



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:
EVALUACIÓN DE LA TRIPLE META COMO EJE
ESTRATÉGICO PARA EL MEJORAMIENTO EN EL
CUIDADO DE LA SALUD DE LOS PACIENTES EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL IESS
BABAHOYO**

**AUTOR:
PAULO CÉSAR CEDEÑO NAVAS**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:
Econ. David Coello Cazar, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador
2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Dr. Paulo César Cedeño Navas**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. David Coello Cazar, Mgs.

REVISORA

Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD.

Guayaquil, a los 8 días del mes de febrero del año 2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Paulo César Cedeño Navas

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Evaluación de la triple meta como eje estratégico para el mejoramiento en el cuidado de la salud de los pacientes en la consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 08 días del mes de febrero del año 2021

EL AUTOR

Paulo César Cedeño Navas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Paulo César Cedeño Navas

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Evaluación de la triple meta como eje estratégico para el mejoramiento en el cuidado de la salud de los pacientes en la consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 08 días del mes de febrero del año 2021

EL AUTOR:

Paulo César Cedeño Navas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Lista de fuentes Bloques

Documento [Tesis Paulo Cedeño Urkund.docx](#) (D91908021)

Presentado 2021-01-12 19:51 (-05:00)

Presentado por paulocesarcedeno@gmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Tesis Dr. Paulo Cedeño para revisión [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 37 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

	Categoría	Enlace/nombre de archivo	
<input type="checkbox"/>		https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		FREDDY MILTON JIMENEZ GUZHAN, TESIS MGSS.docx	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Tesis Valdiviezo Urkund.docx	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Tesis Absentismo laboral- Dennis Sesme.docx	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Tesis Alvarez Urkund.docx	<input type="checkbox"/>

🔍 🔍 🔍 🔍 🔍 🔍 🔍 🔍 🔍 🔍

⚠️ 1 Advertencias 🔄 Reiniciar 📄 Exportar 🔗 Compartir ?

Introducción A nivel mundial, las naciones buscan el bienestar de la población, lo que se refleja en acciones tomadas dentro del campo sanitario; no obstante, el bienestar ha demostrado una correlación con el desarrollo económico de los países (Delgado, 2012). Es necesario resaltar el hecho de que, a pesar de existir este panorama de querer conseguir el bienestar en salud, los diferentes protagonistas han optado en actuar de manera aislada para alcanzar sus propias metas; por lo cual, tienden a pasar por alto la interdependencia del sistema ocasionando altos costos, resultados variables, su fragmentación, entre otros aspectos negativos. Adicional, hay retos con respecto al trabajo intersectorial entre varios sectores y la salud, los cuales afectan la salud poblacional; pero que no formarán parte de la discusión dentro de esta investigación. Actualmente, ha crecido de manera significativa la complejidad, esto se debe, a que existen diversos factores como el incremento de la longevidad, así como, los avances en comunicación y tecnología. Estos factores que son expresión de satisfacción y progreso también se han convertido en oportunidades y retos. Por ese motivo, es importante cambiar el paradigma de la complejidad, de uno tradicional a otro que se requiere para el tiempo actual y el futuro; no obstante, existen sistemas concentrados en el cambio, pero que su transición no suele ser la norma. La mayoría de los sistemas de salud están basados en un paradigma tradicional centrado en la curación y la enfermedad. En cuanto a los médicos estos se centran en la provisión de servicios de atención fija en hospitales y en brindar mediante contactos episódicos atención a pacientes pasivos, pero lo hacen bajo el enfoque de sistemas lineales y de productividad que consisten en llenar camas, tratar muchos pacientes; cumplir objetivos de capacidad instalada. La respuesta a la pandemia de COVID-19 ha generado una colaboración sin precedentes entre varias profesiones y disciplinas científicas, especialmente la ciencia de la mejora, la epidemiología, la ciencia de datos y la tecnología de la información. La pandemia ha enfatizado la

Agradecimiento

Agradezco a Jehová mi Dios por haberme dado la oportunidad de cumplir con este

tema de investigación y alcanzar este meta rodeado de mis seres amados.

A mi esposa Katty y mi pequeña hija Paula por su apoyo incondicional y gran

paciencia para conmigo durante este proceso de aprendizaje.

A mis profesores por las enseñanzas inculcadas.

A mi director y tutor de este proyecto de investigación por su orientación y

consejos en los momentos oportunos.

A mis compañeros de maestría por sus valiosas palabras de aliento y experiencias

compartidas en clases.

Y finalmente agradezco al personal de la salud que colaboró en la realización de

esta investigación en el centro hospitalario de estudio.

Paulo César Cedeño Navas

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a mi Dios Jehová, ya que como dice su palabra “nunca me apoyo sobre mi propio entendimiento”, más bien en todos los caminos hay que tenerlo presente para hacer derechas nuestras sendas.

Dedicado a mi bella esposa Katty por el apoyo y comprensión en la dedicación del desarrollo de este trabajo de investigación; dedicado a mi pequeña Paulita por su gran amor, comprensión y felicidad al ver como padre el esfuerzo y dedicación en cumplir con este tipo de metas; y finalmente dedicado a todos quienes aún creemos que podemos ayudar a nuestro sistema de salud enfocados en la triple meta.

Paulo César Cedeño Navas

Índice General

Introducción	1
Antecedentes de la Investigación.....	3
Planteamiento de la Investigación	5
Formulación del Problema.....	7
Justificación	7
Preguntas de la Investigación	9
Objetivos.....	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Capítulo 1: Marco Teórico y Conceptual.....	11
Marco Teórico.....	11
Historia de la triple meta	11
Definiciones de la triple meta.....	12
La triple meta en salud	15
El equilibrio de las partes de la triple meta	19
Proceso para generar el cumplimiento efectivo de la triple meta.....	21
Funciones de un integrador	23
Condiciones de la salud de la población	23
Marco Conceptual.....	25
Capítulo 2: Marco Referencial	28
Antecedentes Referenciales	28
Marco Contextual	34
Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en Ecuador	38
Marco socio – económico.....	40
Marco Legal.....	45
Constitución de la República del Ecuador	45
Ley de Seguridad Social	46
Código de Trabajo	47
Ley Orgánica de Salud	47
Capítulo 3: Metodología	49
Enfoque de la Investigación.....	49

Tipo de Investigación.....	49
Alcance de Investigación	51
Técnicas de la Investigación	52
Procesamiento de la Información	54
Operacionalización de las Variables	56
Población	57
Resultados.....	57
Salud de la población	57
Cuestionario de la experiencia del paciente	61
Costos de la salud	67
Análisis General de Resultados	69
Capítulo IV: Propuesta.....	71
Objetivo	71
Justificación	71
Descripción de Actividades	72
Programa de capacitación.....	73
Procesos de la consulta externa	75
Reducción del tiempo de espera.....	83
Campañas de prevención.....	84
Materiales y Recursos.....	87
Cronograma	88
Conclusiones	90
Recomendaciones.....	93
Referencias.....	94
Apéndices.....	105
Apéndice A. Cuestionario EUROQOL-5D	105
Apéndice B. Cuestionario de Estado de Salud	106
Apéndice C. Cuestionario CAHPS	107
Apéndice D. Costos por Mes en Consulta Externa.....	109
Apéndice E. Pacientes de Consulta Externa por Mes	111

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Coficiente para cálculo de la tarifa social de valores EQ-5D</i>	53
Tabla 2. <i>Operacionalización de las variables</i>	56
Tabla 3. <i>Niveles de estados de salud</i>	60
Tabla 4. <i>Costos y pacientes por mes año 2020</i>	67
Tabla 5. <i>Descripción de actividades</i>	72
Tabla 6. <i>Contenido de capacitaciones</i>	74
Tabla 7. <i>Campaña de prevención de enfermedades</i>	85
Tabla 8. <i>Recursos financieros</i>	88
Tabla 9. <i>Cronograma de actividades</i>	88
Tabla 10. <i>Costos por mes en consulta externa</i>	109
Tabla 11. <i>Pacientes atendidos en consulta externa por mes</i>	111

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Modelo del Sistema de Salud del Ecuador.....	37
<i>Figura 2.</i> Movilidad.....	58
<i>Figura 3.</i> Cuidado personal.....	58
<i>Figura 4.</i> Actividades cotidianas	59
<i>Figura 5.</i> Dolor/malestar.....	59
<i>Figura 6.</i> Ansiedad/depresión.....	60
<i>Figura 7.</i> Evaluación método EVA	61
<i>Figura 8.</i> Género.....	61
<i>Figura 9.</i> Edad	62
<i>Figura 10.</i> Servicios profesionales	63
<i>Figura 11.</i> Servicio técnico.....	64
<i>Figura 12.</i> Accesibilidad.....	65
<i>Figura 13.</i> Cortesía	66
<i>Figura 14.</i> Atención general	66
<i>Figura 15.</i> Proceso de atención de admisión	76
<i>Figura 16.</i> Proceso en enfermería.....	77
<i>Figura 17.</i> Proceso del médico en consulta externa	79
<i>Figura 18.</i> Proceso en farmacia	80
<i>Figura 19.</i> Proceso de consulta externa por área	82
<i>Figura 20.</i> Reducción de tiempos de espera	84
<i>Figura 21.</i> Flyer parte 1	86
<i>Figura 22.</i> Flyer parte 2	87
<i>Figura 23.</i> Escala visual analógica del EQ-5D.....	105

Resumen

La salud se ha vuelto con el paso de los años en un tema de gran relevancia a nivel mundial; ya que, todos los Estados buscan el bienestar de su población convirtiéndose en el objetivo o meta más alta para este sector. El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento de la triple meta en la consulta externa del hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo para elaborar un plan de mejoras que contribuya al cumplimiento de sus tres objetivos específicos según el Instituto para el Mejoramiento del Cuidado de la Salud. La metodología que se aplicó en la investigación fue cuantitativa, de tipo no experimental, con diseño secuencial, alcance descriptivo, las técnicas fueron la encuesta y la revisión documental, la muestra fue de 383 personas a encuestar. Los resultados del estudio demostraron que el estado de salud de los pacientes presenta un nivel moderado, la atención brindada por el personal profesional ha mostrado deficiencias en lo que respecta a la cortesía, la predisposición para atender, la falta de interés por ayudar al paciente, la escasa explicación del médico sobre la consulta. En cambio, en lo que se refiere al costo, este fue variado en los últimos meses reflejando hasta el mes de julio un costo per cápita de \$39.06. Se propuso un programa de capacitación, procesos de consulta externa y campañas de prevención. Se concluye que, la dimensión experiencia de la atención del paciente no cumple con el objetivo de la triple meta.

Palabras Clave: Triple meta, Salud de la población, Experiencia en atención, Costo per cápita, Calidad de los servicios médicos.

Abstract

Health has become over the years a topic of great relevance worldwide; since, all States seek the welfare of their population, becoming the highest objective or goal for this sector. The general objective of the research is to evaluate the fulfillment of the triple goal in the outpatient consultation of the IESS General Hospital of the city of Babahoyo to prepare an improvement plan that contributes to the fulfillment of its three specific objectives according to the Institute for the Improvement of Care Of the health. The methodology applied in the research was quantitative, non-experimental, with sequential design, descriptive scope, the techniques were the survey and the documentary review, the sample was 383 people to be surveyed. The results of the study showed that the health status of the patients presents a moderate level, the care provided by professional staff has shown deficiencies in regard to courtesy, the predisposition to attend, the lack of interest in helping the patient, the little explanation of the doctor about the consultation. On the other hand, in what refers to the cost, this was varied in the last months reflecting until the month of July a cost per capita of \$ 39.06. A training program, external consultation processes and prevention campaigns were proposed. It is concluded that the experience dimension of patient care does not meet the triple goal objective.

Key Words: Triple goal, Population health, Experience in care, Cost per capita, Quality of medical services.

Introducción

A nivel mundial, las naciones buscan el bienestar de la población, lo que se refleja en acciones tomadas dentro del campo sanitario; no obstante, el bienestar ha demostrado una correlación con el desarrollo económico de los países (Delgado, 2012). Es necesario resaltar el hecho de que, a pesar de existir este panorama de querer conseguir el bienestar en salud, los diferentes protagonistas han optado en actuar de manera aislada para alcanzar sus propias metas; por lo cual, tienden a pasar por alto la interdependencia del sistema ocasionando altos costos, resultados variables, su fragmentación, entre otros aspectos negativos. Adicional, hay retos con respecto al trabajo intersectorial entre varios sectores y la salud, los cuales afectan la salud poblacional; pero que no formarán parte de la discusión dentro de esta investigación.

Actualmente, ha crecido de manera significativa la complejidad, esto se debe, a que existen diversos factores como el incremento de la longevidad, así como, los avances en comunicación y tecnología. Estos factores que son expresión de satisfacción y progreso también se han convertido en oportunidades y retos. Por ese motivo, es importante cambiar el paradigma de la complejidad, de uno tradicional a otro que se requiere para el tiempo actual y el futuro; no obstante, existen sistemas concentrados en el cambio, pero que su transición no suele ser la norma. La mayoría de los sistemas de salud están basados en un paradigma tradicional centrado en la curación y la enfermedad. En cuanto a los médicos estos se centran en la provisión de servicios de atención fija en hospitales y en brindar mediante contactos episódicos atención a pacientes pasivos, pero lo hacen bajo el enfoque de sistemas lineales y de productividad que consisten en llenar camas, tratar muchos pacientes; cumplir objetivos de capacidad instalada.

La respuesta a la pandemia de COVID-19 ha generado una colaboración sin precedentes entre varias profesiones y disciplinas científicas, especialmente la ciencia de la mejora, la epidemiología, la ciencia de datos y la tecnología de la información. La pandemia ha enfatizado la importancia de utilizar métodos de mejora continua de la calidad para brindar una atención excelente y segura a cada paciente, en todo momento. En reducidas palabras, este es el momento para que los mejoradores de la calidad perfeccionen sus habilidades, tales como ciclos rápidos de prueba, adaptación e implementación de prácticas innovadoras, reuniones diarias del equipo, priorización estratégica crítica y despliegue de recursos, y más enfocados en la triple meta a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud.

Esta investigación proporciona conocimiento sobre el cumplimiento del plan estratégico en el área de consulta externa del Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS] de Babahoyo, usando como eje estratégico la triple meta; se describirán ciertas características del problema con respecto a la salud, al igual que varios paradigmas y dilemas alrededor del tema en la actualidad y perspectivas a futuro. En la revisión de la literatura se presentó información sobre la triple meta según el punto de vista de varios autores, desde su creación; además, se proponen ciertas recomendaciones que invitan a crear un ambiente idóneo de aprendizaje posterior a los resultados de la investigación dentro de este centro hospitalario.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de la triple meta en la consulta externa del hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo para elaborar un plan de mejoras que contribuya al cumplimiento de sus tres objetivos específicos según el Instituto para el

Mejoramiento del Cuidado de la Salud, *The Institute for Healthcare Improvement* [IHI]. Para lograr cumplir con el mismo se procede a redactar el contenido de la investigación que está dividido en cuatro capítulos detallados a continuación.

En el capítulo I se da una redacción continua sobre las definiciones y conceptos que se han desarrollado sobre la triple meta desde que fue creada, contiene el marco conceptual donde se detallan diferentes términos usados en el estudio que permitirán mantener una comprensión ideal sobre el tema. En el capítulo II se detalla el marco referencial donde se hace una inspección a los diferentes trabajos que se han desarrollado sobre la triple meta empezando con los antecedentes referenciales siguiendo con información de la salud en el Ecuador, en el exterior y un marco histórico sobre el concepto central; para de ahí abordar el marco legal que corresponde a temas de salud y bienestar de la población.

En el capítulo III se encuentra la metodología, donde se revisa el enfoque, alcance y tipo de investigación; se establecen las técnicas de recolección de datos, se manifiesta el procesamiento de los datos y la plantea la operacionalización de las variables, para de ahí determinar la población de estudio y así poder mostrar los resultados de la investigación.

En cambio, en el capítulo IV se presenta la propuesta de investigación que es donde se lleva a cabo las estrategias que facilitarán mitigar los problemas presentados en el estudio y enfocar actividades hacia la mejora del servicio y que ayuden a cumplir con cada una de las dimensiones de la triple meta.

Antecedentes de la Investigación

La triple meta fue creada por Berwick, Nolan y Whittington (2008), la cual se refiere al triple objetivo con respecto a la salud que tiene como finalidad: 1) el mejorar la salud de la población, 2) la experiencia de los pacientes y 3) reducir el

costo per cápita en salud. El IHI, desarrolló el Triple Objetivo como una declaración de propósito para los sistemas de salud nuevos, como una manera de contribuir a la salud general de las poblaciones, pero a bajo costo, convirtiendo a la organización a nivel macro, como una referencia para la Estrategia de Calidad de algunos países del mundo dentro de su planificación en salud (Barr & Beunza, 2014).

La mejora del sistema de atención médica requiere del cumplimiento simultáneo de tres objetivos o metas que deben cumplir con ciertas condiciones como el registro de una población identificada, un compromiso de universalidad para todos sus miembros y la existencia de una organización un “integrador” que acepte la responsabilidad de cumplir los tres objetivos para la población en cuestión. Además, el rol del integrador incluye al menos cinco componentes: la asociación con los individuos y las familias, el rediseño de la atención primaria, integración de los macrosistemas en salud, la administración de la salud poblacional y la administración financiera (Berwick et al., 2008).

En el Ecuador se han implementado varias reformas que tienen como fin la búsqueda de la equidad y universalidad de la atención en las instituciones de salud; pero a pesar de sus esfuerzos el sistema de salud no ha podido garantizar el acceso universal a este derecho que está establecido por mandato constitucional. La población en general reconoce la rectoría del Ministerio de Salud Pública [MSP]; sin embargo, requiere fortalecer la legitimización y el liderazgo por parte de la sociedad civil y el sector. Una de las mejores prácticas realizadas ha sido el posicionar a la salud como prioridad y derecho del Estado; no obstante, una labor que ha enseñado el tiempo es la falta de participación social para la validación y legitimización de los procesos de cambio. Aunque hayan sido favorables desde el

2007 los factores económicos, sociales y políticos para la transformación del sector sanitario, algún revés o alteración de estos factores podría ocasionar riesgos para la consolidación de los avances del Sistema Nacional de Salud (Giovanella, Feo, Faría & Tobar, 2012).

A pesar de los grandes esfuerzos que los administradores y profesionales efectúan a diario dentro del sistema de salud, la brecha entre la salud que tiene el usuario y la que podría tener por el mismo costo continúa siendo enorme. A lo largo de todo el territorio nacional se evidencian ciertas características en la atención médica en donde según los reportes estadísticos de los servicios llevan a concluir que existe una atención que no es segura ya que algunas personas dispersas a lo largo del territorio nacional mueren o son lesionadas por eventos vinculados directa o indirectamente a su atención en salud que pudieron evitarse tomando las medidas de seguridad como son los errores de medicación, las infecciones asociadas al cuidado de los pacientes, entre otros (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Planteamiento de la Investigación

Pese a los enormes esfuerzos que todos los días realizan los profesionales y administradores dentro del sistema de salud, la brecha entre la salud que tiene el usuario y la que podría tener por el mismo costo continúa siendo considerable. A lo largo de todo el territorio nacional se evidencian ciertas características en la atención médica, los reportes estadísticos de los servicios llevan a concluir que existe una atención que no es segura; ya que algunas personas dispersas a lo largo del territorio nacional mueren o son lesionadas por eventos vinculados directa o indirectamente a su atención en salud que pudieron evitarse tomando las medidas de seguridad (OMS, 2017).

La atención en los servicios de salud del Ecuador, a pesar de los esfuerzos que ha dispuesto el Estado no logra ser oportuna. Esto se debe a que muchas personas deben aguardar varios meses para obtener una cita médica o para acceder a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, inclusive no encuentran su medicación de manera gratuita, demostrando con esto las falencias que existen en el sistema de salud del país, aunque el presupuesto para la salud haya incrementado este dinero no es bien aprovechado, ya que se malgasta este recurso, a la vez el consumo de tiempo en actividades que no agregan ningún valor al bienestar de los pacientes. Haciendo la suma de estos factores que el servicio no se brinde con equidad, ya que se evidencia una enorme brecha de distancia entre la atención que reciben las personas que tienen poder adquisitivo para llegar a estos servicios y las que sufren aquellas personas pobres de bajos recursos quienes bajo las circunstancias actuales del país, el acceder a estos servicios se ha tornado demasiado complicado pese a ser un mandato constitucional.

En el Hospital General IESS de Babahoyo existen varios problemas relacionados al servicio de atención, entre estos se destacan el no poder acceder a una cita médica oportuna; puesto que estas a pesar de poder efectuarlas desde internet y mediante llamada por call center, no existe disponibilidad para fechas inmediatas, sino que suelen estar copadas de personas. Esto ocasiona disgustos a los afiliados que requieren hacerse atender por algún malestar o molestia y que deben reintentar sacar cita en días próximos provocando que tiendan a auto-medicarse para sentirse mejor; sin embargo, existen casos donde empeora su estado de salud con el paso de los días generando que los usuarios tengan que acudir mediante el área de emergencias ocasionando que los costos por atención incrementen y se aminore la calidad de vida de los pacientes.

Adicional, se ha observado que algunos usuarios se quejan de la atención de los médicos durante la consulta, puesto manifiestan que ciertos profesionales no muestran un verdadero interés por ayudarlos, son descorteses, los interrumpen al momento de hablar, tratan de evitar sus preguntas y buscan despacharlos rápido. Estos aspectos mencionados dejan claro que el personal de salud de consulta externa no tiene una total predisposición por ayudar al paciente, mostrando falta de empatía por la situación del afiliado y mala actitud para atender. Por ese motivo es importante que se evalúe la atención en el cuidado del paciente por medio del método de la triple meta, con la finalidad de poder conseguir una mejor atención de la salud y que ésta se focalice de manera simultánea e integral en tres aristas: el mejorar la experiencia de los individuos en el proceso de atención médica, así mismo el mejorar el nivel de salud de la población y reducir los costos incurridos en cada uno de ellos a fin de lograr equilibrio en la gestión.

Formulación del Problema

¿Cuál es la situación actual de la aplicación del modelo triple meta en la consulta externa del Hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo?

Justificación

En la actualidad, gran parte de los sistemas sanitarios a nivel mundial están concentrados en la reforma más importante en décadas, que tiene como objetivo general mejorar la calidad de los cuidados y los resultados sanitarios; pero para esto, deben a la vez asegurar la sostenibilidad económica del sistema. La triple meta u objetivo es considerada por muchos un marco estratégico clave para avanzar en los caminos de estas reformas sanitarias. Ayuda a los altos directivos o máximas autoridades a pensar en términos de sistema y con una gran visión de

salud poblacional, cabe recalcar que son dos elementos que han brillado hasta ahora por su ausencia en la agenda de las políticas sanitarias. En el cumplimiento de las metas del actual sistema de salud del Ecuador dentro de su misión está el brindar los servicios con Calidad y Calidez; es precisamente que en la búsqueda de la mejora continua de la calidad está el tener como eje estratégico la triple meta; pero no se tienen en cuenta los desafíos de su implementación; por lo que hay evidencia limitada para sostener un sistema teniendo como eje la triple meta.

La presente investigación se centra en el conocimiento y la forma en que estratégicamente se podría aplicar la triple meta en los diferentes entornos; también, en saber si los altos directivos están o no implementando sus componentes estructurales de cambios complejos en el proceso de planeación estratégica dentro del hospital General del IESS Babahoyo. No obstante, ellos son una unidad operativa desconcentrada encargados de la planificación, ejecución, supervisión y evaluación del cumplimiento de la implementación de procesos. Por ese motivo, se pretende adquirir una nueva cultura relacionada con la mejora continua mediante el enfoque de la triple meta, al igual, que se logre extraer algunas conclusiones que podrían resultar de utilidad a otras administraciones a fin de emprender el camino de la reforma del sistema sanitario en el proceso de mejora continua de la calidad en el servicio de salud.

El presente trabajo de investigación tiene como beneficiario a los pacientes que acuden diariamente al hospital objeto de estudio para ser atendidos; ya que, al evaluar la experiencia del paciente, su estado de salud y los costos que generan las atenciones a los afiliados, se podrá tener idea de los aspectos que no se están cumpliendo dentro de estos objetivos y de esta forma hacer las correcciones respectivas que aseguren el mejoramiento de la calidad de los servicios y por ende

esto conlleve a mejorar la salud y calidad de vida de los usuarios. En consecuencia, se busca disponer de más recursos para programas de prevención de enfermedades que permita capacitar a la ciudadanía sobre temas de salud referentes a enfermedades crónicas, los riesgos de padecerlas y cómo evitar contraerlas.

Esto va de la mano de los beneficios del hospital; puesto que, al mejorar los servicios de consulta externa, los pacientes estarán satisfechos con la atención y esto causará un impacto positivo para la institución. Esto en definitiva mejorará su imagen y a la vez aumentará la confianza de los usuarios y de la ciudadanía cubierta por dicho hospital. Adicional, esta investigación es de gran importancia para la parte académica; porque el estudio servirá de referencia para futuros trabajos sobre la triple meta en otras áreas de la salud como son los servicios de apoyo, tal como los laboratorios, los departamentos de imágenes, la seguridad de los pacientes, la atención en emergencia y hospitalización. En cuanto a la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, el trabajo se articula con el Planeamiento Estratégico en Organizaciones de Salud.

Preguntas de la Investigación

¿Cuáles son las bases teóricas sobre la triple meta que permitan elaborar un marco teórico de la investigación?

¿Cuáles son los antecedentes referenciales de la triple meta, así como el marco contextual y legal de la investigación?

¿Cuáles son los componentes de la triple meta que explican el proceso de mejora en el cuidado de la salud en el Hospital General IESS de Babahoyo?

¿De qué trata el plan de mejoras para el aseguramiento de la triple meta en el proceso de mejora continua de la calidad de salud?

