Estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el período de marzo a noviembre 2025.

TESIS DE MAESTRÍA

para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Pamela Yacelga Vinueza.

ASESOR

Maria Alicia Aleman

México- Diciembre, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Yacelga Vinueza, Verónica Pamela (2024). *Estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del centro de rehabilitación integral de la fundación virgen de la merced ubicado en sangolquí, provincia de pichincha, ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025*. [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX]

Resumen

La presente investigación aborda las deficiencias críticas identificadas en la gestión del equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, en Sangolquí, Ecuador. A través de un estudio de enfoque mixto que combinó métodos cuantitativos y cualitativos, se analizaron las principales problemáticas organizacionales durante un período de ocho meses (marzo-noviembre 2025) con una muestra de 15 profesionales multidisciplinarios. Los hallazgos evidenciaron deficiencias significativas en tres dimensiones críticas: tiempos improductivos del 32.4%, fragmentación comunicativa reportada por el 87.5% del personal, frecuencia insuficiente de reuniones de coordinación (2.1 versus 8 mensuales requeridas), y subutilización de recursos entre 58.9% y 75.8%. Estos resultados confirmaron la hipótesis planteada sobre la necesidad imperativa de estrategias de gestión efectivas para optimizar la coordinación interprofesional. Se desarrolló una propuesta integral de transformación estructurada en cinco componentes interrelacionados, fundamentada en teorías de administración científica de Taylor, desarrollo de equipos de Tuckman, y gestión del cambio de Kotter. La propuesta incluye reestructuración de coordinación interprofesional, optimización temporal, gestión de recursos, monitoreo continuo, y desarrollo organizacional. Las proyecciones indican mejoras del 40% en eficiencia operativa, 30% en satisfacción del paciente, y recuperación de inversión en 6.4 meses, con ahorros anuales proyectados de $16,020. La investigación proporciona evidencia empírica robusta para implementar transformaciones organizacionales que fortalezcan la eficiencia operativa y calidad asistencial, alineándose con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de Ecuador y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud.

Palabras clave: *gestión multidisciplinaria, coordinación interprofesional, eficiencia operativa, terapia ocupacional, rehabilitación integral*

Abstract

This research addresses critical deficiencies identified in multidisciplinary team management within the Occupational Therapy area at the Comprehensive Rehabilitation Center of Fundación Virgen de la Merced in Sangolquí, Ecuador. Through a mixed-method study combining quantitative and qualitative approaches, the main organizational problems were analyzed over an eight-month period (March-November 2025) with a sample of 15 multidisciplinary professionals. Findings revealed significant deficiencies across three critical dimensions: 32.4% unproductive time, communicative fragmentation reported by 87.5% of staff, insufficient coordination meeting frequency (2.1 versus 8 required monthly meetings), and resource underutilization ranging from 58.9% to 75.8%. These results confirmed the proposed hypothesis regarding the imperative need for effective management strategies to optimize interprofessional coordination. A comprehensive transformation proposal was developed, structured into five interrelated components and grounded in Taylor's scientific management theories, Tuckman's team development model, and Kotter's change management framework. The proposal includes interprofessional coordination restructuring, temporal optimization, resource management, continuous monitoring, and organizational development. Projections indicate 40% improvements in operational efficiency, 30% increase in patient satisfaction, and investment recovery within 6.4 months, with projected annual savings of $16,020. The research provides robust empirical evidence for implementing organizational transformations that strengthen operational efficiency and care quality, aligning with Ecuador's Comprehensive Health Care Model (MAIS) and contributing to health system sustainability. The findings offer practical solutions for optimizing processes and resources in high-demand environments with budgetary constraints, promoting more efficient, humane, and sustainable rehabilitation care.

Keywords: *multidisciplinary management, interprofessional coordination, operational efficiency, occupational therapy, comprehensive rehabilitation*

Agradecimiento

A la Universidad de Investigación e Innovación de México (UIIX), por brindarme el espacio y las herramientas necesarias para desarrollar este trabajo de investigación, así como por su compromiso con la excelencia académica y la formación integral de sus estudiantes.

A mis docentes, por su dedicación, paciencia y valiosa orientación a lo largo de este proceso, transmitiéndome no solo conocimientos, sino también valores y motivación para alcanzar mis objetivos.

A mi familia, pilar fundamental en mi vida, por su amor, comprensión y apoyo incondicional. En especial a mis padres, por enseñarme a perseverar frente a las adversidades, y a mi hijo, cuya sonrisa y cariño han sido la mayor inspiración para culminar esta meta.

Dedicatoria

A mis amados padres, cuyo amor incondicional, apoyo constante y ejemplo de vida han sido la base sobre la cual he construido cada uno de mis logros. Gracias por enseñarme el valor del trabajo honesto, la perseverancia frente a las dificultades y la humildad ante el éxito. Cada paso en este camino ha estado iluminado por sus enseñanzas y guiado por su confianza en mí.

A mi querido hijo, quien es mi mayor motivo para seguir soñando y esforzándome. Su sonrisa ha sido el faro que me ha guiado en los momentos de incertidumbre, y su amor, la fuerza que me ha impulsado a superar cada reto. Este logro es también suyo, porque en cada página de este trabajo hay un pedacito de la inspiración que me regala todos los días.

Indice General

Resumen **3**
Abstract **4**
Agradecimiento **5**
Dedicatoria **6**
Indice General **7**
INTRODUCCIÓN **11**
Capítulo 1: Proyección de la investigación **12**
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio 13
1.2. Planteamiento del problema 14
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación) 15
1.4. Justificación 15
1.5. Objeto de estudio 16
1.6. Campo de acción 16
1.7. Objetivos 16
1.7.1. Objetivo General 16
1.7.2. Objetivos Específicos 16
1.8. Hipótesis 17
1.9. Alcance temático 17
1.10. Delimitación Espacial y Temporal 17
Delimitación Espacial 18
Delimitación Temporal 18
Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales **19**
2.1. Estado del arte 19
Marco Histórico Contextual 19
Evolución Global de los Sistemas de Salud y Equipos Multidisciplinarios 19
Desarrollo Histórico de la Gestión en Equipos de Salud 21
Evolución en el Contexto Ecuatoriano 22
Impacto de la Pandemia COVID-19 en Ecuador 24
Contexto Histórico en el que se Desarrolla la Investigación 24
Historia Institucional de la Fundación Virgen de la Merced 24
Transformaciones Epidemiológicas y Demográficas 25

Evolución de los Modelos de Atención en Salud 26
Eventos, Avances o Condiciones Históricas que Influyen en la Investigación 27
Reformas del Sistema de Salud y Financiamiento 27
Factores Demográficos y Epidemiológicos 27
Crisis Económicas y Restricciones Presupuestarias 28
Impacto de la Pandemia COVID-19 28
Cambios Tecnológicos y Digitalización 29
Incidencia del Contexto Histórico en la Interpretación de los Resultados 30
Marco Actual 31
Situación Contemporánea de los Centros de Rehabilitación 31
Desafíos Actuales en la Gestión de Equipos Multidisciplinarios 31
Contexto Normativo y Regulatorio Actual 32
Tendencias Tecnológicas y de Innovación 33
Perspectivas Futuras y Oportunidades 33
2.2. Marco Teórico 34
2.2.1. Teorías de la Administración y la Gestión 34
2.2.2. Teorías del Comportamiento Organizacional y la Motivación 36
2.2.3. Teorías de la Dinámica de Equipos y la Colaboración 37
2.2.4. Teorías de la Calidad y Modelos de Atención en Salud 39
2.2.5. Teorías Contemporáneas de Liderazgo y Gestión del Cambio en Organizaciones de Salud 41
2.3. Marco Conceptual 43
Gestión Estratégica en Salud 43
Equipo Multidisciplinario en Rehabilitación 44
Colaboración Interprofesional 45
Eficiencia Operativa 46
Calidad del Servicio en Salud 47
Coordinación Asistencial 47
Liderazgo Clínico 48
Gestión del Cambio Organizacional 48
2.4. Marco Contextual 49
2.5. Marco Legal y Normativo 49
Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y resultados de investigación 51

3.2. Diseño metodológico 54
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis 54
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos 55
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos 57
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección 58
3.3. Trabajo de campo (Presentación de evidencias) 58
3.3.1. Aplicación de los instrumentos 59
3.3.2. Procesamiento de la información 61
Procesamiento cuantitativo alineado con indicadores específicos 62
Procesamiento cualitativo enfocado en debilidades identificadas 65
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos 67
3.5. Redacción de resultados y discusión 79
Capítulo 4: Propuesta de transformación **84**
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación 85
4.2. Estructura de la propuesta de transformación 89
Componente 1: Reestructuración de la Coordinación Interprofesional 91
Componente 2: Optimización de la Gestión Temporal 93
Componente 3: Sistema de Gestión de Recursos 95
Componente 4: Sistema de Monitoreo y Evaluación Continua 96
Componente 5: Desarrollo de Capacidades y Cultura Organizacional 98
4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación 101
Validación de Sostenibilidad 105
CONCLUSIONES **106**
RECOMENDACIONES **106**
REFERENCIAS 111
ANEXOS - INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN **117**
ANEXO A: CUESTIONARIO DE DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN ACTUAL 117
ANEXO B: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA 120
ANEXO C: LISTA DE VERIFICACIÓN - OBSERVACIÓN DIRECTA 123
ANEXO D: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE 126
ANEXO E: REGISTRO DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS 128

INTRODUCCIÓN

En los centros de rehabilitación integral de alta complejidad, como el de la Fundación Virgen de la Merced en Sangolquí, Ecuador, la atención a personas con discapacidad requiere de un equipo multidisciplinario altamente coordinado. Sin embargo, se evidencian constantes desafíos en la comunicación, la distribución del tiempo y la optimización de los recursos, lo que limita la calidad del servicio y los resultados clínicos. En este contexto, el diseño de estrategias de gestión se vuelve imprescindible para mejorar la eficiencia operativa y ofrecer una atención centrada en el paciente.

La presente investigación se enfoca en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral antes mencionado, donde la falta de estrategias claras ha generado fragmentación en la atención, aumento de tiempos improductivos y dificultades en la organización del equipo profesional. A través de un enfoque mixto, esta tesis busca identificar las debilidades actuales, proponer soluciones viables y evaluar su impacto en la calidad del servicio prestado.

El estudio cobra relevancia no solo por atender una necesidad local, sino por su potencial de ser replicado en otros contextos similares. Al proponer estrategias concretas y adaptadas a la realidad institucional, se pretende contribuir a la mejora del sistema de salud desde una gestión eficiente, humana y sostenible, que garantice una atención integral a las personas en procesos de rehabilitación.

La investigación se estructura en 4 capítulos,

El primero incluye la proyección de la investigación donde se presentan los aspectos correspondientes a la línea de investigación que se trabaja y su ámbito de estudio, desarrollo del planteamiento del problema, formulación de la pregunta de investigación, así como la justificación, objeto de estudio y campo de acción, en correspondencia se formula el objetivo general y específicos vinculados estos últimos a los procesos, la hipótesis y el alcance temático y delimitación espacial y temporal

El segundo capítulo está dedicado a los fundamentos teóricos referenciales., donde se relaciona el Estado del Are (marco Histórico y Actual), así como el marco teórico y

conceptual de la investigación en relación con el contexto del problema y el marco legal normativo.

El tercer capítulo dedicado a los fundamentos metodológicos y resultados de investigación , detallando el proceso de operacionalizacion de variables , el enfoque metodológico asumido, el diseño utilizado y el tipo de investigación, todo ello en relación con los métodos teóricos y empíricos asumidos, donde se relacionan las técnicas y los instrumentos de recolección de datos para su respectiva a aplicación desde la población y la muestra seleccionada, finalmente se detallan los resultados alcanzados.

El cuarto capítulo dedicado a la propuesta de transformación derivado de los hallazgos encontrados en el proceso de análisis e interpretación de los resultados, lo cual permite la fundamentación de la propuesta de transformación, la realización de la estructuración, así como la valoración/ evaluación y validación de la propuesta.

Capítulo 1: Proyección de la investigación

La presente investigación proyecta un impacto positivo en la gestión del equipo multidisciplinario de salud del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced. A partir del análisis detallado de la situación actual en el área de Terapia Ocupacional, se pretende diseñar estrategias que permitan mejorar la coordinación, comunicación y uso eficiente de los recursos humanos y materiales. Esta intervención busca optimizar el tiempo clínico disponible, lo que conllevaría a una atención más ágil, organizada y efectiva para los pacientes.

La propuesta se fundamenta en el diseño e implementación de estrategias de gestión aplicables a contextos de alta complejidad, como lo es un centro de rehabilitación. Estas estrategias estarán alineadas con modelos de atención centrados en el paciente, priorizando la continuidad de los servicios y el trabajo colaborativo entre los distintos profesionales de salud. Se espera que, con su aplicación, se reduzcan los tiempos improductivos, se eviten duplicidades de funciones y se logre una mayor satisfacción tanto en el personal como en los usuarios del servicio.

Asimismo, esta investigación tiene como proyección generar un modelo organizacional que pueda ser replicado en otras instituciones similares, dentro o fuera

del país. La estandarización de procesos y la mejora de la eficiencia operativa son metas que contribuyen directamente al fortalecimiento del sistema de salud, permitiendo que los recursos disponibles se utilicen de manera racional, sin sacrificar la calidad ni la calidez del servicio brindado.

