



Maestría en Epidemiología para la Salud Pública

***Acceso a los servicios especializados en hospitales públicos de las
ciudades de Manta y Portoviejo en el periodo enero a marzo de
2023***

Autores:

DR. FERNANDO MARCELO ARMIJOS BRIONES

DR. OMAR SANTIAGO QUINTANA DOMINGUEZ

Director:

DR. HUGO PEREIRA OLMOS

QUITO, MAYO DE 2023

Acceso a los servicios de salud especializados en tres hospitales públicos de Manabí en el periodo enero a marzo de 2023

Autores:

Fernando Marcelo Armijos Briones ^a; Omar Santiago Quintana Domínguez ^b; Hugo Pereira Olmos ^b

^a Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Carrera de Odontología, Guayaquil.

^b Pontífice Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito

Correspondencia: Fernando Marcelo Armijos Briones, marceloarmijosbriones@gmail.com Calle Medardo Cevallos y 11 de agosto, Portoviejo – Ecuador. CP 130106.

Recuento de palabras: El cuerpo del documento cuenta con 8139 (contando las palabras de las tablas). Resumen: 250 palabras.

Contribuciones de autoría: FMAB, participó en la planeación del estudio, la recolección de datos, escritura del manuscrito, análisis de los datos y del documento final. OSQD, participó en la planeación del estudio, la recolección de datos, escritura del manuscrito, análisis de los datos y del documento final. HP, participó en el análisis de los datos, redacción del manuscrito y análisis crítico del documento final.

Financiación: La investigación fue financiada en su totalidad por los autores principales. No se recibió ninguna contribución pública o privada en ninguna fase de la investigación.

Agradecimientos: Los autores gustaría de agradecer de forma pública a los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí por su ayuda en la recolección de datos y a los gerentes de los hospitales públicos en donde se recolectó la información por la facilidad en la aprobación del trámite.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos que, el motivo de nuestra investigación y los resultados de esta, no fueron motivados por intereses personales o profesionales.

Resumen

La atención sanitaria de especialidad es considerada una de las más costosas dentro de los sistemas de salud en el mundo. Muchos países realizan esfuerzos para que el acceso a estos servicios sea eficiente y optimizar los limitados recursos. En Ecuador, parte de su modelo de atención es dirigido a esta optimización, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia que normatiza el acceso al segundo nivel de atención. El objetivo de esta investigación es determinar las formas de acceso a los servicios especializados en 3 hospitales públicos de la provincia de Manabí. Para esto, se realizó un estudio observacional de tipo transversal mediante el uso de un cuestionario estructurado a los pacientes de las salas de esperas de 3 hospitales públicos para conocer como obtuvieron su cita médica y el tiempo que tuvieron que esperar por ella. Los resultados de esta investigación arrojaron que, los pacientes que accedieron mediante el proceso normatizado de referencia y contrarreferencia tuvieron que esperar un tiempo más prolongado por sus citas comparado con quienes accedieron a esta con la ayuda de un familiar o amigo que laboraba en el hospital. Se pudo concluir que existe una forma alterna no normatizada para acceder a citas médicas especializadas en 3 hospitales públicos de Manabí y que esto podría ser la causa en la demora de las citas agendadas por el sistema de referencia y contrarreferencia. Además, es probable que este acceso no mediado por criterios médicos esté aumentando los costos de la atención sanitaria.

Palabras claves (según DeCS): Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Secundaria de Salud; Derivación y Consulta.

Summary

Specialty health care is considered one of the most expensive health systems in the world. Many countries are making efforts to make access to these services efficient and optimize limited resources. In Ecuador, part of its care model is aimed at this optimization, through the referral and counter-referral system that regulates access to the second level of care. The objective of this research is to determine the forms of access to specialized services in 3 public hospitals in the province of Manabí. For this, an observational cross-sectional study was carried out using a structured questionnaire for patients in the waiting rooms of 3 public hospitals to find out how they got their medical appointment and the time they had to wait for it. The results of this investigation showed that patients who accessed through the standardized referral and counter-referral process had to wait a longer time for their appointments compared to those who accessed it with the help of a relative or friend who worked at the hospital. It was possible to conclude that there is an alternate, non-standardized way to access specialized medical appointments in 3 public hospitals in Manabí and that this could be the cause of the delay in appointments scheduled by the referral and counter-referral system. In addition, this access not mediated by medical criteria is probably increasing the costs of health care.

Key words: **Health Services Accessibility; Secondary Care; Referral and Consultation**

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria especializada es una de las más costosas para todos los sistemas de salud en el mundo. De ahí que, desde hace varios años se ha buscado que la atención sanitaria se centre principalmente en la Atención Primaria en Salud ¹. El objetivo de potenciar la Atención Primaria en Salud es conseguir no solo una reducción en los gastos sanitarios, sino también, que las personas se enfermen menos y que los servicios de salud especializados no se colapsen ².

Los sistemas de salud latinoamericanos tienen grandes desafíos para poder cumplir los compromisos adquiridos con la salud de sus habitantes. Como por ejemplo, el déficit del financiamiento de los servicios de salud, en donde aún la mayoría de los países no alcanza la meta de invertir mínimo el 6% del PIB como gasto sanitario público propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) ³. Cumplir con sus propias constituciones en donde la mayoría se impone como deber constitucional garantizar un acceso universal a los servicios de salud ⁴. Además, cumplir con Objetivos de Desarrollo Sostenible, en donde se debe buscar la Cobertura Universal de Salud ⁵. Debido a esto, los sistemas de salud latinoamericanos se vieron en la tarea de replanificar sus modelos de salud pública para garantizar el derecho a la salud de la población por una parte y financiar ese mismo sistema con iguales o menores recursos para la cantidad de población a la que deben atender, por otra.

En el Ecuador, esa variación del modelo se concretó en 2013, con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) ⁶. En este modelo se dan las pautas para el fortalecimiento de la atención primaria, centrada en la prevención de la enfermedad y la participación de las personas en el diagnóstico y solución de sus problemas de salud. Se establece, además, que la puerta de entrada al sistema de salud ecuatoriano será el primer nivel de atención, destinado a resolver hasta el 80% de los problemas de salud de la población. El otro 20% restante deberá ser resuelto por los hospitales de segundo nivel (básicos y regionales) y tercer nivel (especializados y de especialidades). Al proponer al Primer Nivel de Atención como la puerta de entrada al sistema sanitario, se intenta establecer, al menos teóricamente,

que esta es la única forma de acceder a los hospitales de segundo y tercer nivel (con excepción de los casos de emergencia).

Para cumplir con el objetivo de tener una única entrada, el Ministerio de Salud Pública actualizó el Manual para el Subsistema de Referencia y Contrarreferencia y derivación comunitaria ⁷. En este se explica como los profesionales de salud del primer nivel deben referenciar a los pacientes con problemas complejos de salud hacia los hospitales y como los profesionales de salud del segundo y tercer nivel de atención deben regresar a los pacientes (contrarreferencia) para que su tratamiento y recuperación sea supervisado en el primer nivel y así conseguir el cierre del ciclo que rehabilite al paciente.

En teoría, este modelo de atención sanitaria garantizaría el derecho a la salud de la población, prevendría enfermedades y/o complicaciones y economizaría los recursos limitados del sistema sanitario. Para esta tarea se invirtió en la mejora del primer nivel de atención antes de poner en marcha la estrategia ⁸. Los resultados de la estrategia fueron medidos en una primera fase y eran alentadores aún sin llegar a la meta mínima de inversión recomendada en 2017 ⁹.

Actualmente, no es poco conocido en el Ecuador que el financiamiento del sistema de salud público desde el 2019, disminuyó de forma sustancial, y no solo los recursos económicos sino también los humanos. Fue de esta forma que el sistema sanitario enfrentó la primera embestida de la pandemia por Covid19. Dejando en evidencia lo mal dotados que estaban los hospitales del país por falta de financiamiento y lo mucho que falta para que estén completamente funcionales ¹⁰.