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de la triple meta en la consulta externa del hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo para elaborar un plan de mejoras que contribuya al cumplimiento de sus tres objetivos específicos según el Instituto para el Mejoramiento del Cuidado de la Salud.

Objetivos específicos

- Revisar la literatura sobre la triple meta para la elaboración del marco teórico de la investigación.
- Analizar los antecedentes referenciales del triple meta, así como el marco contextual y legal de la investigación.
- Identificar los componentes de la triple meta que explican el proceso de mejora en el cuidado de la salud, mediante el uso de instrumentos estadísticos que evalúen la mejora de la salud; experiencia del servicio y costo per cápita en el Hospital General IESS de Babahoyo.
- Diseñar un plan de mejoras para el aseguramiento de la triple meta en el proceso de mejora continua de la calidad de salud.

Capítulo 1: Marco Teórico y Conceptual

En este capítulo se hace una revisión de las principales definiciones y teorías que hay sobre la triple meta, al igual que se revisa su origen, su utilización en diversas estrategias en instituciones sanitarias y cómo esta se debe aplicar; además, se revisan las condiciones de salud de la población y el marco socio-económico, para de ahí enlistar varias definiciones concretas sobre varios aspectos que se han tratado durante la investigación.

Marco Teórico

Historia de la triple meta

El triple objetivo fue descrito por primera vez por Berwick et al. (2008), el mismo que tenía el propósito de lograr reducir el costo per cápita, mejorar la experiencia de la atención del paciente y mejorar la salud de la población, estas tres de manera simultánea. En consecuencia, el IHI fue el creador de la triple meta, la misma que tuvo como propósito brindar ayuda a las instituciones sanitarias para mejorar la experiencia durante el proceso de atención médica de una población enfocada en proveer aspectos como calidad, acceso y confiabilidad; pero a la vez disminuir la tasa de aumento en el costo de la atención per cápita. Perseguir estos tres objetivos a la vez permite a las organizaciones de atención médica identificar y solucionar problemas como la falta de coordinación de la atención y el uso excesivo o innecesario de los servicios médicos. También les ayuda a centrar la atención y redirigir los recursos a actividades que tienen el mayor impacto en la salud (Stiefel & Nolan, 2012).

El primer grupo participativo en la iniciativa en la triple meta, que comenzó en octubre de 2007, representó a un amplio espectro de organizaciones de atención médica en los Estados Unidos, Inglaterra y Suecia. Incluía 15 sistemas

basados en hospitales, planes de salud, sistemas de salud integrados, departamentos de atención de salud pública, sistemas de redes de seguridad, empleadores, agencias de servicios sociales y sistemas nacionales de pagador único. En el verano de 2008, la participación en la iniciativa se expandió a 40 organizaciones, incluidos sitios de los Estados Unidos de Norte América y el extranjero. En marzo de 2010, el IHI se embarcó en la cuarta fase del proyecto. En la actualidad hay 60 sitios de todo el mundo que participan en la iniciativa de buscar e implementar la triple meta en salud (McCarthy & Klein, 2010).

Sin un punto de equilibrio de estos tres objetivos generales, las organizaciones de atención médica pueden aumentar la calidad a expensas del costo, o viceversa. Alternativamente, pueden disminuir el costo mientras crean una experiencia insatisfactoria para los pacientes. Muchos de los problemas que enfrentan los sistemas de atención médica pueden estar relacionados con uno o más de estos objetivos. Problemas como la atención basada en la oferta de servicios, los reintegros prevenibles y la construcción excesiva pueden representar una falla en los tres aspectos o pilares básicos de la teoría de triple meta.

Definiciones de la triple meta

De acuerdo a Ruano (2015), la triple meta se trata de buscar la mejor salud posible para una población; la misma, que debe brindarse a un costo per cápita justo y a su vez ofrecer la mejor experiencia de atención. El costo per cápita hace énfasis al control o reducción del costo per cápita ocasionado por atención y tratando de optimizar los recursos; en cuanto, a la experiencia de la atención esta se basa en proporcionar al paciente una atención oportuna, equitativa, eficaz, segura y de forma consistente; mientras que la salud poblacional es tratar de llegar

a las organizaciones y comunidades, a fin de poder prevenir enfermedades y buscar el bienestar de las personas de forma eficiente y sin demoras.

En cambio, para Díaz (2020) la triple es mejorar la experiencia de los pacientes por medio de una mejor atención primaria, gestión hospitalaria y clínica, de redes y de la gestión del acceso de pacientes al sistema de salud; además, de trabajar en aspectos como mejorar la salud de población, en los microsistemas de salud, en la prevención de enfermedades y en los ciclos de vida de las personas. Adicional, para lograr cumplir la triple meta de manera efectiva, es necesario cumplir con tres condiciones básicas que son la existencia de un integrador quien se debe encargarse de la población elegida; así como, de coordinar los servicios que se requieren para poder competir en las tres dimensiones de manera simultánea, otro aspecto son las consideraciones de las limitaciones presupuestarias y políticas. Por último, está el definir la población sobre la que se va a actuar.

Otra definición que hay sobre la triple meta es que se trata de un esfuerzo que se hace con la finalidad de mejorar la salud y lograr que llegue al usuario y a su familia, convirtiéndose esto en una prioridad para los actores involucrados en el servicio sanitario; por lo cual, deben poner énfasis en brindar una atención de calidad mediante un trabajo coordinado y concertado, olvidando los esfuerzos individuales y enfocándose en los colectivos que le aseguren alcanzar los objetivos planteados como es el mejorar la experiencia del paciente, reducir costos de atención y mejorar la salud de la población. Es necesario destacar que, los objetivos de la triple meta dependen uno del otro; por lo que, si se realizan cambios en uno de ellos, esto podría afectar a los otros dos de manera negativa o positiva (Cañón, 2019).

Para la organización Improving Health and Health Care Worldwide (2014) las palabras triple objetivo se tratan de la búsqueda de reducir el costo per cápita de la atención médica, mejorar la salud de la población y mejorar la experiencia de atención del paciente, pero no se debe olvidar que este triple objetivo es un único objetivo dividido en tres dimensiones. Por otra parte, el marco IHI triple objetivo se refiere a un método usado para investigar ideas innovadoras de manera rápida y así evaluar el potencial que tiene para lograr mejorar la calidad. Finalmente, el término iniciativa IHI triple objetivo se trata del esfuerzo que ha puesto durante varios años la IHI para realizar una prueba piloto del marco IHI triple objetivo.

Para Varela et al. (2018) los beneficios que se obtienen de una atención sanitaria basada en el valor es el menor gasto sanitario mediante estrategias centradas a la prevención de enfermedades crónicas y así brindar una mejoría a su estado de salud, con lo cual, se logre la recuperación rápida de enfermedades reduciendo el consumo de recursos sanitarios. Para esto se requiere una inversión inicial, con el fin de ofrecer servicios de prevención que al final permitirán una menor dedicación al control de enfermedades crónicas. Los proveedores se beneficiarían, ya que podrán alinear los servicios y productos, pero con resultados positivos para sus pacientes a menor costo. Otro beneficiario es la sociedad que se hace más saludable con una reducción del gasto en atención de salud.

Los sistemas sanitarios de algunas partes del mundo están inmersos en la que puede calificarse como la reforma más importante en décadas. El objetivo general es mejorar los resultados de salud y la calidad de los cuidados, asegurando simultáneamente la sostenibilidad del sistema desde un punto de vista económico. La mejora del sistema de atención médica requiere el cumplimiento simultáneo de

tres objetivos: mejorar la experiencia de la atención, reducir los costos per cápita de la atención sanitaria y mejorar la salud de las poblaciones. Las condiciones previas para este objetivo incluyen el registro de una población identificada, un compromiso de universalidad para todos sus miembros y la existencia de una organización (un integrador) que acepte la responsabilidad de cumplir los tres objetivos para la población en cuestión. El rol del integrador incluye al menos cinco componentes: la asociación con los individuos y las familias, el rediseño de la atención primaria, la administración de la salud poblacional, la administración financiera y la integración de los macrosistemas (Berwick et al., 2008).

La triple meta en salud

El trabajo para mejorar el cuidado específico de un sitio para los individuos debería expandirse y prosperar. En otra perspectiva; sin embargo, Ecuador no podrá alcanzar una atención médica de alto valor a menos que las iniciativas de mejora sigan un sistema amplio de metas asociadas. En total, se les denominará a estas metas el “triple objetivo”: mejorar la experiencia individual de la atención médica; mejorar la salud de las poblaciones; y reducir el costo per cápita de la atención para la población. Los componentes de la triple meta no son independientes. Los cambios que ocurran al seguir un objetivo pueden afectar a los otros dos, ya sea de manera negativa o positiva. Por ejemplo, mejorar la atención para los individuos puede incrementar los costos si las mejoras están asociadas con nuevas, efectivas y costosas tecnologías o fármacos. Al contrario, la eliminación de uso excesivo o mal uso de terapias o exámenes diagnósticos pueden llevar a una reducción de costos y resultados mejorados. La situación se hace más compleja por demoras entre los efectos de los cambios. Un buen

cuidado preventivo puede tomar años para rendir resultados en costos o salud poblacional (Institutos Estadounidenses de Investigación, 2019).

Uno de los países en implementar dentro de su sistema de salud la Triple Meta fue los Estados Unidos a partir del 2010, como parte de la estrategia nacional que buscaba dar solución a los problemas de salud, esta estrategia fue de gran importancia para el presidente Barack Obama; pues permitieron la implementación de reformas comprendidas en la Ley de Protección de los Pacientes y de Atención Asequible (PPACA). A partir de ahí, varias entidades han trabajado conjuntamente para encontrar la mejor manera para desarrollar las acciones comprendidas en el triple objetivo. A nivel mundial en los últimos años han participado más de 140 organizaciones en un proyecto colaborativo donde se intercambian experiencias sobre la implementación simultánea y conjunta de los tres objetivos. En este proyecto forman parte aseguradoras de salud, sistemas de salud enteros, otros actores del sector y hospitales. Al término del análisis de los contrastes entre las estructuras y los contextos de los sitios, no llegaron a progresar y los que sí, los investigadores del IHI pudieron desarrollar una teoría ex post facto de lo que se requiere para que una comunidad pueda cumplir con éxito la Triple Meta (Sobrino, 2014).

Para conocer si la atención de una población está progresando hacia la triple meta se deben revisar tres factores que inician con el trabajo de los hospitales involucrados, donde su responsabilidad es tratar de estar más vacíos y celebrar que su población necesite menos del hospital. Luego es importante observar que la atención generada por la oferta; ya no sea tan fuerte y que los pacientes extraigan recursos del sistema, por último, los pacientes deberían decir “me recuerdan”. Esto quiere decir que, los pacientes reconocerían que el sistema

de salud conoce sus deseos, oportunidades y necesidades para el mejoramiento de la salud, aunque ellos se olviden. Además, para el sector sanitario sería sensato de que los ingresos de las personas tendrían un mejor destino, en vez de pagar por la atención de enfermedades evitables y una atención que no necesitan.

Cada vez es menos un problema técnico el alcance de la triple meta; ya que, gracias a la evidencia científica y las experiencias de varios países, hoy en día hay mayor posibilidad de disponer de sistemas de salud basados en la evidencia y que sean viables, los mismos que brinden mejores resultados de los que hay en cada uno de los tres objetivos. Las demás barreras son políticas, debido a que el cambio de paradigma produce dolor en casi todos los actores del sector sanitario, al igual que, la salida del estatus quo, estos son aspectos que pueden impedir que se aprovechen las grandes ventajas que ofrece una atención más integrada sobre los componentes de la Triple Meta (Vítolo, 2016).

El objetivo de evaluar la satisfacción del servicio (experiencia del proceso de atención) va con el fin de mejorarla cuando se interactúa con el paciente, para que esta sea efectiva se debe evaluar el estado de salud general de los usuarios, a la vez se identifica su preocupación, área de riesgo existente y evaluar la mortalidad general. Además, en varios centros de atención los registros de salud electrónicos, procesos estructurados en validar la satisfacción de los usuarios y el levantamiento de acciones correctivas y preventivas son algunos de los cambios que se están implementando para cumplir con el objetivo y las organizaciones de atención médica pueden rastrear el impacto de estos cambios a través de las encuestas de satisfacción y acciones de mejora de la calidad estandarizadas.

El estudio de caso de tres organizaciones médicas que participaron en la implementación de la triple meta vertió luces en la forma que se asocian con

relación a los proveedores y se organizan a fin de cumplir el equilibrio dentro de las tres aristas de ésta teoría estratégica, finalmente a medida que las organizaciones adopten de forma estratégica el enfoque de la triple meta será posible compartir experiencias únicas y exitosas del modelo de gestión con un mejor manejo de la atención médica y salud preventiva, es probable que el programa genere más innovaciones, pero con el pasar del tiempo se podrá evidenciar un mejor manejo de la satisfacción de los usuarios de servicios médicos, mejorar su salud y controlar los costos incurridos siendo en algunos lugares pioneros de modelo estratégico (Klein, 2010).

Dentro de la región de las Américas, se ha estudiado la atención en salud basada en el valor, que la misma se ampara bajo los principios de la triple meta en salud, el valor busca la manera de orientar los servicios a fin de lograr la máxima satisfacción de los usuarios, mientras se mantiene una óptima relación entre los costos y los resultados.

Algunos hablan del valor distributivo en cómo se distribuyen los recursos permitiendo que se obtenga el mayor beneficio posible, se describe el valor técnico el cual se ajusta aumentando el valor asociado con las mejoras en calidad y seguridad del paciente y se describe el valor personalizado, en donde, se genera valor en cada atención en combinación con la precisión y el uso de la mejor evidencia clínica posible (Caicedo, Gómez & Díaz, 2017).

Como posterior a la investigación, se propone un plan de mejora en el cual se trabaja en la planeación estratégica del centro médico ambulatorio enfocado en el mayor grado de cumplimiento de las aristas de la triple meta, donde se podrá dar la base para formular, implantar y evaluar el cumplimiento de esos objetivos, los mismos que deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y llevados

en la línea del tiempo dejando muy claro el cumplimiento de este proceso. Centros de atención médica de otras partes del mundo lo están poniendo en práctica incluso de forma estratégica agresiva, el abordaje en la mejora del rendimiento de sus propias unidades y los resultados evidenciados muestra que la estrategia está funcionando, llegando a fomentar estilos de vida más sanos y reduciendo los costos (American Hospital Association, 2015).

El equilibrio de las partes de la triple meta

El propósito de la triple meta es un ejercicio en equilibrio y este será sujeto a constricciones políticas específicas, como decisiones acerca de cuánto gastar en atención médica o qué cobertura ofrecer y para quién. La más importante de todas estas constricciones, debería ser la promesa de equidad; el beneficio de la salud en una subpoblación no debe ser alcanzado a expensas de otra subpoblación. Pero esa decisión recae en los dominios de la ética y la política; no es técnicamente inherente a la triple meta en salud.

Un sistema de salud capaz de la mejora continua en todas las tres metas, bajo cualquier restricción creada por la política, se ve diferente de un sistema diseñado para la primera meta solamente. El seguimiento equilibrado de la triple meta es congruente con los modelos de negocio corrientes de una cantidad diminuta de organizaciones de atención médica en el país. La gran parte de los sistemas de salud consideran solo una o hasta dos de las dimensiones como una estrategia y tienden a no reconocer las tres. Por lo tanto, existe una paradoja con respecto al seguimiento de la triple meta. Desde el punto de vista del Ecuador en general, es esencial; desde el punto de vista de agentes individuales respondiendo a las fuerzas corrientes del mercado, el seguimiento de las tres metas a la vez no está en su interés propio inmediato (Berwick et al., 2008).

Bajo las dinámicas corrientes del mercado y los incentivos de pago, es completamente racional para los hospitales que intenten llenar las camas y expandir sus servicios a pesar de que el trabajo de Skinner, Fisher & Wennberg (2005) predijeron fuertemente que el efecto neto será de mayor costo y sin una mejor calidad. La mayoría de los hospitales parecen creer que pueden proteger su presupuesto de la mejor manera al proteger e incrementar los ingresos. Una mayor eficiencia en la producción local puede ayudar también, pero las eficiencias sistémicas que reducen los ingresos o las tasas de admisión son amenazas a la falta de presupuesto. Las mismas dinámicas de pago por lo general llevan a los hospitales a concentrarse solo en el cuidado dentro de sus paredes, percibiendo las readmisiones en algunas patologías, por ejemplo, como defectos fuera del hospital, no como su responsabilidad de prevenir.

Las tres dimensiones de la triple meta juntas son un marco para medir el valor del actual sistema de salud en un centro médico ambulatorio. El valor puede ser conceptualizado como la optimización de la triple meta, reconociendo que diferentes grupos de interés pueden dar diferentes ponderaciones a las tres dimensiones establecidas. La medición de costos en aislamiento no tiene mucha utilidad; se necesita ser combinado con medidas de las otras dos dimensiones de la triple meta. Así se tiene, la combinación del costo per cápita y la experiencia de cuidado de la salud permiten a su vez la medición de la eficiencia de los servicios. Según la Alianza AQA, la eficiencia de la atención es una medida de la relación del costo de la atención asociada con un nivel específico de desempeño medido con respecto a los otros cinco objetivos de calidad del instituto de medicina de los estados unidos (IOM). Del mismo modo, la combinación de la salud de la población con la experiencia en la atención médica permite la medición de la

efectividad de la atención médica, o la eficacia comparativa cuando se pueden comparar tratamientos alternativos. Combinando así las tres dimensiones del Triple Objetivo o triple meta – salud de la población, experiencia en la atención médica y costo per cápita - permite la medición de la efectividad de los costos a nivel del marco de la salud de un centro médico ambulatorio (Stiefel & Nolan, 2012).

Proceso para generar el cumplimiento efectivo de la triple meta

Según Díaz (2020) para que la triple meta se pueda cumplir es importante que se sigan tres condiciones importantes que son que exista un integrador, que se considere las limitaciones y de definir la población a actuar. El integrador es la figura de un líder de proyecto que debe tener conocimiento de cómo unir a las personas que trabajan en instituciones de salud, tratando que todos los colaboradores cooperen y trabajen en equipo; es decir, una persona que se centre su atención en la población seleccionada mediante la coordinación, buscando siempre ayudar a que las tres dimensiones funcionen simultáneamente. En lo que respecta a las limitaciones políticas y presupuestarias, estas deben ser superadas, siendo esto parte de las habilidades de gestión donde existen dos sistemas de toma de decisiones, uno para el sistema técnico y otro para el sistema político, siendo ambos un complemento donde se retroalimentan y establecen un *meeting* para las peticiones y estrategias. La definición de la población es seleccionar los beneficiarios del proyecto.

De acuerdo a los Institutos Estadounidenses de Investigación (2019) existen aspectos que se deben llevar a cabo para lograr demostrar valor en los centros comunitarios de salud; esto es por medio de la medición de la triple meta, para lo cual recomiendan que primero deben hacer una prioridad medir el triple

objetivo, decidir sobre una población o tema para analizar o medir, elegir medidas con relación a los costos, la experiencia del paciente y la salud, llenar los espacios en los datos, utilizar datos para visualizar triple objetivo y comunicar sobre el triple objetivo y su valor a las partes.

Es importante que, los sistemas de prestaciones de servicios responsabilicen a los proveedores de la calidad, y a los pagadores, así como el costo de la atención a los pacientes. Las instituciones de salud pueden elegir una población para simplificar el análisis y medición de los datos, los mismos que se pueden seleccionar revisando información de sus informes, mediante revisión de prevalencias y de los casos evitables. Se deben seleccionar las medidas que se van a emplear para la medición de las tres dimensiones de la triple meta, para los costos revisar los valores que se han pagado por un servicio o sustitutos de costos que miden el uso de recursos. Es común que existan lagunas en los datos que se dan en el costo de paciente y en las áreas de experiencia del paciente, pero estos deben de ser llenados mediante la administración de entrevistas o encuestas. Es necesario utilizar los datos de las tres dimensiones de la triple meta mediante software básico, que le facilite tener una visión global de cada una. Por último, se deben adaptar los mensajes de los datos a las partes interesadas clave; ya que las comunicaciones pueden ayudar a mejorar la calidad de los datos (Institutos Estadounidenses de Investigación, 2019).

Según Novartis Pharmaceuticals (2019) la triple meta no se logra realizar desde un modelo de gestión de estructuras fragmentadas, por ese motivo se requiere que este se cambie a un tipo de modelo de funcionamiento que esté basado en la gestión de sistemas; no obstante, deben existir procesos organizativos y gerenciales que les ayude a disponer de capacidades para organizar y prestar

servicios enfocados en la triple meta. Sin embargo, el generar nuevas estructuras per se no garantiza que se cumplan los objetivos de la triple meta, por ese motivo es importante crear nuevas condiciones organizativas para que parte de la institución asuma su responsabilidad con respecto a alcanzar la triple meta.

Funciones de un integrador

Entre las funciones que tiene un integrador están involucrar a individuos y familias, rediseño de estructuras y servicios de atención primaria, gestión de la salud de la población, sistema de gestión financiera e integración de sistemas a nivel macro. Para lograr buscar el triple objetivo es importante estar informado continuamente sobre los determinantes de su estado de salud y de las limitaciones y beneficios de los procedimientos y prácticas individuales de atención médica. El integrador es responsable de desplegar recursos para la población o sino designar a alguien para que lo realice, mediante la disponibilidad de información sobre salud para lograr segmentarla y poder administrar su atención (Berwick et al., 2008).

El integrador eficaz debe asegurar la asignación y pago de los recursos que respalden el triple objetivo, para lo cual deben controlar los costos, medir, hacer y definir transparencia del costo per cápita. El integrador debe contratar o producir atención individual e intervenciones fiables enfocadas en la población, todos los integrantes de la salud deben tener acceso a definiciones estandarizadas de calidad y costo, conocimientos actualizados de los médicos, medición y evidencias distribuidas por organismos fiables (Berwick et al., 2008).

Condiciones de la salud de la población

En el Ecuador durante el año 2008 las causas principales de muerte en la población se debieron a las enfermedades crónicas no transmisibles como

cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, insuficiencia cardíaca, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares; al igual que, las agresiones y los accidentes de transporte terrestre. Sin embargo, entre las diez principales causas de muerte, las únicas enfermedades transmisibles han sido la neumonía y la influenza. Lo antes expuesto demuestra transición epidemiológica donde coexisten las enfermedades transmisibles y los problemas crónicos no transmisibles. En este periodo de tiempo las cuatro primeras causas de mortalidad en el género femenino fueron la neumonía, las enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y la influenza que provocaron el 25% de las muertes totales. En lo que respecta a las principales causas de muerte de los hombres fueron las agresiones y los accidentes de transporte terrestre, los causantes del 12% de las muertes totales (OPM & OMS, 2014).

Para el 2008 Ecuador reconoce en su constitución a la salud como un derecho ciudadano, con una amplia visión estratégica en conjunto con otros derechos, esto más la gratuidad de todos los servicios, llevó a la implementación modelo nuevo de atención, esta vez no se centró en los servicios curativos o la enfermedad, sino enfocado en las personas, sus familias, sus comunidades, con el enfoque hacia la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Un elemento importante de esta reestructuración fue la recuperación de la rectoría del MSP como máxima autoridad en salud, trabajando así en las líneas de servicios de la red pública y la red complementaria de servicios, se establecen dos agencias reguladoras, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia (ARCSA) para los productos de uso y consumo humano y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) quien regula

la calidad de los servicios de los prestadores y aseguradores del país (Espinosa, 2017).

Marco Conceptual

El concepto de bienestar incluye el aspecto mental, social y físico de la persona; no obstante, en un estado de bienestar "las personas muestran un contenido de consciencia sobre sus capacidades; además, afrontan los aspectos tensionantes de la vida y la cotidianidad, muestran productividad en sus áreas de desempeño y contribuyen en su comunidad" (Moreta, López, Gordón, Ortíz & Gaibor, 2018, p. 113). Por otro lado, Dorner y Soto (2017) afirmaron que el concepto de bienestar está relacionado con la felicidad de las personas, este "se caracteriza por el hecho que una persona que tiene una actitud positiva de la vida, tiende a mirar el lado positivo de las cosas, y no centrarse sobre lo negativo" (p. 35).

La calidad atención sanitaria es el grado en que los servicios de salud logran aumentar la salud a parámetros deseados y que van acorde al conocimiento profesional (Goldman & Schafer, 2013). En cambio, Martín (2019) estableció que la calidad asistencial es la que se realiza de manera continua con eficiencia, efectividad y eficacia, la misma que debe ir en relación a las necesidades de los pacientes que debe aceptarlas y estar a su alcance, conforme a los conocimientos actuales.

En lo que respecta a la calidad de vida es un término que se refiere a las condiciones de vida que una persona desea que están inmersamente relacionadas con ocho dimensiones como son la inclusión social y derechos, la autodeterminación, el bienestar físico, el desarrollo personal, el bienestar material, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional (Escuder & Cabedo, 2014).

De igual manera, para Benítez (2016) la expresión calidad de vida se trata de los distintos aspectos como las facilidades para cubrir las necesidades de la vida diaria o incluso la felicidad, las comodidades a nivel socio-económico y la satisfacción con unas condiciones específicas.

El costo per cápita hace énfasis al control o reducción del costo per cápita ocasionado por atención y tratando de optimizar los recursos (Ruano, 2015). Para Efxto (2017) el costo per cápita es un término que se utiliza en informes económicos y donde se describa una población, además significa el promedio por persona.

Para Ferreira y Porto (2018) la gestión hospitalaria es un concepto complejo debido a que demanda la administración de hospitales, en donde se busca la máxima calidad en aspectos técnicos y humanos; además, se deben implementar estrategias de prevención, investigación, promoción, práctica, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, haciendo uso de tecnología y recurso humano. Por otro lado, Naranjo (2016) afirmaron que la gestión hospitalaria tiene como uno de sus objetivos la asignación de recursos con presupuesto limitado para garantizar la calidad en salud, para esto es fundamental el uso de tecnologías de información y comunicación.

