

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrado

Escuela de Salud Pública

**Calidad de servicios en atención a afiliados internados del IESS en
un prestador externo en la ciudad de Guayaquil,
en el mes de agosto de 2015**

María Alejandra Arce Cornejo

**Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP.,
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de la Salud

Quito, noviembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Calidad de servicios en atención a afiliados internados del IESS en
un prestador externo en la ciudad de Guayaquil,
en el mes de agosto del 2015**

María Alejandra Arce Cornejo

Firmas

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP,
Director de Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP,
Director de la Especialización en
Gerencia de la Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.,
Decano Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD., M., Ed., F.A.A.P.,
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, noviembre de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: María Alejandra Arce Cornejo

Código de estudiante: 00127248

C. I.: 0925633166

Fecha: Quito, noviembre de 2015

DEDICATORIA

A mi esposo, a mi hijo, a mi mamá, a mis suegros quienes creen y apoyan cada decisión de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo agradezco a Dios por ser tan bueno conmigo, por darme la fortaleza de seguir adelante a pesar de que en ocasiones el camino era difícil, por cada oportunidad que coloca en mi vida y que permite que la tome y la concluya.

A mi esposo quien hizo que me entusiasmara en inscribirme en esta especialidad, poder haber tenido la oportunidad de compartir aulas y apoyarnos mutuamente. Por ser mi compañero de aventuras, mi apoyo incondicional.

A mi hijo, quien siendo pequeño comprendió lo que significaba este sacrificio que debíamos pasar juntos, perder tiempo en familia, en busca de mejoras de calidad de vida para todos, lo aceptó y me apoyó. Te amo por eso y muchas cosas más.

Agradezco a mi mamá, a mis suegros, a mi hermana y a mis cuñadas que me apoyaron en el cuidado de mi hijo cuando me ausentaba de la ciudad por clases, sin su apoyo incondicional no hubiese podido cumplir esta meta.

A cada uno de mis docentes de la Universidad San Francisco de Quito, y sobre todo a mi tutor de tesis, quienes ayudaron en mi formación de Gerente, no sólo fueron guías de aulas, algunos llegaron a convertirse en compañeros. Gracias por cada una de sus enseñanzas, de sus experiencias y por su apoyo incondicional.

A mis amigos de especialidad, cada uno tan diferente, gracias por los conocimientos que cada uno compartió en cada clase tomada y por la amistad que pudo ser formada en aulas y que ahora perdurará en el tiempo.

Y por último a mi jefe quien apoyó desde el primer momento esta decisión.

RESUMEN

Desde el 2007 se evidencia en el Ecuador un aumento de cobertura del IESS, según las modificaciones realizadas en la Constitución y en la Ley de Seguridad Social, incrementando en un período de 7 años un 233% con un total de beneficiarios para el 2014 de 8.986.139. Motivo por el cual se iniciaron los convenios con instituciones de salud privadas para poder suplir la demanda con un total según últimos datos del IESS de 345 prestadores externos para el 2012. Pero sigue existiendo insatisfacción por la atención recibida, y por este motivo muchos beneficiarios acuden a prestadores externos para atenciones de emergencia en busca de una atención más ágil, con mejor tecnología y resolución de cuadros clínicos con mayor prontitud. El paciente busca una atención de mejor calidad de servicio... ¿Pero esto se cumple?

Existen en el Ecuador pocos estudios sobre medición de calidad en salud y los realizados se basan en la satisfacción del cliente. Este trabajo de titulación pretende analizar la calidad de servicios atención a afiliados del IESS en un prestador externo de la ciudad de Guayaquil, mediante indicadores del método de calidad técnico - científico, que permita obtener resultados objetivos, para poder a futuro analizar estos resultados que permitan conseguir probables soluciones frente a los problemas detectados y de esta forma alcanzar cumplir con estándares de calidad y ofrecer al usuario una atención de calidad como es anhelada.

Palabras claves: calidad, calidad técnico - científico, indicadores, IESS.

ABSTRACT

Since 2007 it has been evidenced an increase in coverage from the Social Security Ecuadorian Institute (SSEI) in Ecuador, according to the modifications made to the Constitution and the Social Security Law, this increase has been of 233% in a period of 7 years with a total of 8.986.139 beneficiaries by the year 2014. This is the reason why alliances with private health institutions were engaged in order to supply the demand with a total of 345 external health care providers by 2012. There are still levels of dissatisfaction for the received medical care at IESS and that's why many beneficiaries attend to external health care providers to get emergent medical care, seeking a faster medical attention, with better technology and promptly clinical cases resolution. The patient seeks medical care with better quality of service... Is this happening?

In Ecuador there are few studies about measurements of health quality and the ones made are based on the costumers' level of satisfaction. This thesis work pretends to analyze the quality of customer service to the IESS beneficiaries in external health care providers through technical scientific quality methods indicators, enabling to obtain objective results, and in a future, analyze these results and achieve probable solutions for the detected problems and in this way satisfy the quality standards and offer the IESS's users the quality of medical care that they wish to obtain.