Con la falta de financiamiento, la desorganización que existe en el sistema de salud ecuatoriano producto de la pandemia y la falta de profesionales en la atención primaria de salud es probable que el país vuelva de lleno, a una salud asistencialista y, que las personas vuelvan a buscar atención de primer nivel en los hospitales. Esto podría resultar en el colapso de estos que, como evidencian algunos autores, no se encuentran en su mejor momento. Además, significaría un aumento en el gasto sanitario por atenciones especializadas que son mucho más costosas. Es por esta razón que se hace necesario identificar como los usuarios están accediendo a los servicios hospitalarios

de salud para tomar los correctivos necesarios a tiempo, ahora que se está retomando la normalidad en las consultas externas de los hospitales.

Ecuador tiene un sistema de salud considerado como mixto, es decir, compuesto por varios subsistemas, a saber: El sistema netamente público, cuyo proveedor principal es el Ministerio de Salud Pública (MSP); el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual brinda a atención a los trabajadores con relación de dependencia laboral del país y se financia por aportaciones obligatorias a todos ellos; el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), de la fuerza policial; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), que pertenece a los militares y; los Servicios Complementarios o servicios de salud de privados ⁶. De estos, los dos primeros (MSP e IESS) son los más grandes y que tienen mayor cantidad de usuarios o afiliados. Además, por ser el MSP la institución rectora del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, los demás subsistemas aplican las directrices y formas de atención estipuladas, como es el caso del Subsistema de Referencia y Contrerreferencia. Básicamente funciona de la siguiente forma para la atención de especialidades: cuando el usuario siente la necesidad de atención médica, este debe agendar una cita con su médico general o familiar de cabecera o el más cercano a su domicilio para ser evaluado, de considerarlo, es este médico quien realiza el agendamiento u otorga una referencia, hacia el segundo nivel de atención o servicio de especialidad en los hospitales. Se exenta de esta forma de agendamiento a las especialidades que se considera básicas como: Pediatría y Ginecología. Ambas instituciones tienen procedimientos diferentes de agendamiento, pero en esencia, funcionan igual. Tienes varias formas de agendamiento: en línea, mediante llamadas telefónicas o de forma presencial y estas formas son de aplicación obligatoria en todas las provincias del país.

Manabí, es la tercera provincia con mayor población en el Ecuador, más de 1,5 millones de personas. Está ubicada en el litoral y posee 24 cantones o municipios. De estos, los más grandes y poblados son Portoviejo (la capital), Manta (ciudad portuaria y polo económico) y Chone. Los hospitales regionales, tanto del MSP como del IESS, que se encuentran en Portoviejo y Manta son de referencia para toda la provincia, especialmente el Hospital General IESS de Portoviejo y Manta y los del MSP, Verdi Cevallos en Portoviejo y Rodríguez Zambrano en Manta. Además, está el Hospital de

Especialidades de Portoviejo que es de referencia nacional, pero aun en fase de implementación total.

Con estos antecedentes se plantea la siguiente pregunta: Las personas que acuden a la consulta de especialistas en los hospitales públicos de Manta y Portoviejo ¿Cómo consiguieron agendar su turno y que tiempo se demoraron en ser atendidos, en el periodo de enero a marzo de 2023?

La Cobertura Universal de Salud (CUS), promulgada por la OMS, busca que todas las personas puedan tener acceso a los servicios de salud de calidad cuando lo necesiten sin que esto represente un gasto excesivo que vulnere su estado económico ¹. Además de garantizar el acceso a los servicios de salud, los gobiernos de varios países deben garantizar que este acceso no cueste demasiado para que la población usuaria no entre en situación de pobreza o empeorarla por pagar estos servicios. Con base en esto, la CUS establece como concepto la Cobertura de Protección Financiera, cuyo propósito es precisamente proteger a la población de los gastos en salud empobrecedores o catastróficos, estos últimos definidos como el gasto que enfrentan las familias que exceden sus recursos para poder solventar el gasto sanitario. Técnicamente, se considera gastos catastróficos cuando una familia gasta más del 40% de sus ingresos o el 20% de ellos luego de asegurar sus necesidades de básicas de alimentación ¹¹.

Para conseguir la CUS, la OMS recomienda que los sistemas de salud en el mundo deben buscar fuentes de financiamiento públicos o mixtos, especialmente en los países de América Latina, en donde en la mayoría de países aún no se alcanza la CUS y, los usuarios empobrecen por cubrir sus necesidades de salud ¹². En promedio, en América Latina, el Gasto Público en Salud es el 50% del Gasto Total en Salud. La principal causa del excesivo gasto en salud de las familias corresponde a los “gastos de bolsillo”, definidos como el pago que deben realizar las familias o individuos al momento de recibir atención sanitaria ¹³. Entre los gastos de bolsillo se cuentan todos los gastos en que incurren las personas para la atención sanitaria, desde el transporte para el acceso, hasta los directamente relacionados con la atención. Es decir, que, si una persona debe pagar, por ejemplo, para acceder al servicio de salud de forma irregular, ya sea con

dinero en efectivo o en especies, este gasto podría ser considerado como gasto de bolsillo.

En países como Ecuador, la Cobertura de Protección Financiera aún no protege al 100% de la población como lo recomienda la OMS y OPS. Se estima que, anualmente un 2% de la población entra en el umbral de la pobreza debido a los gastos de bolsillo y entre los principales gastos se encuentran los realizados en medicamentos y consultas especializadas ¹⁴. Es posible que esta cifra se haya incrementado desde el 2014 de donde provienen los datos citados, aún más con la disminución del presupuesto para el sistema de salud, la pandemia de Covid19 y los casos de corrupción en el sistema sanitario ^{15,16}. Se une a esto, la búsqueda desordenada de servicios especializados por parte de la población que terminan congestionando los hospitales y subutilizando la atención primaria.

Es posible que, debido a la costumbre entre los usuarios de conseguir “atajos” para poder acceder a las consultas especializadas en los hospitales y evitar el uso del sistema de referencia y contra referencia, incremente un valor adicional en el costo sanitario. Debido a la falta de evidencia científica sobre este fenómeno en el Ecuador, es que esta investigación busca determinar si existe un “acceso no normatizado” en el sistema de salud ecuatoriano que pueda incrementar el gasto sanitario del país, la insatisfacción de los usuarios y un posible incremento en los gastos de bolsillo de la población.

El gasto directo o pago del bolsillo es considerado la principal causa de empobrecimiento familiar a causa de los gastos de salud ¹⁷⁻¹⁹. Es debido a este factor que varios organismos internacionales han sugerido a los gobiernos de diferentes países a conseguir la cobertura sanitaria universal, en la cual la cobertura de protección financiera es un pilar fundamental ²⁰.

En el Ecuador, a pesar de que el sistema público de salud garantiza o busca garantizar el derecho a la salud de los habitantes ²¹, aún existen pagos directos en salud que se convierten en una barrera de acceso y que afecta la situación económica de muchas familias. Este gasto se ha convertido en Ecuador en uno de los principales financiadores del sistema de salud, ya que cerca del 40% del Gasto Total en Salud es fruto del Gasto Privado en Salud ¹². Este tipo de gastos privados es fruto, en algunos

casos, de la desesperación de los usuarios que al ver el agendamiento de la cita para el especialista que necesitan tiene un tiempo largo de espera, recurren a servicios privados. El conocer la forma en la que los usuarios de los servicios especializados de los hospitales públicos del país acceden a estos, podría contribuir a mejorar la forma de agendamiento corrigiendo el acceso inadecuado o impulsando el agendamiento normalizado. En un sistema de salud con falta de financiamiento, en donde se brinda atención de mayor costo, es importante buscar la efectividad en el gasto de los recursos.