Finalmente, se espera que los resultados de este estudio sirvan como base para futuras investigaciones y reformas en la gestión hospitalaria, especialmente en el ámbito de la rehabilitación integral. La investigación no solo propone mejoras técnicas, sino también un cambio cultural en la manera en que los equipos multidisciplinarios se organizan y trabajan, promoviendo una atención humanizada, integral y sostenible en beneficio de los pacientes y sus familias.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

La línea de investigación "Gestión estratégica, organizacional y financiera en hospitales" de la Universidad de UIIX se enfoca en fortalecer las capacidades administrativas y operativas de las instituciones de salud, mediante el diseño e implementación de estrategias que optimicen el uso de los recursos, mejoren los procesos internos y eleven la calidad de los servicios ofrecidos.

Esta orientación resulta fundamental en contextos donde la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud son desafíos permanentes, especialmente en centros que brindan atención especializada y de alta complejidad, como los de rehabilitación integral. En el caso específico del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, la investigación se alinea plenamente con esta línea, ya que busca aplicar herramientas de gestión estratégica que permitan resolver problemáticas como la desorganización, la falta de coordinación del equipo multidisciplinario y el uso ineficaz del tiempo y los recursos. A través de una planificación adecuada, basada en evidencia y acompañada de modelos de mejora continua, se espera transformar la dinámica interna del centro y promover una atención más eficiente, oportuna y centrada en el paciente.

Además, la investigación contribuye al fortalecimiento financiero institucional al reducir costos operativos derivados de procesos ineficientes, evitando desperdicios y duplicidades. De este modo, se fomenta una cultura de gestión orientada a resultados, que no solo beneficia a la organización desde una perspectiva económica, sino también

social, al mejorar la calidad de vida de los usuarios. Este enfoque integral responde al compromiso de la Universidad de UIIX de formar profesionales capaces de liderar transformaciones positivas en el sistema de salud desde una visión estratégica, ética y sostenible.

1.2. Planteamiento del problema

En los centros de rehabilitación integral de alta complejidad, como el Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, la gestión eficiente del equipo multidisciplinario de salud es fundamental para garantizar la calidad de atención y la optimización de los recursos disponibles. La Fundación Virgen de la Merced, situada en Sangolquí, Ecuador, ofrece una atención integral a personas con discapacidad física e intelectual, pero enfrenta diversos desafíos en la administración y coordinación de sus equipos de trabajo, especialmente en el área de Terapia Ocupacional.

Uno de los problemas más significativos es la falta de una estrategia de gestión clara y estructurada que permita maximizar el uso del tiempo y los recursos. Esto puede llevar a interrupciones en la continuidad de la atención, a un uso ineficaz de los recursos humanos y materiales, y a una atención subóptima de los pacientes, lo que impacta directamente en los resultados clínicos y en la satisfacción de los pacientes y sus familias.

Además, los equipos multidisciplinarios que participan en los procesos de rehabilitación suelen enfrentar dificultades de comunicación y coordinación debido a la diversidad de profesionales involucrados (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, entre otros). Esto puede generar retrasos en la planificación y ejecución de los tratamientos, lo que afecta la calidad de la rehabilitación y aumenta los costos operativos del centro.

En este contexto, la Fundación se ve en la necesidad urgente de desarrollar e implementar estrategias de gestión efectivas para mejorar la coordinación y el rendimiento del equipo multidisciplinario, optimizando tanto el tiempo como los recursos disponibles, con el objetivo de ofrecer una atención de calidad a los pacientes y mejorar los resultados en su proceso de rehabilitación.

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación):

¿Como optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced provincia de Pichincha, Ecuador en el período de marzo a noviembre 2025?

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica a partir de la necesidad de optimizar la gestión del equipo multidisciplinario de salud, centrándose en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, en Sangolquí, Ecuador.

El estudio se fundamenta en los principios de la gestión en salud y la colaboración interprofesional, contribuyendo al desarrollo de modelos teóricos que aborden la optimización de recursos en contextos de alta demanda. Responde a una necesidad urgente del sistema de salud de integrar la teoría de la gestión con la práctica clínica para lograr una atención más eficiente y sostenible.

En la práctica, se han identificado problemas críticos como la falta de coordinación, la atención fragmentada y los tiempos de espera prolongados. Esta investigación propone el diseño e implementación de estrategias concretas de gestión para el uso eficiente de recursos humanos, materiales y del tiempo clínico, buscando resolver estos problemas y mejorar directamente la calidad de la atención y los resultados clínicos en el centro.

Desde una perspectiva social, el estudio busca impactar positivamente en el bienestar de los pacientes. Al mejorar la calidad de la atención y reducir los tiempos de espera, se promueve una recuperación más ágil y una mayor satisfacción, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para quienes reciben los servicios de rehabilitación.

La relevancia metodológica de esta investigación radica en la propuesta de un enfoque estructurado para el diseño y evaluación de estrategias de gestión. Las soluciones planteadas no solo se aplican al centro de estudio, sino que su potencial de replicabilidad en otros centros de rehabilitación similares permite sentar las bases para la mejora de los servicios de salud a nivel regional.

1.5. Objeto de estudio

El objeto de estudio de la presente investigación es la gestión estratégica y organizacional en salud, específicamente el diseño e implementación de estrategias para optimizar el desempeño del equipo multidisciplinario en el área de Terapia Ocupacional de un centro de rehabilitación integral.

1.6. Campo de acción

El campo de acción de este estudio se enfoca en la optimización de la coordinación, la comunicación interprofesional y la eficiencia en el uso de recursos humanos y materiales dentro de un entorno de rehabilitación.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Proponer estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025.

1.7.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los referentes teóricos conceptuales de estrategias de gestión en relación con la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha.
2. Caracterizar el estado actual del problema en el contexto de la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha.
3. Elaborar estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de

Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025

4. Evaluar la efectividad de la propuesta estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí.

1.8. Hipótesis

Las estrategias de gestión optimizan la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025.

1.9. Alcance temático

Esta investigación se enmarca en el ámbito de la gestión estratégica y organizacional en salud, específicamente en el diseño e implementación de estrategias para optimizar el desempeño del equipo multidisciplinario en el área de Terapia Ocupacional de un centro de rehabilitación integral. Se abordan temas relacionados con la eficiencia operativa, la organización del trabajo colaborativo, la optimización del uso de recursos humanos y materiales, y la mejora en la calidad de atención al paciente.

Asimismo, se profundiza en el análisis de aspectos clave como la gestión del tiempo clínico, la comunicación interprofesional, y el cumplimiento de protocolos organizativos que inciden directamente en los resultados clínicos y la satisfacción del usuario. El estudio contempla también el desarrollo de modelos de intervención que puedan ser aplicables en otros entornos de salud con características similares.

Finalmente, los alcances temáticos incluyen la evaluación del impacto de las estrategias propuestas, no solo desde una perspectiva administrativa, sino también desde su efecto en la calidad del servicio y el bienestar del paciente. Este enfoque permite generar un aporte teórico y práctico a la gestión hospitalaria y al fortalecimiento del trabajo interdisciplinario en contextos de alta complejidad.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal

Delimitación Espacial:

La presente investigación se delimita espacialmente al Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador. Esta institución ofrece atención especializada a personas con discapacidad física e intelectual y cuenta con un equipo multidisciplinario en el que se centra el estudio, particularmente en el área de Terapia Ocupacional.

El entorno del centro representa un espacio ideal para el análisis y aplicación de estrategias de gestión debido a su complejidad organizacional, la diversidad de profesionales involucrados y la alta demanda de servicios de rehabilitación. Las condiciones específicas del lugar permiten observar y evaluar de forma directa los procesos de coordinación, uso de recursos y calidad de atención que se pretende optimizar con las estrategias propuestas en esta investigación.

Delimitación Temporal:

El estudio se desarrollará durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2025 y septiembre de 2025. Este lapso de tiempo abarca todas las etapas del estudio, desde la recolección de información inicial, el diagnóstico situacional, el diseño de estrategias de gestión, hasta la implementación y evaluación de su impacto en el equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced.

Este período ha sido definido estratégicamente para permitir una observación adecuada del funcionamiento del equipo, así como la validación preliminar de las estrategias propuestas, considerando los ritmos y dinámicas propias del centro de salud.

Capítulo 2: Fundamentos Teóricos Referenciales.

Este capítulo presenta una revisión exhaustiva de la literatura y los antecedentes históricos y actuales que sustentan la presente investigación. Se aborda el estado del arte, contextualizando el problema desde una perspectiva global y local, y se establece el marco teórico, que define los conceptos clave y las teorías que guían el estudio.

2.1. Estado del arte

Marco Histórico Contextual

Evolución Global de los Sistemas de Salud y Equipos Multidisciplinarios

A nivel mundial, los sistemas de salud han experimentado una transformación paradigmática hacia un enfoque integral y centrado en el paciente, promovido sistemáticamente por la Organización Mundial de la Salud desde los años 70 (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este cambio conceptual ha impulsado la formación de equipos multidisciplinarios que trabajan de manera colaborativa para mejorar la calidad y continuidad de la atención, especialmente en servicios de rehabilitación, que han ganado importancia exponencial ante el aumento de enfermedades crónicas y condiciones discapacitantes a nivel global. La transformación ha sido impulsada por evidencia creciente de que las necesidades complejas de salud de las poblaciones contemporáneas requieren expertise complementario de múltiples disciplinas, superando las limitaciones de modelos biomédicos tradicionales que se enfocaban en patologías específicas sin considerar el contexto biopsicosocial integral de los pacientes.

La evolución histórica de los equipos multidisciplinarios en salud puede rastrearse hasta la década de 1940, cuando los primeros modelos de atención integral comenzaron a emerger en hospitales de veteranos en Estados Unidos y Europa,

respondiendo a las necesidades complejas de rehabilitación de soldados heridos en la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, fue durante las décadas de 1960 y 1970 que estos modelos ganaron reconocimiento científico y respaldo institucional, con estudios longitudinales que demostraron la superioridad de enfoques colaborativos sobre modelos tradicionales de atención fragmentada. La Organización Mundial de la Salud (2020) reconoce que "la rehabilitación es un conjunto de intervenciones necesarias cuando una persona está experimentando o es probable que experimente limitaciones en el funcionamiento diario debido al envejecimiento o a una condición de salud", estableciendo así las bases conceptuales para el trabajo multidisciplinario en rehabilitación y proporcionando un marco de referencia que ha sido adoptado globalmente por sistemas de salud en diferentes contextos socioeconómicos.

El desarrollo histórico de estos modelos ha estado influenciado por múltiples factores socioeconómicos y epidemiológicos que han configurado las necesidades contemporáneas de atención en salud. El envejecimiento poblacional global, documentado extensivamente por organizaciones internacionales, ha generado una demanda creciente y sostenida de servicios de rehabilitación especializados que requieren coordinación interprofesional sofisticada. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2024), la población mundial mayor de 60 años se duplicará entre 2015 y 2050, pasando del 12% al 22% de la población total, con implicaciones directas para la organización de servicios de salud. Este cambio demográfico ha catalizado la necesidad de modelos asistenciales que puedan abordar efectivamente las comorbilidades complejas típicas de esta población, incluyendo condiciones cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas y cognitivas que frecuentemente coexisten y requieren intervenciones coordinadas de múltiples especialidades.

La gestión eficiente de estos equipos ha emergido como un factor clave para optimizar recursos limitados y garantizar resultados clínicos positivos sin sacrificar la equidad en el acceso a servicios especializados. En mayo de 2023, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó la resolución histórica sobre el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud, que fue desarrollada bajo el liderazgo de Israel y copatrocinada por 20 países, marcando un hito en el reconocimiento global de la importancia de la

rehabilitación (Organización Mundial de la Salud, 2023). La resolución pide expandir e integrar la rehabilitación en los sistemas de salud como parte de la Cobertura Universal de Salud (CUS), enfatizando la importancia de la rehabilitación en la atención primaria y estableciendo marcos normativos para la organización de equipos multidisciplinarios efectivos que puedan responder a las necesidades crecientes de rehabilitación en contextos con recursos limitados.

La iniciativa Rehabilitación 2030 de la Organización Mundial de la Salud (2017) ha establecido una hoja de ruta global comprehensiva para fortalecer los servicios de rehabilitación a través de cuatro objetivos estratégicos interconectados. Esta iniciativa se enfoca en incorporar la rehabilitación en la cobertura universal de salud mediante el desarrollo de marcos normativos apropiados, construir modelos integrales de prestación de servicios de rehabilitación para lograr progresivamente el acceso equitativo a servicios de calidad sin barreras financieras, desarrollar una fuerza laboral multidisciplinaria de rehabilitación sólida que sea adecuada para el contexto específico de cada país y sus necesidades epidemiológicas, y promover conceptos de rehabilitación en toda la educación de la fuerza laboral de salud para garantizar que todos los profesionales comprendan los principios de rehabilitación y puedan contribuir efectivamente a equipos multidisciplinarios.

Desarrollo Histórico de la Gestión en Equipos de Salud

La evolución de la gestión en equipos de salud ha estado marcada por cambios paradigmáticos que reflejan tanto avances científicos como transformaciones socioculturales. Durante la primera mitad del siglo XX, la atención médica estaba predominantemente organizada bajo modelos jerárquicos tradicionales, donde el médico tenía autoridad absoluta sobre las decisiones clínicas y otros profesionales funcionaban en roles subordinados.

La década de 1960 marcó un punto de inflexión con el desarrollo de los primeros modelos de atención multidisciplinaria en psiquiatría y geriatría. Estos modelos reconocían que las necesidades complejas de ciertos grupos de pacientes requerían expertise complementario de múltiples disciplinas. Los trabajos pioneros de

investigadores como Maxwell Jones en comunidades terapéuticas y los estudios longitudinales sobre envejecimiento comenzaron a demostrar los beneficios de enfoques colaborativos.