Key words: Quality, technical scientific quality, indicators, IESS

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	6
Abstract	7
Introducción al tema de investigación	10
Revisión de la literatura	30
Metodología y diseño de la investigación.....	31
Resultados esperados.....	34
Cronograma	35
Presupuesto estimado	36
Referencias bibliográficas.....	37
Anexos.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incremento de cobertura IESS desde el 2007 al 2014.....	18
Tabla 2. Incremento de atenciones IESS y de número de prestadores externos desde el 2008 al 2012	19
Tabla 3. Total nacional de establecimientos, camas y egresos hospitalarios desde el 2002 al 2012	20
Tabla 4. Total de establecimientos privados y públicos del año 2002 y 2012	20
Tabla 5. Comparativo del año 2012 entre MSP, IESS y el sector privado.....	21
Tabla 6. Número de camas y egresos hospitalarios en el IESS del 2007 al 2014	21
Tabla 7. Cronograma del estudio.....	35
Tabla 8. Presupuesto estimado del estudio	36

INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

I. ANTECEDENTES.

La Constitución Ecuatoriana del 2008, indica las obligaciones que tiene el Estado y cada institución de salud con el pueblo ecuatoriano, sin distinción de sexo, clase social, creencia religiosa, etc. para brindar accesos permanente de servicios de salud con calidad y eficacia, conformando un Sistema Nacional de Salud que integre entidades públicas y privadas. (Asamblea Nacional, 2008)

El IESS desde el 2007 ha aumentado paulatinamente la cantidad de sus beneficiarios, teniendo en el año 2007 un total de 2.700.000 beneficiarios y para el 2014 un total de 8.986.139 beneficiarios (0.36 millones de pensionistas de la seguridad social obligatoria, 3.11 millones de activos, 1.18 millones de afiliados-jubilados-seguro social campesino, 4.33 millones de hijos menores de 18 años), habiendo en un período de 7 años un incremento del 233% (Rendición cuentas IESS, 2015). Motivo por el cual aumentó la demanda de atenciones médicas y para poder suplir este incremento el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF), con el fin de garantizar una atención oportuna y adecuada a los asegurados y beneficiarios, amplía y fortalece la Red de prestadores de servicios médicos con la acreditación y contratación de 345 prestadores externos, entre hospitales, clínicas y consultorios privados para el 2012, para atenciones de emergencia, consulta externa, realización de procedimiento diagnósticos o de tratamiento previamente autorizados, que el IESS no tiene en su cartera de servicio por no poseer las

herramientas médicas o los profesionales en salud. (Red prestadores externos IESS, 2012). Pero la oferta sigue quedando corta, y sigue existiendo insatisfacción en los usuarios por la calidad de atención que reciben en entidades del seguro social como lo demuestran algunos estudios realizados. (Carrasco & Chalco, 2012) (Vilela & Lema, 2013).

El presente tema de investigación busca medir la calidad de atención a pacientes del IESS en un prestador externo, mediante un estudio técnico-científico, lo que a su vez podría ser de utilidad para la institución en donde se realizó el estudio para poder ser implementado.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En un Sistema de Salud debe existir la interrelación de la red pública y privada, teniendo un poder resolutivo equitativo, y de esta forma como consecuencia se evita colapsar la capacidad de atención de una u otra casa de salud.

Frente al aumento de cobertura del IESS, la falta de proyectos de medicina preventiva, instalaciones hospitalarias y camas insuficientes, hospitales abarrotados que enlentecen la atención, déficit de especialistas, herramientas médicas en algunas especialidades que no se poseen. Todas estas causas hacen que no haya una correcta calidad de atención a pacientes. En muchas ocasiones se opta por derivar pacientes de consulta externa a prestadores externos para realizar procedimientos como videoendoscopias digestivas o urológicas, procedimientos neurológicos que el IESS no

las realiza, entre otras; o tener que transferir a pacientes desde la emergencia a entidades privadas con convenio por falta de espacio físico en la institución referente.

Motivo por el cual muchos de los beneficiarios del IESS optan por recibir atenciones de emergencia en prestadores externos para que sea más ágil su atención, con mejor tecnología y resolución de cuadros clínicos con mayor prontitud. El paciente busca una atención de mejor calidad de servicio... ¿Pero esto se cumple?

Existen pocos estudios hechos en el Ecuador sobre calidad de salud, y los que existen se basan de acuerdo a la satisfacción del usuario, pero para tener un resultado más objetivo, se eligió una revisión de calidad de servicios en atención a afiliados internados del IESS en un prestador externo de acuerdo a un estudio técnico-científico, evaluando la correlación de los diagnósticos de ingreso y egreso, días de estadía, tasas de morbilidad, entre otros.