El objetivo de esta investigación fue determinar las formas de acceso y el tiempo que tardaron en ser atendidos en los servicios de salud especializados de los hospitales públicos de las ciudades de Manta y Portoviejo en el periodo enero a marzo de 2023

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, con los usuarios de los servicios especializados de los hospitales públicos de las ciudades de Manta y Portoviejo entre los meses de enero a marzo del 2023. Las ciudades se escogieron por conveniencia y acceso del equipo investigador. En cada ciudad se solicitó y fue aprobado el acceso a las instalaciones a las máximas autoridades de las casas de salud, tanto del Ministerio de Salud Pública (MSP) como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) (anexos 1). Los hospitales fueron: del MSP: Hospital General Rodríguez Zambrano (Manta) y por el IESS, Hospital General Portoviejo y Manta. En el Hospital Regional Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, por motivos de reconstrucción del área de consulta externa, el permiso para ingresar a las instalaciones fue de apenas 2 semanas.

La población para este estudio fueron los usuarios de los hospitales escogidos que acuden a la consulta de especialidades entre los meses de enero a marzo de 2023. El cálculo de la muestra fue realizado con la ayuda del programa EpiInfo del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) en su versión 7. Se usó una población infinita, una frecuencia estimada de 50%, margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. La muestra para estudiar fue de 384 personas por

cada hospital o 1152 en los tres y la recolección de datos duró aproximadamente 3 semanas.

Dentro de los hospitales, el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorizado. Es decir, todos los usuarios que estén en la sala de espera de la atención especializada tuvieron igual oportunidad de acceder a la encuesta.

Para el levantamiento de la información se usó un cuestionario estructurado realizado que fue previamente validado por 3 expertos en el área de la salud pública antes de su ejecución, sin la realización de una prueba piloto. Este cuestionario consta de 10 preguntas y tiene un tiempo de llenado de aproximadamente 3 minutos. Fue aplicado en las salas de espera de los hospitales escogidos y aplicado por alumnos de la carrera de enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) como parte de un trabajo práctico en la asignatura de metodología de investigación. Los encuestadores fueron capacitados por un miembro del equipo investigador en las aulas de clase para poder realizar tanto la encuesta como la recolección de las firmas del consentimiento informado. Los datos recolectados fueron almacenados por los encuestadores hasta culminar con el número de encuestas solicitadas y luego las entregaron al equipo investigador para su tabulación y análisis. Una vez tabulados los datos, las encuestas fueron almacenadas en el Instituto Superior Tecnológico "Portoviejo" ITSUP. Este particular fue informado a las personas que participaron del estudio en caso de que deseen retirar sus datos por cualquier motivo.

Los usuarios fueron abordados para el llenado del cuestionario antes de recibir la atención médica en las salas de espera de los servicios de consulta externa, exceptuando a quienes acudían a la consulta de psicología, odontología, ginecología u obstetricia, medicina general o familiar y pediatría debido a que estas especialidades no necesitan de referencia de un médico general. El cuestionario solo fue aplicado a los usuarios luego de ellos recibir la explicación sobre el objetivo de la información y la firma del consentimiento informado en donde se explica que la información recolectada es totalmente confidencial y sin oportunidad de reconocer a los participantes. El estudiante estuvo próximo al usuario para responder inquietudes sobre el estudio. El cuestionario fue llenado por el usuario o por el estudiante que es parte del grupo de investigación, según la elección de cada usuario.

Los datos recolectados fueron tabulados y analizados en el programa estadístico SPSS en su versión 23. La variable dependiente fue el tiempo aproximado en que los pacientes de los hospitales consiguen su cita para el médico especialista, desde el momento que sintió la necesidad hasta el día de la cita, medido en días. Al ser una variable cuantitativa discreta que mide el tiempo promedio para conseguir la cita se probó la homogeneidad de las varianzas con la prueba estadística de Levene que determinó que no existía homogeneidad. Además, se probó la normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov, la que determinó la no normalidad de los datos. Debido a esto, se utilizó la prueba U de Mann Whitney para las variables dicotómicas y ANOVA para las politómicas con la corrección de Welch (usada en casos de falta de homogeneidad de varianzas y falta de normalidad en los datos), para esta última, se añadió la prueba Post Hoc de Games-Howell (que sirve para el mismo fin que la corrección de Welch) para identificar en donde se encontraban las diferencias en las opciones de respuesta. Para todas las pruebas se usó un nivel de significancia de 0,05. Las variables independientes que fueron testeadas para determinar la diferencia en los tiempos de conseguir la cita fueron: sexo, edad, tipo de afiliación, área de residencia, forma en la que obtuvo la cita especializada, el pago de algún valor monetario u otro tipo de recompensa por la cita, el monto de lo pagado o estimación del valor de la recompensa otorgada. Se pretende con estas variables, conocer como los usuarios acceden al servicio de especialidades médicas (normalizado o no) y cuanto eso influyó en el tiempo de espera entre que percibieron la necesidad y consiguieron la cita.

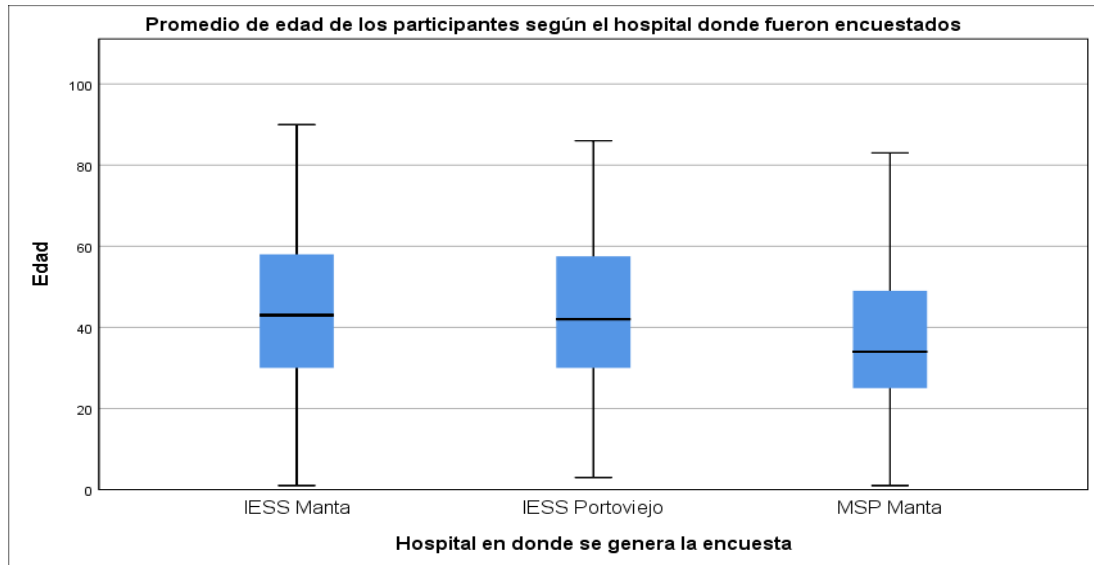
El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética para Investigación en Seres Humanos – ITSUP (CEISH – ITSUP), el cual tiene autorización vigente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante: MSP-CGDES-2022-0133-O

RESULTADOS

Se encuestaron a un total de 1572 personas en los tres hospitales definidos para este estudio, esto representa el 136% de la muestra calculada. Es decir, no solo se alcanzó la muestra de participantes, esta fue superada.