La formalización de equipos multidisciplinarios en rehabilitación tiene sus raíces en los programas de rehabilitación de veteranos de guerra, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial y posteriormente durante el conflicto de Vietnam. Estos programas pioneros desarrollaron protocolos integrados que combinaban medicina física, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología y trabajo social para abordar las discapacidades complejas de los veteranos. Los resultados superiores obtenidos en estos programas proporcionaron la primera evidencia empírica robusta sobre la efectividad de modelos multidisciplinarios.

Durante las décadas de 1970 y 1980, la investigación en efectividad clínica comenzó a documentar sistemáticamente las ventajas de los enfoques multidisciplinarios. Estudios epidemiológicos demostraron que los pacientes atendidos por equipos coordinados tenían mejores resultados funcionales, menor duración de hospitalización y mayor satisfacción con la atención recibida. Estas evidencias impulsaron la adopción gradual de modelos multidisciplinarios en diversas especialidades médicas.

La década de 1990 introdujo conceptos de gestión de calidad total y mejora continua de procesos en organizaciones de salud, adaptados de modelos industriales exitosos. Estos enfoques enfatizaron la importancia de la coordinación interprofesional, la estandarización de procesos y la medición sistemática de resultados. La investigación de autores como Donabedian sobre estructura-proceso-resultado proporcionó marcos conceptuales para evaluar y mejorar la efectividad de equipos multidisciplinarios.

Evolución en el Contexto Ecuatoriano

En Ecuador, estas transformaciones internacionales se han reflejado en la incorporación progresiva de políticas y normativas que fortalecen el sistema nacional de salud, reconociendo constitucionalemente la salud como un derecho fundamental. La

Constitución de 2008 estableció bases sólidas para un sistema de salud integral, equitativo y de calidad, sentando precedentes importantes para el desarrollo de modelos asistenciales multidisciplinarios.

Instrumentos como el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), implementado a partir de 2012, el Código Orgánico de Salud y la Política Nacional de Rehabilitación Integral han promovido sistemáticamente la conformación de equipos multidisciplinarios y el trabajo en red, especialmente en centros de mediana y alta complejidad, buscando una atención más inclusiva, integral y centrada en las necesidades del paciente.

La investigación sobre las reformas del sistema de salud ecuatoriano entre 2007-2017 ha demostrado que, aunque la mayoría de las reformas de salud en América Latina se han centrado en reducir la brecha entre los grupos más aventajados y desfavorecidos y mejorar la calidad de los servicios de salud, la información disponible ha mostrado un progreso limitado. Esto subraya la importancia de iniciativas específicas que mejoren la efectividad de los equipos multidisciplinarios dentro del sistema de salud ecuatoriano.

El sistema de salud ecuatoriano ha experimentado múltiples reformas desde la década de 1990, cada una influenciando la organización y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios. Ecuador tiene un sistema de salud integral financiado públicamente y un seguro nacional de salud. La atención médica gratuita (con un sistema extenso de hospitales y clínicas de salud regionales) está disponible para todos los residentes independientemente de sus ingresos, y sin comprar ningún tipo de seguro médico.

La implementación del MAIS representó un hito importante en la organización de servicios de salud, estableciendo niveles de atención y protocolos de referencia y contrarreferencia que requieren coordinación estrecha entre diferentes disciplinas y niveles asistenciales. En 2012, el Ministerio de Salud introdujo el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, que formalizó los principios de trabajo multidisciplinario en la atención primaria de salud.

Impacto de la Pandemia COVID-19 en Ecuador

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto transformador en los sistemas de salud a nivel global, y Ecuador no ha sido la excepción. El establecimiento de clínicas de rehabilitación post-COVID en Ecuador fue exitoso en la identificación de pacientes que necesitan rehabilitación temprana. Las percepciones de este estudio pueden servir como guía para el desarrollo de iniciativas similares en otros países. Esta experiencia ha demostrado la capacidad de adaptación del sistema de salud ecuatoriano y la importancia de los equipos multidisciplinarios en respuestas a emergencias sanitarias.

La pandemia aceleró la adopción de tecnologías digitales en salud y modelos de atención híbrida, influyendo significativamente en la organización del trabajo de equipos multidisciplinarios. La telemedicina y consultas virtuales se convirtieron en componentes esenciales de la atención, requiriendo nuevas competencias de coordinación y comunicación interprofesional.

Contexto Histórico en el que se Desarrolla la Investigación

Historia Institucional de la Fundación Virgen de la Merced

La Fundación Virgen de la Merced fue creada por un grupo de señoras esposas de oficiales del ejército ecuatoriano, con el objetivo inicial de atender a personal militar y derecho habientes, expandiendo posteriormente sus servicios a usuarios civiles que requieran servicios de rehabilitación especializada. Con una trayectoria de 25 años en la atención de pacientes con diversas patologías, la institución ha evolucionado paralelamente al sistema de salud nacional, adaptándose continuamente a las necesidades cambiantes de la población y a las transformaciones del contexto sanitario ecuatoriano.

La fundación se estableció en un período caracterizado por significativas transformaciones en el sector salud ecuatoriano. Durante la década de 1990, Ecuador experimentó crisis económicas que afectaron significativamente el financiamiento de servicios públicos de salud, creando oportunidades para organizaciones privadas sin

fines de lucro como la Fundación Virgen de la Merced para llenar vacíos en la prestación de servicios especializados.

Desde mediados del siglo XX, la atención en salud en Ecuador ha atravesado diversas etapas marcadas por reformas en políticas públicas, cambios en los modelos de atención y un crecimiento sostenido en la demanda de servicios especializados. La transición desde modelos biomédicos tradicionales hacia enfoques biopsicosociales integrales ha influenciado profundamente la evolución de la fundación y sus servicios.

Transformaciones Epidemiológicas y Demográficas

El contexto histórico de esta investigación se enmarca en un período caracterizado por el crecimiento exponencial en la demanda de servicios de rehabilitación a lo largo de las últimas décadas. Ha habido un aumento significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades, fenómeno conocido como transición epidemiológica, lo cual ha generado una mayor necesidad de servicios de rehabilitación integral. Esta demanda creciente ha impuesto presión considerable sobre los sistemas de salud, evidenciando la necesidad imperativa de una gestión más eficiente de los recursos humanos y materiales disponibles.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, han experimentado un incremento sostenido en Ecuador durante las últimas tres décadas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), estas condiciones representan actualmente más del 60% de la carga de enfermedad en el país, requiriendo servicios de rehabilitación especializados y seguimiento a largo plazo.

El envejecimiento poblacional en Ecuador, aunque menos pronunciado que en países desarrollados, ha seguido una tendencia ascendente constante. La población mayor de 65 años ha crecido del 4.2% en 1990 al 7.1% en 2020, proyectándose que alcance el 11.5% para 2050. Este cambio demográfico tiene implicaciones directas para los servicios de rehabilitación, ya que la población adulta mayor presenta mayor

prevalencia de condiciones que requieren intervenciones multidisciplinarias prolongadas.

Evolución de los Modelos de Atención en Salud

Los modelos de atención en salud han experimentado una evolución paradigmática desde los años 90 hacia modelos centrados en el paciente, que priorizan la atención integral y multidisciplinaria. Estos modelos buscan no solo tratar la enfermedad específica, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de una intervención holística, en la que los equipos multidisciplinarios juegan un papel crucial e insustituible.

La evolución conceptual desde modelos biomédicos reduccionistas hacia enfoques biopsicosociales integrales ha sido gradual pero consistente. Durante la década de 1990, la influencia de organizaciones internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud promovió la adopción de marcos conceptuales que reconocían la complejidad multifactorial de los procesos de salud-enfermedad.

A esto se suman los avances tecnológicos y científicos acelerados, que han transformado fundamentalmente la forma de diagnosticar y tratar a los pacientes, especialmente en el campo de la rehabilitación. La introducción de tecnologías de diagnóstico por imágenes avanzadas, dispositivos de asistencia robótica, realidad virtual aplicada a terapia, y sistemas de información hospitalaria ha revolucionado las posibilidades terapéuticas disponibles.

Sin embargo, estos avances tecnológicos también han generado la necesidad de actualizar y capacitar continuamente a los equipos de salud, lo cual impacta significativamente en la gestión del personal y los recursos. La velocidad de los cambios tecnológicos supera frecuentemente la capacidad de adaptación de las organizaciones, creando brechas entre las posibilidades técnicas disponibles y la capacidad organizacional para implementarlas efectivamente.

Eventos, Avances o Condiciones Históricas que Influyen en la Investigación

Reformas del Sistema de Salud y Financiamiento

Diversas reformas en salud y modelos de financiamiento han tenido un impacto directo y duradero en la forma de operar de los centros de rehabilitación en Ecuador. Los cambios en el financiamiento público, la introducción de mecanismos de pago por resultados, y las modificaciones en los modelos de gestión han requerido que las instituciones adapten continuamente sus estrategias para maximizar el uso de sus recursos limitados.

La Ley Orgánica de Salud, promulgada en 2006 y reformada en múltiples ocasiones, estableció el marco jurídico para la organización del Sistema Nacional de Salud, definiendo competencias institucionales y mecanismos de coordinación intersectorial. Estas reformas legales han influenciado directamente la organización interna de centros especializados como la Fundación Virgen de la Merced.

La implementación del Código Orgánico de Salud en 2020 introdujo nuevas regulaciones sobre calidad de atención, derechos de pacientes, y responsabilidades de profesionales de salud. Estas normativas requieren sistemas de gestión más sofisticados y coordinación interprofesional más estrecha para garantizar cumplimiento regulatory y excelencia asistencial.

Factores Demográficos y Epidemiológicos

El envejecimiento poblacional y el aumento exponencial de enfermedades crónicas también han ejercido influencia considerable, ya que la demanda de servicios de rehabilitación ha crecido exponencialmente, obligando a los centros especializados a optimizar sus procesos para atender a un mayor número de pacientes con los mismos recursos financieros y humanos disponibles.

La transición nutricional en Ecuador, caracterizada por cambios en patrones dietarios y estilos de vida, ha contribuido al incremento de enfermedades metabólicas como diabetes tipo 2, obesidad y síndrome metabólico. Estas condiciones requieren

frecuentemente servicios de rehabilitación especializados y seguimiento multidisciplinario a largo plazo.

Los accidentes de tránsito han mantenido una incidencia elevada en Ecuador, constituyendo una causa importante de discapacidad adquirida que requiere servicios de rehabilitación integral. Las secuelas neurológicas y ortopédicas de estos accidentes demandan atención multidisciplinaria coordinada para optimizar la recuperación funcional y la reintegración social.

Crisis Económicas y Restricciones Presupuestarias

Las crisis económicas recurrentes y las restricciones presupuestarias han afectado sistemáticamente el presupuesto destinado a la salud pública, limitando la contratación de personal especializado y la adquisición de equipos y recursos materiales. Esta situación ha puesto de relieve la necesidad crítica de gestionar eficientemente los recursos disponibles, priorizando la optimización de tiempos, procesos y recursos existentes sobre la adquisición de recursos adicionales.

La crisis económica de 1999-2000, que llevó a la dolarización de la economía ecuatoriana, tuvo impactos duraderos en el sector salud. La reducción del gasto público en salud durante este período afectó la capacidad de contratación de personal y mantenimiento de infraestructura en instituciones públicas, creando oportunidades para centros privados sin fines de lucro.

Las fluctuaciones en los precios del petróleo, siendo Ecuador un país dependiente de exportaciones petroleras, han generado ciclos de expansión y contracción en el gasto público en salud. Estos ciclos han requerido que las instituciones desarrollen capacidades adaptativas para mantener calidad de servicios independientemente de las variaciones en financiamiento externo.

Impacto de la Pandemia COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha resaltado de manera dramática la importancia de los equipos multidisciplinarios y la necesidad urgente de gestionar eficientemente los

recursos en situaciones de alta demanda y estrés sistémico. La pandemia expuso vulnerabilidades en sistemas de salud a nivel global, pero también demostró la capacidad de adaptación y innovación de equipos profesionales bien coordinados.

Además, la pandemia ha acelerado significativamente la digitalización de procesos y la implementación de estrategias de telemedicina, factores que también influyen profundamente en la organización y gestión de los equipos de salud. La adopción forzada de tecnologías digitales ha creado nuevas oportunidades para mejorar la coordinación interprofesional, pero también ha generado nuevos desafíos relacionados con competencias tecnológicas y equidad en el acceso.

La experiencia de COVID-19 también ha enfatizado la importancia de la preparación para emergencias y la flexibilidad organizacional. Los equipos multidisciplinarios que demostraron mayor efectividad durante la pandemia fueron aquellos con sistemas de comunicación robustos, roles claramente definidos, y capacidades adaptativas desarrolladas previamente.

Cambios Tecnológicos y Digitalización

La aceleración de la digitalización en servicios de salud, catalizada por la pandemia pero con raíces en tendencias tecnológicas previas, ha transformado las posibilidades de coordinación interprofesional. La implementación de expedientes electrónicos, sistemas de comunicación digital, y plataformas de telemedicina ha creado nuevas oportunidades para mejorar la eficiencia de equipos multidisciplinarios.

Sin embargo, la adopción de tecnologías digitales también ha generado nuevos desafíos relacionados con competencias técnicas del personal, privacidad y seguridad de datos, y equidad en el acceso a servicios digitalizados. La brecha digital entre diferentes grupos poblacionales puede amplificar desigualdades existentes en el acceso a servicios de rehabilitación.

Incidencia del Contexto Histórico en la Interpretación de los Resultados

El contexto histórico impacta directamente en la interpretación de los resultados de esta investigación, ya que los desafíos y avances históricos condicionan tanto las limitaciones como las oportunidades para la gestión del equipo multidisciplinario. La comprensión de esta evolución histórica es esencial para contextualizar apropiadamente los hallazgos y desarrollar estrategias de intervención que sean culturalmente apropiadas y organizacionalmente viables.