Desde hace pocos años las instituciones de salud se encuentran en procesos de mejora de calidad para poder conseguir acreditaciones de sus instituciones, motivo por el cual aunque no es un tema nuevo, para el Ecuador recién está tomando importancia. Recientemente este 25 de junio de 2015 a través del Decreto 703, se creó la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS, para promover y controlar la calidad de servicios públicos y privados de salud, y protección a los usuarios y profesionales de salud. (MSP, 2015)

III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- El beneficiario IESS acude a centros privados con convenio en busca de una atención de mejor calidad... ¿Pero realmente se está cumpliendo? ¿Se están cumpliendo los estándares de calidad de la atención médica en esta casa de salud?
- ¿Cómo y hasta qué punto realizar un análisis sobre la calidad de atención en salud en esta institución privada ayuda a mejorar su atención?
- Luego del estudio, ¿se podrá implementar un proyecto de evaluación de calidad de atención que no sólo se base en la satisfacción del usuario como se ha estado haciendo, sino que abarque otras variables de evaluación, adicional al análisis técnico-científico?

IV. JUSTIFICACIÓN.

La medición de calidad de atención debe ser prioridad en toda institución que brinda servicios de salud, para de esta forma poder garantizar seguridad al usuario. Todo problema de calidad puede ser anticipado, si se implementa un programa de análisis continuo de calidad de servicios, donde se puedan analizar los registros obtenidos y posteriormente plantear soluciones a los problemas detectados. La base de todo mejoramiento de calidad radica en poder comparar de forma objetiva lo que realmente se debe hacer (según los resultados del estudio), con lo que se ha estado haciendo.

La Constitución Ecuatoriana exige garantía de calidad en servicios de salud, mucho más con la reciente formación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS, para promover y controlar la

calidad de servicios públicos y privados de salud. Pero en el Ecuador existen pocos estudios realizados sobre calidad de atención en salud. Sobre el tema de investigación elegido, los estudios que se han encontrado son realizados en instituciones del IESS y en base a la satisfacción del cliente.

El modelo propuesto en este Trabajo de Titulación es sobre un análisis para determinar calidad de servicios en atención a afiliados internados IESS en un prestador externo planteado de una forma objetiva en base a la calidad científico – técnico, pudiendo establecer indicadores que permitan lograr objetivos y/o estándares de calidad.

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la calidad de servicio en atención a afiliados IESS hospitalizados en un prestador externo de la ciudad de Guayaquil durante el mes de Agosto del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si hay una coherencia entre los diagnósticos de ingreso y egreso de pacientes IESS hospitalizados.
- Identificar el promedio de días de estadía de los egresos.
- Identificar la tasa de complicaciones, mortalidad, reingresos efectuados en el mes de estudio.
- Analizar los resultados obtenidos de los indicadores utilizados, para poder conocer las necesidades de calidad y posteriormente poder proponer soluciones de mejora de calidad, enfocado a la implementación de mejoramiento continuo.

- Establecer indicadores que permitan lograr estándares de calidad.

VI. HIPÓTESIS Y VARIABLES

La implementación de un programa de calidad de atención de salud, basado en un análisis de calidad técnico-científico, podrá establecer indicadores que permitan obtener resultados de forma objetiva y posterior conseguir soluciones frente a problemas detectados, y de esta forma alcanzar cumplir con estándares de calidad y ofrecer al usuario una atención de calidad como es anhelada.

- **Variable dependiente.** Cumplimiento de estándares de calidad.
- **Variable independiente.** Implementación de un programa de calidad de atención de salud basado en un análisis de calidad científico – técnico.

VII. MARCO TEÓRICO

Modificaciones realizadas en el IESS desde el año 2007 al 2014.

En Marzo 12 del 2007 se firma un convenio entre el Ministerio de salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y en Consejo Nacional de Salud (CONASA), en base a la Constitución de la República del Ecuador que fue aprobada en el año 2008 en la que establece que el Estado garantizará el derecho a la salud (*Art. 32*), su protección y prevención, y que se conformará un Sistema Nacional de Salud (SNS) que brindará protección de salud, siendo la misma accesible, de cobertura obligatoria por medio de una red pública y privada de proveedores. El objetivo del convenio es poder aunar esfuerzos para la construcción y fortalecimiento del SNS, frente a la Declaratoria del Estado de Emergencia del Sector Salud e

intercambiar prestaciones, información y un pago recíproco entre diferentes unidades, garantizando la extensión de cobertura. (IESS, 2007) (Asamblea Nacional, 2008).

Según la ley de Seguridad Social (Art.17) y la Constitución (Art.369), el IESS tiene la misión de proteger a la población con relación de dependencia laboral o sin ella, contra enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez o muerte, las prestaciones de salud otorgadas deben de ser suficientes y adecuadas para que se pueda acceder a atención médica en prestadores de servicios de salud públicos o privados. La resolución C.D.276 en el 2009 aprueba el tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF) como herramienta para la compra y venta de servicios médicos a prestadores de salud públicos o privados y sus normativas. (IESS, 2009)

La resolución C.D.317 del IESS aprobada en mayo del 2010, tiene como objetivo establecer normas reguladoras en el pago de atenciones de emergencia (inminencia de peligro de conservación de vida), dando un sistema de priorización de emergencias hospitalarias por dos niveles que deben de ser clasificados por el sistema de TRIAJE. Todo afiliado que no cumpliera con esta clasificación deberá buscar atención en servicios ambulatorios del IESS. El pago de la atención será en base del tarifario vigente, previa verificación de cumplimiento de requisitos, además especifican que el IESS no cubrirá los gastos de atenciones de emergencia si el beneficiario contara con otro seguro como SOAT o seguros privados. (IESS, 2010)