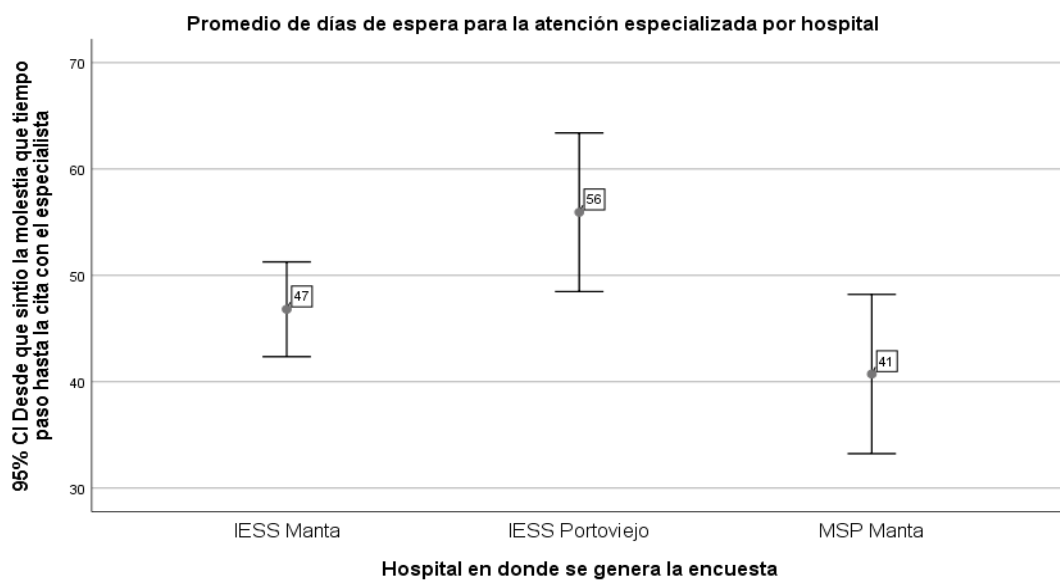
En la figura 1, se muestra el promedio de edad de los participantes del estudio y en la 2, el promedio de espera de los participantes para la cita médica especializada según los hospitales estudiados con un intervalo de confianza del 95%

Figura 1. Edad promedio de los participantes por hospital estudiado



Fuente: datos de las encuestas realizadas. Elaboración: los autores

Figura 2. Promedio de días de espera para la cita especializada por hospitales estudiados



Fuente: datos de las encuestas realizadas. Elaboración: los autores

En la tabla 1 se describen las características de la población que formó parte de la investigación.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las personas que accedieron a consulta de especialidades en hospitales públicos de Manabí en el mes de febrero de 2023.

		N	%
Total		1572	100,0
Sexo	Masculino	681	43,3
	Femenino	891	56,7
Área de residencia	Urbano	1128	71,8
	Rural	444	28,2
Nivel de instrucción	Ninguna	45	2,9
	Primaria	386	24,6
	Secundaria	663	42,2
	Tercer nivel	420	26,7
	Cuarto nivel	58	3,7
Quintil de ingresos	1	243	15,5
	2	252	16,0
	3	278	17,7
	4	162	10,3
	5	224	14,2
Hospital	IESS Manta	625	39,8
	IESS Portoviejo	605	38,5
	MSP Manta	342	21,8
Decisión de ir al especialista	Decisión propia	402	25,6
	Familiar/amigo en el hospital	121	7,7
	Médico general	873	55,5
	Otro especialista	176	11,2
¿Cómo consiguió la cita?	Agendamiento	572	36,4
	Familiar/amigo en el hospital	235	14,9

Médico		
general/especialista	727	46,2
Alguien en el hospital	38	2,4

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

En total, participaron en este estudio 1572 personas en los tres hospitales estudiados. Las edades de los participantes osciló desde 1 hasta los 90 años, la mayoría era del sexo femenino, vivían en la zona urbana y tenía un nivel de instrucción media o secundaria. A pesar de que la muestra para cada hospital era de 384 personas, en el Hospital del MSP de la ciudad de Manta se logró encuestar a 342, se asume que esto se debe a la intermitencia en las atenciones por la reconstrucción de este hospital que, durante la investigación, tuvo dos sitios de atención de especialidades. Sin embargo, la poca cantidad de personas faltantes no representan una invalidación de los resultados obtenidos.

La mayoría de las personas obtuvieron su cita mediante el proceso normatizado, es decir, por un médico general que lo remite al especialista, seguido del agendamiento personal. Esta última forma de agendamiento resulta ser normatizada también, debido a que, en algunos casos los pacientes tienen una referencia de médicos de primer nivel y deben acercarse a los hospitales para realizar su agendamiento por ventanilla. Es decir que, el 82,6% de los usuarios accedieron a sus citas médicas con especialistas de forma normatizada. La forma en cómo se consiguió la cita médica aumentó o disminuyó el tiempo de espera, la cual llegó hasta dos años o 730 días.

Como se observa en la tabla 2, el promedio de días de espera para las citas de médicas de la población que accede de forma normalizada es mayor de quienes accedieron con ayuda de algún amigo o familiar que labora en el hospital al que acudieron.

Tabla 2. Diferencias de medias en los días de espera por la atención médica especializada de los usuarios de 3 hospitales públicos de Manabí mediante ANOVA y Mann Whitney

		Desde que sintió la molestia que tiempo paso hasta la cita con el especialista				
		N	Media	U	P-valor	Rango promedio
Sexo	Masculino	681	42,49	285086	0,039	759,63
	Femenino	891	53,97			807,04

Área de residencia		N	Media	F	P-valor	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Área de residencia	Urbano	1128	46,67	224538	0,001	763,56	
	Rural	444	54,9			844,78	
Hospitales	IESS Manta	625	46,81	4,093	0,017	42,36	51,26
	IESS Portoviejo	605	55,93			48,48	63,39
	MSP Manta	342	40,73			33,24	48,21
Forma de conseguir la cita	Agendamiento	572	52,77	4,162	0,007	45,84	59,70
	Familiar/amigo	235	33,39			23,54	43,23
	Médico general	727	51,43			46,44	56,43
	Especialista	38	42,11			26,24	57,97
Quintil de ingresos	1	243	58,09	2,066	0,084	46,87	69,31
	2	252	50,25			40,09	60,40
	3	278	47,07			38,70	55,43
	4	162	44,85			32,91	56,78
	5	224	39,15			31,44	46,85
Instrucción	Ninguna	45	58,64	13,767	0,000	39,94	77,34
	Primaria	386	47,85			40,84	54,87
	Secundaria	663	50,99			44,86	57,13
	Tercer nivel	420	49,46			41,91	57,01
	Cuarto nivel	58	22,97			16,75	29,18
Decisión de ir al especialista	Decisión propia	402	41,79	13,274	0,000	34,24	49,33
	Familiar/amigo o en el hospital	121	29,85			23,96	35,74
	Médico general	873	53,88			48,71	59,06
	Otro especialista	176	54,40			42,43	66,38

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

Además, se muestran los resultados de la prueba t de Student y ANOVA de un factor. En ella, es posible observar que el tiempo de espera de los hombres resultó menor cuando comparado con las mujeres. También, que en los hospitales del IESS el tiempo de espera es mayor que en el hospital del MSP y, la espera se torna mucho mayor en el hospital del IESS Portoviejo.

El dato más relevante de esta investigación es el que contribuye a rechazar la hipótesis nula que afirmaba que el tiempo de espera para la atención médica especializada era el mismo para todas las formas de acceso. Las personas que accedieron a su cita médica gracias a la ayuda de un familiar o amigo que labora en los hospitales investigados, tuvo en menor tiempo de espera cuando comparado con las personas que realizaron el agendamiento de forma normalizada en hasta casi 20 días menos. Relevante también, es que las personas a quienes un amigo o familiar le recomendó ir a un especialista son las que consiguieron la cita más rápidamente, lo que hace suponer que los mismos amigos o familiares que le agendaron la cita, serían quienes le recomendaron el especialista que necesitaba. Cobra relevancia este hallazgo ya que podría estar promoviendo la sobreutilización de los servicios especializados de los hospitales públicos, lo que ocasiona una congestión de estos servicios.

Las variables sociodemográficas como el área de residencia, el nivel de instrucción y el quintil de ingresos, no tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de espera por su cita médica.

En la tabla 3, se muestran los resultados de la prueba de Games-Howell que señalan en donde específicamente se encuentran las diferencias significativas en la prueba de ANOVA. Aquí, es posible evidenciar que, el hospital del MSP tienen un tiempo de agendamiento mucho menor que los del IESS y que esta diferencia es estadísticamente significativa. El Hospital IESS Portoviejo, que resulta el de mayor tiempo de espera, tiene una diferencia de hasta 15 días más de espera que el Hospital MSP Manta.

