemas de salud de etiología urológica.

Tabla 15: Compromisos de la priorización de atención de pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”

ACTOR	ACTIVIDAD
Responsable de estadística	Receptar las referencias de SAT REC del primer nivel de atención y remitirlas al Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas, en formato Excel con los datos de la priorización.
Especialista de urología	Analizar la base de datos y clasificarlas de acuerdo con prioridad A, B, C; a la vez identificar los formularios 053 no pertinentes que deben regresar al primer nivel de atención y remitirlos a la Subdirección de áreas clínicas y quirúrgicas con la pertinente retroalimentación.
Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas	Receptar la base de datos enviada por el responsable de estadística y enviarla especialista de urología.
Responsable de estadística	Agendar las referencias que ya se encuentran clasificadas por prioridad A, B, C.
Subdirector de áreas clínicas y quirúrgicas	Llevar las referencias que deben retornar al primer nivel de atención a la Gerencia Hospitalaria para que sean enviadas a Directores de Centros de Salud con la retroalimentación, redactada por el especialista.

Fuente: Trabajo de campo.

Elaboración: Vinuesa, Diana

Seguimiento y monitoreo de implementación del flujo de agendamiento de pacientes en la consulta externa de la especialidad de urología

Se solicitó la autorización a la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas durante la segunda semana de Julio para realizar la supervisión del cumplimiento del flujo para priorización de pacientes, de igual manera se solicitó la aprobación de un

consentimiento informado (Anexo No. 5) y una encuesta codificada (Anexo No. 3), documentos que fueron aplicados a los funcionarios, cuyo número y ocupación se describe a continuación:

Tabla 16: Funcionarios del “Hospital General Docente de Calderón” que participaron en la encuesta codificada para la implementación del semáforo para los pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología durante el periodo Junio – Julio de 2018

Profesional	Número
Gerente de la entidad	1
Director Médico	1
Subdirecciones de la entidad	4
Departamento de estadística	22
Personal de atención al usuario	10
Especialista de urología	1
Total	39

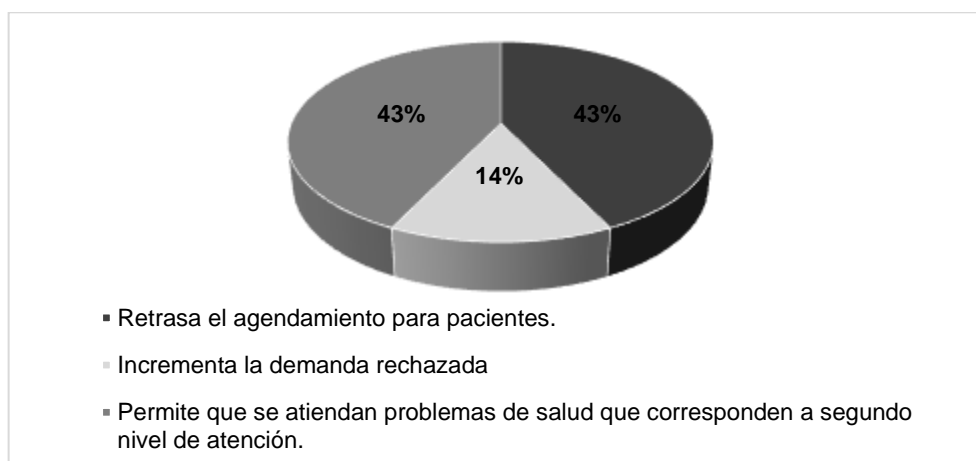
Fuente: Trabajo de Investigación

Elaboración: Vinuesa, Diana

Las encuestas fueron aplicadas el 6 y 26 de Julio de 2018 es importante mencionar que durante el proceso se manifestó la colaboración y apertura por parte de los encuestados. El consentimiento informado y la encuesta fueron aplicados en grupos de cinco personas en la oficina de consulta externa de la especialidad de urología.

Los resultados se detallan a continuación:

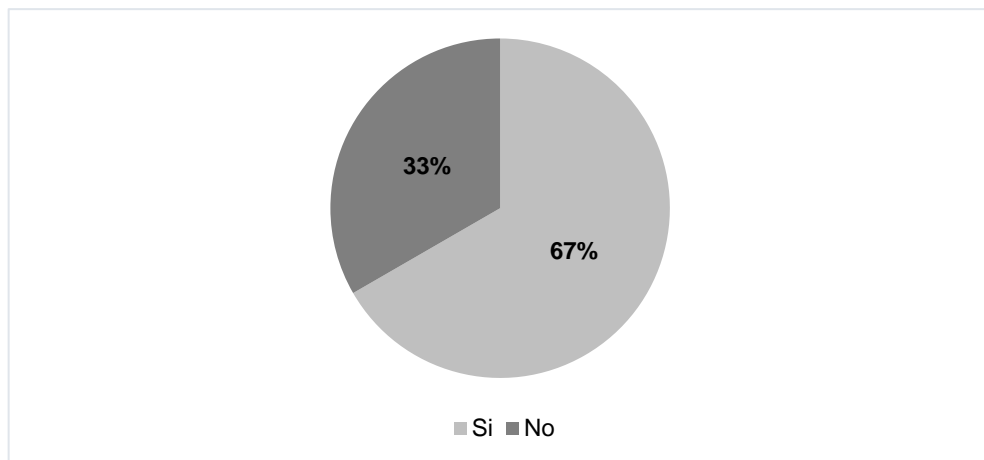
Figura 4: Distribución porcentual acerca de la opinión de los funcionarios sobre el flujo de agendamiento de los pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio – julio del 2018



Al finalizar las supervisiones programadas, los encuestados opinaron que el flujo de agendamiento incrementa el tiempo de agendamiento debido a la demora en realizar las actividades asignadas tanto del especialista de urología como del profesional de estadística, sin embargo, se mencionó que únicamente es necesario mejorar la coordinación ya que se evidencia que la estrategia de priorización de patología permite que se atiendan problemas de salud que pertenecen al segundo nivel de atención.