Para Cañón (2019) la triple meta se refiere a un esfuerzo que se hace con la finalidad de mejorar la salud y lograr que llegue al usuario y a su familia, convirtiéndose esto en una prioridad para los actores involucrados en el servicio de la salud. Por otro lado, según Díaz (2020) la triple se basa en mejorar la experiencia de los pacientes por medio de una mejor atención primaria, gestión hospitalaria y clínica y de la gestión del acceso de pacientes al sistema de salud. El integrador es la persona que acepta la responsabilidad de trabajar por conseguir

la triple meta para alcanzarla, pero que durante este proceso no puede excluir a subgrupos o miembros de una población (Vítolo, 2016).

Capítulo 2: Marco Referencial

En este apartado se van a exponer los diferentes trabajos investigativos que se han desarrollado sobre el la triple meta en el ámbito sanitario desde perspectivas internacionales y nacionales, así como revisar la situación actual de la salud en el Ecuador, para finalizar con la revisión de las bases jurídicas que respaldan el estudio.

Antecedentes Referenciales

En el trabajo investigativo de Whittington, Nolan, Lewis y Torres (2015) se logró conocer que en el año 2007 el IHI empezó a reclutar muchas organizaciones a nivel mundial para que participen en la colaboración del triple objetivo, para lo cual un total 141 instituciones se unieron a este estudio entre ellas habían compañías de seguro de atención médica, hospitales, sistemas de atención médica y otros vinculados con la atención médica. La participación de las diferentes instituciones del ámbito de la salud les permitió concebir una teoría ex post donde se contemplan los aspectos que se requieren para conseguir con éxito el triple objetivo. Esto fue posible gracias los contrastes que se dieron en las estructuras de los sitios participantes donde algunos llegaron a progresar y otros no.

Entre los hallazgos se pudo identificar que existen tres principios fundamentales que llegaron a guiar a las comunidades y organizaciones que trabajaron en la triple meta, los mismos que fueron establecer un sistema de aprendizaje que permite sostener e impulsar el trabajo durante el tiempo, el gestionar los servicios a la población y crear bases adecuadas para la gestión de la población (Whittington et al., 2015).

En el estudio de Quanje, Spreuwenberg, Struijs, Baan y Ruwaard (2017) que está basado en la evaluación de atención primaria holandesa y sobre los resultados del *Triple Aim*, tuvieron como metodología un estudio cuantitativo, diseño observacional-longitudinal acompañado de un estudio cualitativo. La población de estudio fueron los pacientes adultos mayores o igual a 18 años que presentaban enfermedad cardiaca no aguda y baja complejidad, la técnica fue la encuesta enfocada en evaluar la experiencia de atención y el estado de salud, así como el uso de la observación para revisar datos sobre costos relacionados con la atención médica. Se identificó que el sitio pionero "My Care" brinda una atención primaria superior, buscando expandirse a servicios adicionales a los cardiacos. El Ministerio de Salud holandés ha brindado esfuerzos como el sitio mencionado, además de una segmentación por regiones, para lograr una alta calidad en el cuidado de la salud tomando en consideración la triple meta.

Trickett, Matiacó, Jones, Howlett y Briggs (2016) desarrollaron una investigación donde se enfocan en la evaluación de la efectividad de las citas médicas compartidas para lograr el triple objetivo y a su vez mejorar el manejo del sobrepeso/obesidad y diabetes. La metodología se fundamentó en el desarrollo de una búsqueda literaria revisada por pares de PubMed con palabras claves como citas médicas grupales, citas médicas compartidas sin ponerle ninguna restricción de fecha, pero todas en idioma inglés. Se logró obtener ocho artículos que cumplieron los criterios de inclusión, en los cuales se habló de manera combinada de aspectos como la reducción de costos, satisfacción del paciente, mejor atención y mejores resultados.

Por otro lado, Obucina et al. (2018) ejecutaron un estudio relacionado con la aplicación del marco de triple objetivo en el contexto de la atención primaria de

la salud bajo el desarrollo de una revisión sistemática literaria bajo el empleo de la declaración PRISMA. En consecuencia, conforme la verificación de la evidencia empírica asociada con el marco del triple objetivo, se identificó que los proveedores de atención primaria de salud se encuentran en una lucha constante, dada la ausencia de orientación y medidas que posibiliten una evaluación de desempeño efectiva.

De igual forma, se identificó que muchos países han integrado el concepto de triple objetivo en el rediseño de la atención médica; no obstante, requieren de una planificación estratégica para cumplir simultáneamente con los objetivos. A pesar de que el marco de la triple meta se encuentra en desarrollo, su utilidad en el contexto de la salud se concibe como un elemento necesario en la prestación de los servicios de salud, donde las instituciones se encuentran en la búsqueda de mejorar la calidad de los mismos (Obucina et al., 2018).

Adicional, se incluye el estudio de Ryan, Belle, Glazier y Hutchison (2016) cuyo objetivo se fundamentó en analizar la aplicación del marco de la triple meta en la evaluación y medición del desempeño del personal de atención primaria de salud. En el enfoque metodológico, se integraron los componentes de a triple meta, lo cual se complementó con un total de 10 dimensiones procedentes de datos administrativos y encuestas de salud para 17 centros de Equipos de salud familiar (FHT) en la provincia de Ontario, Canadá. Dado los resultados, se evidenció que los FHT carecen de medidas que favorezcan el marco de la triple meta, destacando la limitada consistencia entre el desempeño y los componentes de la triple meta que son la salud, costo y experiencia del paciente. En conclusión, se determinó la necesidad de gestionar mejores medidas que se empleen con

facilidad para examinar el desempeño de la triple meta en los equipos de la atención primaria de salud.

En el trabajo investigativo de Mery, Majumder, Brown y Dobrow (2017) que trató sobre la triple meta, se llevó a cabo utilizando como metodología la revisión sistemática de documentos donde se pudo observar que hay una infinidad de estos que llegan a adaptar el triple meta para adoptar un marco de sistema de salud integral. Los datos hallados fueron que el 94% de los trabajos encontrados estaban basados en Estados Unidos y Canadá, el 69% de documentos eran de sede en Estados Unidos que mostraban una versión del triple objetivo convergente con lo especificado por la IHI, mientras que el 14% eran fuera de Estados Unidos.

Højriis, Mazzocato, Savage y Savage (2017) desarrollaron un estudio con la finalidad de analizar cómo los gerentes y el personal de salud comprenden los cambios inherentes al marco de la triple meta, incluyendo los modelos mentales subyacentes. El trabajo mantuvo una metodología cualitativa que se encuentra fundamentada en el desarrollo de 30 entrevistas aplicadas a enfermeras, personal médico y gerentes de un área de ginecología de Dinamarca, en donde se visualizó la reducción exitosa de los costos, hecho que se generó mediante la simplificación de camas y personal, manteniendo la calidad asistencial. Los modelos mentales se estructuraron bajo el análisis de la información procedente de las entrevistas.

En función de los resultados, se establece que tanto los gerentes como el personal médico lograron identificarse con las dimensiones procedentes de la triple meta; en este sentido, enfermeras y parteras mantuvieron su enfoque en la experiencia del paciente, los médicos orientados a los resultados de la salud y los gerentes hacia los tres objetivos. En relación con los modelos mentales, se reconocieron cuatro; en este sentido, la comprensión del cambio se generó bajo el

impulso interno de mejorar la atención considerando el modelo mental relacionado con el discurso sociopolítico. Respecto a la comprensión de la economía, esta se generó bajo el enfoque de que las personas obtienen lo que paga por lo que paga. En general, se determina que el personal de estudio visualiza la triple meta como una disyuntiva entre la economía y la calidad, siendo esto una amenaza para la atención (Höjriis et al., 2017).

En el estudio de Tanenbaum (2017) se determinó que la formulación de la triple meta responde a un conjunto de problemas que el sistema de salud de Estados Unidos enfrenta, dentro de los cuales se integra el mal estado de salud, baja calidad y el alto costo. El objetivo de la investigación se fundamentó en el desarrollo de un análisis orientado a determinar el potencial del sistema de salud para lograr el triple objetivo e impulsar la mejora de la salud de la población. El desarrollo del artículo se generó bajo un argumento otorgado a los esfuerzos ejecutados por los centros para servicios de Medicare y Medicaid ante el pago de los proveedores con el fin de lograr el triple objetivo; esto indica, mejorar la atención de la salud en la población considerando los costos. Con base al estudio analizado, se identificó que los desafíos para mejorar la salud parten del establecimiento de políticas orientadas a la salud de la población; la triple meta tiende a destinar recursos a la salud de la población, por lo que se considera como un factor beneficioso para los pacientes.

Considerando la triple meta en el ámbito colombiano, el Ministro de Salud y Protección Social de dicho país determinó la necesidad e importancia de establecer en la agenda pública cuestiones asociadas con la calidad de servicio manteniendo el enfoque de la triple meta. En este caso, se identificó que la triple meta impone que la gestión del ministerio de salud se debe enfocar en el

mejoramiento del bienestar y de las condiciones de la población, bajo la promoción del respeto en relación con el servicio otorgado y el cumplimiento de las expectativas poblacionales. Por consiguiente, se destaca que al igual que los resultados de salud, el servicio otorgado es importante, lo cual se genera bajo el principio de la calidad (MinSalud, 2018).

Mold (2017) llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar la atención médica guiada por objetivos. Bajo esta perspectiva se evidenció que, para que la atención dirigida por objetivos logre mejorar la calidad de atención, esto dependerá de la definición que se otorgue al término de calidad. En este sentido, al redefinirse la salud en términos de objetivos centrados en el paciente, la atención médica debe enfocarse de forma directa en resultados significativos, mediante la reducción de tratamientos irrelevantes y número de pruebas. Por ende, la reformulación de salud en el sistema de atención fomenta e impulsa la reducción de los costos y mejora la calidad; durante el proceso de la atención médica, esta acción debe gestionarse con un mayor grado de humanidad y menor tecnicismo.

En Brasil, se logró la reducción de las infecciones inducidas por hospitales en 120 hospitales públicos, en asociación con el Ministerio de Salud y los 5 hospitales de excelencia (Hospital Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein y Hospital Moinhos de Vento) (PROADI) Brasil, a principios de diciembre de 2017, avanzó con éxito un proyecto con 120 hospitales públicos en todo Brasil con el objetivo de reducir el número de infecciones nosocomiales en un 50%. Con emocionantes resultados en los primeros 18 meses de colaboración, el proyecto busca ahora comenzar su segunda fase continuando el trabajo en la reducción de esas infecciones inducidas por

hospitales en los 120 hospitales públicos trabajando en la triple meta en salud (IHI, 2020).

En junio de 2012, IHI colaboró con el Centro de Gestión Hospitalaria y el Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, para ofrecer el 1er Encuentro Latinoamericano sobre Calidad y Seguridad del Paciente, en Cartagena, Colombia. Un enfoque clave de la conferencia, que contó con varios profesores clave del instituto para el cuidado de la salud (IHI), fue presentar el marco de la triple meta en salud a la región y proporcionar apoyo para los esfuerzos continuos para desarrollar la capacidad de mejora y mejorar la seguridad del paciente en Colombia empezando desde la atención primaria en salud (IHI, 2020).

Marco Contextual

Según la OPS y OMS (2007) la atención primaria durante la década de los 70 tenía como objetivos alcanzar un nivel de salud mínimo que les ayude a tener una vida digna, sus planes eran que hasta el año 2000 los países formularan y ejecutaran estrategias orientadas a conseguir una atención básica de salud, pero no se dieron cuenta de los alcances de esta meta, lo que llevó a que se discutiera que para poder llevar a cabo dicho objetivo era necesario el compromiso incesante de los gobiernos, la reestructuración de los sistemas de salud y la asignación de los recursos necesarios para que puedan obtener efectividad en esta visión. Es indudable que, la atención primaria tuvo gran impacto en algunos indicadores y en la calidad de vida de los países de América Latina como es el incremento de la esperanza de vida que en 1980 estaba casi 66 años y para el 2000 llegó a 71 años, al igual que se vieron grandes cambios en la reducción de la tasa de mortalidad infantil que en el área andina en 1978 era de 70 por 1000nv y en el 2000 esta se

posicionó en 40, consiguiendo superar las expectativas que tenían hasta esa fecha que era de 60 por 1000nv, mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en 1980 era de casi 80 por 100,000 habitantes, en el año 2000 fue de 40 por 100,000 habitantes.

Tomado en consideración la salud de los ecuatorianos durante los últimos 10 años el modelo de atención ha sufrido algunos cambios en el marco de su estructura y de los procesos que se ven reflejados en el resultado final que es ofrecer el mayor grado de bienestar en los ciudadanos. Basados en un estado de Derechos, todo el sistema de salud es reestructurado, en primer lugar, identificando como el ente regulador máximo en salud al MSP, quien se enfoca en la reconstrucción de todo el modelo de atención en salud. Regidos en los principios fundamentales del Manual de atención Médica integral (MAIS), y la formación con articulación de la Red Pública y complementaria, regidos bajo estatutos orgánicos y un tarifario básico nacional, brindar atención médica con Calidad y Calidez a los ciudadanos.

De acuerdo a OPS y OMS (2017) el gasto público en salud como porcentaje del PIB durante el año 2014 en los países de América, el país con mayor gasto fue Cuba con casi el 11%, seguido de Estados Unidos de América con el 8%, mientras que Ecuador estuvo pasado del cuatro por ciento. En lo que respecta a las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, el mayor porcentaje lo consiguió Colombia con el 21.7%, seguido de Paraguay con el 18.7% y Argentina con el 18.2%; mientras que Ecuador durante el 2001 al 2010 tuvo el 17.3%. Además, en el año 2014 la población mayor a 15 años consumía tabaco, el 6.6% alcohol, el 62.8% de la población tenía obesidad o sobrepeso y el 62.7% de la población no efectuaba actividad física. En cuanto a

enfermedades crónicas, el 3.4% de las personas entre 40 y 49 años presentaban diabetes mellitus, al igual que, el 10.3% de individuos entre 50 y 59 años y el 15.2% de los adultos mayores.

En Estados Unidos se llevaron a cabo grandes cambios a los programas Medicaid y Medicare mediante la Ley del Presupuesto Equilibrado (BBA) de 1997; para lo cual, esta ley contemplaba un incremento de la capacidad de Medicare para que efectúe contratos con planes de salud privados, esto fue conocido como Medicare Choice, o Medicare Parte C. La BBA sancionó el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP), para de esta manera lograr aumentar la cobertura de seguro de salud de los niños. El gobierno que presidía en esa época declaró su intención de hacer que el Estado participe en la reforma del sistema de asistencia sanitaria de la nación norteamericana, la misma que sería guiada por tres metas que fueron garantizar el enfoque al paciente por medio de una atención accesible y de excelente calidad; robustecer la red de asistencia de salud y fortalecer las investigaciones biomédicas; crear un entorno de promoción e incentivo de la calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En la actualidad a nivel de América Latina aumentan los niveles de exigencia de los pacientes en el servicio que ofertan cada una de las entidades de salud sean estas públicas o privadas, mediante el avance de la tecnología, la disminución de los costos en los servicios y del tiempo de entrega de los resultados de cada paciente, no obstante, un factor importante que influye en lograr cumplir con la exigencia de los clientes, parten de la forma como se desarrolla la gestión por procesos de realización de cada entidad de salud, por esto de crean planes de mejora, enfocados en estrategias innovadoras, estableciendo

metas a cumplir con su respectivo indicador y metodología a fin de seguir el paso al ciclo del mejoramiento continuo de la calidad (PHVA – Ciclo de Deming).

Se debe destacar que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está encargada de la Autoridad Sanitaria Nacional, la misma que tiene como competencias el formular la Política Nacional de Salud, controlar, regular y normar todas las actividades relacionadas con la salud; así como, el funcionamiento de las entidades del sector. Las responsabilidades que tiene el Estado son garantizar las prácticas ancestrales; asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva, así como garantizar la salud integral de las mujeres, en particular durante el embarazo, parto y postparto; asegurar medicamentos seguros y de calidad; promover el desarrollo integral del personal de salud; la universalización de la atención, mejorando la calidad y ampliando cobertura; fortalecer los servicios estatales y brindar cuidados especiales a los grupos de atención prioritarios (MSP, 2013).

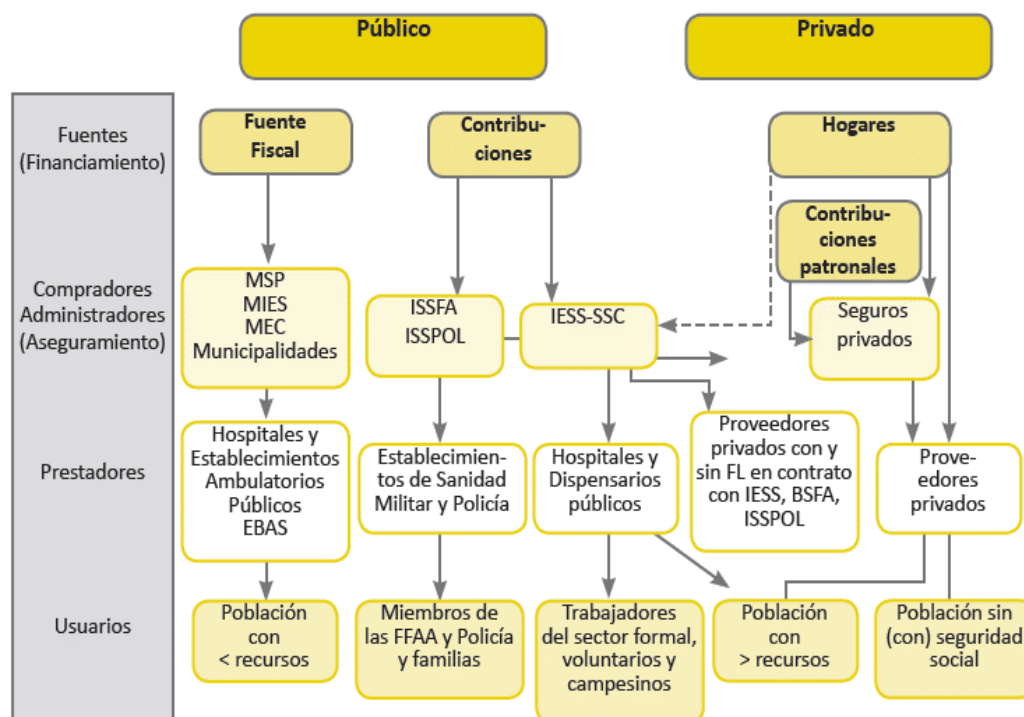


Figura 1. Modelo del Sistema de Salud del Ecuador. Tomado Sistema de Salud del Ecuador de MCDS, 2010.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en Ecuador

Según los antecedentes del sistema de salud de los ecuatorianos durante los últimos 10 años el modelo de atención ha sufrido algunos cambios en el marco de su estructura y de los procesos que se ven reflejados en el resultado final que es ofrecer el mayor grado de bienestar en los ciudadanos. Basados en un estado de Derechos, todo el sistema de salud es reestructurado, en primer lugar, identificando como el ente regulador máximo en salud al MSP, quien se enfoca en la reconstrucción de todo el modelo de atención en salud. Regidos en los principios fundamentales del Manual de atención Médica integral (MAIS), y la formación con articulación de la Red Pública y complementaria, regidos bajo estatutos orgánicos y un tarifario básico nacional, brindar atención médica con Calidad y Calidez a los ciudadanos (Naranjo, Delgado, Rodríguez, & Sánchez, 2014).

De acuerdo con Lucio, Villacrés y Henríquez (2011) el sistema de salud ecuatoriano se encuentra conformado por dos ámbitos, donde se integra el sector privado y público. El sector privado está formado por organizaciones no lucrativas de servicio social y de la sociedad civil, al igual que entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepagada, farmacias, dispensarios, clínicas, consultorios, hospitales). Dentro del territorio nacional, existen aproximadamente 10,000 centros médicos de carácter particular, los cuales cuentan con tecnología e infraestructura de índole elemental. Dichos consultorios se encuentran localizados en las principales ciudades del país, siendo la población objetivo aquella que puede cancelar el servicio.

Las empresas de medicina prepagada y los seguros privados otorgan cobertura hacia el 3% del sector poblacional cuyo nivel socioeconómico se orienta

a la percepción de ingresos altos y medios. Con respecto al sector público, está conformado por los servicios de salud de las municipalidades, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el MSP y las instituciones de seguridad social como son el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el IESS y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA). Las instituciones de seguridad social se encargan de cubrir a la población que perciben una remuneración y a su vez se encuentran afiliados. Respecto a la población que no mantiene un seguro, tanto las municipalidades como el MIES disponen de programas y centros de salud que se orientan a la entrega del servicio de salud; y en ámbitos generales sanitarios contemplando la población global, el servicio de atención en la salud es otorgado por el MSP (Lucio, Villacrés & Henríquez, 2011).

Se propició el fortalecimiento del rol rector del MSP gracias a las normas o políticas implementadas en el 2008, dichas acciones permitieron dentro del sistema la reconfiguración de las relaciones principal-agente. La política pública del Ecuador dentro de sus planes no consideró la configuración institucional del Sistema Nacional de Salud, más bien solo se enfocaron hacia la implementación de las Redes Integrales para la Provisión del Servicio (RIPS) y en el fortalecimiento del primer nivel de atención; debido a esto, los resultados que se esperaban se han visto limitados por la fragmentación y segmentación del sistema.

El MSP como ente rector del sistema, no ha reparado en su capacidad para funcionar como mecanismo de seguimiento y control, en reducir la asimetría de información en la provisión del servicio de salud, en el funcionamiento de los procesos e implementación de normas; al igual que, en la utilidad de los puntos nodales del sistema. Asimismo, se evidencia la falta de un sistema de seguimiento

y control; no obstante, la inexistencia de un sistema integrado de información afecta los tipos de relaciones agente-principal para la provisión del servicio, lo cual, ocasiona el incremento de la pérdida de agencia en las relaciones de responsabilidad, supervisión y regulación (Guzmán, 2019).

Dada a conocer la información anterior, es fácil deducir que la gobernanza en salud y el marco institucional afectan la política enfatizada en la construcción de redes integrales de salud, por lo cual, deja espacio para mejorar los resultados de dicha política, con el propósito de llegar a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Marco socio – económico

Para el año 2012, dentro del gasto público nacional, el sector social tuvo asignado un 27.8%, del cual el 24.5% fue orientado a la salud. En lo que respecta al gasto público en salud reflejó cambios en el periodo del año 2000 al 2011, siendo en este primer año su gasto del 0.6% del Producto Interno Bruto (PIB), incrementándose considerablemente al 2.8%, es decir, más del 450% en el transcurso de 11 años (Carriel, 2012).

En el 2012, el presupuesto de salud fue aproximadamente \$ 1,640 millones, evidenciándose una gran diferencia con los \$103 millones del 2000. Según datos de la OMS, en el 2009 el gasto per cápita fue de \$321. Uno de los aspectos que están expresados en la Constitución de la República del Ecuador es el Presupuesto General del Estado (PGE), el mismo que establece que para la salud se debe destinar un incremento anual mínimo del 0.5% del PIB, esto se debe efectuar hasta que dicho porcentaje alcance al menos el 4%. Dicho planteamiento de la constitución hasta el momento no ha sido cumplido, puesto que, a pesar de haber aumentado significativamente el gasto público en salud en estos años, no

significa que la salud de la población haya mejorado de manera marcada (Mancilla, 2012).

La experiencia dentro del proceso de atención a nivel de atención primaria ha venido sufriendo varias lesiones en su estructura guiada por procesos, se sabe que la satisfacción de los usuarios ante los servicios recibidos, se relacionan con la efectividad, la eficiencia, y a la propia percepción de ese paciente frente a la atención. Para la OMS, los centros de servicios a la salud humana públicos o privados con base en su calidad requerida, deben asegurar que el paciente reciba los servicios de manera óptima, estos son los servicios de diagnóstico, valoración y los procesos terapéuticos; para que, de esta forma logren una atención de calidad.

En los servicios de salud, la calidad es necesaria para mantener y lograr la satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas de los pacientes, a la vez, para orientar mejor los objetivos y metas de una entidad en salud hacia el cumplimiento de los requisitos de los usuarios, el costo de la no calidad es mucho más alto y costosa; la mejora en los procesos nos lleva a mejorar el desempeño, la coordinación y la productividad del centro de atención médica.

La obligatoriedad de observar la calidad en la atención de servicios de salud incide de forma directa en la responsabilidad médico – legal y en la ética; así como en la manera de operativizar el sistema de garantía de calidad en salud de la institución (Delgado, 2010).

Para el año 2017, la OMS publicó datos relevantes y determinantes sobre la sociedad y salubridad del Ecuador. Entre dicha información se resalta el coeficiente de Gini que es el que se encarga de sintetizar la desigualdad de los ingresos; para el año 2014 era de 0.47, en cuanto a la pobreza esta significó el

22.5%. Para el año 2015, la tasa de desempleo nacional fue del 4.5% representando para las mujeres el 5.7% y para los hombres el 3.6%. Con respecto al acceso de la población al agua potable mejorada en el año 2015 su cobertura fue del 87% y el 85% cubrió las instalaciones de saneamiento mejoradas (OPS y OMS, 2017).

Adicional, el Ecuador está expuesto a diferentes desastres naturales como tsunamis, terremotos y erupciones volcánicas, un claro ejemplo de esto es el acontecimiento del año 2015 donde se declaró el estado de emergencia por la erupción del volcán Tungurahua y Cotopaxi. En lo que respecta a terremotos, el país sufrió un terremoto en la región costa en abril del 2016, el cual, produjo daños significativos en la infraestructura del sector de la salud, educación y en lo social (OMS, 2017).