El 10 de Febrero del 2014 la Ley de Seguridad Social tiene una última modificación, y en relación a las prestaciones de servicio de proveedores externos,

indica en el *Art. 103.-* Se otorga derecho a programas de fomento y promoción de la salud, acciones de medicina preventiva, procedimientos auxiliares de diagnóstico, medicamentos e intervenciones necesarias, atención odontológica preventiva y de recuperación, asistencia médica curativa integral y maternidad, tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública. Las unidades médicas del IESS o los demás prestadores acreditados, proporcionarán al sujeto de protección servicios de diagnóstico auxiliar, suministro de fármacos y la hotelería hospitalaria establecidos en los respectivos protocolo y tarifario, bajo su responsabilidad. *Art. 108.-* La entrega de las prestaciones de salud a los afiliados se sujetará al sistema de referencia y contra-referencia y la efectuarán las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados. *Art. 111.-* La Dirección del SGISF es el órgano ejecutivo encargado de comprar servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley. (IESS, 2014)

Ahora analicemos según datos estadísticos de la página web del IESS la evolución histórica de cobertura que ha tenido el IESS desde el año 2007, donde empieza ha sufrir modificaciones y a aumentar su cobertura de atención a la población ecuatoriana.

Hasta el 2009 existía una cobertura para los hijos menores de 6 años de los afiliados, y a partir de octubre del 2010 con la Ley de Seguridad Social se extendió su cobertura obligatoria a los hijos menores de 18 años sin pago adicional al aporte del

afiliado, y a sus cónyuges de forma opcional con un pago adicional de 3,41% del salario del afiliado.

La cantidad de afiliados activos del Seguro General Obligatorio (SGO) en el período 2007 - 2014 tiene un incremento del 105% , mientras que la cobertura del Seguro Social Campesino (SSC) un 68%. Para el 2007 habían 1.518.164 de afiliados y 3.113.163 en el 2014. Si agregamos a estas cifras los pensionistas, SSC, hijos y cónyuges, en el 2007 eran beneficiarios aproximadamente 2.700.000 (cónyuges no eran beneficiarias en este año) y en el 2014 son aproximadamente 8.986.139 beneficiarios. (Rendición cuentas IESS, 2015).

Tabla 1. Incremento de cobertura IESS desde el 2007 al 2014.

	2007	2014	INCREMENTO
AFILIADOS SGO	1.518.164	3.113.163	105%
BENEFICIARIOS DEL IESS (SGO, pensioistas, SSC, hijos, cónyuges, etc.)	2.700.000	8.986.139	233%

Fuente: Rendición de cuentas IESS 2015.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

Sobre las atenciones en consulta externa y emergencia en el período 2008-2012. El incremento de atenciones en consulta externa fue de aproximadamente el 50%, de 4.183.535 de consultas en el 2008 a 6.267.450 en el 2012; y de atenciones de emergencia con un incremento del 311%, de 499.570 atenciones en el 2008 a 2.053.876 en el 2012.

Los convenios con prestadores externos han aumentado también abismalmente para poder abarcar la demanda de atención, con 27 prestadores en el 2008 y 345 para el

2012. Desde el 2008 se ha evidenciado un aumento en el número de centros médicos IESS, 86 unidades propias en el país en el 2008 y en el 2014 llegaron a 98. (Rendición cuentas IESS, 2015) (Red prestadores externos IESS, 2012) (Diario El comercio, 2013)

Tabla 2. Incremento de atenciones IESS y de número de prestadores externos desde el 2008 al 2012.

	2008	2012	INCREMENTO
ATENCIONES CONSULTA EXTERNA	4.183.535	6.267.450	50%
ATENCIONES EMERGENCIA	499.570	2.053.876	311%
PRESTADORES EXTERNOS	27	345	

Fuente: Red prestadores externos IESS 2012, Diario El comercio.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

Según el INEC, en un anuario de camas y egresos hospitalarios del 2012 (Ecuador en cifras, 2012), se han escogido los siguientes datos para este estudio: el número de establecimientos hospitalarios, egresos y camas hospitalarias en el Ecuador, IESS, MSP e instituciones privadas, realizando una comparación entre períodos de tiempo.

En un período de 10 años desde el 2002 al 2012 en el Ecuador, hubieron 120 establecimientos hospitalarios nuevos, 3.485 camas hospitalarias nuevas y un incremento general de egresos hospitalarios de un 63%, que se relaciona con la apertura de cobertura en salud tanto del MSP como el IESS.

Tabla 3. Total nacional de establecimientos, camas y egresos hospitalarios desde el 2002 al 2012.

ECUADOR	No. ESTABLECIMIENTO	CAMAS HOSPITALARIOS	EGRESOS HOSPITALARIAS
2002	665	19.653	707.825
2006	753	19.945	863.037
2012	785	23.138	1.156.237

Fuente: Ecuador en cifras, INEC 2012.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

Ya especificando la cantidad de establecimientos públicos y privados, se evidencia que el porcentaje de instituciones entre uno y otro se mantiene durante este período de tiempo, siempre siendo mayor el número de establecimientos privados. Este es uno de los motivos por el cual el gobierno propone la realización de convenios con proveedores privados para poder suplir la demanda existente.