Según Mercenier (1997), el primer de nivel de atención debe resolver cerca del 85% de las necesidades de salud de la población, mientras que el segundo nivel debe resolver cerca del 10%; de esta manera el cumplimiento del rol de cada nivel, así como su complementariedad es fundamental para el funcionamiento del sistema de salud.

Figura 5: Distribución porcentual acerca de si la implementación de la priorización de pacientes para la atención en consulta externa de urología del “Hospital General Docente de Calderón” representa un incremento en la carga laboral para los miembros de equipo de investigación durante el período Junio – Julio de 2018

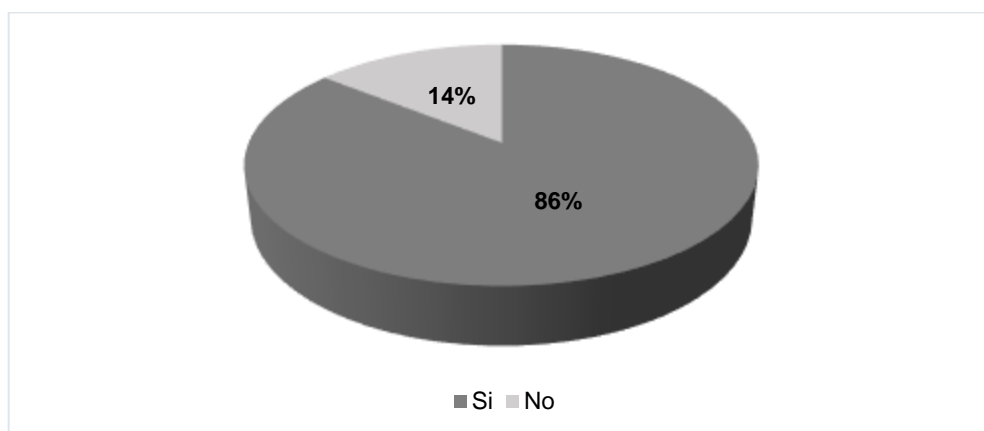


Al culminar las supervisiones, dos miembros del equipo de investigación señalaron que esta actividad incrementa su carga laboral y que se deben reorganizar sus tareas, para dar cumplimiento con lo establecido respecto a la priorización de atención de pacientes en la consulta externa de la especialidad de urología.

Con base a lo anteriormente mencionado, se expone que para el cumplimiento de actividades con eficiencia y efectividad es prioritario que se realice un análisis tomando en cuenta la planificación de actividades y su tiempo de ejecución (Rodríguez & Murillo, 2014)

En el “Hospital General Docente de Calderón” es importante considerar que los profesionales médicos se desenvuelven en varios procesos asistenciales como; hospitalización, emergencias, quirófano, consulta externa y hospital del día, razón por la cual la coordinación de actividades con el tiempo de trabajo es un factor que influye en la calidad de la atención (MSP, 2013).

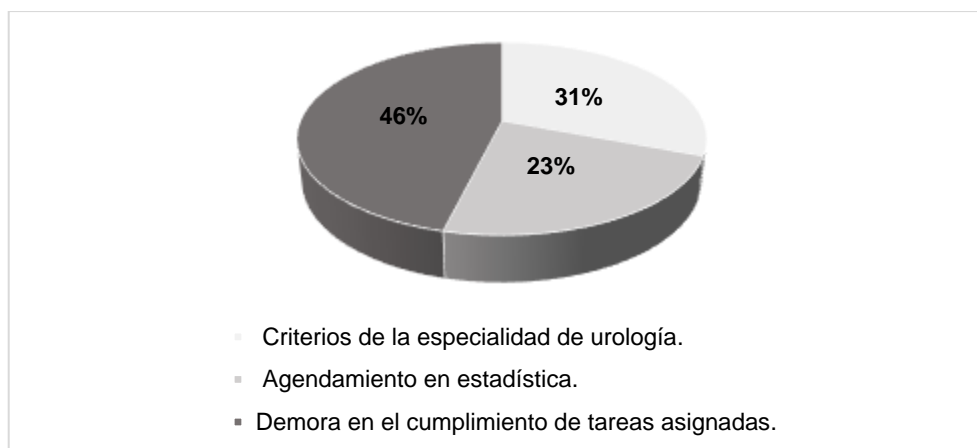
Figura 6: Distribución porcentual acerca cumplimiento del flujo de agendamiento de los pacientes de la consulta externa para la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período Junio – Julio de 2018.



Cabe mencionar que durante la primera supervisión un miembro del equipo de investigación señaló que no se estaba cumpliendo el flujo de agendamiento debido a la demora en la ejecución de las actividades y al limitado compromiso del especialista de urología.

A través de este acápite, se determina que el cumplimiento del flujo del agendamiento es de suma importancia para obtener los resultados deseados, no obstante, en este proceso la colaboración del equipo de investigación fue trascendental.

Figura 7: Opinión acerca de que subproceso del flujo de agendamiento requiere de una mejora en la ejecución de la implementación de la priorización de la atención de pacientes en consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio - julio del 2018



Se observa una mayor frecuencia en el cumplimiento de plazos con las tareas asignadas por parte del equipo de investigación, sin embargo, la demora en la priorización por parte del especialista de urología representó un limitante, razón por la que se pone en conocimiento a la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas con la finalidad de que se tomen los respectivos correctivos en el proceso.