Otro punto importante que se debe destacar en relación al Sistema Nacional de Salud y la situación de la salud en general de la población son sus indicadores como la tasa de mortalidad materna que para el año 2014 esta fue de 49.2 por 100,000 nacidos vivos; debido a varios causantes entre ellos los principales fueron la hemorragia posparto y los trastornos hipertensivos. En el año 2012 los nacimientos de mujeres embarazos menores de 20 años representaron el 19.4 %; manteniendo una cobertura de control prenatal baja con apenas el 24.6%. En lo que respecta a la tasa de natalidad en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2015, está decreció de 19.5 a 14.3 por 1,000 habitantes (OPS y OMS, 2018).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil para el año 2000 y 2014, esta sufrió una reducción del 15.5 a 8.4 muertes por 1,000 nacidos vivos; estableciéndose como las causas primordiales el bajo peso al nacer y los trastornos

relacionados con la duración corta de la gestación con el 6.2%, al igual que la dificultad respiratoria del recién nacido con el 6.4%. En cambio, en las cifras sobre la tasa de mortalidad de menores de 5 años no reflejó variaciones significativas entre el 2010 y 2014 que fueron el 14.8 y el 14.2 por 1,000 nacidos vivos respectivamente. Por otro lado, en el año 2015 la cobertura de vacunación alcanzó el 80%; demostrando que menos del 50% de cobertura se dio en el 14% de los cantones. En lo que se refiere al sarampión, el país tuvo durante el año 2011 un brote que provocó 260 casos de la enfermedad. Mientras que el dengue al ser endémico en el país, su tasa en el año 2014 llegó a alcanzar una cifra de 86.5 casos por 100,000 habitantes reflejando una incidencia alta con el 60% en la población que tiene entre 20 y 49 años, en el caso de los menores de 15 años esta suele darse de forma más grave (OMS, 2017).

A propósito de la infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, su prevalencia durante el periodo de tiempo del 2007 hasta el 2014 se mantuvo relativamente estable, afectando al 0.4% de la población; mientras que la tasa de mortalidad por dicha enfermedad es de 5.2 por 100,000 habitantes, con mayor frecuencia se da en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y personas transfemeninas. Esta enfermedad se da en mayoría de casos vía contacto sexual y otras por medio de la sangre, existen casos donde las mujeres gestantes infectadas pasan esta enfermedad a sus bebés, por lo cual, la prevalencia en gestantes durante el 2014 fue de 0.18%. Además, de todos los casos de personas que están infectadas por el VIH, se estima que el 57% de ellas conocen su diagnóstico; sin embargo, el porcentaje de los portadores diagnosticados que se encuentran en tratamiento son el 78% que reciben los servicios de la salud pública (OMS, 2017).

La tasa de mortalidad general que se dio en el 2014 fue de 6.0 muertes por 1,000 habitantes, representando 3.9 en las mujeres y el 7.2 en el género masculino. Entre las enfermedades que provocaron muerte se encuentran el 23% a causa de problemas del sistema circulatorio; el 13% por causas externas y el 1.7% fue por las neoplasias. Además, la principal causa de mortalidad prematura fueron las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas se encuentran la diabetes mellitus que provocó 29.3 muertes por cada 100,000 mujeres, las hipertensivas fueron de 23.1 muertes; mientras que las enfermedades cerebrovasculares tuvieron 23.3 muertes. En cambio, en el caso de los hombres, las enfermedades cerebrovasculares representaron 23.7 muertes por cada 100,000 hombres, la diabetes causó 25.5 muertes y las enfermedades isquémicas del corazón 33.2 muertes. Adicional, la décima causa de muerte en la población se debió a la neoplasia maligna de estómago que fue de 9.87 por cada 100,000 habitantes (OPS y OMS, 2018).

En el año 2008 se reformó la Constitución de la República del Ecuador, donde se establecieron las bases para un nuevo sistema de salud, el cual estuvo basado en tres pilares fundamentales que fueron el contemplar al Estado como el encargado de garantizar el derecho a la salud; la creación de una red pública de salud integrada de servicios gratuitos y un sistema de salud enfocado en la atención primaria. Pero para poder cumplir con este derecho, el Estado delega su rol regulatorio a la autoridad sanitaria, la misma que fue conformada por dos entidades responsables que fueron la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, así como, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. Para que se logre realizar las acciones se requiere de financiamiento, el mismo que está contemplado en el PGE,

proviene también de fondos de emergencia y contingencia, fondos extrapresupuestarios, convenios nacionales e internacionales y aportaciones de proyectos. Para el periodo del año 2010 y 2015 el gasto en salud se duplicó y se situó en 9.2% del PIB (OMS, 2017).

La disponibilidad de la red pública de servicios de salud ha mejorado con respecto del periodo 2010 al 2016, donde se incluyeron un total de 851 nuevas unidades y aumentaron la cantidad de profesionales de la salud; estos aspectos permitieron un aumento de las atenciones entre el 2011 y 2014 del 10.6% y en lo que se refiere a los egresos hospitalarios incrementaron de manera continua. Por otra parte, la disponibilidad de médicos y enfermeras en el año 2014 fue de 20.4 y 10.1 por 10,000 habitantes; no obstante, la disponibilidad de especialistas no es equitativa para su distribución y es baja mostrando que en el área rural se cubre el 5.4 mientras que en el área urbana es de 29.0 (OMS, 2017).

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

En la sección séptima de la Constitución de la República que habla sobre la salud, en su artículo 32 se estableció que esta es un derecho que todas las personas tienen, por ese motivo el Estado debe garantizarlo a toda su población, el mismo que está relacionado con otros derechos como el trabajo, la alimentación, los ambientes sanos, la seguridad social y otros que sustentan el buen vivir. Además, el Estado para garantizar la salud debe aplicar políticas ambientales, culturales, sociales y económicas, así como el acceso oportuno y permanente, permitiendo el acceso a los servicios, acciones y programas de atención integral y de promoción de la salud, salud reproductiva y salud sexual (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En el título VII que trata sobre el Régimen del Buen Vivir, en el artículo 340 se manifestó que el sistema nacional de inclusión y equidad social es un conjunto coordinado de programas, instituciones, políticas, sistemas, normas y servicios que permiten garantizar la exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución. En el artículo 341 el Estado debe generar las condiciones que le permitan brindar la protección integral de sus habitantes a lo largo de su ciclo de vida, los mismos que deben asegurar los principios y derechos que establece la Constitución, en especial los de no discriminación e igualdad en la diversidad (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Ley de Seguridad Social

En el capítulo uno de la Ley de Seguridad Social en la sección de las prestaciones de salud, en su artículo 102 se expresó que el seguro general familiar e individual tiene como carácter proteger a los asegurados contra las contingencias en caso de maternidad o enfermedad, basándose a las condiciones y requisitos señalados en este título. Además, con respecto al afiliado, sus hijos hasta los 18 años y su conviviente serán beneficiarios de acciones integrales de la promoción y fomento de la salud, al igual que para el tratamiento, diagnóstico y prevención de enfermedades, su recuperación y rehabilitación respectiva (Asamblea Nacional Constituyente, 2011).

En el artículo 103 de esta misma ley se estableció que las prestaciones de salud a las que tienen acceso los afiliados mediante la aportación individual y familiar son el tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas, tratamiento de enfermedades crónicas, asistencia médica curativa integral y maternidad, atención odontológica preventiva y de recuperación, acciones de medicina

preventiva y programas de fomento y promoción de la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2011).

En el artículo 104 de esta ley se indica que en caso de enfermedad el afiliado tiene derecho a la asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y de rehabilitación, al igual que a un subsidio monetario de duración transitoria cuando la enfermedad provoque incapacidad en el trabajo (Asamblea Nacional Constituyente, 2011).

Código de Trabajo

El artículo 45 del Código del Trabajo estableció que las obligaciones del trabajador son observar buena conducta durante el trabajo, guardar escrupulosamente los secretos de la institución, sujetarse a las medidas preventivas e higiénicas, ejecutar el trabajo en los términos del contrato, cumplir las disposiciones del reglamento interno, dar aviso al empleador en caso de surgir un imprevisto para falta al trabajo (Asamblea Nacional Constituyente, 2012).

En el artículo 47 del presente código se expresa que la jornada máxima de trabajo es de ocho horas o a su vez 40 horas a la semana. En el artículo 49 se expresa que la jornada nocturna que comprende horario de 19:00pm a 06:00am del siguiente día debe ser en la misma duración y tendrá derecho a igual remuneración que la diurna aumentada en un veinticinco por ciento (Asamblea Nacional Constituyente, 2012).

Ley Orgánica de Salud

En el capítulo II de la Ley Orgánica de Salud, en su artículo cuatro se menciona que la autoridad sanitaria nacional es el MSP, la misma que debe encargarse de las funciones de rectoría de la salud y responsabilidades de vigilancia, control y aplicación de la ley. En el artículo cinco, el MSP debe

proporcionar mecanismos regulatorios para que los recursos que provienen del sector público vayan enfocados en la evaluación, seguimiento e implementación de proyectos, programas, planes y políticas que vayan acorde a las condiciones y requerimientos de la salud de la población (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

En el artículo siete de la presente ley se manifiesta que todas las personas tienen derechos a ser atendidos inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, no ser objeto de pruebas ni ensayos clínicos, utilizar el canal de quejas de manera oportuna y efectiva, recibir del médico una receta médica, tener una historia clínica única, a recibir información oportuna sobre el tratamiento, productos y servicios involucrados en su salud, el respeto a su dignidad, intimidad, privacidad y autonomía, a vivir en un ambiente sano, el acceso gratuito a programas y acciones de salud pública y el acceso oportuno, permanente, equitativo, universal y de calidad a los servicios de salud sin existir ningún tipo de discriminación (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Capítulo 3: Metodología

Este apartado contiene todos los aspectos que conciernen a la metodología que se utilizó en la investigación, esta empieza con el establecimiento del enfoque, tipo, método y alcance de investigación, siguiendo con la determinación de la técnica de recolección de los datos, el tratamiento de la información, la operacionalización de las variables de estudio, la población y muestra de estudio, los resultados y su respectivo análisis general.

Enfoque de la Investigación

El enfoque cuantitativo permite emplear la recopilación de datos y su análisis, con el fin de responder interrogantes de investigación, demostrar las hipótesis que se hayan planteado y utilizar la estadística y medición numérica con el objetivo de determinar con precisión el comportamiento procedente de una población (Guelmes & Nieto, 2015).

El enfoque del presente trabajo de investigación es cuantitativo; debido que se pretende recolectar datos cuantitativos mediante técnicas estadísticas. En este sentido, se destaca la recolección y análisis de información numérica que se relaciona con las variables de estudio, que son la triple meta y cuidado de la salud; suceso que ejecuta con el propósito de establecer las propiedades y características del servicio de atención en consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo.

Tipo de Investigación

Para Hernández et al. (2018) el diseño no experimental es aquel donde no se pueden hacer cambios deliberados de las variables; es decir, se estudian los fenómenos a través de la observación de estos en su contexto natural, lo cual permite que se logre analizar y describir su situación actual. El abordaje

metodológico de este estudio de investigación es no experimental; no ya que, las variables triple meta y cuidados de la salud son aspectos que no pueden ser manipulados, debido a que los sucesos ya se dieron en el pasado.

El diseño secuencial otorga al investigador la ventaja de llevar a cabo un estudio que sustente un menor tamaño muestral, aunque se obtiene un mayor grado de complejidad al desarrollar el análisis de los datos obtenidos. Para llevar a cabo este diseño de investigación se requiere establecer un objetivo claro, único y bien definido (Molina, 2017). En consecuencia, se aplicó el diseño secuencial con el objetivo de finalizar el estudio en función de la información que se obtiene durante su desarrollo. Para este caso, los datos presentados procederán de la aplicación de la encuesta sobre aspectos de la salud y calidad del cuidado, complementando dichas referencias con la revisión de costos de la salud del Hospital General del IESS Babahoyo.

El estudio de tipo descriptivo es el encargado de estudiar la prevalencia, puesto que este tipo de investigación permite la recogida de datos de manera rápida, ayudando a conocer a detalle la salud de una población en un tiempo establecido, son usados con frecuencia para generar hipótesis (Lleixa & Montesó, 2017). En cambio, el estudio de tipo analítico tiende a buscar descubrir la relación entre un determinado efecto con algún factor de riesgo, para lo cual el investigador no puede intervenir en los grupos de estudio, entre sus cualidades se encuentra el hecho de brindar una visión dinámica del proceso de salud-enfermedad partiendo desde que aparece el agente hasta que se muestra la enfermedad como tal, permitiendo relacionar el efecto con las distintas etapas previas a esto (Manterola, Quiroz, Salazar & García, 2019).

El objetivo de esta investigación es evaluar el enfoque de la triple meta o triple objetivo dentro de la gestión del Hospital General del IESS de la ciudad de Babahoyo y elaboración de estrategias de mejora para el cumplimiento de su plan estratégico sustentado en la triple meta para el mejoramiento continuo de la calidad en salud. Para la evaluación, se establecerá la comparación o análisis del grupo de estudio sobre la triple meta donde de manera simultánea y equilibrada se analiza la salud poblacional de los usuarios del centro hospitalario, con enfoque en la prevención y bienestar, para lo cual se analizará la situación de riesgos de salud de los usuarios, los índices de morbilidad y la prevalencia de las principales enfermedades dentro del perfil epidemiológico del hospital, el análisis de la mortalidad de los usuarios de la consulta externa basados en la tasa de esperanza de vida sana, la cual combina la esperanza de vida y el estado de salud actual, en una sola medida, reflejando, los años restantes de vida en una buena salud.

Dentro del equilibrio de la triple meta se analizará el costo per cápita del centro hospitalario para el área objeto de investigación, para lo cual se revisará el costo total por cada usuario al mes como también la tasa de utilización de sus varios servicios en la consulta externa; esto revisando sus estados financieros o cédula presupuestaria versus las atenciones realizadas dentro de un periodo determinado.

Alcance de Investigación

Para González, Escoto y Chávez (2017) el alcance descriptivo es aquel que busca conseguir información relevante a detalle sobre el fenómeno objeto de estudio. Se eligió el alcance descriptivo en la investigación, debido a que este permite conocer de manera detallada información indispensable sobre el cumplimiento de la triple meta y la percepción de los usuarios sobre las

características que conforman el cuidado de la salud por parte de la institución objeto de estudio.

Técnicas de la Investigación

La técnica aplicada para la investigación se basa en encuestas, revisión de indicadores y costos efectuados para invertir en la salud. La triple meta consta de tres dimensiones que son la salud de la población, la experiencia del paciente y el costo per cápita, dentro de la primera dimensión se utilizó la encuesta Euroqol-5d para conocer la salud/estado funcional que consta de cinco apartados que son la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, el dolor/malestar y la ansiedad/depresión que disponen de tres opciones de respuestas que deben seleccionar los pacientes para autocalificar su salud, luego deben autovalorar su estado de salud mediante una Escala Visual Analógica (EVA) vertical que tiene apariencia de un termómetro milimetrado que va desde 0 como peor estado de salud imaginable y el mejor estado de salud el 100.

Para hacer el cálculo del valor de los estados de salud es necesario asignar el valor de uno al estado 11111 que son los que no tienen problemas de salud en ningún apartado, pero si dicho estado es diferente a 11111 es necesario restarle el valor de la constante a esto; se debe agregar que si refleja problemas de salud nivel dos en uno de los apartados se debe restar el valor de coeficiente de cada dimensión, de igual manera cuando el problema es de nivel tres; sin embargo, aquí se multiplica el valor de la dimensión con problemas por dos, así como, se le debe restar el coeficiente N3 que representa la importancia dada a los problemas de nivel tres en cualquier apartado. A continuación, se muestran los coeficientes para el cálculo.

Tabla 1
Coeficiente para cálculo de la tarifa social de valores EQ-5D

Parámetro	Coeficiente
Constante	0.1502
Movilidad	0.0897
Cuidado personal	0.1012
Actividades cotidianas	0.0551
Dolor/malestar	0.0596
Ansiedad/depresión	0.0512
N3	0.2119

Tomado de *El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria*; por Herdman, Badia y Berra (2001).

Otra encuesta que se utilizó para el estudio fue la de satisfacción del usuario a través de su experiencia en la atención de consulta externa tomado del trabajo de Vásquez, Arimborgo, Pillhuaman y Vallenas (2009) que consta de 25 preguntas divididas en cuatro dimensiones que son el servicio profesional (del uno al seis), el servicio técnico (del siete al once), accesibilidad (del 12 al 20) y cortesía (del 21 al 25). Las opciones de respuesta del cuestionario se basaron a la escala de Likert con cinco opciones que fueron muy buena, buena, regular, mala y muy mala. Adicional, cuenta con dos preguntas de respuestas afirmativa y negativa. El instrumento fue validado mediante el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach que fue de 0.848.

Por otro lado, también se usó la observación mediante la revisión documental sobre los indicadores que se requieren para implementar la triple meta en el hospital objeto de estudio como son el riesgo de salud, la carga de enfermedad mediante indicadores de prevalencia e incidencia de enfermedades principales, los indicadores de mortalidad como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad y los años potenciales de vida perdidos que se logran encontrar

mediante la investigación de fuentes primarias y secundarias. Otros aspectos a revisar son los indicadores del costo per cápita.

Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información se inició con el uso de la estadística inferencial que es el conjunto de técnicas que son usadas para llegar a conclusiones que tienden a sobrepasar los límites del conocimiento conseguidos en los datos a través de una parte representativa de una población conocida como muestra; es decir que, el uso de la muestra permitirá llegar a conclusiones sobre los parámetros de la población. Además, se puede comprobar hipótesis que son generalizadas para la población (Sánchez & Insunza, 2015).

La estadística inferencial será aplicada en la investigación, puesto que se va a hacer el estudio partiendo de una muestra que va a ser seleccionada de la población que acude a consulta externa al Hospital General del IESS Babahoyo, para lo cual se usará una fórmula de cálculo de la muestra que es para población finita, en la cual, se estima un margen máximo de error permitiendo que la muestra sea representativa a la población a estudiar, con lo cual se logrará llegar a conclusiones sobre las diversas dimensiones de la triple meta, permitiendo de esta forma plantear hipótesis y comprobarlas.

Según Dos Santos (2017) las medidas de tendencia central se tratan de un coeficiente que busca hacer una descripción sobre los datos por medio de la acción de identificar la posición central de dicho conjunto de datos, las medidas centrales más utilizadas son la mediana, la media aritmética y la moda. La media es un indicador que es útil en las distribuciones simétricas, esta medida se la conoce también como promedio ponderado y se la calcula mediante el uso de datos continuos y discretos, donde se hace una división entre la sumatoria de todas

las puntuaciones de los datos y la cantidad de puntuaciones de esta. La media que es una de las medidas de tendencia central más usadas en los estudios, la cual permite conocer a ciencia cierta el valor neutro de un conjunto de datos, partiendo de este se logrará apreciar qué tan cerca o lejos se encuentra el nivel de salud de la población al que se espera llegar, así como la calidad del servicio brindando en la consulta externa.

Para Pérez (2018) los gráficos estadísticos son un complemento de las tablas estadísticas que lo propician, ya que es ahí donde se ingresan los datos necesarios que van a nutrir el gráfico, sin dejar de lado que los gráficos deben lograr explicar por sí solos la información sin que se tenga que recurrir a las tablas para comprenderlos. De acuerdo a Gaviria y Márquez (2019) el diagrama de barras es aquel gráfico que es comúnmente usado para representar variables categóricas donde se toma en cuenta dos ejes que son el horizontal y vertical, siendo el primero donde se ubican de manera equidistantes las categorías de la variable, es aquí donde se grafica un rectángulo en cada una de las categorías, el mismo que va a tener una altura acorde a la frecuencia relativa o absoluta. En cambio, el diagrama de pastel o circular es aquel que se obtiene mediante la partición del círculo desde su radio en diversos sectores de forma que cada una de ellas vaya acorde a la frecuencia relativa.

Una manera muy práctica de visualizar los datos de la investigación es mediante el uso de gráficos estadísticos, en este caso particular se utilizó dos diagramas importantes que son el de pastel para reflejar la información recolectada en las encuestas y la de barras para reflejar los datos obtenidos mediante la observación y revisión de fuentes primarias y secundarias. A continuación, se presenta la operacionalización de las variables.

Operacionalización de las Variables

Tabla 2

Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Variable
Datos sociodemográficos		Cuestionario	Género Edad	Género Edad	Nominal
Triple meta	Es la necesidad social de brindar una mejor atención de salud enfocándose en tres objetivos importantes que son el mejorar la experiencia de los individuos con su atención, el mejorar la salud de la población y reducir el costo per cápita (Compañía de Seguros Noble, 2019).	Cuestionario	Salud de la población	* Encuesta de Salud/estado funcional	Cuantitativa
		Observación		* Situación de riesgo	
		Observación		* Carga de la enfermedad	
		Observación		* Mortalidad	
		Encuesta	Experiencia del paciente	* Preguntas estándar	*Nominal/ Ordinal *Ordinal
		Observación		* Conjunto de medidas basadas en principales dimensiones: seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y atención centrada en paciente.	
Observación	Costo per cápita	* Costo total por c/miembro de población al mes	Cuantitativa		
Observación		* Tasa de utilización del hospital y de área urgencias			

Tomado de “En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta”; por Delgado, 2012, *Vida y Salud*, pp. 4-1.

Población

La población que será objeto de estudio son los pacientes que han sido atendidos en consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo, la misma que está representada por un total de 66456 usuarios entre enero a julio del 2020. Para el cálculo respectivo de la muestra representativa se va a usar la ecuación de población finita para proporciones, debido a que se conoce la población a estudiar y es fácil de cuantificar.

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{[d^2 * (N - 1)] + (Z\alpha^2 * p * q)}$$

$$n = \frac{66456 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{[0.05 * (66456 - 1)] + (1.96 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = 383$$

Los elementos que la fórmula de población finita requiere parten con la colocación de la población a estudiar (N) que son en este caso 1000 pacientes, la probabilidad de fracaso (q) que es del 50% similar a la probabilidad de éxito (p), el nivel de confianza ($Z\alpha^2$) que fue de 1.96 tomado de la tabla Z correspondiente al 95% y el error muestral máximo admisible (d) que fue del 5%. Una vez que fueron reemplazados los datos en la ecuación se logró conocer la muestra que fue de 383 encuestados; Sin embargo, a causa de la pandemia del COVID-19 no se ha podido recabar la información de todos los pacientes de la muestra, consiguiendo encuestar a 278 personas.

Resultados

Salud de la población

En la dimensión movilidad se logró revisar que el 85.3% de los encuestados no tenían problemas para caminar; no obstante, el 10.1%

manifestaron que deben estar en cama y el 4.7% presentaron algunos problemas para caminar.

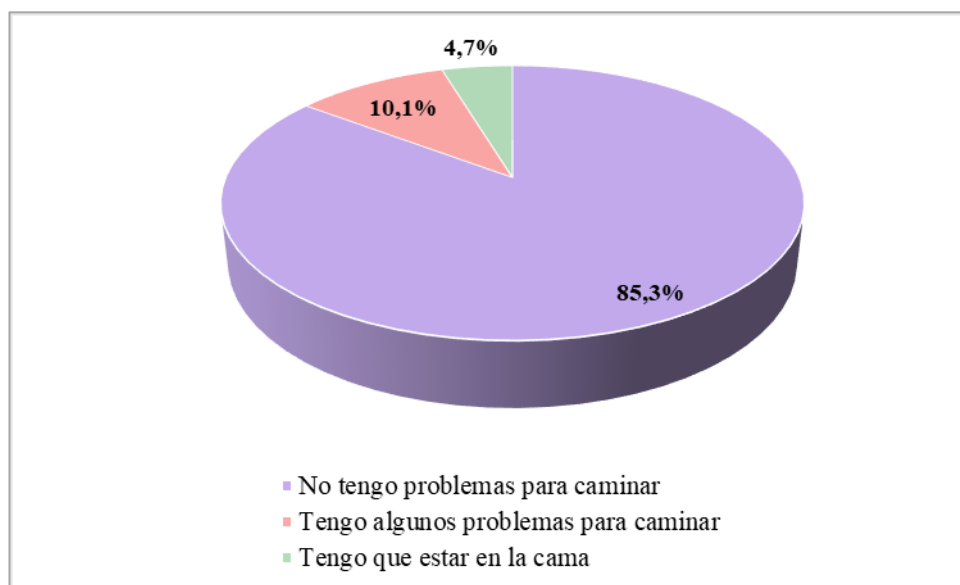


Figura 2. Movilidad

En la dimensión cuidado personal el 82.4% de los pacientes indicaron que no tenían problemas con el cuidado personal, el 10.1% expresaron que no eran capaces de lavarse o vestirse, mientras que el 7.6% mostraron algunos problemas para lavarse o vestirse.

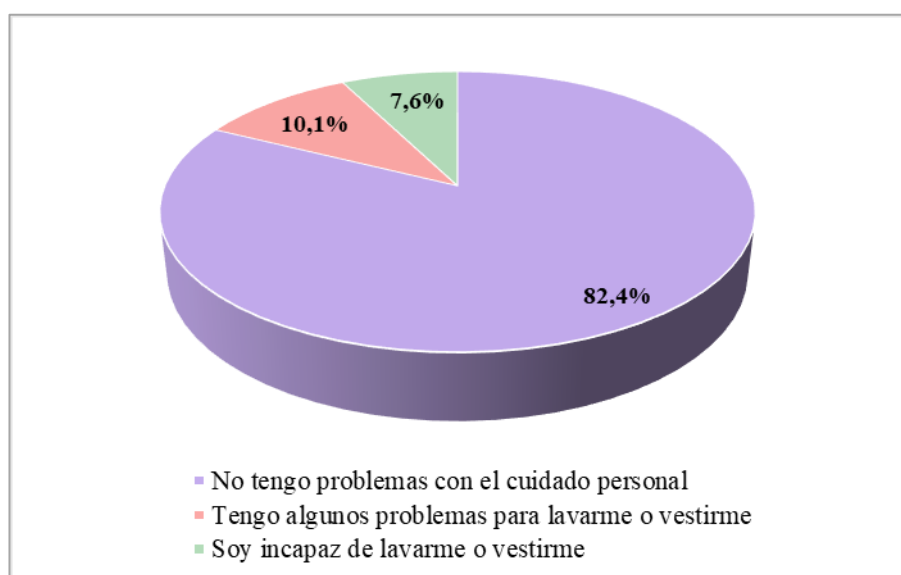


Figura 3. Cuidado personal

En la dimensión actividades cotidianas, el 68.7% de los encuestados

afirmaron que no tenían problemas para realizar sus actividades; sin embargo, el 21.2% expresaron que tenían algunos problemas, mientras que el 10.1% ratificaron que eran incapaces de realizar sus actividades cotidianas.