Tabla 3. Análisis de las diferencias en los días de espera que resultaron estadísticamente significativas en ANOVA con la prueba post hoc Games-Howell

			Diferencia de medias	Desv. Error	P-valor	Intervalo de confianza 95%	Límite inferior	Límite superior
Hospital	MSP	IESS Manta	-6,086	4,430	0,355	-16,50	4,32	
	Manta	IESS Portoviejo	-15,207*	5,376	0,013	-27,83	-2,59	
Forma de acceso a la cita	Familiar/ amigo en el hospital	Agendamiento	-19,384*	6,118	0,009	-35,16	-3,61	
		Médico general/ Especialista	-18,047*	5,608	0,008	-32,52	-3,57	
	Alguien en el hospital	-8,718	13,208	1,000	-43,61	26,17		
Instrucción nivel	Cuarto nivel	Ninguna	-35,679	9,784	0,005	-63,29	-8,06	
		Primaria	-24,886	4,729	0,000	-37,88	-11,8	
		Secundaria	-28,028	4,404	0,000	-40,14	-15,9	
		Tercer nivel	-26,494	4,937	0,000	-40,05	-12,9	
Decisión de ir al especialista	Familiar/ amigo en el hospital	Decisión propia	-11,937	4,856	0,068	-24,46	0,58	
		Médico general	-24,030*	3,975	0,000	-34,29	-	13,77
	Otro especialista	-24,552*	6,757	0,002	-42,03	-7,07		

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0,05.

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

En esta tabla se muestra que, agendar mediante un familiar disminuye el tiempo de espera en casi 20 días cuando comparado con el agendamiento normalizado. Las personas que decidieron ir al especialista por recomendación de un familiar o amigo que labora en el hospital se demoraron hasta 24 días menos en tener su cita cuando comparado con las personas que recibieron esta recomendación por parte de un médico general o especialista. Esto último podría resultar especialmente problemático, no solo por ocasionar retrasos en los tiempos de espera de las personas que agendan de forma normal, sino por usar los servicios especializados sin el criterio profesional del médico general, causando una posible subutilización del primer nivel de atención y una ineficiente utilización de los servicios especializados.

En la tabla 4, se desagregaron los datos para el Hospital General IESS Manta. En ella, los datos son similares a los generales en los tres hospitales, las diferencias en el tiempo promedio de espera por la cita médica en las variables de forma de agendamiento y de cómo decidió que necesitaba un especialista, resultaron estadísticamente significativas. Resultando en un tiempo de espera menor para la cita médica con el especialista para las personas que agendaron mediante un amigo o familiar y para quienes un amigo o familiar le recomendó que necesitabas el especialista.

Tabla 4. Comparación del tiempo de espera entre usuarios del Hospital General IESS de Manta mediante la prueba U de Mann Whitney y ANOVA con corrección de Welch

		Desde que sintió la molestia que tiempo paso hasta la cita con el especialista						
		N	Media	U	P-valor	Rango promedio		
Sexo	Masculino	294	43,49	48084	0,953	311,95		
	Femenino	328	43,61			311,10		
Área de residencia	Urbano	471	42,81	33989	0,346	308,16		
	Rural	152	45,78			323,88		
						95% del intervalo de confianza para la		
		N	Media	F	P-valor	media	Límite superior	
Instrucción	Ninguna	27	61,67	3,776	0,008	42,97	80,37	
	Primaria	165	43,96			36,45	51,48	
	Secundaria	272	41,04			36,34	45,74	
	Tercer nivel	147	45,86			39,31	52,40	
	Cuarto nivel	12	24,83			12,31	37,35	
Forma de acceso	Agendamiento	239	41,83	7,283	0,000	36,61	47,06	
	Ayuda amigo/familiar	82	29,02			22,29	35,76	
	Por medico/especialista	279	47,89			42,60	53,18	
	Alguien en el hospital	23	60,04			37,44	82,65	
	Decisión propia	102	31,61			25,67	37,55	
	Familiar/amigo	47	26,68	10,612	0,000	16,84	36,52	

Decisión de ir al especialista	Médico general	335	49,59			44,96	54,22
	Otro especialista	139	43,39			35,28	51,50
Quintil	1	185	45,89			38,95	52,82
	2	47	58,79			45,07	72,51
	3	113	41,73	2,385	0,052	33,84	49,61
	4	128	43,12			35,89	50,34
	5	125	37,16			30,99	43,33

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

Esto último se corrobora con la prueba de Games-Howell que se muestra en la tabla 5. En ella se muestra como el agendar con un amigo tiene en promedio, 12 días menos que el agendamiento normal y más de 31 días cuando la ayuda para agendar proviene de alguien en el hospital que no es familiar o amigo.

Tabla 5. Prueba de Games-Howell para las variables estadísticamente significativas en la prueba de ANOVA de un factor en los usuarios del Hospital General del IESS Manta

		Diferencia de medias	Desv. Error	P-valor	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Instrucción	Ninguna	-36,833*	10,729	0,012	-67,59	-6,07
Cuarto nivel	Primaria	-19,130	6,845	0,070	-39,38	1,12
	Secundaria	-16,207	6,170	0,114	-35,23	2,81
	Tercer nivel	-21,024*	6,582	0,033	-40,76	-1,29
Forma de acceso: Ayuda amigo/familiar en el hospital	Agendamiento Por	-12,808*	4,300	0,017	-27,07	1,45
	medico/especialista	-18,868*	4,321	0,000	-32,86	-4,87
	Alguien en el hospital	-31,019	11,412	0,053	-57,31	-4,73
Decisión de ir al especialista:	Decisión propia	-4,927	5,732	0,826	-19,96	10,11
	Médico general	-22,907*	5,425	0,000	-37,19	-8,63
Familiar/amigo en el hospital	Otro especialista	-16,708*	6,381	0,049	-33,34	-0,07

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0,05.

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

En la tabla 6 se desagregaron los datos para el Hospital General IESS de Portoviejo, en esta es posible observar que el tiempo de espera de los usuarios del área urbana es menor que los del área rural. Las diferencias en el tiempo de espera para las otras variables como instrucción, forma de agendamiento, decisión del especialista que necesitaba y el quintil de ingresos, resultaron estadísticamente significativas en la prueba ANOVA de un factor. Sin embargo, en la prueba post hoc de Games-Howell no todas estas lo hicieron. En la tabla 7 es posible observar las que sí lo hicieron.

Tabla 6. Comparación del tiempo de espera entre usuarios del Hospital General IESS de Portoviejo mediante la U de Mann Whitney y ANOVA con corrección de Welch

		N	Media	U	P-valor	Rango promedio	
Sexo	Masculino	227	40,86	3647	0,060	274,69	
	Femenino	354	47,20	6		301,46	
Área de residencia	Urbana	382	40,57	3061	0,000	271,66	
	Rural	202	52,12	9		331,92	
		N	Media	F	P-valor	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Instrucción	Ninguna	8	43,88			13,40	74,35
	Primaria	117	49,68			39,94	59,43
	Secundaria	229	49,39	6,05	0,000	41,62	57,16
	Tercer nivel	190	39,95			32,77	47,13
	Cuarto nivel	40	23,98			15,76	32,19
Forma de acceso	Agendamiento	234	47,72			41,63	53,81
	Ayuda amigo/familiar	92	24,66			16,03	33,30
	Por medico/especialista	252	49,83	96,218	0,000	42,20	57,45
	Alguien en el hospital	6	5,50			3,22	7,78
Decisión de ir al especialista	Decisión propia	192	37,89			30,98	44,80
	Familiar/amigo	35	33,23	3,208	0,028	20,81	45,64

		Médico general	331	48,17			42,08	54,26
		Otro especialista	26	63,15			35,85	90,45
Quintil de ingresos	1		128	48,59			39,59	57,60
	2		83	50,59			39,04	62,14
	3		113	43,81	4,361	0,002	34,71	52,90
	4		116	52,04			38,62	65,47
	5		133	31,23			24,82	37,65

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

Al igual que en los resultados generales y del Hospital General IESS Manta, agendar mediante un amigo o familiar resulta ser la forma más rápida de acceder a los servicios de especialidad del Hospital General IESS Portoviejo. La diferencia puede llegar hasta 25 días más cuando comparado con las personas que agendan mediante un médico general o incluso con agendamiento subsecuente por otro especialista.