A su vez, surgió la necesidad de elaborar un instrumento de evaluación del cumplimiento de las actividades del flujo conforme a las tareas asignadas a cada miembro de equipo, que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 17: Supervisión de cumplimiento de actividades de los miembros de equipo en el flujo de agendamiento para la priorización de pacientes de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio - julio del 2018

Actividad	1ra supervisión	2da supervisión	Observación
Envío de referencias / Responsable de estadística.	Realizado	Realizado	Las solicitudes de citas desde primer nivel fluctúan, no existe asignación de un solo funcionario responsable del envío.
Priorización /.	Realizado	Realizado	El tiempo para reunirse con el especialista es corto y no es considerada como una actividad formal, no obstante, existe presión de estadística para agendar lo antes posible.
Envío de matriz priorizada / Subdirección de áreas clínicas y quirúrgicas	Realizado	Realizado	Ninguna
Agendamiento según prioridad	Realizado	Realizado	Ninguna

Fuente: Trabajo de campo

Elaborado por: Vinueza, Diana

Posterior a cada supervisión se entregó una copia de los hallazgos a los miembros del equipo involucrados en el flujo de agendamiento de la especialidad de urología, con la finalidad de que se tomen medidas correctivas.

Durante las dos supervisiones tanto en la aplicación del checklist, como en la realización de encuestas, es importante mencionar que se identificó un nudo crítico correspondiente al tiempo de priorización de citas del especialista de urología, por lo que es necesario realizar seguimiento y monitoreo continuo para asegurar permanencia de la estrategia.

Bajo estos parámetros, se resalta que el seguimiento de las actividades de actores involucrados se debe realizar con una periodicidad de seis meses, a fin de evaluar el cumplimiento de tareas como capacitación continua y aplicación de manuales y protocolos (MSP, 2013).

12.1.2 Estrategia N° 2: Modificación del horario del profesional de urología

Reunión para elaboración de propuesta de incremento de horas de consulta externa en el horario del profesional

Se solicitó una cita con el Subdirector de especialidades clínicas y quirúrgicas durante la tercera semana de Junio, la reunión se realizó el 27 de junio del presente, con una duración de una hora; en la cual se realizó una presentación acerca de los problemas que ocurren en la atención de la consulta externa de la especialidad de urología, enfatizándose los siguientes novedades:

- Incremento de complicaciones debido al prolongado tiempo de espera en el agendamiento.
- Incremento de citas subsecuentes por las complicaciones desarrolladas por el paciente.
- Disminución de la oportunidad de brindar atención a nuevos usuarios ocasionado por la congestión en la consulta externa.

La segunda parte de la reunión consistió en un análisis del horario del profesional en el que se consideró el incremento de horas de consulta externa sin afectar el resto de actividades asistenciales.

Como compromiso, se propuso realizar una segunda reunión donde el maestrante presentará una propuesta para la modificación del horario del especialista, y esta será revisada por la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas. El horario actual del profesional se encuentra en el Anexo No. 7.

Rodríguez menciona que la gestión de talento humano debe ser coordinada con cada especialidad de acuerdo a las actividades que formen parte a lo largo de todo el proceso asistencial, con el fin de que no se dejen áreas descubiertas (Rodríguez V. , 2017).

En el “Hospital General Docente de Calderón”, el líder del proceso es el encargado de realizar y coordinar los horarios con las actividades que realiza cada especialidad. La propuesta de incremento de horas de consulta externa de la especialidad de urología fue analizada con el profesional urólogo y la Subdirección de especialidades clínicas y quirúrgicas para no desestimar otras actividades asistenciales.

Presentación de propuesta de incremento de horas de consulta externa

Durante la cuarta semana del mes de Junio, se solicitó una cita con la Subdirección de áreas clínicas y quirúrgicas. La reunión se realizó el 4 de julio del 2018 y tuvo una duración

de 40 minutos. Se analizó que el profesional urólogo atendía 15 horas de consulta externa semanales que representan la atención de 42 pacientes, dato obtenido considerando la normativa de agendamiento del “Hospital General Docente de Calderón”, donde el tiempo de atención para primera cita corresponde a 30 minutos y para cita subsecuente 20 minutos.

La propuesta consistió en incrementar 5 horas de consulta externa por semana, donde se atendería a 57 pacientes, aumentando la atención de 15 pacientes semanalmente. Este cambio se realizó considerando los insumos disponibles y la cartera de servicio actual, así, no se afectará al desempeño del profesional en otros procesos asistenciales. La Subdirección de áreas clínicas y quirúrgicas aprobó el cambio; la propuesta admitida del nuevo horario se encuentra en el Anexo No. 8.

En la atención asistencial, la carga laboral se compone de la interrelación de las horas/día, horas/semana y turnos nocturnos. Es importante considerar la carga horaria con respecto a la seguridad del paciente, es decir, estandarizar el tiempo de duración de cada proceso para evitar que exista tiempo no aprovechado, asegurar la eficacia en cada actividad y así brindar una atención de calidad (Bocanegra & Arias, 2016).

En el “Hospital General Docente de Calderón” es factible modificar la distribución de la carga horaria de acuerdo a la cartera de servicios, por ejemplo, en el caso de que los insumos quirúrgicos sean limitados, se puede redistribuir el tiempo de quirófano para reforzar otros procesos asistenciales, como la consulta externa.

12.2 Resultados y discusión de la evaluación analítica

A continuación se describen los resultados de la evaluación analítica, según la estrategia implementada:

12.2.1 Estrategia N° 1: Incremento de horas de consulta externa

Con respecto a la accesibilidad administrativa, se observó que una vez realizado el cambio de horario, en el que se incrementó 5 horas semanales de consulta externa; la disminución del tiempo de espera fue del 10% (8 días), a pesar de la meta propuesta fue del 30%. Los resultados se describen en la siguiente tabla:

Tabla 18: Disminución del tiempo de espera correspondiente al incremento de horas de consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, durante el período junio – julio del 2018

No. de días de atención	No. de horas de atención por día	No. de pacientes atendidos por semana	No. de pacientes atendidos por mes	Tiempo de espera (Días)
3	14	42	168	120
3	19	57	228	112