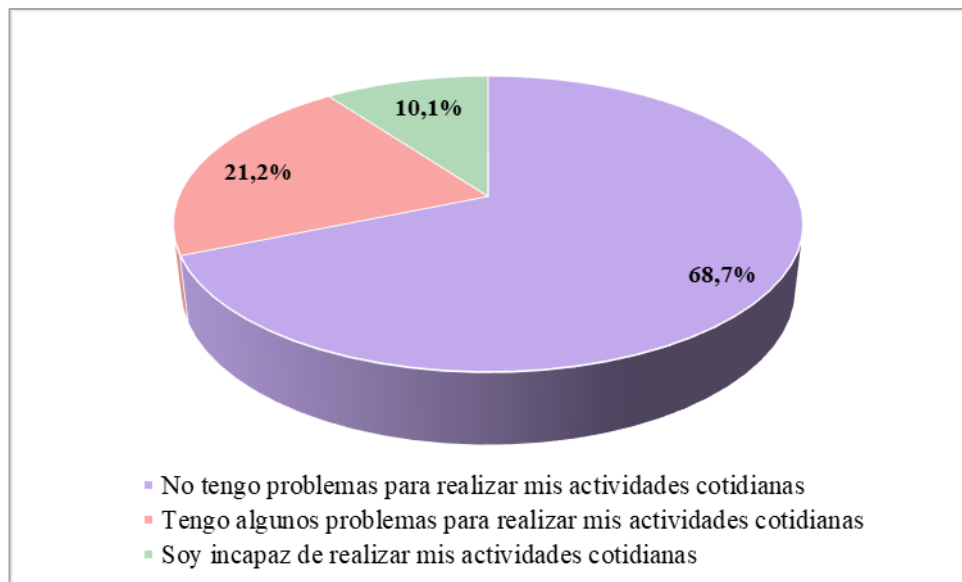


Figura 4. Actividades cotidianas

En la dimensión dolor/malestar el 53.1% de los pacientes manifestaron tener un moderado dolor o malestar, el 28.1% no presentaron dolor ni malestar, mientras que el 18.8% ratificaron que tenían mucho dolor y malestar.

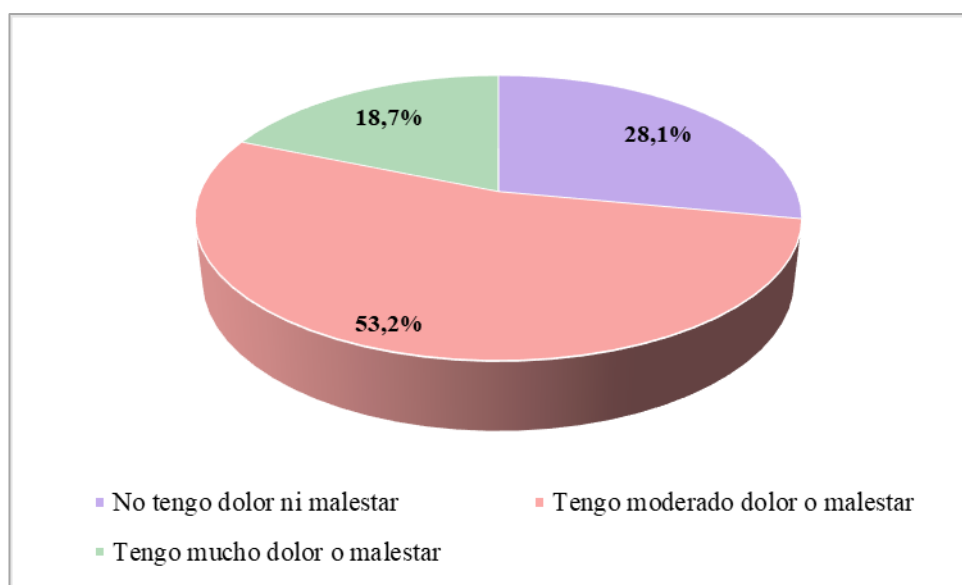


Figura 5. Dolor/malestar

En la dimensión ansiedad/depresión, el 85.9% de los encuestados supieron manifestar que no estaban ansiosos ni deprimidos, el 9.4% se encontraba ansioso o deprimido y el 4.7% expresaron estar moderadamente ansiosos o deprimidos.

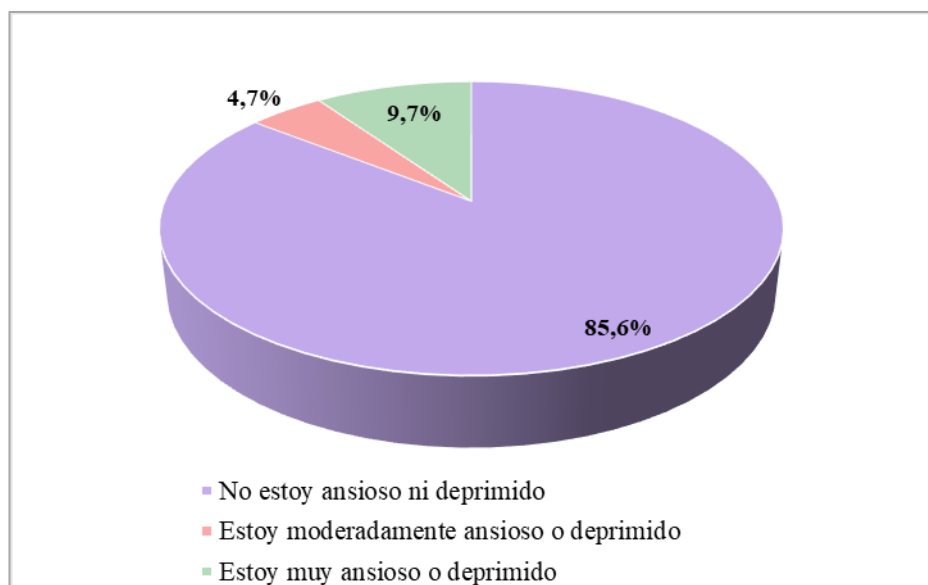


Figura 6. Ansiedad/depresión

A continuación, se muestran los diferentes estados de salud de los pacientes, el estado 11111 es aquel que no presenta problemas de salud; mientras que, los demás presentan algún problema en sus dimensiones.

Tabla 3

Niveles de estados de salud

Movilidad	Cuidado personal	Actividad cotidiana	Dolor/mal	Ansiedad/depresión.	Frecuencia	Índice CVRS
3	1	3	1	3	3	0,2459
3	1	3	1	2	8	0,2971
2	1	2	1	2	21	0,6538
2	1	2	1	1	34	0,7050
1	1	2	1	1	59	0,7947
1	1	2	2	1	37	0,7351
1	1	1	2	1	86	0,7902
1	2	1	3	1	19	0,4175
1	3	1	3	1	11	0,3163
278						

Al momento de revisar los resultados de la Escala Visual Analógica (EVA) vertical mediante un gráfico en forma de termómetro que representa la

autoevaluación del paciente sobre su estado de salud actual, se demostró que la mayoría con el 35.6% de pacientes se autoevaluaron con un moderado estado de salud comprendido entre 71 a 80, el segundo estado de salud más frecuente fue de 61 a 70 con el 18.7% y el peor estado de salud fue de 11 a 20 siendo representados por el 1.1%, como se puede apreciar en la siguiente figura.

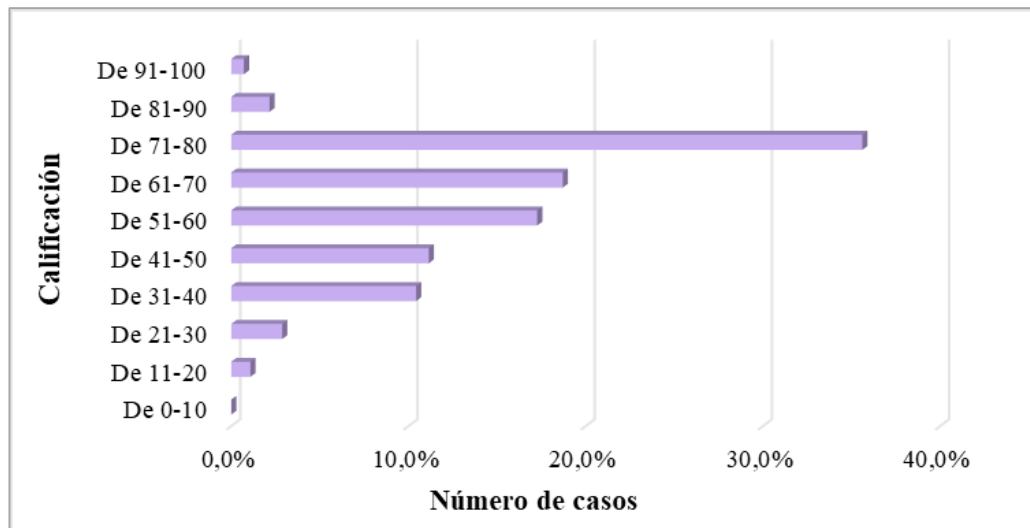


Figura 7. Evaluación método EVA

Cuestionario de la experiencia del paciente

Datos demográficos

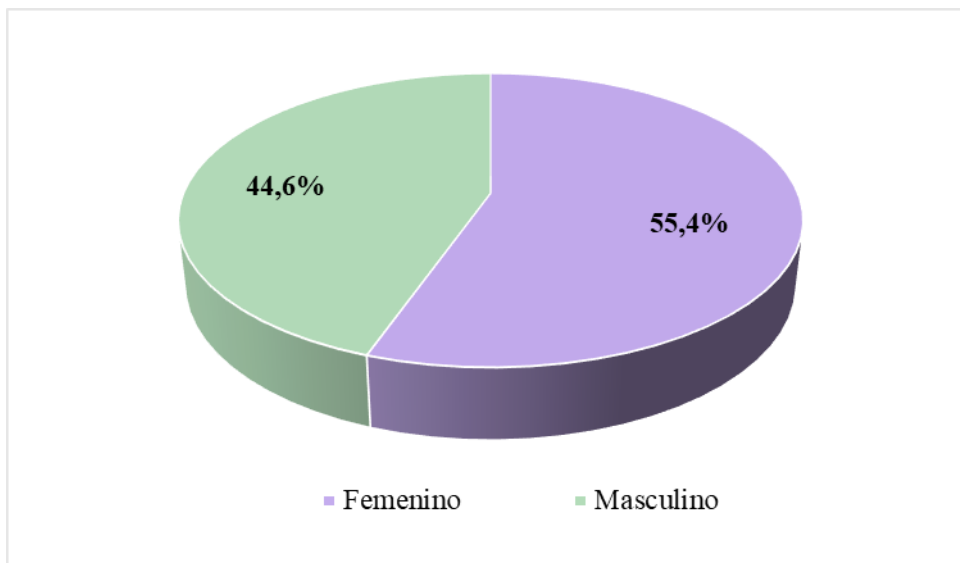


Figura 8. Género

Los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo en su mayoría eran del género femenino con el 55.4%, mientras que el 44.6% eran hombres.

La edad de los encuestados con mayor frecuencia fue el grupo etario de 36 a 45 años con el 35.3%, seguido del 28.1% los pacientes con edad entre 46 a 55 años, al igual que los de más de 55 años con el 22.7%, demostrando menor afluencia de usuarios de 18 a 25 años con el 5.4%.

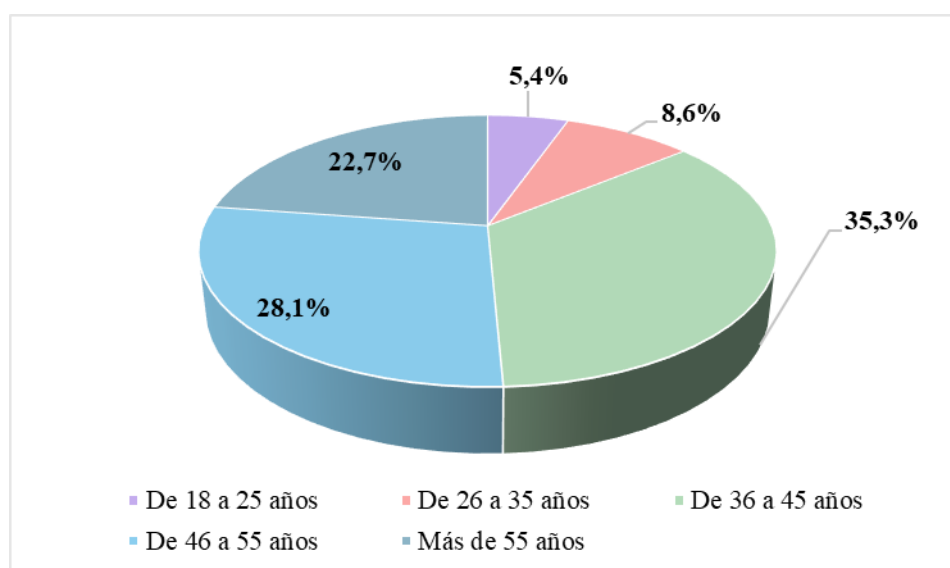


Figura 9. Edad

Dimensión servicios profesionales

En la dimensión servicios profesionales se pudo observar que la atención del médico en general fue buena con el 53.2%, seguida de muy buena con el 20.1% y de regular con el 11.9%, en cuanto a la disposición del médico para oírlo fue regular con el 36.0%, seguido de buena con el 28.8%; en lo que se refiere a las instrucciones dadas por el médico sobre la receta esta fue regular con el 26.6% seguido de buena con el 20.1%. Con respecto al tiempo que le dedicó el médico para atenderlo, este fue regular con el 38.1% seguido de malo con el 21.9%; por otra parte, la amabilidad del personal administrativo fue mala con el 36.0% seguido de regular con el 28.8%, mientras que en la identificación del personal

administrativo fue valorada como buena con el 30.6% seguido de regular con el 26.6%.

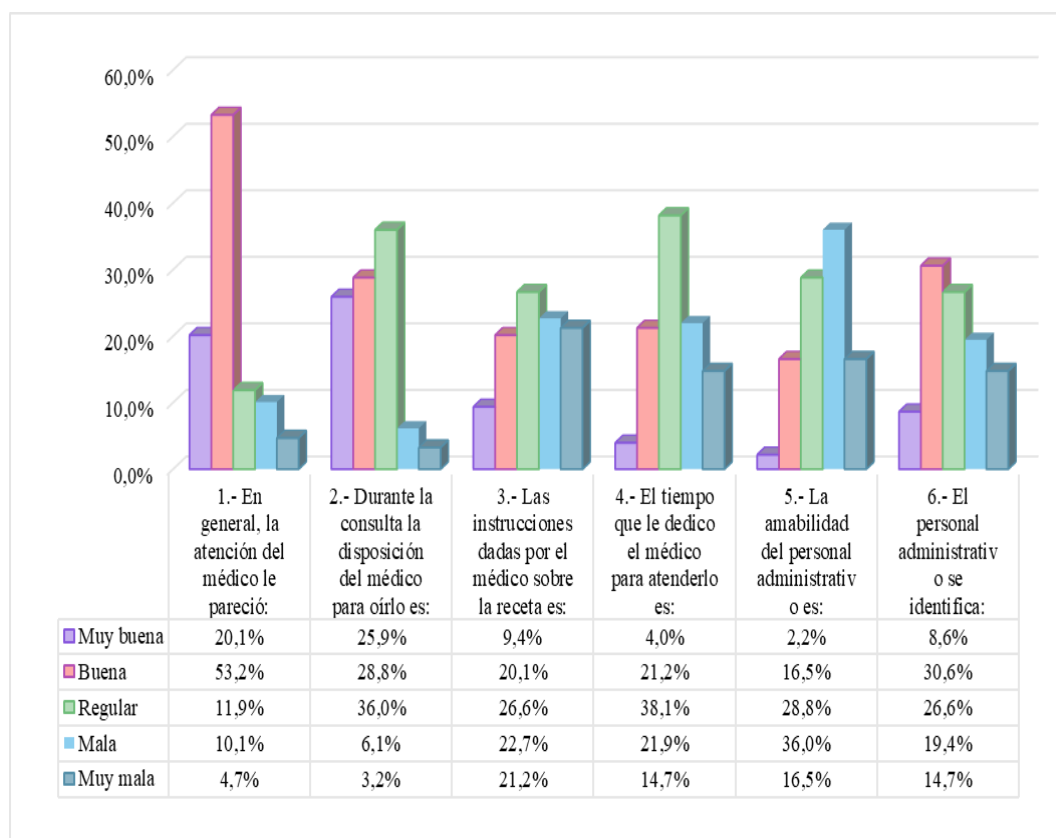


Figura 10. Servicios profesionales

Dimensión servicio técnico

En la dimensión servicio técnico se logró conocer que la atención del personal técnico en general fue buena con el 24.1% seguido de regular con el 16.5%, en el orden de la atención del usuario esta fue mala y muy mala con el 27.3% respectivamente, en cuanto a la amabilidad mostrada por el personal técnico fue valorada como buena con el 30.6% seguido de regular con el 18.7%. En cuanto a la disposición del personal administrativo para ayudar, esta fue calificada como buena con el 42.1% seguido de regular con el 25.2%, mientras que el trato personal de los colaboradores de vigilancia fue puntuado como bueno con el 21.9% seguido de regular con el 16.5%.

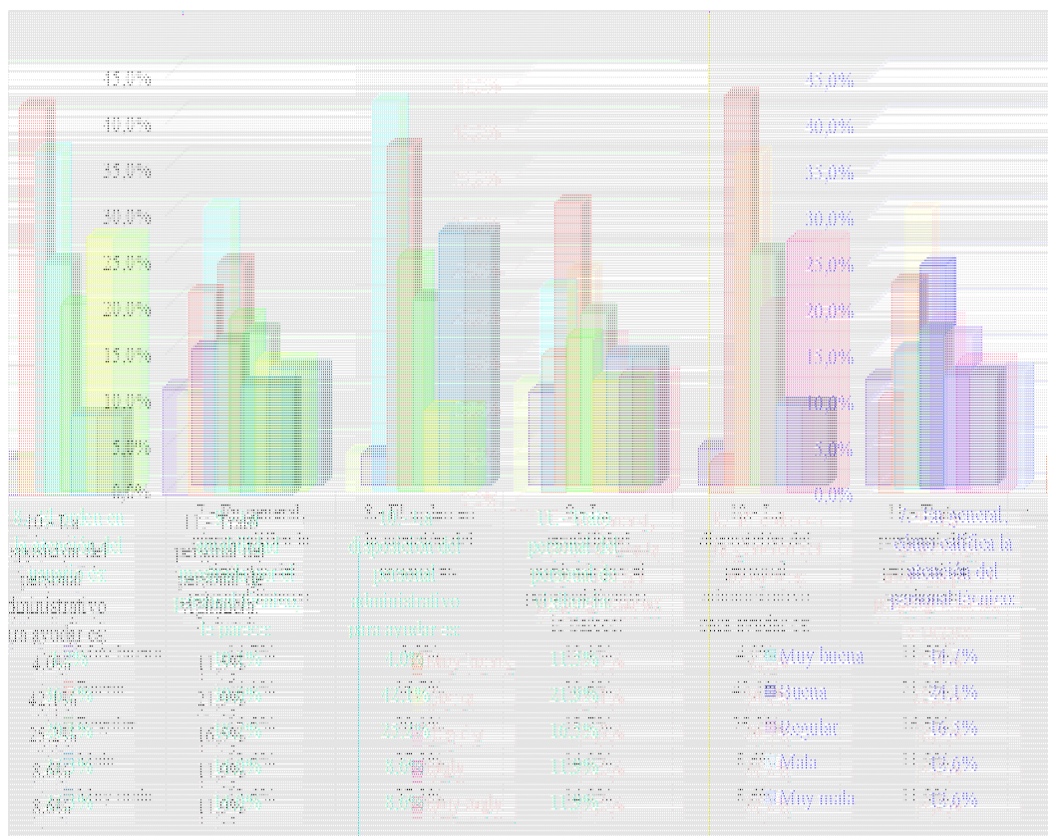


Figura 11. Servicio técnico

Dimensión accesibilidad

En la dimensión accesibilidad los encuestados expresaron que la limpieza en el hospital era muy buena con el 48.6% y buena con el 40.6%, en lo que respecta al tiempo de espera este fue valorado como regular con el 52.5% seguido de malo con el 20.1%; en cuanto a la atención recibida por la asistencia social esta fue calificada como regular con el 34.5% seguido de buena con el 29.7%. En lo que se refiere a la puntualidad en la fecha y hora de consulta tuvo una valoración regular con el 46.0% seguido de malo con el 24.8%; por otra parte, la facilidad para conseguir cita fue puntuado como malo con el 37.4% seguido de regular con el 28.8%, al igual que en el trámite de la consulta consiguió una calificación de regular con el 46.0% seguido de buena con el 30.6%, en lo que respecta a la sala de espera esta fue regular con el 35.3% seguida de mala con el 24.1%; por último

el ambiente de la consulta fue regular con el 38.1% seguido de bueno con el 32.0%.

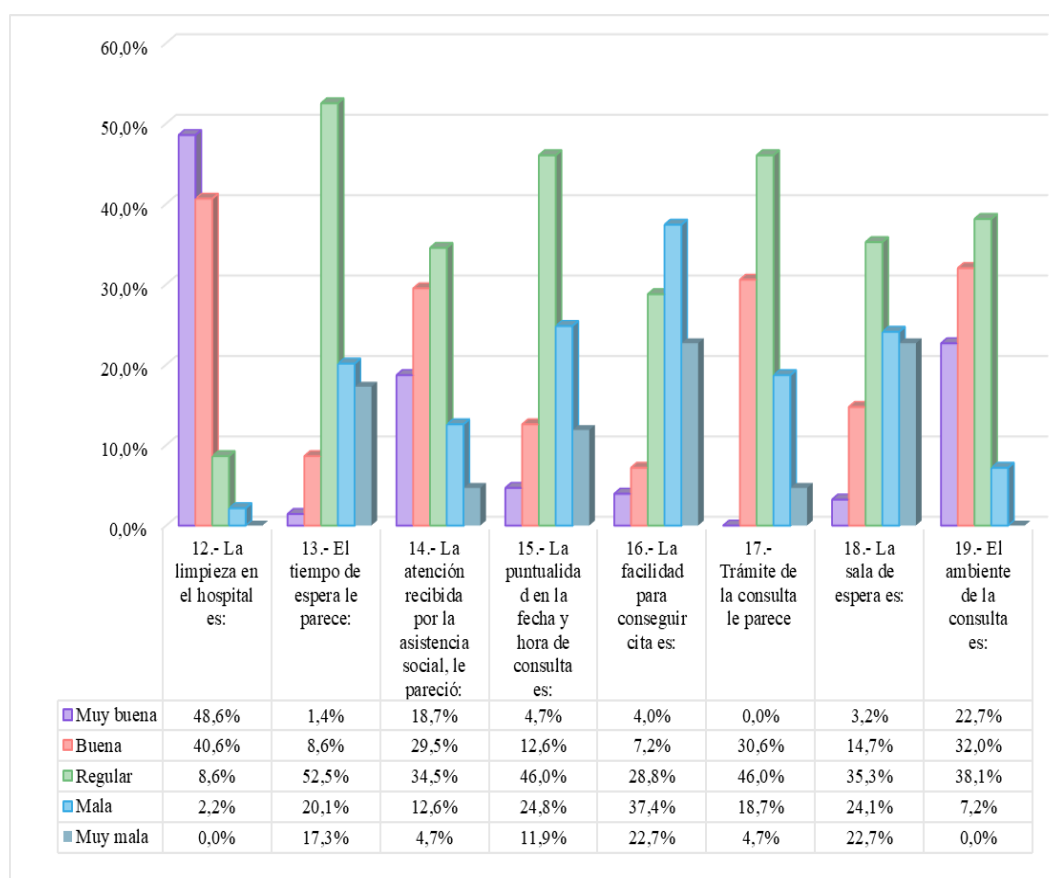


Figura 12. Accesibilidad

Dimensión cortesía

En la dimensión cortesía los pacientes supieron afirmar que el horario de atención les parecía bueno con el 38.1% seguido de regular con el 30.6%, en cuanto al trato en admisión este fue bueno con el 38.1% seguido de regular con el 29.9%, en cambio el trato en caja fue regular con el 34.5% seguido de bueno con el 29.5%; no obstante, la opinión de los equipamientos de consultorios fue valorado como bueno con el 45.7% seguido de muy bueno con el 25.5%, la orientación respecto a servicios fue calificado como regular con el 44.6% seguido de bueno con el 36.0%, mientras que la calificación general de la atención del personal técnico que los atendieron fue regular con el 33.5% seguido de bueno con el 27.3%.