El pertenecer al quintil de ingresos más alto también está asociado de forma significativa a tener que esperar menos por el agendamiento de una cita de especialidad en el Hospital General IESS Portoviejo. Comparado con el cuarto quintil, el tiempo de espera es menos en hasta 20 días.

Tabla 7. Prueba de Games-Howell para las variables estadísticamente significativas en la prueba de ANOVA de un factor en los usuarios del Hospital General del IESS Portoviejo.

			Diferencia de medias	Desv. Error	P-valor	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Instrucción	Cuarto nivel	Ninguna	-19,900	13,513	0,603	-65,99	26,19
		Primaria	-25,709*	6,382	0,001	-43,35	-8,07
		Secundaria	-25,418*	5,663	0,000	-42,09	-9,75
		Tercer nivel	-15,978*	5,456	0,033	-31,10	-0,85
Como obtuvo la cita	Ayuda amigo/familiar	Agendamiento	-23,059*	5,332	0,000	-36,88	-9,24
		Por medico/especialista	-25,162*	5,820	0,000	-40,22	-10,11
		Alguien en el hospital	19,163*	4,435	0,000	7,57	30,76
	5	1	-17,361*	5,587	0,018	-32,73	-2,00

Quintiles de ingreso	2	-19,357*	6,649	0,034	-37,74	-0,97
	3	-12,572	5,622	0,171	-28,04	2,90
	4	-20,810*	7,514	0,048	-41,53	-0,09

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0,05.

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

En la tabla 8 se desagregaron los datos de los usuarios del Hospital Regional Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta. Para este hospital, no existieron diferencias estadísticamente significativas para los usuarios del área de consulta externa en la mayoría de las variables. La única variable que resultó tener una diferencia significativa fue el quintil de ingreso. En la prueba de Games-Howell, que se muestra en la tabla 9, la diferencia fue identificada entre el quintil 5 y el 1 de ingresos. Los usuarios que se identificaron en el quintil 5 tuvieron un tiempo de espera de más de 20 días cuando comparados con el quintil 1 de ingresos.

Tabla 8. Comparación del tiempo de espera entre usuarios del Hospital Regional Rodríguez Zambrano del Ministerio de Salud Pública en Manta mediante la prueba U de Mann Whitney y ANOVA de Welch

		N	Media	U	P-valor	Rangos promedio	
Sexo	Masculino	674	40,19	12460	0,043	158,39	
	Femenino	864	43,28			179,78	
Área de residencia	Urbana	266	33,33	9451	0,598	169,03	
	Rural	74	37,81			175,78	
		N	Media	F	P-valor	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Instrucción	Ninguna	10	62,30	0,753	0,570	-13,46 138,06	
	Primaria	96	33,56			26,06 41,07	
	Secundaria	151	34,40			27,15 41,64	
	Tercer nivel	80	31,88			24,64 39,11	
	Cuarto nivel	3	25,00			3,49 46,51	
	Agendamiento	96	28,31			1,798	0,164

Forma de acceso	Ayuda amigo/familiar en el hospital	42	33,76			23,46	44,07
		193	38,04			31,06	45,02
		9	20,67			-1,24	42,58
Decisión de ir al especialista	Decisión propia	87	34,13	0,466	0,708	24,53	43,72
		39	30,64			21,30	39,98
		204	34,25			28,20	40,29
		10	51,40			10,69	92,11
Quintil de Ingreso	1	123	43,46	6,151	0,000	35,93	50,99
		36	39,22			18,81	59,64
		79	32,59			21,95	43,24
		61	21,75			15,17	28,34
		29	20,21			11,49	28,93

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

Tabla 9. Prueba de Games-Howell para las variables estadísticamente significativas en la prueba de ANOVA de un factor en los usuarios del Hospital Regional Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta

	Diferencia de medias	Desv. Error	P-valor	Intervalo de confianza al 95%			
				Límite inferior	Límite superior		
Quintil de ingreso	5	1	-23,257*	5,709	0,001	-39,20	-7,32
		2	-19,015	10,920	0,419	-50,00	11,97
		3	-12,388	6,836	0,372	-31,38	6,61
		4	-1,547	5,382	0,998	-16,67	13,58

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0,05.

Fuente: datos recolectados en salas de espera. Elaboración: autores

DISCUSIÓN

Los días de espera para una cita médica en 3 de los 4 hospitales regionales más grandes y de mayor afluencia de pacientes en la provincia de Manabí pueden llegar hasta los 730 días o, lo que es lo mismo, dos años. El promedio de espera para la atención especializada fue de casi 50 días, una cifra alarmante cuando se comparan con un hospital en la China por ejemplo, en donde el tiempo de espera, desde que el médico general evalúa al paciente para remitirlo al especialista en nefrología es de menos de 6 días²², aunque en otros países el tiempo de espera es mayor, en una revisión narrativa realizada por (McIntyre, D. & Chow, C. K, 2021)²³ se reportaron los tiempos de espera para atención especializada en los siguientes países: Australia 180 días en 2019; Canadá 34,8 días (dato original en semanas 8,7) para el 2018; Alemania 7,4 días (dato original en semanas 1,84) para el 2009.

Aunque la cantidad de personas que esperan tanto tiempo para conseguir una cita médica con algún especialista puede ser catalogada como excepcional en algunos casos, esto podría ser refutable al ser cerca del 20% de los usuarios quienes se encontraban en el cuartil que más tiempo espero para la cita. Ese tipo de espera se ve reflejada en las personas que hacen uso del servicio de consulta externa en los hospitales de diversas partes del país, como lo relatan varios artículos de prensa escrita y televisión²⁴⁻²⁶. En estos reportes de prensa se resalta el problema y, aunque la información recabada entre los usuarios sobre la demora en la espera llega hasta los 6 meses, en algunos casos informan sobre las fatales consecuencias para algunas personas por la larga espera²⁵.

Las largas esperas podrían atribuirse a diversos factores como la falta de personal médico, de infraestructura, de medicamentos, condiciones especiales de los usuarios entre muchos otros. Un estudio realizado por²⁷ en uno de los hospitales de tercer nivel más importantes del país, perteneciente al IESS, resaltó mediante entrevistas de actores claves y un grupo de pacientes, las posibles causas de las demoras en los tiempos de asignación de turnos en ese hospital. Dividieron los problemas encontrados en Internos, Externos y con Relación a los Pacientes. Los principales surgen por la falta de un sistema informático, ausencia de especialistas y desconocimiento del proceso de

los pacientes. Además, enfatizan en el acceso no normalizado como una de las principales causas. Según ellos, cerca del 15% de las citas al hospital de tercer nivel que se realizaron en el año de estudio, fueron desde el primer nivel de atención. Es decir, no pasaron por el filtro del segundo nivel, ocasionando este acceso no normalizado o que está fuera de la regulación vigente en el sistema sanitario público del Ecuador. Ese acceso no normalizado concuerda con los resultados aquí mostrados, en donde la forma de acceder a los servicios especializados que demoró menor cantidad de tiempo fue para aquellos que lo hicieron mediante un amigo o familiar que trabaja en el hospital.

La espera de los pacientes por atención médica oportuna es una de las principales causas de la insatisfacción de los usuarios como señala ²⁸, concuerda con este dato, los resultados del estudio de ²⁹ encomendado por la OMS con encuestas de 41 países en donde el aspecto no clínico más relevante para la satisfacción de las personas fue la pronta respuesta. Es posible que esta insatisfacción por el largo tiempo que deben esperar los usuarios lleve a que estos busquen la atención requerida de forma directa con especialistas privados como está pasando actualmente en Inglaterra, en donde la cifra de personas que buscaron atención hospitalaria en 2023 aumentó en 17mil según ³⁰. Además, incrementa los costos en el sistema sanitario, en Estados Unidos, en el año 2010, se calculó el costo oportunidad para todos los servicios médicos en 52mil millones de dólares por citas mal agendadas o cancelaciones ³¹. En 2019 ¹⁴ investigaron los pagos de bolsillo realizados por los ecuatorianos y evidenciaron que, los gastos en medicinas y en consultas médicas fueron los gastos en los que más incurrieron las personas para el 2014. Este gasto terminó siendo empobrecedor, ya que se determinó que más del 2% de la población cayó por debajo de la línea de pobreza debido a los gastos directos en salud. Es decir, que se suma a la insatisfacción por el servicio brindado, un gasto directo que perjudica a los ingresos de los usuarios.