Fuente: Trabajo de campo

Elaborado por: Vinuesa, Diana

Los resultados obtenidos concuerdan con el estudio realizado en el Hospital Eugenio Espejo durante el año 2009, que tuvo como principales objetivos: mejorar los procesos asistenciales, disminuir los tiempos de espera e incrementar la satisfacción del usuario. Esta investigación fue aplicada en 2449 pacientes de 20 especialidades, tomando en cuenta a variables como el tiempo de espera para la atención, tiempo de interacción con el profesional de salud, demanda satisfecha y demanda insatisfecha; con dicha información se realizó una simulación utilizando la herramienta Simulink de Matlab, donde se ensayaron algunos escenarios. Uno de los más exitosos fue el tomar en cuenta la atención

de 8 horas por especialidad con un tiempo de atención de quince minutos por paciente. Es importante mencionar que este modelo tuvo buenos resultados en cuánto a disminución de tiempo de espera del 20% y disminución de demanda rechazada, no obstante, no se observaron resultados concluyentes que demostraran la mejora de la satisfacción del usuario (Gutiérrez, Recalde, Guevara, & Rivadeneira, 2009).

Es importante mencionar que el “Hospital General Docente de Calderón” cuenta con una política de atención de 20 minutos para pacientes subsecuentes y 30 minutos para el paciente que acude por primera vez al servicio, esta normativa fue creada con la finalidad de incrementar la calidad de la atención, satisfacción del usuario y mejora de la relación médico – paciente sin embargo, con el incremento de 5 horas de atención por semana se observa la disminución de 8 días de espera para la atención, de este modo, se mejora la accesibilidad administrativa y la continuidad de la atención para la consulta externa de la especialidad de urología (MSP, 2013).

A pesar de que se disponen de indicadores y herramientas que son útiles a la hora de tomar decisiones con respecto a la planificación de actividades asistenciales, no se asegura que su estructura orgánica proporcione resultados óptimos con respecto a un flujo adecuado de pacientes con tiempos de espera que se ajusten a la resolución de las necesidades de la población. Es evidente que no se han elaborado directrices estratégicas dirigidas a la concepción y reorganización de actividades acordes a la demanda de la comunidad (Gáfaró, Mallor, & Azcárate, 2014)

De acuerdo al análisis de actividades y carga horaria del profesional de urología no se puede realizar un incremento mayor en el tiempo de atención consulta externa, debido a que se dejarían descubiertos procesos asistenciales como emergencia, hospitalización, quirófano y hospital del día.

La gestión de talento humano en la planificación de actividades del profesional, delegación de tareas, supervisión y capacitación, constituyen aristas para el correcto funcionamiento del establecimiento (Mercenier, 1997). Se requiere incluir a un especialista de urología para incrementar la atención de la consulta externa y lograr una mayor reducción en el tiempo de espera para el agendamiento.

12.2.2 Estrategia N° 1: Implementación de un sistema de semáforo que clasifique a los pacientes por gravedad de patología para la priorización de turnos en consulta externa

Se recibieron del primer nivel de atención en el mes de Junio 93 referencias, y en el mes de Julio 141, dando un total de 234 referencias, las cuales fueron priorizadas por el especialista de urología en un tiempo aproximado de 4 horas, y no fueron programadas en su carga horaria. A continuación se describe la priorización de referencias:

Tabla 19: Clasificación de referencias de la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, de acuerdo con el criterio del especialista, durante el período Junio – Julio de 2018.

A		B		C	
Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
79	33,7	64	27,3	91	38,8

Fuente: Trabajo de campo
Elaborado por: Vinueza, Diana

Es importante destacar que en la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, la mayor parte de las referencias son de prioridad C, es decir se pueden agendar de acuerdo a disponibilidad; es mayor la diferencia entre la

prioridad B y C, a pesar de esto, es vital destacar que en algunos problemas de salud de etiología urológica obstructiva, el tiempo de resolución quirúrgica influye en la conservación de la función renal.

En relación al intercambio de experiencias se menciona la investigación sobre “listas de espera” realizado en Bogotá en el 2014 que consistió en conocer estrategias aplicadas en Chile, España, Suecia, Uruguay e Inglaterra. Se observó que en Suecia no existe tiempos de espera, la atención primaria y visitas ambulatorias a especialistas se realizan inmediatamente, mientras que para médicos familiares el tiempo de agendamiento corresponde a 7 días y para citas referenciadas a especialistas el tiempo del agendamiento puede fluctuar entre un mes y tres meses.

La otorgación de las prestaciones de salud debe ser lógica a la priorización de los problemas de salud con mayor impacto (CRITERIA, 2016).

Se puede observar un ejemplo de triaje para atención al usuario en la política de priorización en atención del Hospital de Antioquia, donde el agendamiento de consulta externa se realiza con un plazo máximo de 48 horas, en el caso de que sobrepase la oportunidad, se agenda la cita como consulta no programada. La priorización de la atención se aplica en los siguientes casos:

- Personas indigentes.
- Mayores de 62 años.
- Madres embarazadas.
- Menores de 1 año.
- Discapacitados.
- Condición clínica expresada por el usuario.
- Usuario susceptible de aislamiento.

Tabla 20: Comparación de las referencias solicitadas desde el primer nivel de atención, clasificadas por semana de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón” durante los meses de junio y julio del 2018

Semana 1				Semana 2				Semana 3				Semana 4				Semana 5				Semana 6				Semana 7				Semana 8			
*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****	*	**	***	****
20	6	13	30	28	11	17	39	25	5	20	20	20	3	17	18	31	6	24	19	38	8	30	26	35	5	30	14	37	6	31	16
Total de referencias del mes de junio 2018								Porcentaje de referencias rechazadas del mes de junio 2018								Total de referencias del mes de julio 2018								Porcentaje de referencias rechazadas del mes de julio 2018							
93								26,8								141								17,7							