Por ejemplo, la necesidad de estrategias adaptativas debe considerar cuidadosamente las lecciones aprendidas de eventos históricos pasados, como la pandemia de COVID-19, que evidenciaron dramáticamente la importancia de la flexibilidad organizacional y la capacidad de respuesta rápida ante crisis imprevistas. Las estrategias de gestión propuestas deben incorporar capacidades adaptativas que permitan responder efectivamente a disrupciones futuras.

La evaluación de resultados, por su parte, debe considerar que las restricciones presupuestarias históricas implican que las mejoras en la gestión no siempre dependerán de incrementos en recursos financieros, sino principalmente de una utilización más inteligente, coordinada y estratégica de los recursos existentes. Esta perspectiva histórica enfatiza la importancia de innovaciones organizacionales sobre inversiones adicionales en infraestructura.

La historia en la formación y desarrollo progresivo de los equipos multidisciplinarios, incluyendo la incorporación gradual de diversas disciplinas y la evolución hacia un enfoque cada vez más centrado en el paciente, será fundamental para evaluar cómo se implementan y se perciben las nuevas estrategias de gestión propuestas. La resistencia al cambio organizacional debe entenderse en el contexto de experiencias históricas previas con iniciativas de transformación.

Marco Actual

Situación Contemporánea de los Centros de Rehabilitación

En la actualidad, los centros de rehabilitación integral de alta complejidad enfrentan importantes desafíos multidimensionales en la gestión eficiente de sus recursos humanos, tecnológicos y financieros, así como en la coordinación efectiva de sus equipos de trabajo especializados. El equipo multidisciplinario (MDT) juega un papel vital en la rehabilitación al unir profesionales de varios campos, como fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería y trabajo social. A través de la colaboración, abordan efectivamente las necesidades complejas y diversas de los pacientes en recuperación.

En el caso específico del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, se ha evidenciado la necesidad urgente de optimizar los procesos internos del área de Terapia Ocupacional mediante la implementación de estrategias de gestión basadas en evidencia científica y mejores prácticas internacionales. Las problemáticas más relevantes identificadas incluyen la falta de coordinación sistemática entre los profesionales de diferentes disciplinas, la distribución ineficiente del tiempo clínico disponible, y el uso limitado de los recursos materiales y tecnológicos disponibles, factores que impactan directamente en la calidad de la atención brindada a los pacientes con discapacidad.

Desafíos Actuales en la Gestión de Equipos Multidisciplinarios

Los desafíos contemporáneos en la gestión de equipos multidisciplinarios reflejan tanto tendencias globales como particularidades del contexto ecuatoriano. Existe una gran variación entre países con respecto a las necesidades de rehabilitación de la población, las características del sistema de salud y los desafíos que enfrenta la rehabilitación. Por esta razón, es importante que cada país identifique sus propias prioridades y desarrolle un plan estratégico de rehabilitación.

La complejidad creciente de los casos clínicos, resultado del envejecimiento poblacional y el aumento de comorbilidades, requiere niveles cada vez más sofisticados de coordinación interprofesional. Los pacientes presentan frecuentemente múltiples

condiciones simultáneas que requieren expertise de diversas disciplinas, demandando protocolos de comunicación y coordinación más robustos que los tradicionalmente utilizados.

La rotación de personal especializado constituye otro desafío significativo, ya que afecta la continuidad de la atención y requiere procesos continuos de orientación y capacitación de nuevos miembros del equipo. La escasez de profesionales especializados en ciertas disciplinas de rehabilitación exacerba este problema, creando presión adicional sobre los equipos existentes.

Las expectativas crecientes de los pacientes y sus familias, influenciadas por mayor acceso a información sobre opciones terapéuticas y derechos de pacientes, requieren modelos de atención más participativos y comunicación más efectiva entre profesionales y usuarios. Esta tendencia demanda competencias interprofesionales más desarrolladas y sistemas de coordinación que faciliten la participación activa de pacientes y familias en decisiones clínicas.

Contexto Normativo y Regulatorio Actual

Frente a este contexto complejo, resulta imperativo implementar estrategias de gestión que fortalezcan el trabajo colaborativo, mejoren la comunicación interprofesional y reduzcan los tiempos improductivos identificados en evaluaciones organizacionales. Estas estrategias deben alinearse estrictamente con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) vigente en Ecuador, el cual promueve una atención centrada en el paciente, multidisciplinaria y basada en la continuidad de los servicios a lo largo del continuum de atención.

Las regulaciones actuales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador establecen estándares específicos para la organización de servicios de rehabilitación, incluyendo requisitos para la conformación de equipos multidisciplinarios, protocolos de atención, y sistemas de referencia y contrarreferencia. El cumplimiento de estas regulaciones requiere sistemas de gestión más sofisticados que los tradicionalmente utilizados en centros de salud.

La Ley Orgánica de Discapacidades, vigente desde 2012 y reformada en 2017, establece marcos normativos específicos para la atención de personas con discapacidad, incluyendo estándares de calidad para servicios de rehabilitación y derechos específicos de usuarios. Estas normativas requieren documentación sistemática de procesos de atención y coordinación interprofesional efectiva.

Tendencias Tecnológicas y de Innovación

Asimismo, las estrategias de gestión propuestas deben responder a las nuevas realidades del sistema de salud, marcado por una mayor demanda de servicios de rehabilitación, restricciones presupuestarias persistentes, y la necesidad de procesos más ágiles, humanizados y sostenibles desde perspectivas económicas, sociales y ambientales.

La integración de tecnologías digitales en servicios de rehabilitación presenta oportunidades significativas para mejorar la coordinación interprofesional y la eficiencia operativa. Sistemas de expedientes electrónicos, plataformas de comunicación digital, y herramientas de telemedicina pueden facilitar la coordinación entre profesionales y mejorar el seguimiento de pacientes.

Sin embargo, la implementación de tecnologías también presenta desafíos relacionados con competencias técnicas del personal, costos de implementación y mantenimiento, y la necesidad de mantener la humanización de la atención en un contexto cada vez más digitalizado.

Perspectivas Futuras y Oportunidades

Las tendencias actuales en gestión de equipos multidisciplinarios apuntan hacia modelos más integrados, tecnológicamente apoyados, y centrados en resultados medibles. La rehabilitación es un servicio de salud esencial, junto con la prevención, promoción, tratamiento y cuidados paliativos. Sin embargo, en muchos países, las personas no tienen acceso a los servicios de rehabilitación que necesitan.

El desarrollo de competencias interprofesionales específicas, la implementación de sistemas de medición de resultados más sofisticados, y la adopción de metodologías de mejora continua representan oportunidades importantes para centros como la Fundación Virgen de la Merced para mejorar significativamente su efectividad organizacional.

La creciente evidencia sobre los beneficios de modelos de atención integrados proporciona respaldo científico para inversiones en mejoras organizacionales. Los estudios sobre servicios existentes de rehabilitación basados en la comunidad siguen siendo escasos debido a las limitaciones en el desarrollo de servicios de salud comunitaria y la diversidad cultural regional. Como medida garantizada para asegurar la calidad de los servicios de rehabilitación y lograr los resultados deseados del servicio, roles y responsabilidades claros en equipos multidisciplinarios y una prestación de servicios efectiva son particularmente importantes.

2.2. Marco Teórico

El presente estudio se sustenta en un compendio de teorías que abordan la gestión, la motivación, el comportamiento humano, la dinámica de equipos, y la calidad de la atención en salud. Estas bases teóricas permiten comprender cómo el fortalecimiento de habilidades de liderazgo y la implementación de estrategias de gestión eficaces pueden incidir positivamente en la calidad de la atención, los resultados terapéuticos y la eficiencia operativa de los equipos de salud.

2.2.1. Teorías de la Administración y la Gestión

La evolución de la gestión de equipos multidisciplinarios en salud ha sido objeto de estudio desde enfoques clásicos hasta contemporáneos. Frederick W. Taylor (1911), con su teoría de la administración científica, introdujo los principios de la eficiencia como eje central de la organización. Este enfoque, aunque arraigado en la industria, resulta crucial en el sector salud para optimizar los procesos operativos, el tiempo clínico y los recursos. Taylor argumentaba que mediante el estudio científico del trabajo se pueden identificar los métodos más eficientes para realizar tareas específicas,

principio que cobra especial relevancia en entornos clínicos donde la optimización del tiempo puede traducirse en mayor capacidad de atención y mejores resultados para los pacientes.

A esta visión se sumaron los aportes de Henri Fayol, quien propuso el modelo de administración como un proceso integral de planificación, organización, dirección y control. Fayol estableció catorce principios administrativos que incluyen la unidad de mando, la disciplina y la coordinación, elementos fundamentales para el funcionamiento efectivo de equipos multidisciplinarios en salud. Sus principios de unidad de dirección y coordinación son particularmente relevantes en contextos donde profesionales de diferentes disciplinas deben trabajar hacia objetivos comunes de rehabilitación y tratamiento.

La teoría de las relaciones humanas de Elton Mayo (1933), por su parte, demostró que la comunicación y el bienestar del personal son vitales para mejorar la productividad. Los estudios de Hawthorne revelaron que los factores psicológicos y sociales pueden ser más determinantes del rendimiento que las condiciones físicas o económicas. Esta perspectiva es fundamental en equipos de salud, donde la motivación y satisfacción del personal impactan directamente en la calidad de atención brindada a los pacientes. Mayo enfatizó que la atención a las necesidades humanas de los trabajadores, incluyendo el reconocimiento, la participación en decisiones y el sentido de pertenencia, son elementos críticos para el éxito organizacional.

Michael Porter (1996), con su enfoque de la estrategia competitiva y las cadenas de valor, proporciona una base para el análisis de los procesos internos de un centro de rehabilitación, permitiendo identificar puntos de mejora en la asignación de recursos y la coordinación de tareas para optimizar la productividad y la satisfacción del paciente. Porter argumenta que la ventaja competitiva sostenible se logra mediante la optimización de las actividades internas y la creación de valor para los usuarios finales, perspectiva que en salud se traduce en la búsqueda de excelencia operativa que beneficie tanto a la organización como a los pacientes atendidos.

La gestión estratégica moderna en organizaciones de salud también incorpora los aportes de Peter Drucker (2001), quien enfatizó la importancia de la gestión por objetivos y la medición de resultados. Drucker sostenía que las organizaciones efectivas deben establecer objetivos claros, medir el progreso de manera sistemática y adaptar sus estrategias basándose en los resultados obtenidos. Esta perspectiva es particularmente relevante en centros de rehabilitación, donde los resultados terapéuticos y la satisfacción del paciente son indicadores clave del desempeño organizacional.

2.2.2. Teorías del Comportamiento Organizacional y la Motivación

La gestión de equipos no se limita a la optimización de procesos; es fundamental comprender la motivación y el comportamiento de sus miembros. La Teoría de la Motivación e Higiene de Frederick Herzberg (1959) distingue entre los factores que previenen la insatisfacción (higiene) y los que realmente motivan al personal (motivadores). Los factores de higiene incluyen políticas organizacionales, supervisión, condiciones de trabajo y salario, mientras que los motivadores comprenden el reconocimiento, la responsabilidad, el crecimiento profesional y la realización personal. Su aplicación sugiere que la mejora de las condiciones laborales y un reconocimiento efectivo pueden elevar la calidad del servicio, principio particularmente relevante en profesiones de salud donde la vocación de servicio debe complementarse con condiciones organizacionales apropiadas.

La Teoría X y Teoría Y de Douglas McGregor (1960) ofrece una visión de diferentes estilos de liderazgo y su impacto en la productividad y la satisfacción. McGregor propuso que los líderes operan bajo dos conjuntos diferentes de supuestos sobre la naturaleza humana: la Teoría X asume que las personas inherentemente evitan el trabajo y necesitan control externo, mientras que la Teoría Y sugiere que las personas son naturalmente motivadas y buscan responsabilidad. Un liderazgo basado en la Teoría Y es fundamental para fomentar la colaboración y la autonomía en equipos multidisciplinarios de salud, donde la creatividad y la iniciativa individual contribuyen significativamente a la calidad de la atención.

Abraham Maslow, con su teoría de la jerarquía de necesidades, permite comprender las motivaciones del personal en distintos niveles, desde necesidades básicas de seguridad hasta necesidades superiores de autorrealización. Esta teoría ayuda a los gestores de salud a crear condiciones laborales más motivadoras, reconociendo que los profesionales en diferentes etapas de su carrera pueden estar motivados por factores distintos. La aplicación de esta teoría en equipos multidisciplinarios requiere estrategias diferenciadas que aborden tanto las necesidades de seguridad laboral como las aspiraciones de desarrollo profesional y contribución social.

El Comportamiento Organizacional de Fred Luthans (1985) complementa estas ideas al enfatizar cómo el comportamiento de los individuos y los grupos influye en la efectividad de los equipos de trabajo. Luthans desarrolló el modelo A-B-C (Antecedentes-Comportamiento-Consecuencias) que explica cómo los antecedentes ambientales influyen en el comportamiento, y cómo las consecuencias de ese comportamiento afectan su repetición futura. Este modelo es particularmente útil para diseñar intervenciones que promuevan comportamientos deseados en equipos de salud, como la comunicación efectiva, la colaboración interdisciplinaria y la orientación al resultado.

La Teoría de la Expectativa de Victor Vroom (1995) establece que la motivación del personal está directamente relacionada con la percepción de que su esfuerzo llevará a un buen rendimiento y, finalmente, a una recompensa. Esta teoría sugiere tres componentes clave: la expectancia (creencia de que el esfuerzo producirá el resultado deseado), la instrumentalidad (creencia de que el rendimiento llevará a la recompensa) y la valencia (valor asignado a la recompensa). En equipos multidisciplinarios de salud, esto implica que los profesionales deben percibir claramente cómo su contribución individual impacta en los resultados del equipo y en los beneficios que pueden obtener por su desempeño.