Tabla 4. Total de establecimientos privados y públicos del año 2002 y 2012.

<u>NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS</u>	PRIVADO	PÚBLICO	
2002	489 (73.56%)	176 (26.47%)	MSP 122 - IESS *
2012	599 (76.31%)	186 (23.69%)	MSP 128 - IESS 20*

* Sólo se colocaron los datos de establecimientos del MSP e IESS.

* Dejando fuera ISSFA, ISSPOL, SOLCA, Junta de Beneficencia, entre otros que pertenecen al sector público.

Fuente: Ecuador en cifras, INEC 2012.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

En este cuadro se compara la cantidad de establecimientos hospitalarios existentes en el año 2012, el número de camas, de egresos hospitalarios y el promedio de estadía entre el MSP, el IESS y los establecimientos privados.

Tabla 5. Comparativo del año 2012 entre el MSP, IESS y el sector privado.

AÑO 2012	No. ESTABLECIMIENTO	No. CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES	No. CAMAS HOSPITALARIAS DOTACION NORMAL	EGRESOS HOSPITALARIOS	PROMEDIO ESTADIA
MSP	128	8354	9295	524.604	4.79
IESS	20	2277	2504	151.243	4.94
PRIVADO	599	8293	9256	313.032	2.99

Fuente: Ecuador en cifras, INEC 2012.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

Durante el período del 2007 al 2014 en el IESS el número de camas hospitalarias de dotación normal incrementaron en un 61% y los egresos hospitalarios en un 87%.

Tabla 6. Número de camas y egresos hospitalarios en el IESS del 2007 al 2014.

<u>IESS</u>	No. CAMAS HOSPITALARIAS DOTACION NORMAL	EGRESOS HOSPITALARIOS
2007	1839	83.984
2012	2504	151.243
2014	2969	157.680

Fuente: Ecuador en cifras, INEC 2012, Rendición de cuentas IESS 2015.

Elaborado por: Alejandra Arce C.

Historia de calidad en salud.

En 1854 durante la guerra de Crimea en el Barrack Hospital, Florence Nightingale (precursora de la moderna ciencia de la calidad) llegó a este hospital donde existía una tasa de mortalidad 40%, después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujo la tasa de mortalidad al 2%. La Sra. Nightingale utilizó las estadísticas de mortalidad para cada tipo de patología para demostrar que las mejoras

en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias en las que se atendía a los pacientes mejoraban los resultados

El doctor Ernest Codman, cirujano de Massachusetts General Hospital, en Boston, es uno de los fundadores del American College of Surgeons, 1912. Fue encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales en 1918 que se basó principalmente en aspectos estructurales, este fue la base del futuro desarrollo de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

En la década de los 30 Lee y Jones realizan un informe sobre el coste de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención dispensada por los profesionales y los centros: una buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica, enfatiza la prevención, requiere cooperación entre el público y los profesionales, trata al individuo como un todo, mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente, coordina todo tipo de servicios médicos e implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas

El programa de acreditación de hospitales seguía creciendo, de forma que en 1951 se revisaban 3.290 centros y era financiado exclusivamente por la American College Of Surgeons, pero frente al crecimiento del proyecto, en 1952 se une a otras asociaciones profesionales las cuales dan origen a la Joint Commission on Accreditation of Hospital que posteriormente pasará a llamarse Joint Commission on Accreditation of

Health Organizations (JCAHO). Paul Lemboke cirujano de la Jhon Hopkins University Medical School, desarrolla el método del audit médico para evaluar la calidad.

Marie Phaneuf desarrolló un conocido método de audit de enfermería en 1964. M.A. Morehead estudió la calidad en atención primaria de salud. En 1967 se inicia la acreditación por parte de la JCAHCO de los centros de atención ambulatoria. Avedis Donabedian en 1966 propone una clasificación de los métodos de calidad en base de tres aspectos, estructura, proceso y resultados.

En la década del 70 Avedis Donabedian y de RH. Palmer sobre los estudios de la calidad, dan un interés a los resultados de la atención, esto hizo que se incluyera en el estudio de la calidad de la atención, la opinión de los pacientes sobre el servicio recibido.

A finales de los 80 hay una adaptación de los conceptos y estrategias de la calidad industrial al sector sanitario. Dentro de este apartado son importantes las aportaciones de Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y de expertos japoneses como Taguchi, Ishikawa. En resumen aportan la idea de la Mejora continua de la calidad, la utilización de los métodos estadísticos para lograrlo, la importancia de conocer las necesidades de los usuarios, la necesidad de un cambio de cultura en la organización en la que los directivos deban de liderar la gestión de la calidad.

En la década de los 90 se desarrollan las "guías de prácticas clínicas", en las cuales se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología.

Definiciones de calidad y de calidad de atención en salud.

Según el diccionario de la Real Academia española, define calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

Calidad según la industria es la capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al coste más bajo posible. La introducción de este concepto a la calidad en salud, Deming agregó que la calidad se da "en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio", y según Ishikawa: " Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario".