*Total de referencias

** Referencias rechazadas

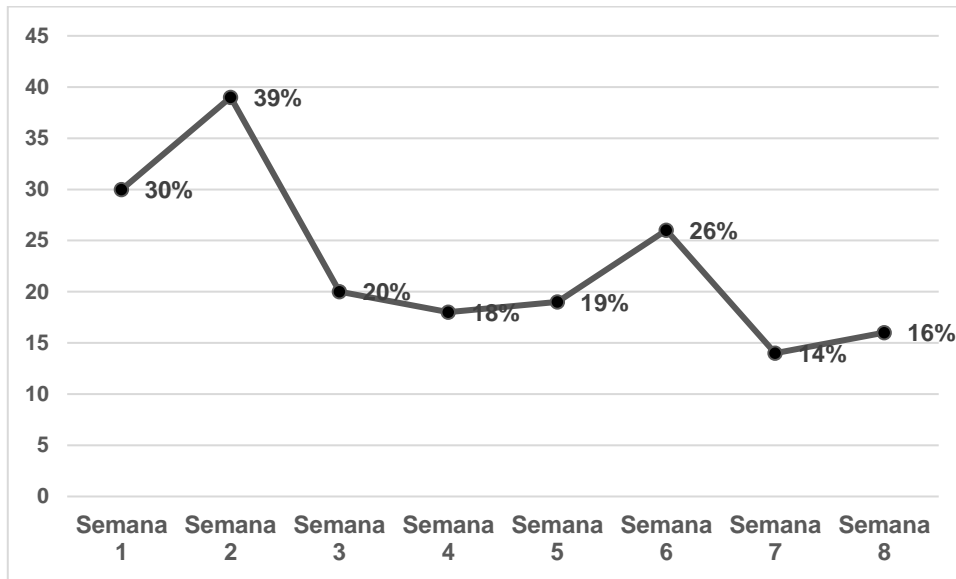
***Referencias agendadas

****Porcentaje de referencias rechazadas

Fuente: Estadísticas del “Hospital General Docente de Calderón”

Elaboración: Vinuesa, Diana

Figura 8: Porcentaje de referencias rechazadas durante el período Junio – Julio de 2018



En el gráfico que precede se puede observar que el rechazo de las referencias no pertinentes tiene una tendencia hacia la disminución conforme pasan las semanas, debido a que el primer nivel recibe la retroalimentación elaborada por el especialista de urología.

Se debe considerar que una de las funciones de mayor importancia del primer nivel de atención corresponde a la elaboración de la referencia para los pacientes que requieren de una mayor capacidad resolutoria con la finalidad de continuar con la atención asistencial; de esta manera la información con la que se envía al paciente al segundo nivel de atención debe ser precisa, pertinente y suficiente (Stuyft & Vos, 2008).

Siendo la complementariedad entre niveles un indicador importante de la calidad del sistema, el descenso en las referencias no justificadas al servicio de urología depende en gran medida de la formación de los profesionales de primer nivel. La capacitación y formación continua de profesionales es un factor que influye en la capacidad resolutoria de la unidad de salud (Manito, Ondiviela, Servera, & Tomás, 2005)

Las causas de rechazo de referencias identificadas en el presente estudio coinciden con lo mencionado en una investigación realizada en Costa Rica durante el año 1999, donde se analizaron a 6993 referencias médicas en 36 regiones de salud, determinándose que el llenado de éstas influye en el funcionamiento del sistema de salud y calidad de la atención del paciente. Entre los principales problemas encontrados se observa la limitada claridad en la caligrafía, motivo de referencia incorrecto, diagnóstico incorrecto, uso de abreviaturas no convencionales; tales causas correspondieron al 9,8% (Vargas & Castillo, 2002).

Este porcentaje es menor que el encontrado en las referencias de etiología urológica del primer nivel de atención del Distrito 17D02, que corresponde al 17,7% durante el mes de julio del 2018, el mismo que descendió de 26,8% en junio del 2018.

Una arista fundamental para medir la calidad del primer nivel de atención, corresponde a su capacidad de elaboración de referencias a niveles con mayor capacidad resolutoria, donde deben acudir cerca del 15% de los problemas de salud que requieren ser atendidos en los establecimientos hospitalarios. No obstante, siendo una

de las funciones del primer nivel la síntesis de información, es de suma importancia que la referencia realizada cuente con información clara, objetiva y fundamentada en medicina basada en evidencia, que garantice la continuidad de la atención (Saturno, 2014).

La capacidad de síntesis de información de los niveles influye en la gestión del sistema de referencia y contrareferencia, de esta manera es prioritario que la documentación sea llenada de manera adecuada, y que exista comunicación entre niveles para solventar las necesidades de la población y aplicar la eficiencia en la utilización de recursos (Stuyft & Vos, 2008)

13 CONCLUSIONES

- El incremento de horas en consulta externa del especialista de urología permitió disminuir el tiempo de espera correspondiente a 8 días por mes (10%) y aumentar la atención de 60 pacientes, situación que mejoró la accesibilidad administrativa y la continuidad en la atención, no obstante, no se alcanzó la meta de la reducción del 30% en el tiempo de espera del agendamiento.
- La retroalimentación realizada por el especialista de urología redujo un 9,1% la no pertinencia de las referencias a la consulta externa de la especialidad de urología del “Hospital General Docente de Calderón”, así mejoró el acceso administrativo para los pacientes cuya atención corresponde a segundo nivel de atención. El semáforo de priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad del problema de salud de etiología urológica clasificó las 234 atenciones de la siguiente manera: prioridad A con 33,7%, prioridad B el 27,3% y prioridad C con el 38,8, actividad realizada con la finalidad de atender con mayor prontitud los pacientes que requieren una atención emergente.
- Se determinó que la priorización de pacientes que debe realizar el especialista de urología debe estar incluido en su carga horaria, de lo contrario la actividad retrasa el agendamiento de los pacientes.
- Las actividades propuestas en las instrucciones operativas se llevaron a cabalidad, no obstante, existió dificultad en establecer los criterios de priorización para el agendamiento de citas, ya que se determinó que al protocolizar el tiempo de asignación de atención para los pacientes con problemas de salud de etiología urológica, no es posible evaluarlos con integralidad, infiriendo que cada caso tiene que ser analizado por el especialista de urología aplicando la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, respectivamente.
- La implementación de la priorización de pacientes en función de su patología, contribuye a incrementar la oportunidad de la atención de aquellos usuarios que requieren de un cuidado emergente y a la vez a identificar aquellos casos que deben ser tratados en el primer nivel de atención.
- La estrategia de priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de la patología requiere de seguimiento para su sostenibilidad en el tiempo, no obstante, se requiere de una evaluación semestral para observar resultados concluyentes.