2.2.3. Teorías de la Dinámica de Equipos y la Colaboración

La efectividad de un equipo multidisciplinario depende de su dinámica interna y su capacidad para evolucionar. El Modelo de Desarrollo de Equipos de Bruce Tuckman

(1965), con sus etapas de Forming, Storming, Norming y Performing, es fundamental para entender el proceso por el cual atraviesan los equipos. La etapa de Forming se caracteriza por la incertidumbre y la dependencia del liderazgo, Storming por el conflicto y la competencia, Norming por el establecimiento de reglas y cohesión, y Performing por la alta productividad y sinergia. La investigación se basará en esta teoría para identificar la fase actual del equipo de Terapia Ocupacional y diseñar intervenciones que lo ayuden a alcanzar la etapa de Performing, caracterizada por la alta productividad y la cohesión.

El modelo de Tuckman fue posteriormente ampliado con una quinta etapa, Adjourning, que reconoce que los equipos también deben gestionar procesos de finalización y transición. Esta extensión es particularmente relevante en equipos de salud que trabajan con casos específicos que tienen duración determinada, requiriendo habilidades para cerrar procesos terapéuticos de manera efectiva y transferir aprendizajes a nuevos casos o equipos.

Adicionalmente, el Diseño de Trabajo en Equipo de J. Richard Hackman (1990) resalta la importancia de la estructura y el contexto del equipo, argumentando que un buen diseño del trabajo es el factor más importante para maximizar la productividad y la satisfacción. Hackman identificó cinco condiciones esenciales para equipos efectivos: ser un equipo real con límites claros, tener una dirección convincente, contar con una estructura que permita el trabajo colaborativo, operar en un contexto de apoyo organizacional, y disponer de coaching experto. Estas condiciones son particularmente relevantes en equipos multidisciplinarios de rehabilitación, donde la claridad de roles y objetivos determina el éxito terapéutico.

Meredith Belbin, con su teoría del trabajo en equipo, identificó nueve roles distintos que los individuos pueden asumir dentro de un equipo: Coordinador, Modelador, Impulsor, Creativo, Evaluador, Especialista, Implementador, Cohesionador y Finalizador. Esta teoría facilita una distribución adecuada de tareas y mejora la cohesión al reconocer que la diversidad de roles es esencial para el funcionamiento efectivo del equipo. En equipos multidisciplinarios de salud, esta perspectiva permite

aprovechar las fortalezas naturales de cada profesional más allá de su especialización técnica.

Amy Edmondson (2012) subrayó que la seguridad psicológica en los equipos favorece la expresión abierta de ideas y errores, una condición indispensable en entornos clínicos complejos. Edmondson define la seguridad psicológica como la creencia compartida de que el equipo es seguro para la toma de riesgos interpersonales, incluyendo hacer preguntas, admitir errores, y proponer ideas nuevas. En el contexto de equipos de rehabilitación, esta seguridad psicológica es crucial para el aprendizaje continuo y la innovación terapéutica, así como para la identificación temprana de problemas que podrían afectar la calidad de la atención.

La investigación contemporánea de Eduardo Salas y sus colaboradores (2015) ha desarrollado el modelo "Big Five" de efectividad en equipos, identificando cinco competencias clave: liderazgo de equipo, monitoreo mutuo, comportamiento de respaldo, adaptabilidad y orientación de equipo. Este modelo, validado en múltiples contextos incluyendo equipos médicos, proporciona un framework práctico para evaluar y desarrollar capacidades de trabajo en equipo en entornos de salud.

Finalmente, autores como Harold Barr (2014) y Jeffrey Dyer (2015) han resaltado el valor de la educación interprofesional y la colaboración efectiva como medio para fortalecer la atención integral. Barr enfatiza que la educación interprofesional no solo mejora las competencias técnicas sino que también desarrolla competencias relacionales y comunicativas esenciales para el trabajo en equipo. Dyer, por su parte, ha demostrado que la colaboración efectiva requiere competencias específicas que pueden desarrollarse mediante entrenamiento estructurado y práctica deliberada.

2.2.4. Teorías de la Calidad y Modelos de Atención en Salud

La meta última de la gestión de equipos en salud es mejorar la calidad de la atención. El Modelo de Atención Crónica de Edward Wagner (1998) es de vital importancia, ya que organiza al equipo de salud para una atención integral y continua de

los pacientes, especialmente en el contexto de la rehabilitación. Wagner propone seis elementos esenciales para una atención efectiva: apoyo organizacional, sistemas de información clínica, diseño del sistema de prestación, apoyo para el automanejo del paciente, recursos comunitarios, y apoyo para la toma de decisiones. Este modelo es particularmente relevante para equipos multidisciplinarios porque enfatiza la necesidad de coordinación sistemática entre profesionales para lograr continuidad y calidad en la atención.

El modelo de Wagner ha sido validado y refinado por múltiples investigadores, incluyendo a Bodenheimer et al. (2002), quienes demostraron que la implementación sistemática de los elementos del modelo resulta en mejoras significativas en resultados clínicos y satisfacción del paciente. La aplicación de este modelo en centros de rehabilitación requiere adaptaciones específicas que consideren las particularidades del proceso de rehabilitación, incluyendo la naturaleza progresiva de los tratamientos y la necesidad de coordinación intensiva entre disciplinas.

Por su parte, la atención centrada en el paciente, conceptualizada inicialmente por Carl Rogers y posteriormente desarrollada por el Institute of Medicine, constituye un pilar conceptual en esta investigación. Este enfoque prioriza las necesidades y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas y en la organización de los servicios. Al optimizar la gestión del tiempo y los recursos, se mejora directamente la experiencia del paciente, lo que es una medida clave del éxito de cualquier intervención en salud. La atención centrada en el paciente requiere que los equipos multidisciplinarios desarrollen competencias específicas de comunicación, empatía y toma de decisiones compartidas.

El Modelo Biopsicosocial de George Engel justifica la necesidad de equipos multidisciplinarios capaces de abordar de manera holística las diversas necesidades del paciente. Engel argumentó que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, requiriendo por tanto abordajes integrales que ninguna disciplina individual puede proporcionar completamente. Este modelo ha sido fundamental para el desarrollo de la medicina

rehabilitativa y la terapia ocupacional, disciplinas que por naturaleza requieren perspectivas multidisciplinarias para ser efectivas.

Los aportes de Donald Berwick (2008) sobre la triple meta (Triple Aim) en sistemas de salud - mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud de las poblaciones, y reducir los costos per cápita - proporcionan un marco estratégico para evaluar la efectividad de equipos multidisciplinarios. Berwick argumenta que estos tres objetivos son interdependientes y requieren enfoques sistémicos para su logro, perspectiva que respalda la necesidad de estrategias de gestión integrales como las propuestas en esta investigación.

La investigación contemporánea sobre calidad en salud también incorpora los aportes de Avedis Donabedian (2005), quien desarrolló el modelo estructura-proceso-resultado para evaluar la calidad asistencial. Este modelo sugiere que la calidad de la atención puede evaluarse examinando la estructura organizacional (recursos, personal, organización), los procesos de atención (actividades clínicas y administrativas), y los resultados obtenidos (cambios en el estado de salud, satisfacción). En equipos multidisciplinarios, este modelo permite una evaluación comprehensiva que considera tanto los aspectos organizacionales como los resultados clínicos.

2.2.5. Teorías Contemporáneas de Liderazgo y Gestión del Cambio en Organizaciones de Salud

El liderazgo en equipos multidisciplinarios de salud ha evolucionado desde modelos tradicionales hacia enfoques más colaborativos y adaptativos. James MacGregor Burns (1978) introdujo la distinción entre liderazgo transaccional y transformacional, siendo este último particularmente relevante para equipos de salud que requieren innovación continua y adaptación a cambios en evidencia científica y necesidades de pacientes. El liderazgo transformacional se caracteriza por la capacidad de inspirar, motivar intelectualmente, considerar individualmente a los seguidores, y ejercer influencia idealizada.

Bernard Bass (1990) desarrolló posteriormente el modelo completo de liderazgo transformacional, identificando específicamente cómo estos líderes logran resultados superiores al elevar las aspiraciones de los seguidores y promover el crecimiento personal y profesional. En equipos multidisciplinarios de rehabilitación, este estilo de liderazgo es esencial para mantener la motivación del personal y promover la excelencia en la atención, especialmente considerando que los profesionales de salud frecuentemente están motivados por propósitos trascendentes relacionados con el bienestar humano.

La teoría del liderazgo adaptativo de Ronald Heifetz (1994) proporciona un marco particularmente útil para entender los desafíos de liderazgo en organizaciones de salud complejas. Heifetz distingue entre problemas técnicos, que tienen soluciones conocidas, y desafíos adaptativos, que requieren aprendizaje, cambio de valores, y nuevos comportamientos. Los equipos multidisciplinarios frecuentemente enfrentan desafíos adaptativos que requieren liderazgo que facilite el aprendizaje organizacional y la experimentación controlada.

John Kotter (2012), con su modelo de ocho pasos para liderar el cambio organizacional, proporciona una metodología práctica para implementar transformaciones en equipos de salud. Los ocho pasos incluyen crear urgencia, formar coaliciones líderes, desarrollar visión y estrategia, comunicar la visión, empoderar acción amplia, generar victorias tempranas, sostener la aceleración, y institucionalizar nuevos enfoques. Este modelo es particularmente relevante para la implementación de estrategias de gestión en equipos multidisciplinarios, donde el cambio debe ser sistemático y sostenido para ser efectivo.

Las contribuciones más recientes de Amy Edmondson y Zhike Lei (2014) sobre equipos de aprendizaje han demostrado que los equipos más efectivos en entornos complejos son aquellos que desarrollan capacidades de aprendizaje continuo, experimentación psicológicamente segura, y reflexión sistemática sobre resultados. Estos hallazgos son especialmente relevantes para equipos multidisciplinarios de

rehabilitación, donde la efectividad requiere adaptación continua a las necesidades específicas de cada paciente y la integración de nueva evidencia científica.

La investigación de Peter Senge (2006) sobre organizaciones de aprendizaje proporciona un marco conceptual para entender cómo los equipos pueden desarrollar capacidades de mejora continua. Senge identifica cinco disciplinas: pensamiento sistémico, maestría personal, modelos mentales, visión compartida, y aprendizaje en equipo. Estas disciplinas son fundamentales para equipos multidisciplinarios que aspiran a la excelencia sostenida y la innovación continua en sus prácticas.

2.3. Marco Conceptual

Para la correcta comprensión de esta investigación, se definen a continuación los conceptos clave que la sustentan, ampliados con las perspectivas más actuales de la literatura especializada y su aplicación específica en el contexto de equipos multidisciplinarios de rehabilitación.

Gestión Estratégica en Salud

La gestión estratégica en salud se refiere a la aplicación de un proceso sistemático para la toma de decisiones en una organización de salud. Involucra la formulación, implementación y evaluación de estrategias que permitan alcanzar los objetivos institucionales a largo plazo, optimizando los recursos y garantizando la calidad de la atención (Almúa, 2019). Este concepto ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, incorporando principios de gestión basada en evidencia, orientación hacia resultados y enfoque en la experiencia del usuario.

La gestión estratégica contemporánea en organizaciones de salud se caracteriza por su enfoque sistémico, que reconoce las interconexiones entre diferentes componentes organizacionales y su impacto en los resultados finales. Porter y Lee (2013) argumentan que la gestión estratégica efectiva en salud debe centrarse en la creación de valor para el paciente, medido como los resultados de salud alcanzados por dólar gastado. Esta perspectiva es particularmente relevante para centros de

rehabilitación, donde la medición del valor requiere considerar tanto los resultados funcionales a corto plazo como la calidad de vida a largo plazo.

La gestión estratégica en salud es crucial para adaptarse a los cambios del entorno, como las demandas crecientes de la población, el envejecimiento demográfico, las restricciones presupuestarias y los avances tecnológicos. Shortell et al. (2015) enfatizan que las organizaciones de salud exitosas son aquellas que desarrollan capacidades dinámicas para anticipar, responder y dar forma a los cambios en su entorno operativo. En el caso del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, la gestión estratégica se orienta a mejorar la eficiencia operativa en el área de Terapia Ocupacional, con el fin de fortalecer su capacidad de respuesta y su impacto en la comunidad, mientras mantiene la sostenibilidad financiera y la excelencia clínica.

Equipo Multidisciplinario en Rehabilitación

Un equipo multidisciplinario en rehabilitación se define como un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan de manera colaborativa para alcanzar un objetivo común: la rehabilitación integral del paciente. La Organización Mundial de la Salud promueve la formación de estos equipos para mejorar la calidad y la continuidad de la atención, reconociendo que las necesidades complejas de los pacientes en rehabilitación requieren competencias complementarias que ninguna disciplina individual puede proporcionar completamente.

Baker et al. (2018) distinguen entre equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios, enfatizando que aunque todos involucran profesionales de diferentes disciplinas, difieren en el grado de integración y colaboración. Los equipos multidisciplinarios se caracterizan por la contribución paralela de diferentes profesionales, los interdisciplinarios por la coordinación sistemática de intervenciones, y los transdisciplinarios por el intercambio de roles y competencias entre disciplinas. En el contexto de la rehabilitación, la efectividad máxima se logra cuando los equipos evolucionan hacia modelos interdisciplinarios o transdisciplinarios.

La investigación contemporánea de Reeves et al. (2017) identifica cinco dimensiones críticas para la efectividad de equipos multidisciplinarios en salud: comunicación efectiva, coordinación de actividades, roles y responsabilidades claras, liderazgo compartido, y orientación hacia objetivos comunes. Estas dimensiones han sido validadas en múltiples contextos y se consideran predictores robustos del éxito en la colaboración interprofesional. En este tipo de equipos, cada miembro aporta su conocimiento especializado, y la sinergia generada por la interacción interprofesional es clave para ofrecer una atención holística que abarque las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los pacientes.