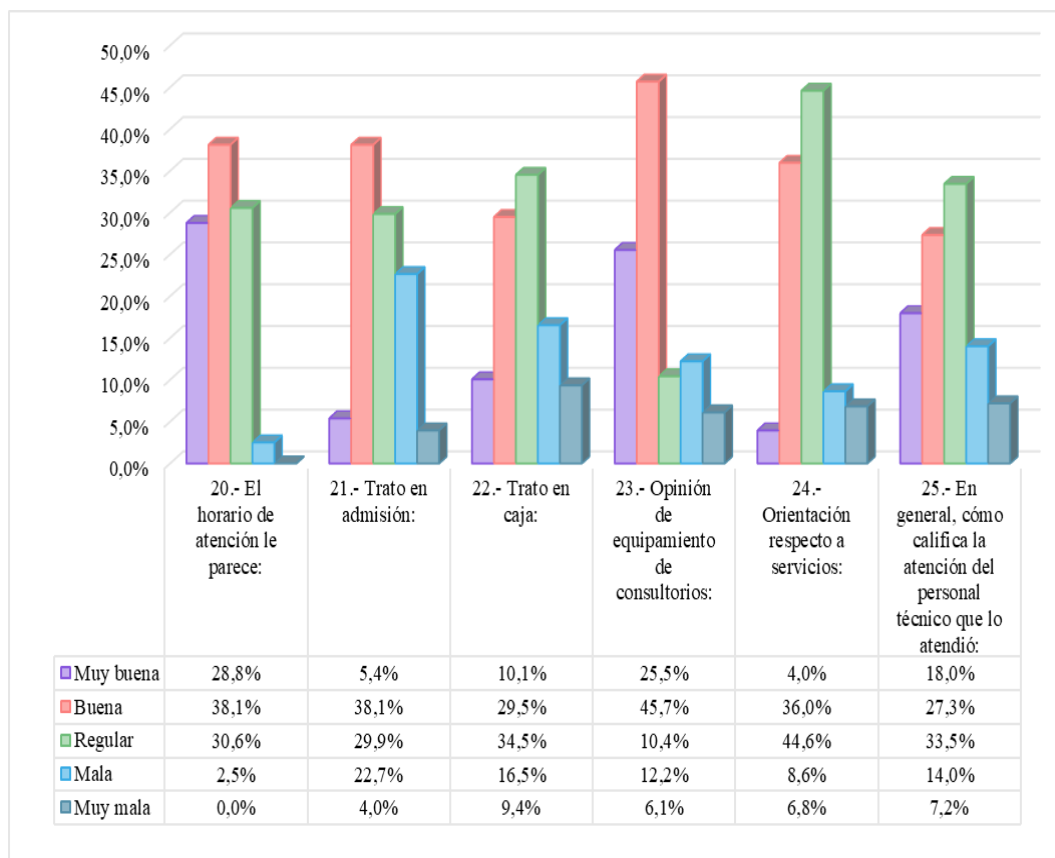


Figura 13. Cortesía

Atención general

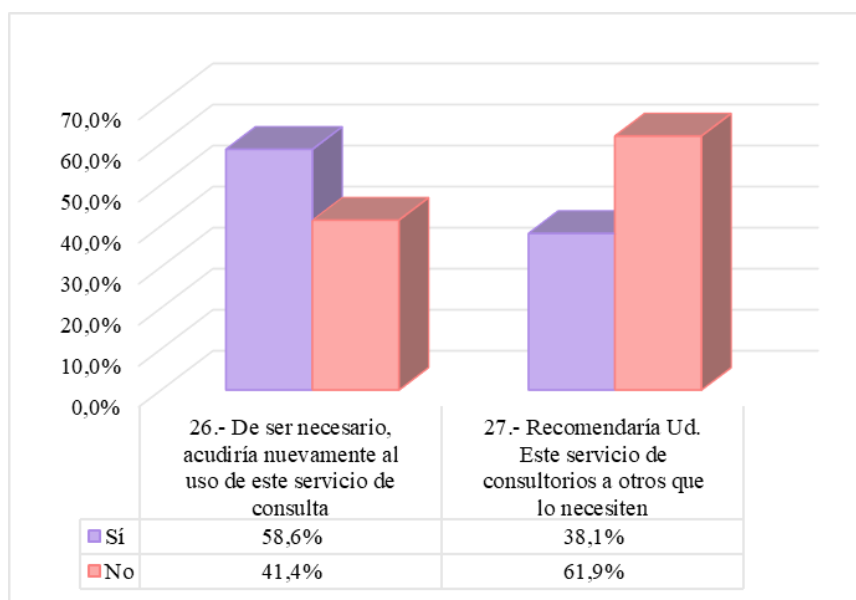


Figura 14. Atención general

Se realizó dos preguntas para conocer la atención general, donde los encuestados expresaron con el 58.6% que de ser necesario acudirían al uso de este servicio de consulta, mientras que el 61.7% de pacientes no recomendaría el

servicio de consultorios a otros que lo necesitan.

Costos de la salud

Para el cálculo del costo per cápita por cada miembro de la población por mes, se debe establecer los costos totales que ha tenido el hospital objeto de estudio por mes y la cantidad de pacientes atendidos durante dichas fechas, las mismas que se presentan en un resumen.

Tabla 4
Costos y pacientes por mes año 2020

MESES	COSTO	PACIENTES
Enero	772.047,80	16919
Febrero	601.551,88	12919
Marzo	278.791,61	5869
Abril	178.538,86	5486
Mayo	198.479,41	6604
Junio	226.511,40	8021
Julio	339.925,43	10638
TOTAL	2.595.846,39	66.456,00

Tomado de *Información interna del Hospital*, por Hospital General del IESS Babahoyo, 2020.

Con los datos mostrados se procede a realizar el cálculo del costo per cápita por cada uno de los meses comprendidos entre enero a julio del 2020, los cuales se obtuvieron mediante la siguiente fórmula.

$$\text{Costo per cápita} = \frac{\text{Costo total}}{\text{Total pacientes}}$$

Enero 2020

$$\text{Costo per cápita} = \frac{772047.80}{16919} = 45.63$$

Febrero 2020

$$\text{Costo per cápita} = \frac{601551.88}{12919} = 46.56$$

Análisis: El costo per cápita en el mes de enero fue de \$45.63, en cambio en el mes de febrero esta cifra aumentó, debido a la reducción de pacientes y una reducción del costo alcanzando un valor de \$46.56.

Marzo 2020

Abril 2020

$$\text{Costo per cápita} = \frac{278791.61}{5869} = 47.50 \quad \text{Costo per cápita} = \frac{178538.86}{5486} = 32.54$$

Análisis: Para el mes de marzo hubo un decrecimiento de los costos bastante abrumador reduciéndolos a la tercera parte de lo que hubo el mes anterior, esto también pasó con la cantidad de pacientes que se redujeron a menos de la mitad comparado al mes de febrero. Estos eventos se dieron a causa de la pandemia del COVID-19 que para dicha fecha se tomó como medidas el aislamiento de la población, para este mes se consiguió un costo per cápita de \$47.50; mientras que el mes de abril volvió a reducirse los costos en más de la mitad que el mes de marzo, pero la cantidad de pacientes decreció en valores mínimos consiguiendo un índice de \$32.54.

Mayo 2020

Junio 2020

$$\text{Costo per cápita} = \frac{198478.41}{6604} = 30.05 \quad \text{Costo per cápita} = \frac{226511.40}{8021} = 28.24$$

Análisis: Con respecto al mes de mayo el costo per cápita siguió bajando obteniendo un índice de \$30.05 a pesar de que el costo aumentó en pocas proporciones; así como, la cantidad de pacientes atendidos. En lo que respecta al mes de junio siguió aumentando el costo en mismas proporciones que el mes de mayo; al igual, que la cantidad de pacientes; por lo cual, se tuvo un costo per cápita de \$28.24.

Julio 2020

Total

$$\text{Costo per cápita} = \frac{339925.43}{10638} = 31.95 \quad \text{Costo per cápita} = \frac{2595846.39}{66456} = 39.06$$

Análisis: Por último, se revisó el valor per cápita del mes de julio donde tanto el costo como la cantidad de paciente siguieron en aumento a causa del cambio de semáforo a amarillo, permitiendo que las personas puedan circular más tiempo durante el día; por lo cual, se consiguió un costo per cápita de 31.95. De enero a julio el 2020 el índice ha obtenido un valor de \$39.06.

Análisis General de Resultados

A través de los resultados que se recabaron mediante las encuestas y por medio de la información brindada por el Hospital General del IESS Babahoyo, se pudo conocer los siguientes resultados principales. Por medio del análisis del estado de salud mediante el cuestionario Euroqol-5D se logró determinar que la mayoría de pacientes no presentó problemas en las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y ansiedad/depresión; sin embargo, la dimensión dolor/malestar el nivel dos fue más frecuente donde se establece que tenía dolor o malestar moderado.

Al hacer el respectivo cálculo del estado de salud para establecer el nivel de Calidad de Vida en Relación a la Salud se consiguió nueve tipos de estados siendo el 11121 el que predominó con un índice de 0.7902 quedando en segundo puesto el estado 11211 con un índice de 0.7947 que demuestran un nivel de salud moderado; mientras que el índice más bajo fueron el estado 31313 y 31312 con índices de 0.2459 y 0.2971 respectivamente. Por último, en la autoevaluación mediante el método EVA se pudo apreciar que el 53.1% de los pacientes se auto diagnosticaron con un estado entre 71 a 80.

En lo que respecta a los datos recolectados del cuestionario CAPHS sobre la experiencia del paciente, se pudo conocer que en la dimensión servicios profesionales los problemas detectados fueron con regular las instrucciones dadas

por el médico sobre las recetas, la disposición del médico para oírlos durante a consulta, el tiempo que les dedicó el médico para atenderlos y la falta de amabilidad del personal administrativo. En la dimensión servicio técnico se identificó problemas con el orden en la atención del usuario; en cambio, en la dimensión accesibilidad los problemas fueron el tiempo de espera, la atención de parte de la asistencia social, la puntualidad de fecha y hora de consulta, la dificultad para conseguir cita médica y hacer el trámite del mismo, así como, el ambiente de la consulta. Además, en la dimensión cortesía se encontró dificultades en cuanto a la orientación respecto al servicio y la calificación general de la atención del servicio técnico que fue regular. Al final, se valoró la atención general con dos preguntas mostrando predominio en que de ser necesario acudirían al hospital para una consulta y que no recomendarían el servicio de consulta a otros.

Conforme a la información que se revisó mediante las estadísticas del hospital se logró establecer los costos que hubo durante el periodo enero a julio del 2020; así como, la cantidad de pacientes que fueron atendidos en consulta externa durante dichas fechas. Estos datos permitieron determinar que el costo per cápita mensual de enero fue \$45.63, en febrero se vio un pequeño decrecimiento, continuando en marzo con un aumento en la cifra poniéndose a \$47.50; no obstante, el mes de abril se redujo en gran parte a \$32.54 y los demás meses hasta junio se vio un decrecimiento en pocas cantidades de este índice; pero en julio la cifra empezó a incrementar llegando a presentar un valor de \$31.95.

Capítulo IV: Propuesta

En el presente apartado se va a estructurar la propuesta de la investigación, que está enfocada en mejorar aquellos aspectos negativos encontrados mediante las encuestas; para lo cual, primero se va a establecer el objetivo de esta sección, seguido de su respectiva justificación, para de ahí dar paso a la descripción de las actividades a realizar como forma de solución. Asimismo, se presenta el detalle de los materiales y recursos que se requieren para cumplir con su cometido y un cronograma que detalle cada aspecto que se va a efectuar para que la propuesta pueda cumplir su objetivo.

Objetivo

Establecer un plan de mejoramiento de la calidad de los cuidados de la salud de consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo a fin de asegurar la triple meta.

Justificación

La presente sección conocida como propuesta tiene gran importancia; ya que al efectuar actividades que permitan mejorar la experiencia del paciente sobre los servicios de salud, se podrá mejorar la salud de los pacientes. De acuerdo a los resultados de la investigación, se considera necesario diseñar un proceso de consulta externa donde los profesionales puedan brindar a cada paciente el mismo servicio, cumpliendo todos los aspectos que necesitan durante el mismo.

Además, al capacitar a todo el personal sanitario de consulta externa sobre temas como comunicación efectiva y asertiva; así como, de calidad del servicio de atención se podrá ofrecer a los profesionales las herramientas necesarias para que puedan mantener una buena relación médico-paciente y que la consulta sea un

ambiente agradable que ayude a detectar cualquier riesgo que pueda presentar el paciente sobre alguna enfermedad y así poder tratarla a tiempo.

Los beneficiarios para la propuesta principalmente son los pacientes, no obstante, se benefician de esto también los profesionales y la institución de salud; puesto que al brindar al personal sanitario capacitación sobre temas de desarrollo personal y profesional, podrá existir dentro de la consulta una mejor relación, una comunicación más asertiva y una actitud de predisposición a ayudar por parte de los profesionales; esto va a influir en la confianza del paciente, facilita que toda la información de los problemas de salud que presenta el afiliado sean expuestos y se logre tener un mejor panorama sobre el mismo para que el médico pueda dar un mejor diagnóstico y tratamiento que le asegure mejorar su salud y calidad de vida. Adicional, si el paciente es bien atendido, sentirá una mayor satisfacción por el servicio, lo que genera una mejor imagen para el hospital y los profesionales que laboran en dicha institución.

Descripción de Actividades

Tabla 5
Descripción de actividades

Dimensión	Deficiencias	Actividad de respuesta
Servicios Profesionales	Instrucciones dadas por el médico sobre las recetas. Disposición del médico para oír a los pacientes durante la consulta. Tiempo dedicado por el médico para la atención. Falta de amabilidad del personal administrativo.	Diseño de un proceso orientado a la consulta externa; donde se integra la estandarización de procedimientos a ejecutar en la atención otorgada por el área de admisión, proceso en enfermería, proceso del médico en la consulta externa y procesos en farmacia.

Servicio Técnico	Orden en la atención del usuario	Desarrollo de un proceso estandarizado en el área de admisión,
Accesibilidad	Tiempo de espera La puntualidad de fecha y hora de consulta Atención de parte de la asistencia social Ambiente de la consulta.	Desarrollo de un proceso de reducción de tiempos de espera mediante la asignación equitativa de pacientes por profesionales médicos. Desarrollo de un programa de capacitación conformado por tres módulos que son: Comunicación efectiva y asertiva, atención con calidad y calidez y la aplicación de un taller.
Cortesía	Dificultades en la orientación respecto al servicio	Desarrollo de procesos estandarizados en el área de admisión.
Costos en consulta externa	Los mayores costos per cápita en esta área es la especialidad de medicina interna, medicina general, cardiología y nefrología.	Desarrollo de campañas de prevención orientadas a los habitantes del cantón Babahoyo a fin de otorgar un proceso educativo sobre tales enfermedades, entregar consejos para reducir el riesgo y mejorar su salud.

Programa de capacitación

El programa de capacitación contempla temas con respecto a la

comunicación efectiva y asertiva que debe tener un profesional sanitario al momento de brindar un servicio, acompañado del aprendizaje de la atención con calidad y calidez. Dicha capacitación la va a impartir el responsable de consulta externa previamente habiendo asistido a capacitarse sobre los temas y de esta forma compartir sus conocimientos y técnicas de aprendizaje con los demás colegas de la institución. Esta actividad va a ser supervisada por parte del personal de recursos humanos desde que se seleccionan los cursos hasta que se imparte estos a todo el personal del área respectiva. El responsable de impartir las capacitaciones será el jefe de consulta externa, cuya supervisión precede del área de recurso humano. A continuación, se presentan los temas a tratar en los cursos impartidos por el responsable del área de consulta externa del hospital.

Tabla 6
Contenido de capacitaciones

Curso	Contenido	Recursos/tiempo
Comunicación efectiva y asertiva	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos de la comunicación humana • Estrategias en el uso del lenguaje para generar cambios • Proceso de comunicación humana • La asertividad • La escucha activa • La comunicación: base para el logro de resultados 	Infocus Laptop 45 minutos
Refrigerio		
Atención con calidad y calidez	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento humano y motivación • Comunicación eficaz y percepciones • Inteligencia emocional y manejo de conflictos 	Infocus Laptop 45 minutos
Taller	Poniéndome en tus zapatos	30 minutos

Dichos cursos van a tener un valor total de \$175.00 que serán cubiertos por el hospital, para lograr compartir dichas enseñanzas se dispondrá del auditorio del

hospital, la fecha de la capacitación se notificará con previo tiempo que será fuera del horario de trabajo; para constatar la asistencia de todo el personal se llevará un registro de asistencia que deben los profesionales llenar y firmarlo.

Al finalizar el programa se le enviará al personal de salud una breve evaluación sobre la información que se indicó dentro del curso, de esta forma se podrá conocer las personas que pusieron énfasis en adquirir dichos conocimientos. En lo que se refiere al refrigerio se les dará a los médicos diez minutos para que tomen una bebida y un sánduche, después de esto se procederá a continuar con el curso.

Procesos de la consulta externa

Uno de los aspectos que se logró determinar durante la investigación es que los médicos no ponen interés en ayudar a los pacientes, no les brindan el tiempo necesario para explicarles detalladamente el tratamiento o medicación que deben tomar; por ese motivo, se planteó crear un flujograma sobre el proceso de consulta para que los profesionales de la salud tengan un procedimiento estandarizado que les permita cumplir a cabalidad todos los aspectos que se deben cumplir durante la misma. Cabe mencionar que la aplicación de los procesos en el área de admisión, de enfermería, consulta externa y farmacia se establecen como una responsabilidad atribuida a los jefes de cada área previamente mencionada; adicional, se requerirá la supervisión del personal del recurso humano. En consecuencia, los pasos a seguir se pueden revisar a continuación.

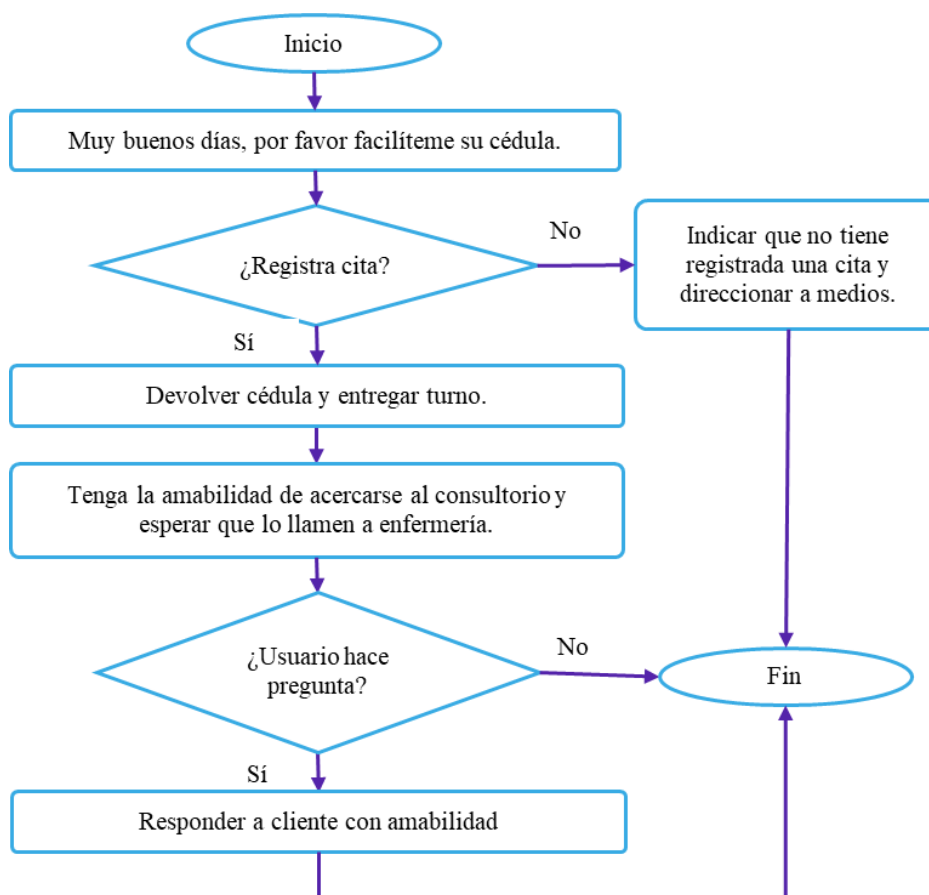


Figura 15. Proceso de atención de admisión

En el área de admisión es donde se da la primera impresión del servicio cuando el usuario se acerca a confirmar su cita, muchas veces aquí no son tratados de manera cordial al momento de atenderlos; por ese motivo, se tomó en cuenta este aspecto y se incorporaron pasos estandarizados a seguir, incluyendo una opción en caso de que soliciten ayuda sobre dónde se encuentran los consultorios u otra inquietud.

El proceso inicia con la llegada del usuario al hospital para recibir consulta, cuando llega debe acercarse a admisión donde debe confirmar la cita, una vez que se encuentra en la ventanilla, el personal de este departamento debe recibirlo con un saludo y pedirle amablemente que le entregue la cédula de identidad, una vez que consulta en el sistema podrá seleccionar qué hacer. En caso de que no registre consulta se debe direccionar a medios para sacar cita; en

cambio, si tiene una cita médica debe devolver la cédula y entregar turno para la consulta, despedirse amablemente y direccionar al consultorio donde debe esperar que lo llamen en enfermería; no obstante, si se diera el caso de que el usuario tiene alguna consulta es necesario que se le dé una respuesta cortés y si no hay consulta se da por terminado este proceso.

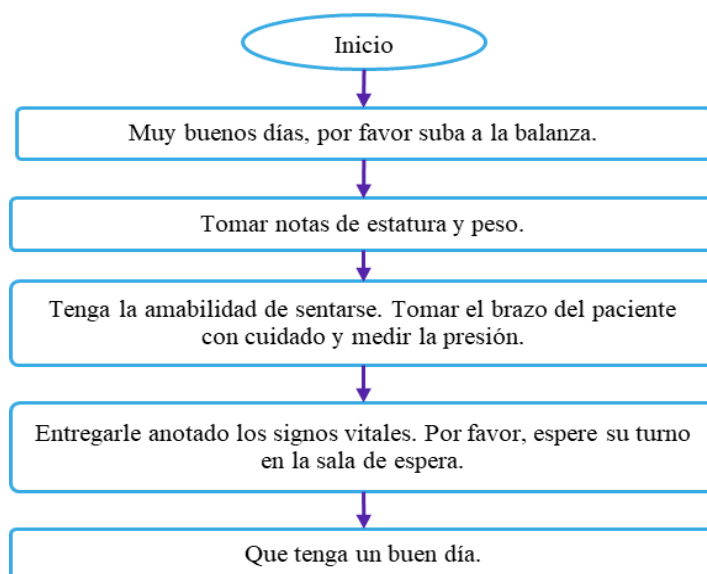


Figura 16. Proceso en enfermería

El proceso de enfermería inicia cuando el usuario acude al área de consulta externa con un turno donde va a ser llamado por el personal de enfermería para la toma de los signos de vida, cuando es llamado el usuario el personal de esta área debe saludarlo cordialmente y solicitarle que se suba a la pesa o balanza donde va a medir la altura y peso del paciente. Estos datos debe anotarlos en un papel, luego debe solicitar que tome asiento para proceder con la medición de la presión, para lo cual se debe tomar con cuidado el brazo del paciente y proceder a colocar el tensiómetro en el brazo y anotar dichos datos en el papel, entregar este al usuario y pedirle que por favor espere en la sala de espera a que lo vuelvan a llamar y despedirse amablemente.

Con respecto al proceso de consulta externa, este empieza cuando el usuario ingresa al consultorio, el médico debe saludarlo con su nombre y de manera amable pedirle que se siente, de ahí debe hacerle las preguntas respectivas de la anamnesis para llenar la historia médica, para luego proceder a preguntarle sobre el motivo de su consulta. Es aquí donde el profesional debe poner mucha atención en cada aspecto que el usuario comenta para hacer las preguntas adecuadas sobre dicho malestar, tales como desde cuándo empezó el problema, si se ha auto-medicado, en qué parte fue el dolor, qué tan intenso ha sido, entre otras necesarias.

Si considera que las molestias del paciente requieren exámenes es necesario solicitarlos, entre ellos se encuentran exámenes de laboratorio o de imágenes; si considera que no es necesario se procede a prescribir medicación y explicar al paciente en qué se basa el tratamiento a seguir, cómo debe tomar la medicación y en caso de solicitar exámenes explicarle en qué consisten. Para terminar, se debe consultar al usuario si tiene alguna duda a fin de saber si todo fue entendido, en caso de que no hallan dudas se procede a despedir con el nombre del paciente, si es lo contrario y si tiene dudas debe responderlas lo más fácil posible y volver a consultar si existe otra duda; si responde que no, se termina con la despedida el proceso, sino debe responder hasta que no existan dudas y despedir al paciente con cortesía.