Para poder asegurar una calidad de atención hay tres componentes que hay que identificar y caracterizar: proveedor, servicio o producto que se ofrece y el receptor del mismo, el que ofrece el servicio ha de tener en cuenta las necesidades y expectativas de a quién va dirigido.

Es muy complicado poder llegar a un concepto unánime sobre que es calidad de salud pero siempre se debe tener en cuenta que hay un binomio de producto/cliente.

La OMS la trata de definir como, "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor

resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

El modelo de sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud, en este contexto la definición más adaptada y utilizada es la de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario". (Calidad en salud, s.f.) (J.L.Temes, 2002)

Evaluación de calidad de atención en salud.

La evaluación de la calidad de atención debe ser un requisito fundamental en toda institución que presta servicios de salud, que conlleve a la implementación de un sistema de garantía de calidad que pueda evaluarse periódicamente y permita obtener información para la toma de decisiones de mejoras para una atención de calidad.

La calidad de atención en salud debe de tener ciertas cualidades:

1. Oportuna y ágil. satisfacer la necesidad de salud en el momento requerido, usando los recursos apropiados según la severidad del cuadro clínico.
2. Continua. seguir un proceso lógico de atención.
3. Suficiente. provisión suficiente de recursos necesarios
4. Integral. englobe aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
5. Racionalidad lógica-científica. utilización del conocimiento médico y las herramientas tecnológicas de diagnóstico.

6. Satisfacción del usuario y proveedor. en su atención y en su ambiente laboral correspondientemente.
7. Efectiva. grado máximo de mejoramiento en salud con la mejor atención disponible.
8. Eficiente. conseguir el mejor estado de salud a costos reducidos.
9. Aceptable. conformidad de atención del paciente y familiares.
10. Legítima. atención con ética, valores, normas, regulaciones y leyes.
11. Equitativa. justa distribución de atención.

Existen algunos modelos de evaluación de calidad, una es según Donabedian quien la analiza en base de tres áreas: estructura, procesos y resultados. Y según Galán que analiza el contexto en el que se realiza la atención, demanda, oferta, el proceso, resultados e impactos. (PARDO & GALÁN, 2013)

VIII. INDICADORES.

Es necesario según se indica en Malagón- Londoño que la calidad debe ser definida como algo tangible y no de forma abstracta y filosófica. La idea de calidad siempre depende del punto de vista que sea concebida; será diferente para la visión del gerente, para el profesional de salud o para el usuario.

Existen diferentes formas de medición de la calidad, una de ella es en base a indicadores, ¿pero qué es un indicador? Un indicador es una expresión objetiva, por medio del cual se puede cuantificar dos variables que intervienen en el proceso a analizar.

Esta investigación se basa en indicadores de resultados en el área de hospitalización según la calidad científico-técnica, que puede medir: mortalidad, infecciones, reingresos, re consultas, re intervenciones, grado de recuperación, estancia media, secuelas, complicaciones, entre otros. (Vargas González, Valecillos, & Hernández, 2013)

Los indicadores de salud hospitalaria elegidos para este tema de investigación son en base al decreto sanitario del Ministerio de Salud de Perú, MINSA (Indicadores de salud hospitalarios).

INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN.

1) Promedio de permanencia.

- Es el número de días promedio que permanece un paciente hospitalizado.
- Permite evaluar la calidad de los servicios y el aprovechamiento del recurso cama. Los resultados de la aplicación de este indicador permite realizar comparaciones entre instituciones, donde un resultado positivo podría estar relacionado con una adecuada aplicación de conocimiento científicos, disponibilidad y correcta capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, entre otros.

$$\frac{\text{Total de Días – Estancias}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Egresos}}$$

- ESTANDAR: Hospital II –1: 4 Hospital II –2: 6 Hospital III – 1: 9
- DATOS REQUERIDOS: Para el numerador, los días que ha permanecido un paciente hospitalizado en un tiempo determinado. Y para el denominador, salida del paciente del hospital luego de haber estado internado en algún servicio.

- PERÍODO DE MEDICIÓN: Mensual

2) Tasas de reingresos (menos 07 días).

- Es el porcentaje de reingresos de paciente en un período menor de 7 días por la misma patología que ocasionó su primer ingreso.
- Permite evaluar la atención hospitalaria.

$$\frac{\text{No. de Reingresos menores de 7 días}}{\text{No. Total de Egresos}} \times 100$$

- ESTANDAR: Hospital II – 1: 1% Hospital II – 2: 2% Hospital III – 1: 3%
- No. de Reingresos menores de 7 días: Número total de pacientes que reingresan en menos de 7 días, por la misma patología por la que ingresó.
- PERÍODO DE MEDICIÓN: Mensual

3) Tasas de infecciones intrahospitalaria.