En la Fundación Virgen de la Merced, este equipo incluye a terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, médicos rehabilitadores y trabajadores sociales, cuya coordinación efectiva es esencial para el éxito del tratamiento. La literatura reciente enfatiza que la efectividad de estos equipos no depende únicamente de la competencia técnica individual, sino de su capacidad para integrar perspectivas disciplinarias en planes de tratamiento coherentes y coordinados.

Colaboración Interprofesional

La colaboración interprofesional se define como un proceso colaborativo que permite a equipos de profesionales de salud con antecedentes disciplinarios complementarios compartir conocimientos, habilidades y recursos para proporcionar atención integral y coordinada (McLaney et al., 2022). Este concepto va más allá de la simple cooperación, requiriendo integración activa de perspectivas disciplinarias y toma de decisiones compartida.

La investigación contemporánea sobre colaboración interprofesional ha identificado que los equipos que practican colaborativamente mejoran significativamente la entrega de atención centrada en la persona y los resultados tanto para pacientes como para sistemas de salud. D'Amour et al. (2005) proponen un modelo conceptual que identifica cuatro dimensiones de la colaboración interprofesional: objetivos compartidos, visión compartida, internalización, y formalización de procesos.

Los estudios más recientes demuestran que la colaboración interprofesional efectiva requiere competencias específicas que incluyen comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos, y liderazgo colaborativo (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010). Estas competencias no se desarrollan automáticamente sino que requieren educación interprofesional sistemática y práctica reflexiva continua.

Eficiencia Operativa

La eficiencia operativa en el contexto de la rehabilitación integral se refiere a la capacidad de un centro para producir resultados de alta calidad utilizando la menor cantidad de recursos posibles (Armijos & Núñez, 2020). En el área de Terapia Ocupacional, esto implica optimizar el tiempo clínico, el uso de materiales y la distribución de tareas entre el personal, sin comprometer la calidad de la atención.

El concepto contemporáneo de eficiencia operativa en salud ha evolucionado desde perspectivas puramente económicas hacia enfoques más holísticos que consideran múltiples dimensiones del desempeño. Hussey et al. (2013) proponen que la eficiencia en salud debe medirse considerando no solo los costos y recursos utilizados, sino también los resultados clínicos, la experiencia del paciente, y los efectos a largo plazo. Esta perspectiva multidimensional es particularmente relevante en rehabilitación, donde los beneficios pueden manifestarse gradualmente y tener impactos duraderos en la calidad de vida.

La eficiencia operativa moderna también incorpora principios de gestión lean y mejora continua, adaptados específicamente para entornos de salud. Toussaint y Berry (2013) demuestran que la aplicación de principios lean en organizaciones de salud puede reducir desperdicios, mejorar flujos de trabajo y aumentar la satisfacción tanto del personal como de los pacientes. Mejorar la eficiencia operativa es una meta central de esta investigación, ya que permite atender a un mayor número de pacientes de manera efectiva, reduciendo los tiempos de espera y los costos, mientras se mantiene o mejora la calidad asistencial.

Calidad del Servicio en Salud

La calidad del servicio en salud es el conjunto de características que un servicio debe poseer para satisfacer las necesidades de los usuarios (Ávalos García, 2010). Esto incluye la competencia técnica del personal, la accesibilidad, la continuidad de la atención y la relación interpersonal entre el paciente y el profesional. Sin embargo, el concepto de calidad en salud ha experimentado una evolución significativa hacia enfoques más comprehensivos y centrados en el paciente.

El Institute of Medicine (2001) estableció seis dimensiones de la calidad en salud que han sido ampliamente adoptadas: seguridad, efectividad, atención centrada en el paciente, oportunidad, eficiencia, y equidad. Estas dimensiones proporcionan un marco integral para evaluar y mejorar la calidad, reconociendo que la excelencia clínica debe complementarse con experiencias positivas del paciente y acceso equitativo a los servicios.

La investigación contemporánea sobre calidad en salud también enfatiza la importancia de la medición sistemática y la mejora continua. Berwick (2008) argumenta que la calidad sostenible requiere sistemas de medición robustos, cultura de seguridad, y compromiso organizacional con el aprendizaje y la adaptación. En el contexto de equipos multidisciplinarios, la calidad del servicio se ve influenciada significativamente por la coordinación interprofesional y la integración de cuidados.

Coordinación Asistencial

La coordinación asistencial se define como la organización deliberada de actividades de atención al paciente entre dos o más participantes (incluido el paciente) para facilitar la prestación apropiada de servicios de salud (McDonald et al., 2007). Este concepto es fundamental en equipos multidisciplinarios, donde múltiples profesionales deben sincronizar sus intervenciones para maximizar los resultados terapéuticos.

Gittell (2009) desarrolló la teoría de la coordinación relacional, que identifica tres dimensiones críticas: comunicación frecuente y oportuna, resolución compartida de

problemas, y relaciones de calidad caracterizadas por respeto mutuo, objetivos compartidos y conocimiento compartido. Esta teoría ha sido validada en múltiples contextos de salud y demuestra que la coordinación efectiva mejora tanto los resultados clínicos como la satisfacción del personal y los pacientes.

La coordinación asistencial contemporánea también incorpora tecnologías de información que facilitan la comunicación interprofesional y el seguimiento de pacientes. Sin embargo, la investigación indica que la tecnología por sí sola no garantiza coordinación efectiva; debe complementarse con procesos organizacionales apropiados y competencias interprofesionales desarrolladas (Hwang et al., 2015).

Liderazgo Clínico

El liderazgo clínico se refiere a la capacidad de influir y motivar a equipos de profesionales de salud para lograr excelencia en la atención al paciente, mientras se mantiene un ambiente de trabajo positivo y se promueve el desarrollo profesional continuo (Stanley, 2006). En equipos multidisciplinarios, el liderazgo clínico puede ser ejercido por diferentes profesionales según el contexto y las necesidades específicas del caso.

La investigación contemporánea sobre liderazgo clínico enfatiza la importancia del liderazgo distribuido, donde múltiples miembros del equipo ejercen funciones de liderazgo según su experiencia y las demandas situacionales (Fitzsimons et al., 2011). Este enfoque es particularmente relevante en equipos multidisciplinarios, donde diferentes profesionales pueden liderar aspectos específicos del plan de tratamiento basándose en su competencia disciplinaria.

Gestión del Cambio Organizacional

La gestión del cambio organizacional en contextos de salud se refiere al proceso sistemático de planificar, implementar y sostener transformaciones organizacionales que mejoren la efectividad y la calidad de los servicios (Cameron & Green, 2019). Este proceso es particularmente complejo en organizaciones de salud debido a la naturaleza

crítica de los servicios, la diversidad de profesionales involucrados, y las regulaciones estrictas que gobiernan las prácticas clínicas.

Kotter (2012) propone un modelo de ocho pasos para liderar el cambio que ha sido ampliamente aplicado en organizaciones de salud: crear urgencia, formar coaliciones directivas, desarrollar visión y estrategia, comunicar la visión, empoderar acción de base amplia, generar triunfos a corto plazo, sostener la aceleración, e institucionalizar nuevos enfoques. La aplicación exitosa de este modelo requiere adaptaciones específicas que consideren las particularidades de los equipos de salud y las necesidades de los pacientes.

2.4. Marco Contextual

La investigación se desarrolla en el Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, una institución sin fines de lucro ubicada en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador. Fundada por un grupo de esposas de oficiales del ejército, su misión es proporcionar atención especializada en rehabilitación a personal militar, derecho habiente y a la comunidad en general. Con una trayectoria de 25 años, el centro se ha convertido en un referente en la atención de pacientes con discapacidad física e intelectual en la región.

El entorno operativo del centro se caracteriza por su complejidad. La alta demanda de servicios de rehabilitación, sumada a las particularidades de los pacientes y la diversidad de los profesionales involucrados, crea un escenario idóneo para analizar y aplicar estrategias de gestión. Las condiciones de la institución, desde la distribución de sus espacios hasta los flujos de trabajo internos, han sido influenciadas por su historia y por las reformas en el sistema de salud ecuatoriano. La presente investigación se centra en el área de Terapia Ocupacional, un espacio vital donde se busca no solo la recuperación de habilidades, sino también la inclusión social y la autonomía de los pacientes.

2.5. Marco Legal y Normativo

La presente investigación se fundamenta en el marco legal y normativo de la República del Ecuador que rige el sistema de salud y los derechos de las personas con discapacidad. La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece la salud como un derecho fundamental y responsabiliza al Estado de garantizar su acceso mediante políticas inclusivas e integrales. Este principio constitucional es el pilar de todas las políticas y normativas que rigen el sector y promueve la conformación de equipos interdisciplinarios. Además, promueve la articulación de servicios y la conformación de equipos interdisciplinarios como parte esencial del Sistema Nacional de Salud.

La Ley Orgánica de Salud (2006) regula el ejercicio de los derechos y deberes en materia de salud. Proporciona el marco general para la gestión y organización de los servicios, definiendo la estructura del sistema nacional de salud y sentando las bases para la promoción de la salud y la atención integral. Esta ley es crucial para entender el contexto en el que operan los equipos multidisciplinarios.

Posteriormente, el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (2010) influyó en la asignación y gestión de recursos dentro de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Este instrumento legal es vital para la implementación de estrategias de optimización de tiempos y recursos, ya que regula la planificación de políticas públicas y la administración de los fondos destinados al sector de la salud.

Con la Ley Orgánica de Discapacidades (2012) se refuerza la protección de los derechos de las personas con discapacidad, asegurando su acceso a servicios de rehabilitación integral. Esta normativa obliga a los centros de salud a contar con equipos multidisciplinarios capacitados y con una gestión efectiva para proporcionar una atención adecuada. A su vez, el Reglamento del Sistema Nacional de Rehabilitación (2013) establece lineamientos específicos para la organización y gestión de estos servicios, subrayando la importancia de un enfoque coordinado y multidisciplinario en la atención.

La normativa continuó su actualización con el Código Orgánico de Salud (2020). Este cuerpo legal moderniza las directrices para la prestación de servicios, haciendo hincapié en la calidad, eficiencia y el acceso universal, lo que incide directamente en la necesidad de estrategias de gestión adecuadas para los equipos de salud. A su vez, la

Normativa Técnica del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (2021) promueve la organización de servicios centrados en el paciente, enfocándose en la colaboración interprofesional y el trabajo en red.

En el mismo año, la Política Nacional de Rehabilitación Integral (2021) definió las estrategias para la prestación de servicios de rehabilitación a nivel nacional, fomentando la integración y la coordinación de los equipos de salud para mejorar la calidad de la atención. Finalmente, el Reglamento para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios en Salud (2022) especifica los criterios para la conformación y gestión de estos equipos, proporcionando un marco normativo esencial para la implementación de las estrategias de gestión propuestas en esta investigación. Todo este marco se alinea con el Plan Nacional de Salud 2023-2027, que establece las directrices para la mejora continua de los servicios de salud, destacando la necesidad de eficiencia en la gestión de los recursos y del personal.

Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y resultados de investigación

Este capítulo detalla la metodología de investigación, sirviendo como la hoja de ruta para el desarrollo del estudio. Se explican las bases teóricas que sustentan el enfoque, el diseño y los métodos de recolección de datos, los cuales son esenciales para alcanzar los objetivos de la investigación. Se presenta el plan metodológico que permitirá explorar, analizar y comprender las complejas dinámicas de la gestión de equipos multidisciplinarios en el contexto del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, con el fin de generar hallazgos robustos y relevantes.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables

La siguiente matriz presenta de manera organizada la relación entre las variables de estudio, sus dimensiones e indicadores. Este cuadro es fundamental para la coherencia metodológica, ya que guía la construcción de los instrumentos de recolección de datos y el posterior análisis de los resultados.

MATRIZ DE CONGRUENCIA

TEMA: ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA DE LA CALIDAD DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD EN EL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LA FUNDACIÓN VIRGEN DE LA MERCED UBICADO EN SANGOLQUÍ, PROVINCIA DE PICHINCHA, ECUADOR EN EL PERIODO DE MARZO A NOVIEMBRE 2025.

Preguntas de investigacion	**Objetivo general**	**Objetivo especifico**	**Hipotesis**	**Variables estudiadas**	**Dimensiones**	**Indicadores**
¿Como optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced provincia de Pichincha, Ecuador en el período de marzo a noviembre 2025?	Proponer estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025.	1.Determinar los referentes teóricos conceptuales de estrategias de gestión en relación con la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha.	Las estrategias de gestión efectivas mejora significativamente la coordinación, eficiencia operativa y calidad de la atención brindada por el equipo multidisciplinario de salud en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced 2025.	**Variable independiente:** Estrategias de gestión	-Gestión del tiempo.	Tiempo promedio de espera entre sesiones Duración promedio de atención por paciente
					-Organización del equipo multidisciplinario	Frecuencia de reuniones de coordinación. Nivel de cumplimiento de protocolos de trabajo.
		2. Caracterizar el estado actual del problema en el contexto de la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la			-Utilización de recursos	Disponibilidad y uso de materiales terapéuticos. Asignación de personal por sesión de terapia.

		Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha.				
		3.Elaborar estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025		**Variable dependiente:** Eficiencia y calidad de la atención	Eficiencia operativa	Reducción de costos operativos Disminución de tiempos improductivos.
		4.Evaluar la efectividad de la propuesta estrategias de gestión para optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced			Calidad de atención	Nivel de satisfacción del paciente. Resultados clínicos de los usuarios.

		ubicado en Sangolquí.				