La insatisfacción de los usuarios y los gastos de bolsillo que producen pobreza entre los usuarios que deben someterse a ellos son de las consecuencias más relevantes en la demora de atención sanitaria especializada. Pero existen otras, las prolongadas fechas de espera por una cita médica pueden provocar el empeoramiento de la salud de algunas personas. Es bien sabido que, muchas enfermedades necesitan ser tratadas

a tiempo para evitar complicaciones de estas, a esto se lo denomina prevención terciaria ³². Entre los resultados más relevantes de esta investigación, está en como las personas deciden qué tipo de servicio especializado necesitan, teniendo un tiempo menos de espera quienes aceptan la recomendación de un amigo o familiar que trabajan en el hospital acudido sobre este servicio. Este tipo de acciones podría resultar en una utilización irracional de servicios médicos de alta complejidad que son más costosos. Actualmente, esto podría ser encasillado como un “uso excesivo”, definido como cualquier servicio que sea innecesario de alguna forma y por cualquier motivo, según afirman ³³. Aunque estas definiciones están siendo aplicadas para procedimientos clínicos y su medición es más factible para ellos, la definición se aplica bastante bien para el uso de servicios especializados en los hospitales públicos estudiados. El acceder a estos servicios especializados sin el criterio profesional requerido, como está en el Ecuador, podría ser una de las tantas causas en la demora para el agendamiento que se realiza de forma regulada o normada y la complicación del estado de salud de quienes no tienen los “contactos” necesarios para agendar de una forma más ágil.

Al acceder los pacientes de esta forma, es posible que los especialistas de los hospitales públicos estudiados, aun analizando que el paciente clínicamente no necesitaba de sus servicios, se vean en la obligación de realizar exámenes de alta complejidad, con la finalidad de cerciorarse de lo que clínicamente podrían estar observando. Esto se encasillaría de forma más exacta en la definición de Uso Excesivo. Muchos médicos actualmente realizan este tipo de procedimientos innecesarios para evitar futuras demandas de sus pacientes ³⁴. Este tipo de comportamiento entre médicos, es definido como Medicina Defensiva y es una de las causas del incremento en los costos sanitarios de muchos países, especialmente en Estados Unidos ³⁵. En Ecuador, es posible que este miedo esté latente entre los médicos, con más de 1200 demandas por mala práctica médica hasta el 2022 según ³⁶. Otro argumento de esta posibilidad es el resultado de una encuesta nacional en donde, más del 32% de los reumatólogos ecuatorianos, para el 2020, contaba ya con un seguro contra la mala praxis médica ³⁷.

La diferencia en los tiempos de espera de los usuarios dependió también de su nivel de ingresos, al menos en dos de los tres hospitales estudiados, estas diferencias

resultaron estadísticamente significativas. En la prueba de Games-Howell para identificar en donde se localizaba la diferencia, en ambos, los quintiles de mayores ingresos tuvieron menos tiempo de espera cuando comparados con quintiles inferiores. El dato más relevante fue encontrado curiosamente en el hospital público del MSP donde acuden personas sin afiliación o en su mayoría, sin relación de dependencia laboral. En este hospital, el quintil de ingreso 4 esperó hasta 20 días menos que el quintil 1 de ingresos. Algo similar se vive en España, en un estudio realizado por ³⁸, se determinó que los quintiles más altos de ingresos esperan menos por cirugías programadas. En el estado de Michigan, en los Estados Unidos pasa algo parecido, los pacientes que tienen una seguro de salud público como Medicare, reciben atención dermatológica con mayor demora que las personas que tienen un seguro médico privado ³⁹. Otro ejemplo es el canadiense, en donde las diferencias en los tiempos de espera resultaron estadísticamente significativas entre los niveles de ingreso ⁴⁰. Este tipo de diferencias socioeconómicas en el acceso a los servicios de salud es similar a los datos obtenidos en los tiempos de espera de los usuarios que habitan en las zonas rurales, especialmente en el Hospital del IESS de Portoviejo en donde resulto estadísticamente significativa. El nivel socioeconómico de los usuarios juega un papel importante en los tiempos de espera, convirtiéndose en una barrera de acceso más para los menos favorecidos, afectado su derecho al acceso a los servicios de salud y alejando al Ecuador de conseguir la Cobertura Universal de Salud tan anhelada. Con estos datos, se podría decir que el acceso a la salud es un privilegio de pocos, en lugar de un derecho de todos.

El tiempo de espera prolongado no parece ser un fenómeno propio de los países de bajos o medianos ingresos como lo es el Ecuador. En Inglaterra, para noviembre del 2022, más de tres millones de ingleses tuvieron que esperar más de 18 semanas por atención médica ⁴¹. Sin embargo, es posible que lo que sea local sean las causas. Según nuestros datos, el conocer a alguien o tener un familiar en los hospitales donde se brinda el servicio de especialidad deseado, es la forma más rápida para poder acceder a las citas médicas. Conociendo que, según la normativa para este acceso es mediante el Subsistema de Referencia y Contrarreferencia, siendo el médico general el profesional encargado de agendar las citas con los especialistas, dejando al descubierto

que este paso se esté obviando. Este desvío del proceso puede darse al manipular el sistema o mediante favores de los propios médicos. A pesar de que en el mundo se están probando estrategias para reducir los tiempos de espera ^{42,43}, estas tecnologías deben ser manipuladas por una persona y es ahí donde se puede enviciar el proceso y mantener el problema. Es claro que esta manera de acceder más rápido a la atención beneficia a algunas personas, lo que en el fondo genera inequidades en el acceso a los servicios sanitarios.

Estudios como el realizado son de suma importancia para conocer las deficiencias y las posibles causas en la prestación de los servicios hospitalarios. Algunos países, como en Italia por ejemplo, tienen legislación que exige a los hospitales que muestren el tiempo de espera de los usuarios para recibir atención especializada que, aunque no se cumple en su totalidad según ⁴⁴, es una muestra de la importancia de este tipo de monitoreo. Esta es una alternativa viable para el Ecuador, quizás no la solución definitiva, pero al menos podría facilitar veedurías entre los usuarios y un mejor control. Recordando que la participación activa de los usuarios en el sistema de salud está descrita sustancialmente en el MAIS.

CONCLUSIONES

La forma en la que acceden los usuarios a los servicios de salud especializados no es siempre de forma normalizada, tener la ayuda de un amigo o familiar que labora en el hospital en el que funciona el servicio menor a los tiempos de espera, independiente si el hospital es del IESS o del MSP. Los amigos o familiares que consiguen la cita en los hospitales también podrían ser quienes recomiendan que tipo de especialista necesita el usuario del servicio. Este tipo de forma de acceso a los servicios especializados, por amistades o familiares, puede generar un uso excesivo de recursos en número de atenciones, exámenes y otros que posiblemente no sean tan necesarios, lo que sería un indicador de sobre utilización de los servicios especializados y volviéndolos más costosos en un país con recursos limitados. Es indudable que este fenómeno poco estudiado hasta ahora es una causa más del largo tiempo de espera a los que se someten los usuarios de este servicio en los hospitales estudiados. A pesar

de que, Ecuador no es el único país que actualmente sufre de estas largas esperas, si puede ser uno de los que tiene el mayor tiempo, hasta 2 años para una cita.

RECOMENDACIONES

Es necesario seguir estudiando este comportamiento en otros hospitales del país para que los datos lleguen a los tomadores de decisiones y puedan intervenir en esta situación. Al ser un problema integral, necesita una solución integral. Debe ser prioritario, al igual que la compra de medicinas y contratación de suficientes especialistas, la instauración definitiva del Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia en el Ecuador. El no hacerlo, permitirá que se sigan mal utilizando los escasos recursos sanitarios con los que cuenta el país. También, es necesario un mayor control en el sistema de agendamiento de los hospitales, volviéndose necesario auditorias permanentes que controles quien y de qué forma accede a la agenda de los médicos en los hospitales.