14 RECOMENDACIONES

- Uno de los aspectos más importantes para que se mantenga la estrategia correspondiente a la priorización de pacientes de acuerdo a la gravedad de su patología y a la modificación del horario del profesional en la consulta externa de urología, corresponde al apoyo de las autoridades y del equipo de investigación. Si no existe aceptabilidad no es posible la implementación de las estrategias.
- Es importante realizar una reunión entre los médicos de primer nivel de atención y especialistas de segundo nivel de atención, con la finalidad de conocer los aspectos en los que se necesita refuerzo, así como también las limitaciones del manejo del paciente crónico en el primer nivel de atención.
- El incremento de horas en consulta externa no solventa el tiempo de espera mayor a 120 días, de tal forma que se sugiere la contratación de un profesional especialista de urología para lograr un cambio de impacto que reduzca el tiempo de atención de la consulta externa, mejore la accesibilidad administrativa y la continuidad de la atención.

15 BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J., & Pelayo, B. (2013). *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander*. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS_A_CCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.pdf
- Aguirre, H. (2003). Calidad de la atención médica: Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2(4), 106-107. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/545/54520411.pdf>
- Aller, M., Vargas, L., Sánchez, I., Martínez, H., Coderch, & Llopart, J. (2010). La continuidad asistencial entre biveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 371-387.
- Astúa, M., Quesada, L., Ulate, D., & Vargas, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Scielo*.
- Bermudez, E., & Díaz, J. (2010). *El uso del Diagrama Causa Efecto en el Análisis de Casos*.
- Casanovas, N., Puig, E., Cruz, A., Martos, A., Mate, X., & García, J. (2013). La gestión quirúrgica según niveles de complejidad: Un modelo que se espera eficiente. *Gest Eval Cost Sanit*, 14(4), 675-683.
- Comes, Y. (2006). *El Concepto de Accesibilidad: La Perspectiva relacional entre población y servicios*. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuiniv/v14/v14a19.pdf>.
- Córdova, E., & Modest, M. (2009). La Profesionalización del Recurso Humano de Enfermería y Calidad del Servicio Público de Salud. *Revista Perú Salud Pública*, 61-65.
- Cueva, E. (2013). *Diseño y propuesta de implementación de un modelo de gestión por procesos de las áreas de resonancia magnética y tomografía helicoidal computarizada del servicio de radiología, hospital Eugenio Espejo*. Obtenido de <http://docplayer.es/57711345-Escuela-politecnica-nacional.html>
- Delgado, C. (2015). *Propuesta de implementación de un Modelo de Gestión de Calidad basado en Procesos para mejorar el servicio en el Hospital Cantonal de Girón Aida León de Rodríguez Lara*. Obtenido de <https://docplayer.es/82711628-Universidad-tecnica-particular-de-loja-area-administrativa.html>
- Diccionario Administración Pública. (31 de diciembre de 2015). Principio de complementariedad. *Norma, procedimiento, evaluación y adquisición de servicios de salud*. Quito, Pichincha, Ecuador: Registro Oficial 439. Obtenido de <http://diccionario.administracionpublica.gob.ec/adjuntos/PRINCIPIO%20DE%20COMPLEMENTARIEDAD.pdf>
- Egas, A. (2007). *La Evolución del Gasto Público en el Sector Salud en el Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6097/T-PUCE-6334.pdf?sequence=1>.

- Fajardo, D. (2012). *Definiciones y Conceptos Fundamentales para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención a La Salud*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf.
- Figueroa, F., & Muñoz, R. (2002). *Capacidad Resolutiva y Trabajo en Equipo, Factores de la Calidad de Atención*. Obtenido de <https://docplayer.es/41533006-Capacidad-resolutiva-y-trabajo-en-equipo-factores-de-la-calidad-de-la-atencion.html>
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*.
- Franks, P., & Clancy, C. (1992). Getakeeping revisited-protecting patients from overtreatment. 327.
- Fundación Caser. (2015). *Actas de Coordinación Sociosanitaria*. Los Ángeles D.C.: Gráficas Enco.
- García, C. (2004). *Efectividad del Proceso de Remisiones Médicas en Servicios Urgentes*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/028_-_efectividad_del_proceso_de_remisiones__medicas_en__servicios_de_urgencia.pdf.
- García, P. (2013). *Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n5/es_v111n5a08.pdf
- Gutiérrez, S., Recalde, D., Guevara, A., & Rivadeneira, G. (2009). "Optimización del Sistema Hospitalario Ecuatoriano: Estudio, Modelización, Simulación, y Minimización de Tiempos de Espera de Pcientes de Consulta Externa". *Revista Politécnica*, 83-90.
- Hernansanz, F., Clavería, A., & Gérvas, J. (2012). *La Atención Primaria: Evidencias, Experiencias y Tendencias en Clínica, Gestión y Política Sanitaria*. Gaceta Sanitaria.
- INEC. (2010). *Estadísticas Hospital General Docente de Calderón*. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.
- Jabalera, M., Morales, J., & Rivas-Ruiz, F. (2015). Factores Determinantes y Coste Económico del Absentismo de Pacientes en Consultas Externas de la Agencia Sanitaria Costa Del Sol. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 235-245.
- Lorite, M., Ondiviela, I., Cariteu, A., & Sánchez, T. (2005). *Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles*. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
- Loya, S. (2014). *Centro de desarrollo turístico para la parroquia de Mindo*. Obtenido de <https://docplayer.es/13198734-Universidad-central-del-ecuador.html>
- Martínez, J. (2006). *Capacidad Resolutiva Del Médico de Atención Primaria*. Obtenido de <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n60/tribuna.pdf>.
- Mercenier, P. (1997). *Bases de organización de los servicios de salud*.