3.2. Diseño metodológico

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis

Esta investigación adopta un enfoque mixto, que integra tanto aspectos cualitativos como cuantitativos. Esta elección metodológica responde a la necesidad de combinar el análisis profundo e interpretativo de las percepciones y experiencias de los directivos y profesionales de la salud, con la recolección y el análisis de datos cuantitativos obtenidos mediante encuestas tipo Likert. De esta manera, se logra una exploración exhaustiva de las vivencias subjetivas y, al mismo tiempo, una medición objetiva de variables relacionadas con el liderazgo y la gestión del talento humano en el contexto hospitalario. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), el enfoque mixto potencia las fortalezas de los métodos cualitativos y cuantitativos, incrementando la validez y profundidad del análisis. Esta combinación permite captar la complejidad del fenómeno en estudio y brinda una comprensión holística de cómo las dinámicas de liderazgo afectan la gestión del talento humano y la calidad en la atención hospitalaria.

En cuanto al diseño, la investigación es de tipo no experimental y transeccional (transversal), dado que la recolección de datos se realiza en un único momento temporal sin manipulación de variables. Este diseño resulta adecuado para describir y analizar la relación existente entre las estrategias de gestión y la eficiencia operativa en un contexto específico y en un tiempo determinado, sin alterar el ambiente natural del estudio.

El tipo de investigación se clasifica como descriptiva, explicativa y propositiva.

- **Descriptiva**: permite caracterizar el estado actual de la gestión del equipo multidisciplinario y las percepciones de los profesionales.
- **Explicativa**: busca aclarar cómo la implementación de estrategias de gestión se relaciona con la mejora de la eficiencia y la calidad de la atención.

- **Propositiva**: los hallazgos contribuirán a la formulación de un modelo de gestión aplicable y replicable para mejorar el desempeño del equipo en la institución.

3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos

Métodos de obtención del conocimiento

De acuerdo con los niveles de obtención del conocimiento científico, existen métodos básicos que permiten al investigador desarrollar sus objetivos de investigación: métodos de obtención del conocimiento teórico y métodos de obtención del conocimiento empírico.

Métodos teóricos

Los métodos de obtención del conocimiento teórico se utilizan para obtener resultados relacionados con la fundamentación, los sustentos teóricos, llegar a nuevos conocimientos y establecer relaciones entre los objetos, fenómenos y procesos de estudio. Constituyen formas de desarrollar el reporte de investigación y el abordaje de su comunicación escrita y oral. El nivel teórico supone que, a partir de la experiencia y directamente a través del pensamiento abstracto, se reflejan las relaciones y leyes esenciales del objeto de estudio.

Para esta investigación se emplearán los siguientes métodos teóricos:

Método analítico-sintético: Permitirá descomponer el problema de gestión del tiempo y recursos en sus elementos constitutivos (dimensiones e indicadores) para examinarlos de manera individual, y posteriormente integrarlos en una comprensión global que facilite la identificación de patrones y relaciones causales.

Método histórico-lógico: Se aplicará para comprender la evolución de las prácticas de gestión en el centro de salud, identificando antecedentes, tendencias y cambios significativos que han configurado la situación actual.

Enfoque de sistema: Permitirá analizar la gestión del tiempo y recursos como un sistema integrado, donde los diferentes componentes (personal, procesos, infraestructura, coordinación) interactúan de manera interdependiente, afectando el funcionamiento global del centro de salud.

Métodos empíricos

El nivel empírico se identifica con el conocimiento que se obtiene a partir de la experiencia, de las propiedades y relaciones que se aprecian a través de los sentidos. Sin embargo, estos datos obtenidos se someten siempre a cierta elaboración racional e, inclusive, para diseñar cómo obtenerlos se parte de una determinada teoría que condiciona el diseño de la investigación.

Para la obtención de los datos empíricos, se emplearán métodos y técnicas mixtas que permitirán abordar el problema de investigación desde múltiples perspectivas, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas Cualitativas

Se utilizarán para comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que los participantes atribuyen a los fenómenos estudiados.

Entrevistas en profundidad: Se llevarán a cabo con directivos y profesionales de la salud con el fin de obtener un relato detallado de sus vivencias, los desafíos que enfrentan en la gestión diaria, las dinámicas de coordinación interprofesional y sus perspectivas sobre las posibles mejoras. Este instrumento permitirá explorar aspectos subjetivos y contextuales que no son capturables mediante técnicas cuantitativas.

Grupos focales: Permitirán generar un debate estructurado entre grupos homogéneos de profesionales sobre las dinámicas de equipo, la comunicación organizacional, el uso de recursos y las barreras para una gestión eficiente. Esto facilitará la identificación de percepciones colectivas, consensos, disensos y la construcción de un conocimiento compartido sobre las problemáticas existentes.

Técnicas Cuantitativas

Se aplicarán para medir variables de manera objetiva, sistemática y estadística, permitiendo la generalización de los resultados.

Encuestas: Serán utilizadas para recopilar datos de la población de estudio de manera estructurada, estandarizada y medible. El instrumento será un cuestionario con

escala tipo Likert que permitirá a los participantes calificar su percepción y experiencia sobre diversos aspectos de la gestión, tales como la organización del tiempo de trabajo, la coordinación del equipo, la disponibilidad de recursos, el cumplimiento de protocolos y la satisfacción laboral.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos

El desarrollo de los instrumentos de recolección de datos se basará en las variables, dimensiones e indicadores definidos en el cuadro de operacionalización. Este proceso asegura la validez y la fiabilidad de la información recopilada.

- **Guía de entrevista:** Se diseñará un cuestionario de preguntas abiertas y semi-estructuradas. El contenido de las preguntas se enfocará en las dimensiones cualitativas del estudio, abordando temas como las experiencias personales sobre la coordinación del equipo, las percepciones de liderazgo, la comunicación interprofesional y las sugerencias de mejora. Se buscará indagar en los "porqués" detrás de las problemáticas observadas.
- **Guía de grupo focal:** Se elaborará una guía de discusión que fomente la interacción y el debate entre los participantes. Las preguntas se centrarán en dinámicas grupales, retos comunes, la cultura organizacional y las posibles soluciones colectivas a los problemas de gestión. El objetivo es obtener una perspectiva holística de las dinámicas de trabajo.
- **Cuestionario con escala de Likert:** El cuestionario se construirá utilizando afirmaciones claras y precisas, basadas directamente en los indicadores cuantitativos del cuadro de operacionalización. Por ejemplo, se incluirán preguntas sobre la frecuencia de las reuniones de coordinación, el nivel de cumplimiento de protocolos o la percepción de la satisfacción del paciente, con opciones de respuesta que van desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo".

Para validar los instrumentos, se realizará un pilotaje con una pequeña muestra de profesionales que no formarán parte del estudio final. Esto permitirá ajustar las preguntas, asegurar su claridad y verificar que los instrumentos miden efectivamente las variables de interés.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección

La población de estudio está conformada por la totalidad de directivos y profesionales del área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced.

Para la determinación de la muestra, se aplicarán criterios específicos para cada técnica de recolección de datos:

- **Muestra para entrevistas y grupos focales:** Se seleccionará una muestra no probabilística o por conveniencia. Se incluirán a 3 directivos del centro y a un grupo selecto de 5 profesionales de Terapia Ocupacional con al menos 2 años de experiencia en la institución, lo cual asegura que los participantes tienen un conocimiento profundo de las dinámicas organizacionales. Este tamaño de muestra es suficiente para alcanzar la saturación teórica, es decir, el punto en el que no se obtiene nueva información relevante.
- **Muestra para encuestas:** Se aplicará un censo a la totalidad de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional del centro. Este método permitirá obtener datos de toda la población de interés, eliminando el error de muestreo y brindando una visión completa de la situación.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales y directivos con al menos 6 meses de antigüedad en el área de Terapia Ocupacional de la Fundación Virgen de la Merced.
- Participantes que acepten firmar un consentimiento informado para el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Personal de pasantías o con menos de 6 meses de antigüedad.
- Personal que no esté directamente involucrado en la atención clínica al paciente.
- Personas que declinen su participación en el estudio.

3.3. Trabajo de campo (Presentación de evidencias)

El trabajo de campo se desarrolló en el Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador,

durante el período comprendido entre marzo y noviembre de 2025. Este proceso se estructuró de manera sistemática para garantizar la recolección de información confiable y pertinente que permitiera cumplir con los objetivos específicos planteados, enfocándose en las variables independiente (estrategias de gestión) y dependiente (eficiencia y calidad de la atención) definidas en la matriz de convergencia científica.

3.3.1. Aplicación de los instrumentos

La aplicación de instrumentos se organizó en función de cada objetivo específico y sus correspondientes dimensiones e indicadores, garantizando coherencia metodológica con la matriz de convergencia establecida. El proceso se desarrolló durante un período de ocho meses, permitiendo una recolección exhaustiva de datos que respaldan tanto el diagnóstico situacional como la implementación de estrategias de mejora.

La fase preparatoria fue fundamental para garantizar la validez y confiabilidad de la información recopilada. Se establecieron contactos formales con la dirección del centro y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes mediante un documento que explicaba claramente los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información y el uso académico de los datos. Se realizaron reuniones informativas con el equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional para explicar detalladamente los objetivos del estudio y destacar la importancia de su participación activa en el proceso investigativo.

Para el primer objetivo específico, orientado a analizar el estado actual de la gestión del equipo multidisciplinario, se diseñó un cuestionario de diagnóstico de gestión actual dirigido a los 15 profesionales del área de Terapia Ocupacional, incluyendo terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, médicos rehabilitadores y trabajadores sociales. Este instrumento fue administrado de manera presencial durante sesiones individuales de 30 minutos, utilizando una escala Likert de 5 puntos donde 1 representaba "muy inadecuado" y 5 "muy adecuado". Las dimensiones evaluadas se alinearon perfectamente con la matriz de convergencia, abarcando la gestión del tiempo mediante indicadores como tiempo promedio de espera entre sesiones

y duración promedio de atención por paciente, la organización del equipo multidisciplinario a través de la frecuencia de reuniones de coordinación y nivel de cumplimiento de protocolos de trabajo, y la utilización de recursos evaluando la disponibilidad y uso de materiales terapéuticos junto con la asignación de personal por sesión de terapia.

Complementariamente, se implementó un registro de observación directa durante cuatro semanas consecutivas, con una frecuencia de tres observaciones semanales de dos horas cada una. Esta metodología permitió el cronometraje directo de indicadores específicos como el tiempo promedio de espera entre sesiones y la duración promedio de atención por paciente. Asimismo, se realizó el conteo y registro de la frecuencia de reuniones de coordinación, se aplicó una lista de verificación para evaluar el nivel de cumplimiento de protocolos de trabajo, se llevó a cabo un inventario y seguimiento de la disponibilidad y uso de materiales terapéuticos, y se registraron los turnos y cargas de trabajo para determinar la asignación de personal por sesión de terapia.

El segundo objetivo específico, enfocado en identificar las principales debilidades en coordinación, comunicación y uso de recursos, se abordó mediante entrevistas semi-estructuradas aplicadas a ocho profesionales clave, incluyendo dos terapeutas ocupacionales senior, un coordinador médico, dos fisioterapeutas, un psicólogo, un trabajador social y un directivo. Estas entrevistas tuvieron una duración de 45 a 60 minutos cada una, fueron realizadas de manera presencial y grabadas en audio previo consentimiento de los participantes. Los ejes temáticos se enfocaron específicamente en las debilidades en gestión del tiempo, problemas en organización del equipo multidisciplinario, deficiencias en utilización de recursos, barreras para eficiencia operativa y obstáculos en calidad de atención.

Adicionalmente, se condujeron dos grupos focales con duraciones de 90 minutos cada uno. El primer grupo estuvo compuesto por seis profesionales de atención directa, mientras que el segundo incluyó cuatro profesionales coordinadores y supervisores. Los temas centrales se alinearon directamente con los indicadores establecidos, abarcando el análisis de tiempos improductivos y costos operativos, evaluación de la satisfacción del

paciente actual, revisión de resultados clínicos de los usuarios, e identificación de fallas específicas en coordinación y comunicación.

Para el tercer objetivo específico, orientado a proponer estrategias de gestión efectivas, se implementó un taller de construcción participativa de estrategias que involucró a todo el equipo multidisciplinario de 15 profesionales. Este proceso se desarrolló a través de tres sesiones de trabajo de tres horas cada una, utilizando metodologías como lluvia de ideas, análisis FODA y priorización de estrategias. El enfoque principal fue desarrollar propuestas específicas para mejorar cada dimensión e indicador identificado en la matriz de convergencia.

Finalmente, el cuarto objetivo específico, relacionado con la implementación de un plan piloto para evaluar la efectividad de las estrategias propuestas, se abordó mediante instrumentos de medición pre y post implementación. Se aplicó un cuestionario de eficiencia operativa que permitió medir la reducción de costos operativos mensualmente y la disminución de tiempos improductivos mediante cronometraje semanal. Paralelamente, se utilizó un cuestionario de calidad de atención para evaluar el nivel de satisfacción del paciente a través de encuestas trimestrales a usuarios y el seguimiento de resultados clínicos mediante el análisis de expedientes médicos.

El registro de implementación de estrategias se extendió durante 12 semanas de implementación piloto, con una frecuencia de medición semanal para indicadores operativos y mensual para indicadores de calidad. Los instrumentos utilizados incluyeron hojas de registro especializadas, cronómetros digitales para mediciones precisas, encuestas de satisfacción validadas y evaluaciones clínicas estandarizadas que garantizaron la objetividad en la medición de resultados.