Limitaciones

La propuesta de esta investigación abarcaba al Hospital Público del MSP en la ciudad de Portoviejo, capital de Manabí, Verdi Cevallos Balda. A pesar de tener la aprobación por parte del Comité de ética y del Gerente de esta casa de salud, hubo un cambio en la profesional que llevaba el proceso de docencia de este hospital y la nueva responsable pidió realizar el proceso desde el inicio para que lo pudiera aprobar nuevamente. Por la necesidad de cumplir con el cronograma establecido no fue posible satisfacer esta petición y esta casa de salud, de igual importancia que las demás, tuvo que quedar fuera de la investigación. Los investigadores creemos que, aunque hubiese sido relevante incluir este hospital, el no hacerlo no les resta importancia a los datos obtenidos en los otros hospitales.

Por cuestiones económicas, no fue posible realizar la investigación en otras provincias u hospitales de referencia nacional o de ciudades más pobladas como Guayaquil o Quito. Creemos que esta investigación puede dar pie a que se aumente la cantidad de hospitales para evaluar las formas de acceso en el Ecuador.

REFERENCIAS

1. OMS. *WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475es/s21475es.pdf> (2005).
2. Couttolenc, B. & Dmytrazcenko, T. Serie de estudios ÚNICO 2: La estrategia de Atención Primaria de Brasil. (2013).
3. Pan American Health Organization - PAHO. Health financing in the Americas. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178> (2017).
4. ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica. UNASUR, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud* (2012). doi:10.1038/nri1601.
5. World Health Organization. *La financiación de los sistemas de salud*.
http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1 (2010).
6. Ministerio de Salud Pública. *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. (2013).
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Norma Del Subsistema De Referencia, Derivación Contrareferencia, Referencia Inversa Y Transferencia Del Sistema Nacional De Salud. Ministerio de Salud Pública - MSP vol. SNGSP-DNN* (2013).
8. Lucio, R., Villacrés, N. & Henríquez, R. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica Mex.* **53**, s177–s187 (2011).
9. Jiménez Barbosa, W. G. *et al.* Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Univ. y Salud* **19**, 126 (2017).
10. Lucio, R., López, R., Leines, N. & Terán, J. A. El Financiamiento de la Salud en Ecuador. *revistapuuce* (2019) doi:10.26807/REVPUCE.V0I108.215.
11. Kutzin, J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull. World Health Organ.* **91**, 602–11 (2013).

12. PAHO. Financiamiento de la salud en las Américas.
https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=financiamiento-de-la-salud-universal&lang=es (2017).
13. Xu, K. *et al.* Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet (London, England)* **362**, 111–7 (2003).
14. Armijos-Briones, M., Sousa, F. J. P. de & Zavala-Briones, M. Aumento de la pobreza e inequidad en el financiamiento del sistema de salud de Ecuador. *Rev. Salud Pública* **21**, 1–8 (2019).
15. El Expreso. La corrupción vista en dólares.
<https://www.expreso.ec/actualidad/corrupcion-dolares-dinero-comision-anticorrupcion-BK1840012> (2018).
16. TRADIO. Atención. @Lenin Moreno perdonó una deuda a empresarios que supera los 7 mil de dólares | Toka Radio. <http://tokaradio.com/atencion-lenin-moreno-perdono-una-deuda-a-empresarios-que-supera-los-7-mil-de-dolares/> (2018).
17. Wagstaff, A. *Measuring financial protection in health*. (The World Bank, 2008). doi:10.1596/1813-9450-4554.
18. Barros, A. J. D., Bastos, J. L. & Dâmaso, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad. Saude Publica* **27**, s254–s262 (2011).
19. Anderson, G. A. *et al.* Out-of-pocket payment for surgery in Uganda: The rate of impoverishing and catastrophic expenditure at a government hospital. *PLoS One* **12**, e0187293 (2017).
20. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas. Diabetes Res. Clin. Pr.* vol. 87 (2013).
21. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. *Constitución de la República del Ecuador*. (2008).
22. Li, J., Zhu, G., Luo, L. & Shen, W. Big Data-Enabled Analysis of Factors

- Affecting Patient Waiting Time in the Nephrology Department of a Large Tertiary Hospital. *J. Healthc. Eng.* **2021**, (2021).
23. McIntyre, D. & Chow, C. K. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inq. A J. Med. Care Organ. Provis. Financ.* **57**, (2020).
 24. RTS. Pacientes de IESS se quejan por demoras en citas médicas - RTS siempre contigo. (2022).
 25. Primicias. Hasta seis meses de espera por una cita médica en los hospitales públicos. (2021).
 26. El Universo. Quejas de pacientes del IESS en Quito por demoras para reagendar citas | Ecuador | Noticias | El Universo. (2022).
 27. Gómez, P. & Rivera, J. Un problema social: tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín. *Estud. la Gestión. Rev. Int. Adm.* **5**, 121–146 (2019).
 28. Mira, J. J. *et al.* Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev. Calid. Asist.* **17**, 273–283 (2002).
 29. Valentine, N., Darby, C. & Bonsel, G. J. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of 'health systems responsiveness' in 41 countries. *Soc. Sci. Med.* **66**, 1939–1950 (2008).
 30. Torjesen, I. More patients are buying private hospital care amid record NHS waiting lists. *BMJ* **380**, 98 (2023).
 31. Ray, K. N., Chari, A. V., Engberg, J., Bertolet, M. & Mehrotra, A. Opportunity Costs of Ambulatory Medical Care in the United States. *Am. J. Manag. Care* **21**, 567 (2015).
 32. Nolte, E. *Disease Prevention. International Encyclopedia of Public Health* (Academic Press, 2008). doi:10.1016/B978-012373960-5.00675-4.

33. Brownlee, S. *et al.* Evidence for Overuse of Medical Services Around the World. *Lancet (London, England)* **390**, 156 (2017).
34. Elli, L. *et al.* Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: between lawsuits and the economic crisis. *Dig. Liver Dis.* **45**, 469–473 (2013).
35. Federman, A. D., Keyhani, S. & Bishop, T. F. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. *Arch. Intern. Med.* **170**, 1081–1083 (2010).
36. Heredia-Vilema, E. J. *et al.* Aplicación de la justicia en la negligencia médica. *IUSTITIA Soc.* **7**, 1270–1283 (2022).
37. Maldonado, G., Intriago, M., Guerrero, R. & Rios, C. Rheumatologists in Ecuador: Results of a Survey. *Scientifica (Cairo)*. **2020**, (2020).
38. Bosque-Mercader, L., Carrilero, N., García-Altés, A., López-Casasnovas, G. & Siciliani, L. Socioeconomic inequalities in waiting times for planned and cancer surgery: Evidence from Spain. *Health Econ.* **32**, (2023).
39. Huq, F., Nakamura, M., Black, K., Chubb, H. & Helfrich, Y. Association of Dermatology Wait Times with Insurance Coverage in Michigan. *Am. J. Manag. Care* **26**, 432–437 (2020).
40. Hajizadeh, M. Does socioeconomic status affect lengthy wait time in Canada? Evidence from Canadian Community Health Surveys. *Eur. J. Health Econ.* **19**, 369–383 (2018).
41. Torjesen, I. Number of patients waiting 18 weeks for treatment in England passes three million. *BMJ* **380**, p332 (2023).
42. Aiyegbusi, O. L. *et al.* Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes. *J. R. Soc. Med.* **116**, 44 (2023).
43. Corrado, G. *et al.* L'ecocardiografia in telemedicina: una possibile soluzione per il contenimento delle liste d'attesa in cardiologia. *G. Ital. Cardiol.* **24**, 212–221 (2023).

44. Magnoni, P. *et al.* Waiting time for outpatient specialist care in Lombardy Region: evaluating accessibility and quality of information on websites of public health agencies and healthcare structures. *Ann. di Ig. Med. Prev. e di Comunita* **33**, 31–43 (2021).