- Ministerio de Salud República Dominicana. (2014). *La Programación de la Compra de Medicamentos e Insumos en el Sistema Público de Salud de República Dominicana*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21651es/s21651es.pdf>.
- Morales, C. (2009). *Evaluación de la Oportunidad en la Atención en el Servicio de Urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón octubre-diciembre*. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/335/2/Evaluacion_opor_tunidad_atencion_servicio.pdf.
- Morales, N. (14 de agosto de 2011). *Las redes integradas de servicios de salud: Una propuesta en construcción*. Obtenido de Universidad de Rosario: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf
- MSP. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://edoc.site/manual-mais-2013-pdf-free.html>
- MSP. (10 de febrero de 2018). *Hospital General Docente de Calderón*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.hgdc.gob.ec>
- OMS. (2014). *Seminario futuro y tendencias en formación de recursos humanos en salud en México para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ops-oms-mexico&alias=989-futuro-y-tendencias-en-formacion-de-recursos-humanos-en-salud-en-mexico-para-la-cobert&Itemid=493
- Ortiz, R. (2003). *Consulta Externa en Instituciones de Salud de Hidalgo, México, Según la Opinión de los Usuarios*. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v13n4/a05v13n4.pdf.
- Pereira, C. (2016). Absentismo de Pacientes a La Consulta Externa Especializada En Un Hospital de Tercer Nivel En España. *Medicina General y de la Familia*, 83-90.
- Pérez, G., & Celis, H. (2006). *Proceso de Suministro de Insumos En El Hospital de Yopal ESE*. Obtenido de http://cdim.esap.edu.co/BancoConocimiento/P/proceso_de_suministro_de_insumos_en_el_hospital_de_yopal_ese/proceso_de_suministro_de_insumos_en_el_hospital_de_yopal_ese.asp.
- Quizanga, J. (2013). *Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5926/T-PUCE-6081.pdf?sequence=1>
- Rodríguez, A., & Murillo, D. (2014). Análisis de la distribución del tiempo laboral para la especialidad de medicina interna en los hospitales de la caja costarricense de seguro social. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 5(1), 28-34.

- Rodríguez, M., & López, C. (2005). Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos. *Acta Pediátrica de México*, 26(4), 178-183. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2005/apm054c.pdf>
- Rodríguez, R., López, R., Aguado, A., Gastón, L., Bueno, A., Lardelli, P., & Gálvez, R. (1993). La continuidad interepisodios en atención primaria de salud: Propuesta de un indicador. *Bol of Sanit Panam*, 114(3), 242-247.
- Romero, E., & Díaz, J. (2010). El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 127-142.
- Ruelas, E. (2011). Calidad y los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, 147(51), 514-516. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116k.pdf>
- Salvador, G. (2018). líder de la especialidad de urología HGDC.
- Sinche, R. (2012). *Utilización del modelo de Piot adaptado, para mejorar la accesibilidad a una atención oportuna en el Subcentro de Salud de Bolívar*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5574/TCDISP0036.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soto, A. (2011). Human Resources For Health. *Revista de Perú Salud Pública*, 28.
- Sttaford, R. (1990). Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA Network*, 263(5), 683-687. doi:doi:10.1001/jama.1990.03440050077037
- Superintendencia de Servicios de Salud. (Noviembre de 2016). *Clasificación General de enfermedades CIE 10*. Obtenido de https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
- Universidade de Vigo. (2012). *Gestión de la calidad, la seguridad y el medio ambiente: El diagrama causa efecto*. Obtenido de <http://www.gio.uvigo.es/asignaturas/gestioncalidad/GCal0405.DiagramaCausaEfecto.pdf>

16 ANEXOS

Anexo No. 1: Encuesta aplicada durante el análisis a profundidad acerca de la atención en consulta externa de urología

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

ENCUESTA ACERCA DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA

- 1. ¿Cuál fue la causa por la que usted no pudo acudir a la última cita de consulta externa de Urología?**
 - a) Falta de tiempo
 - b) No recordó la cita
 - c) No llegó a tiempo
 - d) No tuvo la necesidad
 - e) Dificultades económicas
 - f) Falta de transporte
 - g) Resolvió su problema de salud en otro establecimiento
 - h) Otras razones

- 2. ¿Desde su última atención, en cuánto tiempo le dieron su cita para la especialidad de urología?**
 - a) 7 días – 15 días
 - b) 16 días – 30 días
 - c) > 30 días

- 3. ¿Le parece que las atenciones en consulta externa son (primera vez de atención)?**
 - a) Muy accesibles
 - b) Regularmente accesibles
 - c) Nada accesibles

- 4. ¿Qué tal difícil se le hizo conseguir la cita para la consulta externa de urología?**
 - a) No fue difícil.
 - b) Hubo dificultades, pero no graves.
 - c) Fue muy difícil.

- 5. ¿Se resolvió o controló su problema de salud al final de la última consulta externa de urología?**
 - a) Su problema de salud se resolvió completamente
 - b) Se resolvió, pero no en su totalidad
 - c) Siente que en la consulta no aportó en la resolución de su problema

- 6. ¿Su problema de salud relacionado con urología le afecta para el desempeño de sus actividades diarias?**
 - a) Todo el tiempo
 - b) Algunos días
 - c) Nunca afecta mis actividades

- 7. ¿Fue informado acerca de su problema de salud y tratamiento?**
 - a) Sí
 - b) No

8. ¿Luego de que le atendieron en el hospital, le indicaron que continúe con su atención en el centro de salud?