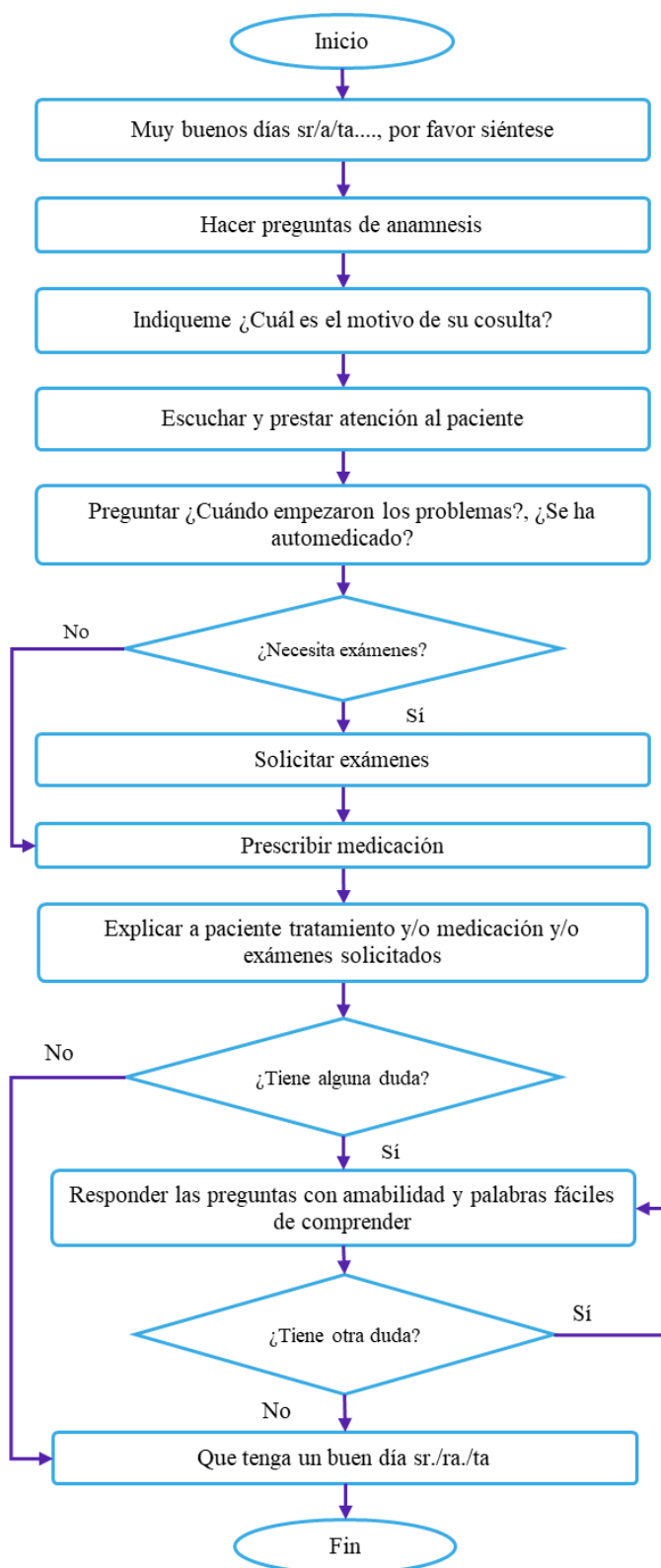


Figura 17. Proceso del médico en consulta externa

En lo que se refiere a la atención en farmacia que es el último punto de la consulta, este empieza cuando el paciente se acerca a la farmacia donde el

personal de dicha área debe proceder a saludar al usuario y pedirle que le entregue la cédula de identidad para proceder a consultar su receta e imprimirla, mientras debe despachar la medicación y tener todo listo para que el usuario firme cada uno de los comprobantes impresos y una vez con esto se entrega la medicación, se entrega la cédula y se procede a despedir al usuario amablemente, dando por terminado el proceso de atención en consulta externa.

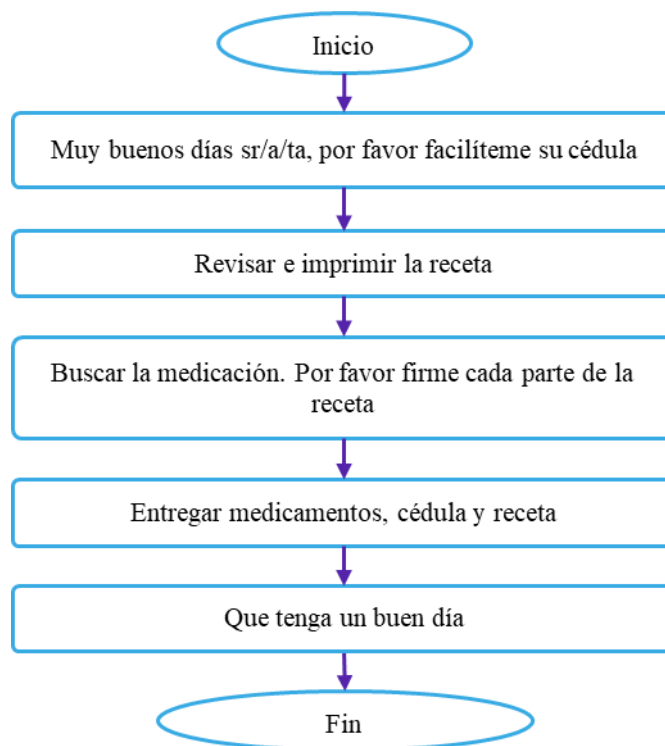
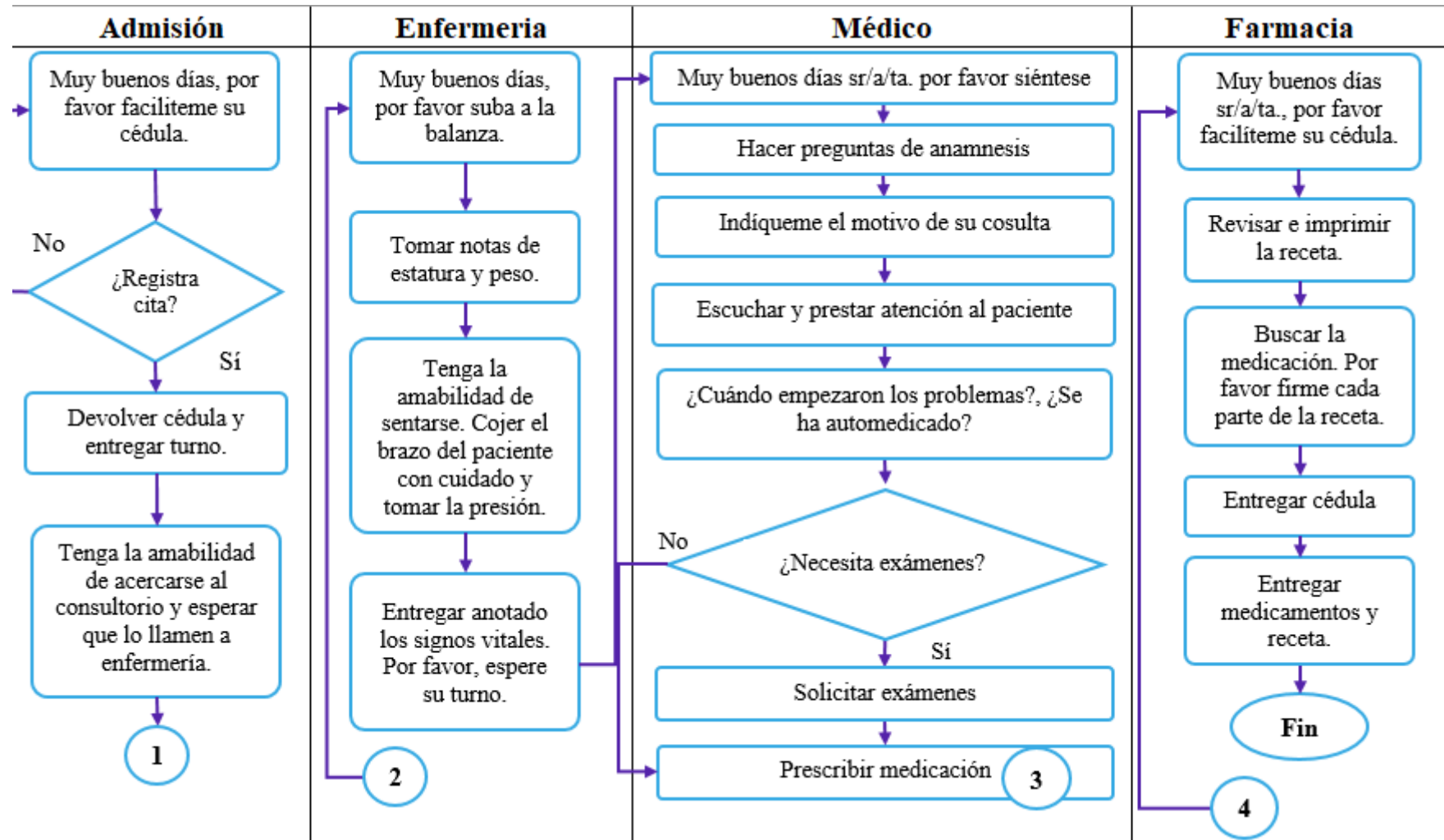


Figura 18. Proceso en farmacia

Una vez revisados todos los procesos que forman parte de la consulta externa es importante mostrar la secuencia que esos tienen desde que ingresa el usuario al hospital, hasta que concluye con la entrega de medicación como se puede observar a continuación.



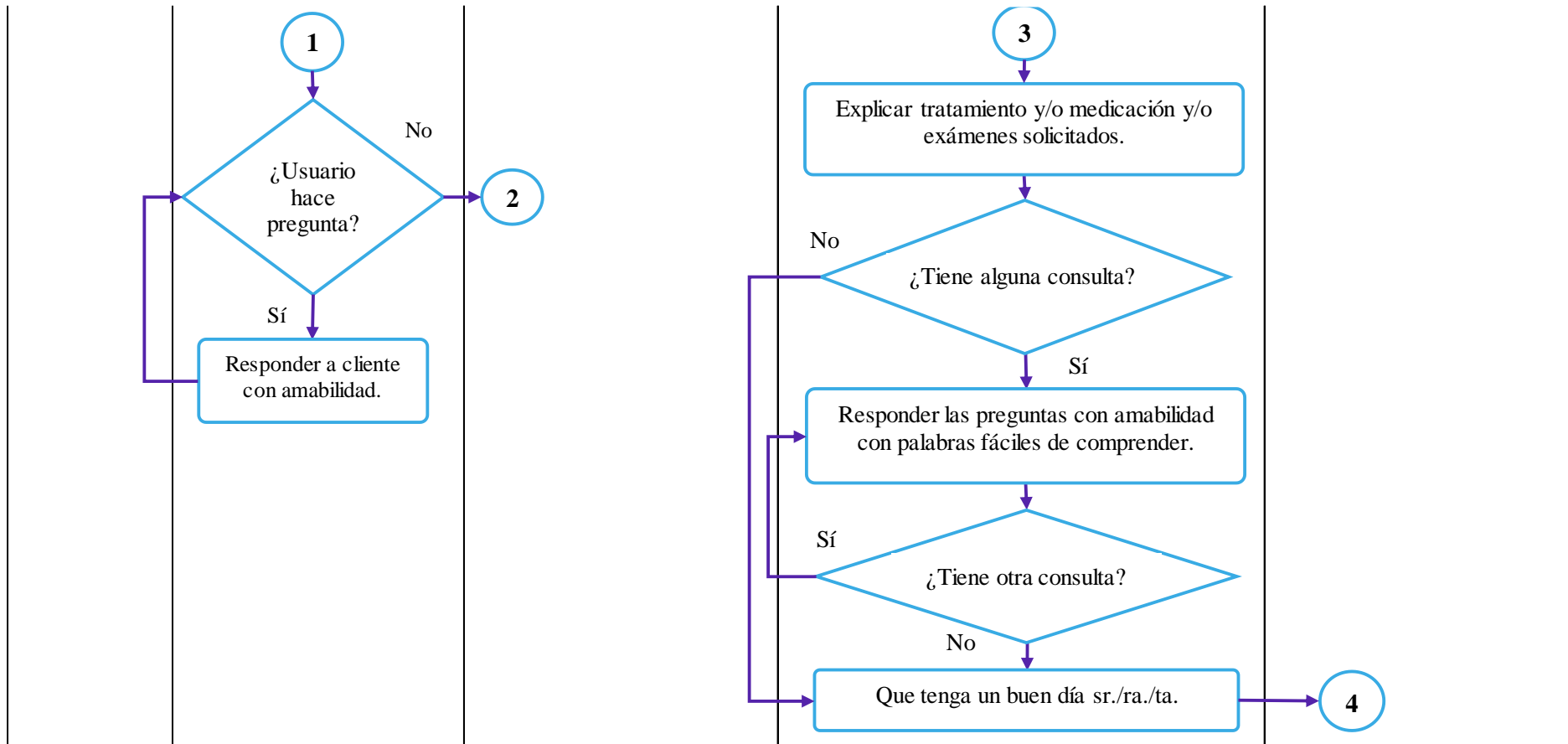


Figura 19. Proceso de consulta externa por área

Reducción del tiempo de espera

Conforme los resultados evidenciados, una de las deficiencias visualizadas en la dimensión accesibilidad se deriva del tiempo de espera; siendo esta acción calificada como regular por parte del 52.5% de la población encuestada. Ante esta perspectiva, como propuesta resolutoria se determina llevar a cabo la optimización de los tiempos empleados en la consulta externa; es decir, se otorgará al paciente o usuario el tiempo necesario y que se requiera para otorgar una atención de calidad. En este sentido, para gestionar esta acción se establece como primer punto distribuir las cargas de trabajo entre los profesionales de salud de forma equitativa. Es decir, se otorgará a cada profesional la cantidad de trabajo que se estima el mismo produzca en un determinado tiempo; lo cual se genera al momento de evitar la entrega de un excesivo número de revisiones médicas hacia un solo profesional.

Esta acción deberá ser gestionada de manera efectiva en conjunto con el proceso de admisión, quien deberá gestionar de forma efectiva el número de revisiones médicas para cada profesional de salud. En esta área se determina como elemento a considerar la visualización de imprevistos en las citas agendadas. Para este caso, ante las frecuentes inasistencias y demoras por parte de los usuarios, el personal deberá realizar un proceso de confirmación de cita, bajo el desarrollo de recordatorios mediante vía online o bajo la generación de llamadas telefónicas.

Posterior a esto, se desarrollará el proceso de enfermería previamente descrito, se orientará a los pacientes a la sala de espera y se dará inicio a la consulta en el tiempo y hora establecida. Para que esta acción se desarrolle con puntualidad, es importante que el proceso de atención se genere en un tiempo acorde al número de pacientes asignados a los médicos. Por lo general, el tiempo

de atención en el área de consulta externa oscila entre 10 a 20 minutos por paciente, tiempo que deberá ser distribuido de forma equitativa con todos los usuarios que arriben al área, sin dejar de lado la entrega de un servicio de calidad.

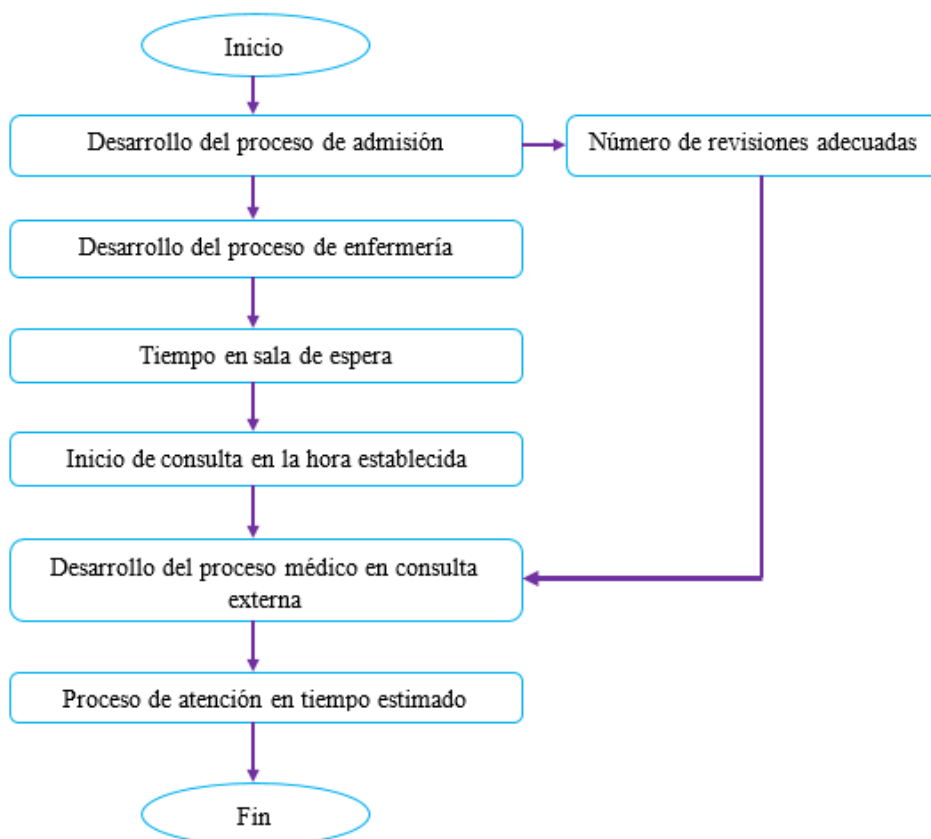


Figura 20. Reducción de tiempos de espera

Campañas de prevención

Otro aspecto que se pudo apreciar mediante los datos de los costos de la consulta externa es que los mayores costos per cápita en esta área es la especialidad de medicina interna, medicina general, cardiología y nefrología. Estas dos últimas especialidades son más específicas reflejando que la población padece problemas del corazón y de los riñones; por lo cual, se ha considerado crear campañas preventivas que permita que los habitantes del cantón Babahoyo y sus alrededores aprendan sobre las enfermedades de estas especialidades, cómo reducir el riesgo y brindar consejos para mejorar su salud.

Este evento será socializado por medio de la página oficial de la institución, mediante posters informativos que se encontrarán en el área de admisión, enfermería y en consulta externa, donde se especificará el día y hora a realizarse. Los aspectos que se van a contemplar en dicha campaña se muestra a continuación.

Tabla 7
Campaña de prevención de enfermedades

Campaña	Temas	Recursos
Prevención enfermedades cardíacas	Factores de riesgo cardiovascular (presión arterial, colesterol elevado, tabaquismo, obesidad, inactividad física). Reducir riesgo de enfermedad cardíaca	Carteles Volantes Marcadores
Prevención enfermedades del riñón	Enfermedades del riñón (piedras en el riñón, infecciones del riñón, cáncer de riñón, lesión renal aguda y síndrome nefrótico) Cómo prevenir la enfermedad renal	Carteles Volantes Marcadores

La campaña preventiva se realizará en las inmediaciones del hospital objeto de estudio, va a generar un costo de materiales de \$129.40 que corresponde a la adquisición de 5,000 volantes en papel couche full color en ambos lados, la compra de pliegos de cartulina y marcadores. Los carteles serán realizados por el personal médico de la especialidad de cardiología y nefrología, además, va a ser supervisado por el jefe de recursos humanos. Los flyers van a contener información destacada sobre las enfermedades cardíacas y del riñón, las mismas que se pueden apreciar en la siguiente figura.



Figura 21. Flyer parte 1



Figura 22. Flyer parte 2

Materiales y Recursos

Los materiales y recursos que se van a usar para poder poner en marcha la propuesta son los volantes, los pliegos de cartulinas, marcadores, los cursos y el refrigerio que se entregará a los profesionales de la salud. En cuanto a la actividad del proceso de atención de consulta externa, esta será realizada por el personal del hospital, por ese motivo no tendrá un costo.



Conclusiones

El triple objetivo fue descrito por primera vez por Berwick, Nolan y Whittington en el año 2008, por lo cual, se conceptualizó a la triple meta como un esfuerzo que se hace con la finalidad de mejorar la salud y lograr que llegue al usuario y a su familia, convirtiéndose esto en una prioridad para los actores involucrados en el servicio de la salud. Las tres dimensiones de la triple meta juntas de manera simultánea proporcionan un marco útil para medir el valor en la asistencia sanitaria en el medio. Los componentes de la triple meta de acuerdo a la literatura se dividen en tres dimensiones que trabajan de manera simultánea entre ellas como son el reducir el costo per cápita, mejorar la experiencia de la atención del paciente y la salud de la población. La combinación del costo per cápita y la experiencia de cuidado de la salud permiten la medición de la eficiencia de los servicios. La combinación de la salud de la población con la experiencia en la atención médica permite la medición de la efectividad de la atención médica. Para que la triple meta se pueda cumplir es importante que se sigan tres condiciones importantes que son que exista un integrador, que se considere las limitaciones y definir la población a actuar.

Los trabajos referenciales dieron a conocer que existen tres principios fundamentales que permitieron guiar a las organizaciones que participaron del estudio, estas fueron establecer un sistema de aprendizaje que permita sostener e impulsar el trabajo durante el tiempo, gestionar los servicios a la población y crear bases adecuadas para la gestión de la población. En Holanda se creó la página My Care para brindar una atención primaria superior, se hizo la segmentación por regiones para conseguir una alta calidad del cuidado de la salud. En Escocia se cambió la estructura del sistema a uno basado en la triple meta, donde

establecieron la salud de la población por medio de la reducción de las desigualdades en prevención y salud; así como, la atención preventiva infantil. La experiencia en la atención tuvo como componentes la atención de pacientes con enfermedades crónicas múltiples, el modelo de cuidados integrados, la atención de emergencia y no programada, la atención primaria, el seguro y el cuidado centrado en el paciente.

El índice de estado de salud de los pacientes estuvo comprendido entre 0.7902 seguido de 0.7947 y el menos frecuente fue de 0.2459, mientras que por medio de la escala EVA el 35.6% de los pacientes se autoevaluaron con un estado de salud actual moderado entre 71 a 80 siendo el segundo estado de salud más frecuente el de 61 a 70 y el 1.1% de pacientes se autoevaluaron con un estado de salud entre 11 a 20 reflejando que fue el peor nivel. En lo que respecta a la experiencia de los pacientes del servicio se encontró con calificación de regular a la disposición del médico para oírlo, el tiempo que le dedicó el médico para atenderlo, las instrucciones dadas por el médico sobre la receta, el tiempo de espera, el trámite de la consulta y la orientación respecto a servicios; en cambio, el orden de la atención del usuario fue mala y muy mala. En lo que respecta a los costos, se logró establecer el costo per cápita de los meses de enero a julio del 2020 de manera individual y luego grupal dejando claro que el más alto costo fue en el mes de marzo con un valor de \$47.50 y el global de dichos meses fue de \$39.06.

El plan de mejoras para el aseguramiento de la triple meta está basado en tres perspectivas que son un programa de capacitación, diseñar un proceso de atención estandarizado para la consulta externa incluyendo todas las áreas que intervienen y llevar a cabo campañas de prevención de enfermedades del riñón y

del corazón por ser las especialidades que más costos tuvieron. En cuanto a la capacitación se tomó dos temas importantes que fueron la comunicación asertiva y efectiva para que el médico pueda tener una mejor relación médico-paciente y la calidad de los servicios de atención con el propósito de mejorar la calidad de sus servicios, la manera de tratar a los pacientes, brindar técnicas que les ayude a tratar mejor a usuarios molestos, al igual que el proceso de consulta externa de manera individual donde se especifica que deben saludar siempre al afiliado y responder todas sus dudas; seguir los pasos estructurados donde se contempla cada punto de su trabajo y así poder cubrir cada una de sus funciones sin olvidar o descuidar alguna.

Adicional, se propuso campañas de prevención de dos enfermedades que han generado mayor costo per cápita en los últimos meses como son las enfermedades cardiacas y del riñón, para lo cual se entregará flyers con información sobre cómo reducir riesgos de contraer dichas enfermedades y se expondrá en las inmediaciones del hospital información sobre las diferentes enfermedades de cada órgano, la manera cómo se previenen y las consecuencias de no cuidarse.

Recomendaciones

Desarrollar una revisión sistemática de las investigaciones que han evaluado la triple en diferentes países como Estados Unidos, y de esta forma llegar a un consenso sobre las técnicas utilizadas que le permitieron reducir los costos per cápita, pero aumentando la calidad de los servicios desde la expectativa del paciente.

Efectuar nuevas investigaciones sobre la triple meta en otras áreas del hospital como es hospitalización, cuidados intensivos, emergencia y la parte de apoyo como laboratorio clínico e imágenes; de esta forma se podría tener una evaluación exhaustiva sobre cada dimensión de la triple meta y así hacer las correcciones necesarias que faciliten el mejorar la atención de los servicios con menor costo.

Realizar nuevas evaluaciones de la triple meta en el área de consulta externa después de haber implementado el plan de mejoras, a fin de poder constatar que las acciones tomadas y realizadas han mostrado un cambio con respecto a las expectativas del paciente de manera positiva y que este vaya acompañado de una reducción de costos.

Llevar a cabo constantes capacitaciones sobre temas de desarrollo humano que les ayude a poder efectuar su trabajo de una mejor manera con habilidades más empáticas, una comunicación más asertiva, cambien actitudes negativas y se fortalezca el deseo de ayudar a las personas que por tratar con muchas de ellas pueden dejar de lado el trato humanizado. Al igual que diseñar más campañas de prevención sobre otras enfermedades crónicas con lo cual se logre reducir los riesgos de tener una población con múltiples problemas de salud.

Referencias

- American Hospital Association. (2015). Zeroing in on the Triple Aim. *American Hospital Association*, 1-8.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Retrieved from <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2011). *Ley de Seguridad Social*. Retrieved from https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_segu.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente. (2012). *Código del Trabajo*. Retrieved from <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/11/C%C3%B3digo-de-Tabajo-PDF.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *Ley orgánica de salud*. Quito - Ecuador.
- Barr, H. & Beunza, J. (2014). La triple meta para el futuro de la sanidad. *Revista Española de Salud Pública*(142), 2-6.
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 69-73.
- Berwick, D., Nolan, T. & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Caicedo, C., Gómez, A. & Díaz, F. (2017). Hacia la atención en salud basada en el valor. *Revista Médica Sanitas*, 175-184.

- Cañón, C. (2019). *Implementación de la triple meta*. Retrieved from <http://www.neuroeconomix.com/implementacion-de-la-triple-meta/>
- Carriel, J. (2012). Gasto público en salud en el Ecuador. *Revista Médica*, 18(1), 53-60.
- Compañía de Seguros Noble. (2019). *La triple meta en la atención de la salud*. Retrieved from <https://www.nobleseguros.com/sitio/2019/11/12/la-triple-meta-en-la-atencion-de-la-salud/>
- (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi; Ecuador.
- Delgado, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2010; 26 (1): 143-154.
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vida y Salud*, 16(1), 4-11.
- Díaz, C. (2020). La triple meta: el presente de la gestión sanitaria. *Especialización en Economía y Gestión de la Salud*, 65-72.
- Díaz, C. (2020). *La triple Meta: el presente de los sistemas de salud*. Retrieved from <https://saludbydiaz.com/2020/01/07/la-triple-meta-el-presente-de-los-sistemas-de-salud/>
- Dorner, A. V. & Soto, A. (2017). Bienestar psicológico y conductas éticas en salud. *Revista Espacios*, 38(44), 35. Retrieved from <https://www.revistaespacios.com/a17v38n44/17384435.html>
- Dos Santos, M. (2017). *Investigación de mercados*. España: Editorial Díaz de Santos.