- Es el porcentaje de pacientes que presentan una infección posterior a las 36h de su hospitalización.
- Permite evaluar la atención hospitalaria. Puede identificar, evaluar y medir las causas de las infecciones. Puede ser aplicado para todo el hospital o por un servicio determinado.

$$\frac{\text{No. de pacientes con infecciones intrahospitalarias}}{\text{No. de Egresos en el mismo período}} \times 100$$

- ESTANDAR: Hospital II – 1: 7% Hospital II – 2: 7% Hospital III – 1: 7%
- Infecciones intrahospitalarias: es la ocasión de un daño ocasionado por un agente infeccioso, adquirido durante su hospitalización.

- PERÍODO DE MEDICIÓN: Mensual

4) Tasa bruta de Letalidad.

- Es la relación entre defunciones por una causa determinada y el número total de las pacientes hospitalizados en un tiempo determinado.
- Cuantifica el total de defunciones hospitalarias en un tiempo determinado.

$$\frac{\text{No. de pacientes con infecciones intrahospitalarias}}{\text{No. de Egresos en el mismo período}} \times 100$$

- ESTANDAR: Hospital II – 1: 4 Hospital II – 2: Hospital III –1: 4
- Infecciones intrahospitalarias: es la ocasión de un daño ocasionado por un agente infeccioso, adquirido durante su hospitalización.
- PERÍODO DE MEDICIÓN: Mensual

5) Correlación de diagnósticos de ingreso y egreso.

Para el análisis de los indicadores propuestos se recaban los datos existentes en las historias clínicas, en el área de estadística en el mes de Agosto del 2015.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura para este tema de investigación se basa en libros de administración y gerencia en salud, documentos legales del Ecuador como la constitución, convenios, decretos y rendiciones de cuentas del IESS

La forma como se generaron los temas de la revisión de la literatura, fueron a base de lluvia de ideas inicialmente, búsqueda en Internet, lectura de libros reconocidos en el área, utilización de referencias de artículos para llegar a más fuentes, artículos analizados en clases. El diseño de la revisión bibliográfica, se realizó por temas, y de forma cronológica.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

I. LUGAR DE ESTUDIO Y PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio se realiza en una clínica particular de tercer nivel de atención, de la provincia del Guayas, cantón Guayaquil en el mes de agosto del 2015, que mantiene convenio con el IESS como prestador externo. Por tratarse de un tema institucional y confidencial se ha omitido el nombre de la clínica en estudio.

II. TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo de investigación es cuantitativo, retrospectivo y no experimental. Se inicia con la recolección de datos estadísticos de un mes (agosto del 2015), para de esta forma poder sacar indicadores que midan la calidad de atención, ser analizados y detectar oportunidades de mejora.

III. UNIVERSO.

El universo de estudio son los 212 pacientes hospitalizados del IESS durante el mes de Agosto del 2015, atendidos en esta casa de salud.

IV. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusion	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios IESS. • Pacientes hospitalizados. • Pacientes que acuden con carta de autorización del IESS para atención médica desde consulta externa o por hoja de referencia autorizada de traslado de paciente desde alguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes privados. • Pacientes con atención solo de emergencia.

<p>entidad hospitalaria del IESS o particular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos con cuadros emergentes que necesitan ingreso hospitalario. 	
---	--

V. INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA.

Conforme a la consulta verbal realizada al Comité de Bioética, no corresponde solicitar el informe de autorización del mencionado comité al tratarse de un Trabajo de Titulación de una propuesta investigativa.

VI. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos para la investigación, serán recolectados por la investigadora en el área de estadística, previa autorización del director técnico de la clínica, con la revisión de historias clínicas de cada paciente egresado en el mes de agosto del 2015.

No se requiere del documento de consentimiento informado, por motivo que el presente Trabajo de Titulación es un estudio retrospectivo de datos existentes. Es un análisis de resultados.

VII. HERRAMIENTAS A UTILIZAR.

No se utilizaran encuestas, ni entrevistas, pues toda la información recabada se encuentra en el área de estadística, en las historias clínicas de cada paciente egresado.

VIII. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El análisis y tabulación de la información se realizará mediante los programas de Word y Excel.

IX. SEGURIDAD Y ALMACENAMIENTO DE DATOS.

Toda la información recolecta de este estudio, se guarda con sigilo limitado exclusivamente al ámbito de las relaciones entre el investigador y los participantes, imponiéndose de igual forma la obligación de confidencialidad del investigador sobre la información proporcionada.

RESULTADOS ESPERADOS

Luego de la implementación de este trabajo se espera poder analizar si esta institución que presta atención en salud como prestador externo al IESS, está cumpliendo con los estándares de calidad.

Se espera que los resultados obtenidos en el análisis, puedan ser evaluados y se pueda encontrar oportunidades de mejora, de esta forma implementar un programa de mejoramiento continuo de calidad, donde los mayores beneficiarios sean todas las personas que optan por una atención de salud en esta institución, tanto paciente privados como IESS, ofreciéndoles seguridad y calidad de atención.

CRONOGRAMA

Tabla 7. Cronograma del estudio

	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Selección del tema							
Aprobación del tema y reunión inicial con el tutor							
Revisión bibliográfica y documental							
Redacción del trabajo de titulación							
Recolección de datos							
Procesamiento y limpieza de datos							
Análisis e interpretación de resultados							
Preparación de informe del estudio con las conclusiones y recomendaciones							
Difusión de la investigación							

Elaborado por: Alejandra Arce C.