- a) Sí
- b) No

9. ¿Le enviaron con algún formulario?

- a) Sí
- b) No

Anexo No. 2: Distribución porcentual de las 10 primeras causas de atención en consulta externa de la especialidad de Urología del “Hospital General Docente de Calderón” durante el período de enero – julio 2017

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
“Hiperplasia de la próstata” (N40)	416	29,67
“Cálculo del riñón” (N20.0)	106	7,56
“Disfunción neuromuscular de la vejiga, no especificada” (N31)	102	7,27
“Infección de vías urinarias, sitio no especificado” (N39.0)	81	5,78
“Incontinencia urinaria por tensión” (N39.3)	62	4,42
“Prostatitis aguda” (N41.0)	35	2,50
“Orquitis” (N45.9)	34	2,42
“Balanitis” (N48.1)	20	1,43
“Cistitis” (N30)	19	1,36
“Otras hidronefrosis no especificadas” (N13.2)	17	1,21
Otras	510	36,38
Total	1402	100

Fuente: “Hospital General Docente de Calderón”
Elaborado por: Vinuesa, Diana

Anexo No. 3: Encuesta a miembros de equipo de investigación para monitoreo del funcionamiento de la priorización de citas para agendamiento de la consulta externa de la especialidad de urología

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

ENCUESTA PARA MONITOREO DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PRIORIZACIÓN DE CITAS PARA AGENDAMIENTO DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

Fecha:

Cargo:

- 1. Acerca del flujo de agendamiento usted opina lo siguiente:**
 - a) Retrasa el agendamiento para pacientes.
 - b) Incrementa la demanda rechazada
 - c) Permite que se atiendan problemas de salud que corresponden a segundo nivel de atención.

- 2. ¿Considera a esta actividad como un incremento en su asignación de tareas?**
 - a) Sí
 - b) No

- 3. ¿Considera usted que se están cumpliendo las tareas asignadas para la elaboración de la priorización de citas en el agendamiento de la consulta externa de urología?**
 - a) Sí
 - b) No

- 4. ¿Qué parte del flujo considera que no se cumple o que requiere de un refuerzo para un mejor funcionamiento?**
 - a) Criterios de la especialidad de urología.
 - b) Agendamiento en estadística.
 - c) Demora en el cumplimiento de tareas asignadas.

Anexo No. 4: Matriz de recolección de datos (citas agendadas, reagendamiento, citas ausentes, citas atendidas)

Mes	Número de citas agendadas	Número de citas retornadas al primer nivel de atención	Formulario 053 Incompleto	Formulario 053 no pertinente	Citas atendidas en el HGDC
------------	----------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Anexo No. 5: Consentimiento informado para equipo de investigación

Maestría en Salud Pública con mención en Investigación de Sistemas y Servicios de Salud

“Hospital General Docente de Calderón”

Consentimiento informado a equipo de investigación.

He sido invitado a participar en la investigación que se realizará en el “Hospital General Docente de Calderón” en la consulta externa de la especialidad de urología con la finalidad de mejorar la accesibilidad administrativa y reducir el tiempo de espera de agendamiento.

Para dicho objetivo entiendo y acepto responder la encuesta codificada y trabajare conjuntamente con el investigador.

He sido informado de los elementos y actividades de la investigación, se han realizado reuniones donde se han solventado las preguntas realizadas

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y que la información que se incluye en la encuesta será utilizada con características de confidencialidad y únicamente para describir los resultados de la investigación, contando con el aval del (Comité de Evaluación Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la “Pontificia Universidad Católica del Ecuador”)

Nombre: _____

C.I.: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Diana Estephania Vinueza Ortiz – Maestrante

Anexo No. 6: Distribución actual de carga horaria del profesional de urología actual

Horario del profesional de urología del mes de junio del 2018

ACTIVIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PASE DE VISITA	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00
CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA
QUIRÓFANO MAÑANA	8:00-12:00	NA	NA	NA	NA
DOCENCIA CASOS CLÍNICOS	NA	NA	NA	NA	NA
HOSPITAL DEL DÍA	NA	NA	08:00-13:00	8:00-13:00	NA
CONSULTA EXTERNA	NA	08:00-13:00	NA	NA	08:00-13:00
DOCENCIA PREGRADO	12:00-13:00	NA	NA	NA	NA
ALMUERZO	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30
HOSPITAL DEL DÍA	13:30-15:30	NA	NA	13:30-15:30	NA
CONSULTA EXTERNA PM	NA	13:30-14:30	13:30-14:30	NA	13:30-14:30
CONTROLES POSTQUIRÚRGICO	NA	14:30-15:30	NA	NA	14:30-15:30
DOCENCIA CASOS CLÍNICOS	NA	NA	14:30-15:30	NA	NA

**Anexo No. 7: Distribución aprobada de carga horaria del profesional de urología
a por la Subdirección Médica**

Horario del profesional de urología del mes de julio de 2018

ACTIVIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PASE DE VISITA	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00	7:00-08:00
CONSULTA EXTERNA	NA	NA	NA	NA	NA
QUIRÓFANO MAÑANA	8:00-12:00	NA	NA	NA	NA
DOCENCIA CASOS CLÍNICOS	NA	NA	NA	NA	NA
HOSPITAL DEL DÍA	NA	NA	NA	8:00-13:00	NA
CONSULTA EXTERNA	NA	08:00-13:00	08:00-13:00	NA	08:00-13:00
DOCENCIA PREGRADO	12:00-13:00	NA	NA	NA	NA
ALMUERZO	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30	13:00-13:30
HOSPITAL DEL DÍA	13:30-15:30	NA	NA	13:30-15:30	NA
CONSULTA EXTERNA PM	NA	13:30-14:30	13:30-14:30	NA	13:30-14:30
CONTROLES POSTQUIRÚRGICO	NA	NA	NA	NA	14:30-15:30
DOCENCIA CASOS CLÍNICOS	NA	NA	14:30-15:30	NA	NA