- Dr. Jorge Augusto Naranjo Ferregut, D. A. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 375-381.
- Efxto. (2017). *Per Cápita*. Retrieved from [https://efxto.com/diccionario/per-capita#:~:text=Per%20C%C3%A1pita%20\(en%20lat%C3%ADn%20%C2%ABpor,que%20se%20describa%20una%20poblaci%C3%B3n.](https://efxto.com/diccionario/per-capita#:~:text=Per%20C%C3%A1pita%20(en%20lat%C3%ADn%20%C2%ABpor,que%20se%20describa%20una%20poblaci%C3%B3n.)
- Ehlinger, E. P. (2015). We need a Triple Aim for Health Equity. *Minnesota Medicine*, 28-29.
- Escuder, P. & Cabedo, S. (2014). *Educación y calidad de vida en personas mayores*. Castelló de la Plana: Universidad Jaume.
- Espinosa, V. (2017). La reforma en Salud del Ecuador. *Pan American Journal of public health*, 1.
- Farmanova, E., Kirva, C. & Verma, J. (2016, 28(6)). Triple Aim in Canada: developing capacity to lead to better health, care and cost. *International Journal for Quality in Health Care*, 830–837.
- Ferreira, R. & Porto, A. (2018). La calidad de vida en el trabajo y el ausentismo como indicadores de resultado de gestión hospitalaria. *Ciencias Administrativas, Enero-Junio*(11), 3-14. Retrieved from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/64541>
- Francisco, A. H. (2015). *Calidad y Auditoria en salud*. Colombia.
- Gaviria, C. & Márquez, C. (2019). *Estadística descriptiva y probabilidad*. Medellín: Universidad de San Buenaventura Medellín.
- Giovanella, L., Feo, O., Faría, M. & Tobar, S. (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad/Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *ISAGS-UNASUR*.

- Goldman, L. & Schafer, A. (2013). *Tratado de medicina interna*. España: Editorial Elsevier.
- González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en psicología y ciencias de la salud*. México: Manual Moderno.
- Guelmes, E. & Nieto, L. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(1), 23-29.
- Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205.
- Herdman, M., Badia, X. & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429.
- Hernández, A., Ramos, M., Placencia, B., Indacochea, B., Quimis, A. & Moreno, L. (2018). *Metodología de la Investigación científica*. Alicante: 3Ciencias.
- Højriis, M., Mazzocato, P., Savage, M. & Savage, C. (2017). Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple Aim. *BMC Health Services Research* volume(98), 1-23.
- Hospital General del IESS Babahoyo. (2020). *Información interna del Hospital*.
- IHI. (2020). *Our Work Latin America*. United State of America.
- Improving Health and Health Care Worldwide. (2014). Retrieved from http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=81ca4a47-4ccd-4e9e-89d9-14d88ec59e8d&ID=63
- Improving Health and Health Care Worldwide. (2014). *Introducción a la definición del triple objetivo*. Retrieved from

http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=81ca4a47-4ccd-4e9e-89d9-14d88ec59e8d&ID=63

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (2017). *Indicadores*.

Institutos Estadounidenses de Investigación. (2019). *Demonstrating Value Using Triple Aim Measurement: Six Things Community Health Centers Can Do*.

Retrieved from

https://www.air.org/sites/default/files/downloads/report/TAMI%20Toolkit_Issue%20Brief_022916.pdf

Klein, D. M. (2010). The Triple Aim Journey: Improving Population Health and Patients' Experience of Care, While Reducing Costs. *The Commonwealth Fund*, 1-11.

Lleixa, M. & Montesó, P. (2017). *Investigación en enfermería teoría y práctica*. Tarragona: Publicaciones URV.

Lucio, R., Villacrés, N. & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 2, 2011, pp. S177-S187, S177.

Mancilla, J. C. (2012). Gasto público en salud en el Ecuador. *Rev. Med. Facultad de Medicina*, 53-60.

Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P. & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49.

Martín, A. (2019). *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. Barcelona: Editorial Elsevier.

Maureen Bisognano, C. K. (2012). *Persuing the triple aim*. United States: Published by Jossey-Bass An Imprint of Wiley.

- McCarthy, D. & Klein, S. (July 2010). The Triple Aim Journey. *Commonwealth Fund pub. 1421*, 1421.
- Medicina Interna de Alto Valor. (2018). *¿Cuáles son las implicaciones de una atención sanitaria basada en el valor?* Retrieved from <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/colaboraciones/cuales-son-las-implicaciones-de-una-atencion-sanitaria-basada-en-el-valor/>
- Mery, G., Majumder, S., Brown, A. & Dobrow, M. (2017). *¿A qué nos referimos cuando hablamos del Triple Aim? Una revisión sistemática de la evolución de las definiciones y adaptaciones del marco a nivel del sistema de salud. Política de salud*, 121(6), 629-636.
- Metodologías y técnicas de Investigación. (2015).
- Michael E. Porter, P. (december 23, 2010). What Is Value in Health Care? *n engl j med 363;26 nejm.org*, 2477-2481.
- Miguel Malo-Serrano, N. M.-C. (2014). Reforma de Salud en el Ecuador. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 754-761.
- Ministerio de Finanzas. (2020). *Clasificador Presupuestario de ingresos y gastos del sector público*. Retrieved from https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/07/Clasificador_Presupuestario_29072014.pdf
- MinSalud. (2018). *La triple meta de Juan Pablo Uribe al mando de MinSalud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-triple-meta-de-Juan-Pablo-Uribe-al-mando-de-MinSalud.aspx>
- Mira JJ, A. J.-M. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva* , 12-18.

- Mold, J. (2017). Goal-Directed Health Care: Redefining Health and Health Care in the Era of Value-Based Care. *Cureus*, 9(2), 1-11.
doi:10.7759/cureus.1043
- Molina, M. (2017). Diseños secuenciales: interrupción precoz del ensayo clínico. *Pediatría Atención Primaria*, XIX(73), 87-90.
- Moreta, R., López, C., Gordón, P., Ortíz, W. & Gaibor, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 111-125.
doi:https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989
- MSP. (2013). *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Retrieved from
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Conedigital-27-05-14.pdf>
- Naranjo, D. (2016). Cómo los equipos de dirección usan los sistemas de información y control en la gestión hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 287-292.
- Naranjo, J., Delgado, A., Rodríguez, A. & Sánchez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 375-381.
- Niño-Effio, B. S. & Tito, J. C. (2010). Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque octubre 2010. *Rev. cuerpo méd.*, 5-9.
- Novartis Pharmaceuticals. (2019). *La implementación de sistemas locales de salud*. Retrieved from
<https://dbs.deusto.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application>

%2Fpdf&blobheadername1=Expires&blobheadername2=content-type&blobheadername3=MDT-Type&blobheadername4=Content-Disposition&blobheadervalue1=Thu%2C+10+Dec+2020+16%3A00%3A00+GMT&blobhead

Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación. Cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Bogotá: Ediciones de la U.

Obucina, M., Harris, N., Fitzgerald, J., Chai, A., Radford, K., Ross, A., . . .

Vecchio, N. (2018). The application of triple aim framework in the context of primary healthcare: A systematic literature review. *Health Policy*, 122(8), 900-907. doi:10.1016/j.healthpol.2018.06.006

OMS. (2017). *Salud en las Américas: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.

OMS. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*.

OPM & OMS. (2014). *Revista Informativa*. Retrieved from

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599

OPS & OMS. (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y*

perfiles de país. Retrieved from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

OPS y OMS. (2007). *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Retrieved from

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download

ad&category_slug=vigilancia-sanitaria-y-atencion-de-las-enfermedades&alias=58-la-equidad-en-la-mira-la-salud-publica-del-ecuador-durante-las-ultimas-decadas&Itemid=599

OPS y OMS. (2018). *Informe de país: Ecuador*. Retrieved from

[https://www.paho.org/salud-en-las-americas-](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/ecuador&lang=es)

[2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/ecuador&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/ecuador&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil de sistemas y servicios de salud en Estados Unidos de América. *Organización Panamericana de la Salud*.

Pérez, J. (2018). *Los gráficos estadísticos. Sus diferentes tipos y usos para aportar claridad a un informe de investigación*. München: Grin Verlag.

(2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021*. Quito, Ecuador.

Quanje, T., Spreeuwenberg, M., Struijs, J., Baan, C. & Ruwaard. (2017).

Evaluating a Dutch cardiology primary care plus intervention on the Triple Aim outcomes: study design of a practice-based quantitative and qualitative research. *BMC Health Services*, 17(628).

Ruano, J. (2015). Mejoramiento en el impacto de la disminución del riesgo del componente materno infantil gracias al aprendizaje organizacional.

https://www.oes.org.co/imagenes/Conferencias_Pasto/Javier_Ruano-IDSN.pdf.

Ryan, B., Belle, J., Glazier, R. & Hutchison, B. (2016). Examining Primary

Healthcare Performance through a Triple Aim Lens. *Healthc Policy*, 11(3), 19–31.

Sánchez, E. & Insunza, S. y. (2015). *Probabilidad y estadística*. San Juan Tijuana: Grupo Editorial Patria.

- Secretaria del Buen Vivir. (2017). *Informe Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito, Ecuador.
- Skinner, J., Fisher, E. & Wennberg, J. (2005). *The Efficiency of Medicare*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sobrino, I. (2014). La reforma sanitaria de Obama; limitado avance en la protección del derecho a la salud. *Revista Española de Derecho Constitucional*(101), 181-212.
- Stiefel, M. & Nolan, K. (2012). A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. *Institute for Healthcare Improvement*, 1 - 40.
- Tanenbaum, S. (2017). Can Payment Reform Be Social Reform? The Lure and Liabilities of the “Triple Aim”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 42(1), 53-71. doi:10.1215/03616878-3702770
- Thomas Bodenheimer, M. & Christine Sinsky, M. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine; VOL. 12, NO. 6*, 573-576.
- Trickett, K., Matiaco, P., Jones, K., Howlett, B. & Briggs, K. (2016). Effectiveness of Shared Medical Appointments Targeting the Triple Aim Among Patients With Overweight, Obesity, or Diabetes. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 116(2), 780-787. doi:10.7556/jaoa.2016.153
- V. Ortún-Rubio, J. P.-P.-J. (Enero 2001). La economía de la salud y su aplicación. *Atención Primaria.*, 148-150.
- Varela, J., Zapatero, A., Gómez, R., Maestre, A., Díez, J. & Barba, R. (2018). *¿Cuáles son las implicaciones de una atención sanitaria basada en el*

valor? Retrieved from

<https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/colaboraciones/cuales-son-las-implicaciones-de-una-atencion-sanitaria-basada-en-el-valor/>

Vásquez, W., Arimborgo, C., Pillhuaman, N. & Vallenás, G. (2009). Satisfacción del usuario de consulta externa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. *Investigaciones Sociales*, 13(22), 337-353.

Vítolo, F. (2016). La triple meta en la atención de la salud. *Noble Compañía de Seguros*, 1.

Whittington, J., Nolan, K., Lewis, N. & Torres, T. (2015). Persiguiendo el triple objetivo: los primeros 7 años. *Revista Milbank Quarterly*, 93(2), 263-300.

Zambrano, M. (2014). Implementación de una Cultura de Seguridad con Enfoque de Triple Meta para una empresa que presta Servicios de Salud. Repositorio de la Escuela Superior Politécnica del Litoral.

Zarate, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. *Rev Med Chile*, 93-97.

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario EUROQOL-5D



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS EN SALUD**

Por favor marque con una X en cada pregunta la opción que mejor describa su estado de salud el día de hoy. Recuerde que la información que proporcione será de uso académico por lo cual, se mantendrá total confidencialidad de los datos que proporcione en la encuesta.

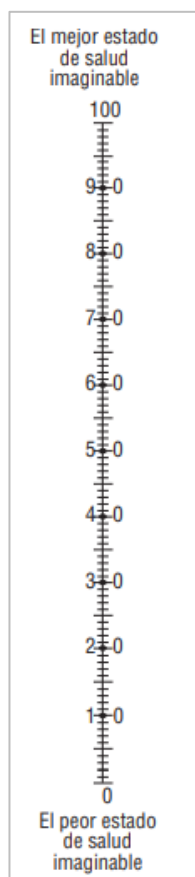


Figura 23. Escala visual analógica del EQ-5D

Apéndice B. Cuestionario de Estado de Salud



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS EN SALUD

Movilidad	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, etc.)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor/malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	
Tengo mucho dolor o malestar	
Ansiedad/depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	
Estoy muy ansioso o deprimido	

Tomado de *El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria*; por Herdman, Badia y Berra (2001).

Apéndice C. Cuestionario CAHPS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS EN SALUD

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en otro hospital. Recuerde que la información que proporcione será de uso académico por lo cual, se mantendrá total confidencialidad de los datos que proporcione en la encuesta.

Datos sociodemográficos

1.- Género

Femenino []

Masculino []

2.- Edad

De 18 a 25 años []

De 26 a 35 años []

De 36 a 45 años []

De 46 a 55 años []

Más de 55 años []

Preguntas	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
SERVICIO PROFESIONAL					
1.- En general, la atención del médico le pareció:					
2.- Durante la consulta la disposición del médico para oírlo es:					
3.- Las instrucciones dadas por el médico sobre la receta es:					
4.- El tiempo que le dedico el médico para atenderlo es:					
5.- La amabilidad del personal administrativo es:					
6.- El personal administrativo se identifica:					
SERVICIO TÉCNICO					
7.- En general, cómo califica la atención del personal técnico:					
8.- El orden en la atención del usuario es:					
9.- La amabilidad mostrada por el personal técnico, le parece:					

10.- La disposición del personal administrativo para ayudar es:					
11.- Trato personal del personal de vigilancia:					
ACCESIBILIDAD					
12.- La limpieza en el hospital es:					
13.- El tiempo de espera le parece:					
14.- La atención recibida por la asistencia social, le pareció:					
15.- La puntualidad en la fecha y hora de consulta es:					
16.- La facilidad para conseguir cita es:					
17.- Trámite de la consulta le parece					
18.- La sala de espera es:					
19.- El ambiente de la consulta es:					
CORTESÍA					
20.- El horario de atención le parece:					
21.- Trato en admisión:					
22.- Trato en caja:					
23.- Opinión de equipamiento de consultorios:					
24.- Orientación respecto a servicios:					
25.- En general, cómo califica la atención del personal técnico que lo atendió:					
ATENCIÓN GENERAL					
26.- De ser necesario, acudiría nuevamente al uso de este servicio de consulta	Sí		No		
27.- Recomendaría Ud. Este servicio de consultorios a otros que lo necesiten	Sí		No		

Tomado de "Satisfacción del usuario de consulta externa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé"; por W. Vásquez, C. Arimborgo, N. Pillhuaman, G. Vallenás, 2009, *Investigaciones Sociales*, 13(22), p. 337-353.

Apéndice D. Costos por Mes en Consulta Externa

Tabla 10
Costos por mes en consulta externa

DEPENDENCIA	ENERO	FEBRE RO	MARZ O	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL
ALERGOLOGIA	8.514,13	5.672,15	1.929,10	5.882,45	8.060,04	5.943,03	8.223,41	44.224,32
ANESTESIOLOGIA	777,22	852,80	401,36	-	-	-	-	2.031,38
CARDIOLOGIA	66.788,71	49.437,46	24.225,72	11.561,92	21.624,09	23.785,12	38.245,69	235.668,71
CIRUGIA GENERAL	5.708,01	4.983,23	2.151,58	-	85,09	692,81	1.486,42	15.107,15
CIRUGIA MAXILOFACIAL	12.892,01	11.622,15	7.434,17	266,05	42,00	46,63	49,01	32.352,02
CIRUGIA PEDIATRICA	1.023,36	821,17	346,39	-	-	-	-	2.190,92
CIRUGIA PLASTICA	1.275,45	591,10	211,99	-	-	-	228,24	2.306,78
CIRUGIA VASCULAR	38.810,83	26.415,19	10.908,26	-	300,96	17.446,88	17.216,30	111.098,42
CLINICA DEL PIE DIABETICO	4.701,53	3.538,50	934,43	-	-	-	2.439,01	11.613,47
DERMATOLOGIA (CE)	39.595,51	17.196,39	10.367,10	5.076,36	6.008,14	-	12.795,92	91.039,42
ENDOCRINOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-
FISIATRIA	0,20	5.127,95	1.767,68	5,81	330,00	-	-	7.231,64
GASTROENTEROLOGIA	45.011,85	35.453,43	16.019,16	2.605,06	3.178,13	4.699,16	7.217,36	114.184,16
GINECOLOGIA (CE)	459,81	442,86	280,79	137,06	278,34	610,71	728,25	2.937,84
GINECO-OBSTETRICIA	27.181,12	20.180,49	11.277,82	6.358,59	9.477,26	10.134,16	17.122,60	101.732,03
INSTRUMENTACION	142,08	164,47	186,99	-	-	-	-	493,53
UROLOGIA	142,08	164,47	186,99	-	-	-	-	493,53
MEDICINA FAMILIAR	43.106,23	37.872,18	19.057,01	26.701,79	4.694,50	9.126,03	18.820,48	159.378,23
MEDICINA GENERAL	84.519,64	66.517,03	40.836,10	28.765,58	8.869,36	19.200,30	48.544,72	297.252,74
MEDICINA INTERNA	85.423,44	53.576,53	16.848,04	35.039,08	48.206,57	31.623,89	33.511,45	304.229,00
MEDICINA PREVEN Y EDUC.SAL	19.014,66	15.099,44	6.847,26	-	-	-	-	40.961,36
MEDICO A DOMICILIO	1.747,54	1.526,30	5.211,37	5.422,19	6.647,28	8.396,70	9.995,44	38.946,83
NEFROLOGIA	66.949,01	69.463,25	27.510,03	3.023,55	8.897,33	15.699,13	21.147,00	212.689,30
NEONATOLOGIA	40.915,7	27.354,2	20.571,0	-	-	-	-	88.840,98

	0	6	3						
NEUROCIRUGIA	3.838,49	6.819,03	2.495,82	114,41	3.020,57	3.074,62	3.259,95	22.622,88	
NEUROLOGIA	4.789,16	9.787,04	-	5.111,48	7.587,01	7.739,99	11.443,04	46.457,73	
NUTRICION Y DIETETICA	8.483,95	5.131,82	1.272,25	1.228,54	1.408,18	1.797,46	2.388,25	21.710,45	
ODONTOLOGIA	40.103,32	25.529,77	11.903,39	-	10,79	-	9,30	77.556,57	
OFTALMOLOGIA	45.092,66	38.713,40	9.226,18	7.814,83	6.118,49	6.442,97	6.080,31	119.488,84	
ONCOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	9.771,41	8.646,67	4.746,68	8.364,40	7.673,08	6.229,88	6.888,22	52.320,34	
	7.308,39	4.910,01	2.758,34	2,81	828,17	2.614,29	5.679,14	24.101,15	
PEDIATRIA	21.444,90	17.610,34	6.833,02	2.828,09	8.964,14	13.300,14	15.797,75	86.778,37	
PSICOLOGIA	6.413,28	6.267,43	3.831,21	14.428,24	23.529,45	24.001,31	29.747,44	108.218,36	
PSIQUIATRIA TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	
	19.656,01	11.523,54	5.073,26	4.129,07	8.995,84	9.287,00	14.257,23	72.921,94	
UROLOGIA	10.588,17	12.704,50	5.328,09	3.671,50	3.644,60	4.619,19	6.603,50	47.159,54	
TOTAL	772.047,80	601.551,88	278.791,61	178.538,86	198.479,41	226.511,40	339.925,43	2.595.846,39	

Tomado de Hospital General del IESS Babahoyo, (2020).

Apéndice E. Pacientes de Consulta Externa por Mes

Tabla 11
Pacientes atendidos en consulta externa por mes

ESPECIALIDADES	<u>Enero</u>		<u>Febrero</u>		<u>Marzo</u>		<u>Abril</u>		<u>Mayo</u>		<u>Junio</u>		<u>Julio</u>		Su ma
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ALERGOLOGIA	149	244	115	171	44	51	142	185	139	200	127	175	159	170	2.071
ANESTESIOLOGIA	132	164	101	118	59	52									626
CALIFICACION MEDICA	35	11	8	2	4	2	-	2							64
CARDIOLOGIA	534	645	425	459	263	232	200	205	226	212	252	244	450	386	4.733
CIRUGIA GENERAL	212	201	159	135	87	65			3	4	30	22	65	44	1.027
CIRUGIA MAXILO FACIAL	70	94	54	99	34	38	84	103	44	66	36	57	37	56	872
CIRUGIA PEDIATRICA	54	28	43	20	16	12									173
CIRUGIA PLASTICA	58	35	19	24	9	8							12	7	172
CIRUGIA VASCULAR	176	353	144	265	54	89			1	3	71	126	32	88	1.402
DERMATOLOGIA	316	415	146	157	68	92	100	167	100	147	152	219	169	256	2.504
GASTROENTEROLOGIA	195	305	132	236	43	53	55	98	80	110	118	157	132	176	1.890
GINECOLOGIA	-	1.252	-	908	1	494	-	361	-	372	-	494	-	785	4.667
MEDICINA FAMILIAR	391	524	369	476	238	232	257	321	54	37	102	103	216	281	3.601
MEDICINA GENERAL	1.032	1.064	761	753	483	456	336	339	74	78	262	231	641	714	7.224
MEDICINA INTERNA	496	594	301	362	117	116	236	286	280	311	275	318	239	365	4.296
MEDICINA PREVENTIVA	396	246	354	208	70	64									1.338
MEDICO A DOMICILIO	47	33	18	22	60	64	56	62	56	70	58	79	73	129	827
NEFROLOGIA	367	174	346	202	139	61	21	13	70	26	85	40	144	74	1.762
NEONATOLOGIA	34	32	29	24	18	13									150
NEUROCIRUGIA	79	46	89	56	45	21	6	4	8	6	8	9	17	14	408
NEUROLOGIA	67	53	114	128			92	78	100	119	104	99	171	186	1.311
NUTRICION Y DIETETICA	113	164	66	105	22	22	15	25	19	31	26	36	33	57	734

ODONTOLOGIA	669	654	444	447	213	158											2.58
																	5
OFTALMOLOGIA	219	248	192	203	71	76	187	235	160	165	160	156	138	158			2.36
																	8
ONCOLOGIA	72	286	59	246	36	124	73	202	72	187	63	123	83	172			1.79
																	8
OTORRINOLARINGOLOGIA	189	182	138	142	88	64			18	27	79	90	124	161			1.30
																	2
PEDIATRIA	620	599	478	440	191	186	73	88	229	199	348	339	465	432			4.68
																	7
PSICOLOGIA	73	87	74	77	42	47	119	223	167	390	185	377	200	363			2.42
																	4
TRAUMATOLOGIA	434	379	315	323	152	125	109	115	177	211	256	246	399	373			3.61
																	4
UROLOGIA	356	78	321	75	143	30	178	30	139	34	158	35	212	37			1.82
																	6
OTRAS	60	84	108	114	6	6	-	5	643	740	557	734	444	499			4.00
																	0
	7.6	9.2	5.92	6.99	2.8	3.0	2.3	3.1	2.8	3.7	3.5	4.5	4.6	5.9			66.4
TOTAL	45	74	2	7	16	53	39	47	59	45	12	09	55	83			56

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Paulo César Cedeño Navas, con C.C: #0918380072 autor del trabajo de titulación: *Evaluación de la triple meta como eje estratégico para el mejoramiento en el cuidado de la salud de los pacientes en la consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 08 de febrero de 2021



Paulo César Cedeño Navas
C.C: 0918380072

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de la triple meta como eje estratégico para el mejoramiento en el cuidado de la salud de los pacientes en la consulta externa del Hospital General del IESS Babahoyo.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Cedeño Navas, Paulo César		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura María Coello Cazar, David		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	08 febrero 2021	No. DE PÁGINAS:	93
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud, gestión.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Triple meta, Salud de la población, Experiencia en atención, Costo per cápita, Calidad de los servicios médicos.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La salud se ha vuelto con el paso de los años en un tema de gran relevancia a nivel mundial; ya que, todos los Estados buscan el bienestar de su población convirtiéndose en el objetivo o meta más alta para este sector. El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento de la triple meta en la consulta externa del hospital General IESS de la ciudad de Babahoyo para elaborar un plan de mejoras que contribuya al cumplimiento de sus tres objetivos específicos según el Instituto para el Mejoramiento del Cuidado de la Salud. La metodología que se aplicó en la investigación fue cuantitativa, de tipo no experimental, con diseño secuencial, alcance descriptivo, las técnicas fueron la encuesta y la revisión documental, la muestra fue de 383 personas a encuestar. Los resultados del estudio demostraron que el estado de salud de los pacientes presenta un nivel moderado, la atención brindada por el personal profesional ha mostrado deficiencias en lo que respecta a la cortesía, la predisposición para atender, la falta de interés por ayudar al paciente, la escasa explicación del médico sobre la consulta. En cambio, en lo que se refiere al costo, este fue variado en los últimos meses reflejando hasta el mes de julio un costo per cápita de \$39.06. Se propuso un programa de capacitación, procesos de consulta externa y campañas de prevención. Se concluye que, la dimensión experiencia de la atención del paciente no cumple con el objetivo de la triple meta.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986929687	E-mail: paulocesarcedeno@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			