PRESUPUESTO ESTIMADO

Tabla 7. Presupuesto estimado del estudio

RECURSOS	DETALLE	COSTO
HUMANOS	Investigador	\$ 0.00
	Tutor	\$ 0.00
LOGÍSTICA	Movilización	\$ 80.00
EQUIPOS Y MATERIALES	Papelería	\$ 5.00
	Impresión y empastado	\$ 30.00
	CD's	\$ 6.00
	Imprevistos	\$ 20.00
	Internet	\$ 240.00
TOTAL		\$ 381.00

Elaborado por: Alejandra Arce C.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suárez Jiménez, J. M. (2011). Redes integradas de servicios de salud: Desafío de los hospitales. *Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile – Catalogación*(1), 304.
- Asamblea Nacional*. (2008). Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Calidad en salud*. (s.f.). Obtenido de https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf
- Carrasco, F., & Chalco, G. (2012). *Nivel satisfacción atención ambulatoria IESS. Sangolquí*. Obtenido de Nivel de satisfacción de los afiliados atendidos por prestadores externos y estrategias orientadas al mejoramiento del servicio médico ambulatorio del IESS de Sangolquí: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/6082/1/AC-AE-ESPE-034942.pdf>
- Diario El comercio*. (2013). Obtenido de <http://edicionimpresa.elcomercio.com/es/052300012fb2c0d0-e216-4c08-8c03-71b7cde5535c>
- Ecuador en cifras*. (2012). Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2012.pdf
- Grupo hospitalario Kennedy. (s.f.). *Grupo hospitalario Kennedy*. Obtenido de <http://www.hospikennedy.med.ec/sedes/hck-kennedy/>
- (2003). *Guía de indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud*. Resolución ministerial 54. Programa nacional de garantía de la Calidad de la atención médica, Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina.
- IESS*. (12 de 03 de 2007). Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/38816/CONASA-PSP.pdf>
- IESS*. (07 de 09 de 2009). Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/CD.276.pdf?version=1.1>
- IESS*. (10 de 05 de 2010). Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/CD.317.pdf?version=1.1>
- (s.f.). *Indicadores de salud hospitalarios*. Perú: Directiva Sanitaria N° MINSa / DGSP-V.01.
- Informe de examen especial de la Unidad de auditoría Interna del IESS*. (2006). Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/58904/2007006.pdf>
- J.L.Temes. (2002). *Gestión Hospitalaria 3ra Edición*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España.

- Ley Seguridad social*. (10 de 02 de 2014). Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/2220562/Ley+de+Seguridad+Social>
- Luiz Odorico Monteiro de Andrade, A. P.-F. (4 de April de 2015). Universal health coverage in Latin America 3. *Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from*, Vol 385, 1343-1351. Obtenido de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61494-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61494-X/abstract)
- MSP. (29 de 06 de 2015). Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-control-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-access/>
- Pardo, F., & Galán, R. (2013). Indicadores y estándares de calidad de la atención médica. En L. Malagón, M. Galán, & L. Pontón, *Administración Hospitalaria* (pág. 654). Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Plumise, L. (1991). A Visit with Fred Herzberg. *Management Newsletter*, 2-7.
- Red prestadores externos IESS*. (2012). Obtenido de https://www.iess.gob.ec/es/normas-y-manuales?p_p_auth=xX9ISpmZ&p_p_id=20&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&_20_struts_action=%2Fdocument_library%2Fget_file&_20_groupId=10162&_20_folderId=51880&_20_name=4044
- Rendicion cuentas IESS*. (01 de 04 de 2015). Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3780216/2015+04+01+Rendicion+de+cuentas+v3.pdf>
- Teresita de J. Ramírez-Sánchez, L. e.-A.-L. (1998). Percepción de la calidad de la atención. *Salud Pública México*, 40(1), 3-12. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spmv40n1Y0400102.pdf>
- Vargas González, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (Octubre a Diciembre de 2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, XIX(4), 663 – 671. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005>
- Vilela, M., & Lema, G. (2013). *Análisis de las prestaciones referidas a otras provincias de los afiliados del IESS de la provincia de Manabí durante el período de Junio del 2012 a Marzo del 2013*. Obtenido de <http://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/26000/1170/1/T-ULEAM-16-0040.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores y Estándares de Salud Hospitalaria en el área de hospitalización, según el Nivel de Atención.

INDICADOR	ESTÁNDAR		
	HOSPITAL II-1	HOSPITAL II-2	HOSPITAL II-3
Promedio de Permanencia	4	6	9
Intervalo de Sustitución	1	1	1
Porcentaje de Ocupación	80	80	80
Rendimiento-Cama	6	4	3
Tasa de Infecciones Intrahospitalarias	7%	7%	7%
Tasa Bruta de Letalidad	4%	4%	4%
Tasa de Reingreso < de 7 días	1 %	2 %	3 %
Tasa de abortos	-	-	-
Cobertura de partos	100 %	100 %	100 %

Fuente y elaboración: Directica Sanitaria N° MINSA/DGSP-V.01