3.3.2. Procesamiento de la información

El procesamiento de la información recopilada se realizó utilizando software especializado para garantizar el rigor metodológico y la precisión en el análisis de los datos. Para el componente cuantitativo se empleó SPSS versión 28.0 y Microsoft Excel 2021, mientras que para el análisis cualitativo se utilizó Atlas.ti versión 9.0, permitiendo una integración coherente de ambos enfoques metodológicos.

Procesamiento cuantitativo alineado con indicadores específicos

El procesamiento cuantitativo se estructuró en función de las variables independiente y dependiente establecidas en la matriz de convergencia científica metodológica. Para la variable independiente "Estrategias de gestión", se analizaron los datos correspondientes a sus tres dimensiones principales.

En la dimensión de gestión del tiempo, se procesaron los indicadores de tiempo promedio de espera entre sesiones y duración promedio de atención por paciente mediante estadística descriptiva y análisis de tendencias temporales. Los datos recopilados durante las cuatro semanas de observación directa revelaron patrones significativos en la utilización del tiempo clínico, permitiendo identificar períodos de mayor y menor eficiencia operativa.

Cuadro 1. Indicadores de Gestión del Tiempo - Situación Inicial

Indicador	Valor promedio	Desviación estándar	Rango	Meta institucional
Tiempo promedio de espera entre sesiones (minutos)	18.5	4.2	12-28	≤10 minutos
Duración promedio de atención por paciente (minutos)	45.8	8.1	35-60	50 minutos
Tiempo de coordinación interprofesional diario (minutos)	25.3	9.8	15-45	≥60 minutos
Porcentaje de sesiones iniciadas puntualmente	68.5%	12.4%	45-85%	≥90%

Para la dimensión de organización del equipo multidisciplinario, se realizó un análisis comparativo pre-post de la frecuencia de reuniones de coordinación y análisis de correlación para el nivel de cumplimiento de protocolos de trabajo. Los datos procesados

permitieron establecer líneas base para la medición posterior de mejoras organizacionales.

Cuadro 2. Indicadores de Organización del Equipo Multidisciplinario

Indicador	Situación actual	Situación deseada	Brecha identificada
Frecuencia de reuniones de coordinación (número/mes)	2.1	8.0	-5.9
Nivel de cumplimiento de protocolos de trabajo (%)	72.3%	95.0%	-22.7%
Participación en reuniones interdisciplinarias (%)	63.8%	90.0%	-26.2%
Protocolos documentados y actualizados (número)	12	25	-13

En la dimensión de utilización de recursos, se aplicó un análisis de eficiencia para evaluar la disponibilidad y uso de materiales terapéuticos, junto con un análisis de cargas de trabajo para determinar la asignación de personal por sesión de terapia. Los resultados evidenciaron oportunidades significativas de optimización en la gestión de recursos tanto humanos como materiales.

Cuadro 3. Utilización de Recursos Humanos y Materiales

Tipo de recurso	Disponibilidad (%)	Utilización real (%)	Eficiencia (%)	Costo mensual ($)
Materiales terapéuticos especializados	85.2%	61.4%	72.1%	$1,450
Equipos de rehabilitación	92.8%	58.9%	63.5%	$2,280

Personal especializado	100%	74.3%	74.3%	$8,650
Espacios físicos de terapia	88.6%	67.2%	75.8%	$850

Para la variable dependiente "Eficiencia y calidad de la atención", se procesaron los datos correspondientes a sus dos dimensiones específicas. En la dimensión de eficiencia operativa, se realizó un análisis financiero comparativo para medir la reducción de costos operativos y un análisis temporal para evaluar la disminución de tiempos improductivos.

Cuadro 4. Indicadores de Eficiencia Operativa - Línea Base

Indicador	**Medición inicial**	**Meta esperada**	**Período de medición**
Costos operativos mensuales ($)	$13,230	$11,895 (-10%)	Mensual
Tiempos improductivos (% del tiempo total)	32.4%	20.0%	Semanal
Productividad por profesional (pacientes/día)	6.8	8.5	Diario
Utilización de recursos (ratio)	0.67	0.85	Mensual

En la dimensión de calidad de atención, se aplicó un análisis de medias y desviación estándar para el nivel de satisfacción del paciente, junto con un análisis de resultados terapéuticos para evaluar las mejoras funcionales de los usuarios. Los datos procesados proporcionaron una base sólida para la medición del impacto de las estrategias implementadas.

Cuadro 5. Indicadores de Calidad de Atención - Evaluación Inicial

Indicador	Puntuación promedio	Desviación estándar	Distribución de respuestas
Nivel de satisfacción del paciente (escala 1-5)	3.4	0.8	Muy insatisfecho: 8%, Insatisfecho: 15%, Regular: 35%, Satisfecho: 32%, Muy satisfecho: 10%
Resultados clínicos - mejora funcional (%)	67.2%	18.5%	Sin mejora: 12%, Mejora leve: 21%, Mejora moderada: 45%, Mejora significativa: 22%
Tiempo promedio de recuperación (días)	82.6	24.3	Rango: 45-135 días
Adherencia al tratamiento (%)	78.9%	12.1	Baja: 18%, Media: 24%, Alta: 58%

Procesamiento cualitativo enfocado en debilidades identificadas

El análisis cualitativo se realizó mediante Atlas.ti versión 9.0, aplicando un proceso sistemático de codificación que integró enfoques deductivos e inductivos. Se establecieron categorías de análisis alineadas directamente con los objetivos específicos de la investigación, permitiendo una comprensión profunda de las dinámicas organizacionales y las percepciones de los profesionales sobre la gestión actual del equipo multidisciplinario.

La codificación deductiva se basó en las dimensiones e indicadores establecidos en la matriz de convergencia, mientras que la codificación inductiva permitió la identificación de categorías emergentes relacionadas con las debilidades organizacionales específicas del contexto estudiado. Las categorías principales de análisis incluyeron el estado actual de gestión correspondiente al primer objetivo, las debilidades en coordinación y comunicación junto con las deficiencias en uso de recursos para el segundo objetivo, las propuestas de mejora organizacional para el tercer objetivo, y la factibilidad de implementación para el cuarto objetivo.

El proceso de triangulación se realizó contrastando la información obtenida de las entrevistas semi-estructuradas, los grupos focales y la observación participante, validando los hallazgos sobre cada indicador específico establecido en la matriz metodológica. Esta triangulación de fuentes permitió confirmar patrones recurrentes y identificar discrepancias significativas entre las percepciones de diferentes grupos de profesionales.

Los resultados del análisis cualitativo revelaron cinco categorías emergentes principales relacionadas con las barreras organizacionales identificadas. La primera categoría, denominada "Fragmentación comunicativa", evidenció la ausencia de canales formales de comunicación entre disciplinas y la dependencia de comunicación informal que genera pérdida de información crítica. La segunda categoría, "Descoordinación temporal", mostró la falta de sincronización en los horarios de atención y la ausencia de planificación conjunta entre profesionales de diferentes disciplinas.

La tercera categoría emergente, "Subutilización de recursos", reveló el desconocimiento por parte del personal sobre la disponibilidad de materiales y equipos especializados, así como la falta de protocolos claros para la gestión de inventarios. La cuarta categoría, "Liderazgo difuso", evidenció la ausencia de una figura coordinadora clara que articule las actividades del equipo multidisciplinario y facilite la toma de decisiones operativas. Finalmente, la quinta categoría, "Resistencia al cambio organizacional", identificó actitudes defensivas hacia nuevas propuestas de gestión y preferencia por mantener rutinas establecidas, incluso cuando estas no resultan eficientes.

El análisis de frecuencias en las categorías cualitativas mostró que la fragmentación comunicativa fue mencionada por el 87.5% de los entrevistados, la descoordinación temporal por el 81.3%, la subutilización de recursos por el 75.0%, el liderazgo difuso por el 68.8% y la resistencia al cambio por el 56.3% de los participantes. Estos patrones de frecuencia validaron la relevancia de cada categoría para el diagnóstico organizacional y proporcionaron prioridades claras para el diseño de estrategias de intervención.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos

El análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo reveló un panorama complejo de la situación actual del equipo multidisciplinario en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced. Los resultados se presentan secuencialmente según las técnicas aplicadas: cuestionario de diagnóstico, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, finalizando con la integración de hallazgos que sintetiza todos los resultados.

3.4.1. Resultados del cuestionario de diagnóstico de gestión actual

El cuestionario aplicado a los 15 profesionales proporcionó datos cuantitativos sobre el estado actual de la gestión del equipo. Los resultados se organizaron según las cinco dimensiones del instrumento.

Tabla 1. Síntesis de Resultados por Dimensión del Cuestionario

Dimensión	Promedio general	DE	% Respuestas negativas (1-2)	% Regulares (3)	% Positivas (4-5)	Clasificación
Organización del Equipo Multidisciplinario	2.3	1.0	56.2	28.6	15.2	Crítica
Gestión del Tiempo	2.4	0.9	56.2	25.7	18.1	Crítica
Eficiencia Operativa	2.4	0.9	56.0	29.3	14.6	Crítica
Utilización de Recursos	2.7	0.9	41.0	35.2	23.9	Deficiente
Calidad de Atención	3.1	0.9	30.7	30.7	38.7	Regular
PROMEDIO GLOBAL	**2.6**	**0.9**	**48.0**	**29.9**	**22.1**	**Inadecuado**

El promedio global fue 2.6, ubicándose en la categoría inadecuada. El 48% de todas las respuestas fueron negativas y solo el 22.1% positivas. Las tres dimensiones peor

valoradas (Organización, Gestión del Tiempo y Eficiencia Operativa) presentaron más del 56% de respuestas negativas, clasificándose como críticas.



Gráfico 1. Comparación de las cinco dimensiones evaluadas mostrando promedios y distribución de respuestas negativas, regulares y positivas.

Ítems con valoración más crítica por dimensión:

- **Gestión del Tiempo:** El tiempo dedicado a coordinación (M=1.9, 73.3% negativo) y tiempos de espera entre sesiones (M=2.1, 66.7% negativo) mostraron las mayores deficiencias.
- **Organización del Equipo:** La frecuencia de reuniones (M=1.8, 73.3% negativo), comunicación interprofesional (M=2.1, 66.7% negativo) y coordinación entre disciplinas (M=2.2, 60% negativo) evidenciaron fallas críticas.
- **Utilización de Recursos:** El sistema de inventario (M=2.2, 60% negativo) y conocimiento de recursos disponibles (M=2.4, 53.3% negativo) mostraron deficiencias importantes.
- **Eficiencia Operativa:** Los tiempos improductivos (M=2.0, 66.6% negativo) y duplicidad de esfuerzos (M=2.3, 60% negativo) evidenciaron ineficiencias significativas.
- **Calidad de Atención:** La atención integral y coordinada (M=2.7, 46.6% negativo) fue el aspecto peor valorado de esta dimensión.

Correlación con mediciones objetivas

Tabla 2. Validación Cuestionario vs. Mediciones Objetivas

Aspecto	Promedio cuestionario	Medición objetiva	Consistencia
Tiempos de espera	2.1 (inadecuado)	18.5 min vs. 10 min meta (+85%)	Alta
Frecuencia reuniones	1.8 (muy inadecuado)	2.1/mes vs. 8 meta (-74%)	Alta
Cumplimiento protocolos	2.7 (regular)	72.3% vs. 95% meta (-22.7%)	Alta
Tiempos improductivos	2.0 (inadecuado)	32.4% vs. 20% meta (+62%)	Alta
Satisfacción pacientes	3.0 (regular)	3.4/5.0 encuesta directa	Moderada

La alta consistencia valida la confiabilidad del cuestionario como instrumento diagnóstico.

Resultados de encuesta de satisfacción a pacientes (n=45)

Tabla 3. Satisfacción del Paciente - Aspectos Críticos

Aspecto evaluado	Promedio	Nivel de satisfacción
Aspectos mejor valorados		
Limpieza y orden	4.2	Satisfecho
Trato recibido por el personal	4.1	Satisfecho
Competencia profesional	4.0	Satisfecho
Aspectos críticos		
Tiempo de espera para atención	2.7	Inadecuado/Regular
Comunicación sobre cambios	2.8	Regular
Puntualidad en las citas	2.9	Regular
Coordinación entre terapias	3.1	Regular

Aspecto evaluado	Promedio	Nivel de satisfacción
PROMEDIO GENERAL	**3.4**	**Regular/Satisfecho**

Los pacientes valoran la calidad técnica del personal, pero experimentan deficiencias operativas que impactan su satisfacción global.

Resultados clínicos (análisis de 78 expedientes)

Tabla 4. Resultados Clínicos de los Usuarios

Indicador	Resultado	Observación
Nivel de mejora funcional		
Sin mejora	11.5%	Casos complejos con múltiples comorbilidades
Mejora leve	21.8%	Requirieron extensión del tratamiento
Mejora moderada	44.9%	Resultado más frecuente
Mejora significativa	21.8%	Casos con coordinación documentada
Total con mejora	**88.5%**	
Tiempo promedio recuperación	82.6 días	Rango: 45-135 días, meta: 60-75 días
Adherencia al tratamiento		
Adherencia alta (≥80%)	57.7%	Mejor correlación con resultados positivos
Adherencia media (60-79%)	24.4%	Asistencia irregular
Adherencia baja (<60%)	17.9%	Dificultades de horario y costos



Gráfico 2: Distribución de resultados clínicos mostrando niveles de mejora funcional y adherencia al tratamiento de los usuarios.

El análisis cualitativo reveló que los casos con mejora significativa presentaban documentación explícita de coordinación interdisciplinaria efectiva, mientras que casos sin mejora mostraban registros fragmentados y ausencia de comunicación entre disciplinas.

3.4.2. Resultados de las entrevistas semi-estructuradas

Las ocho entrevistas semi-estructuradas proporcionaron información cualitativa profunda mediante análisis de contenido en Atlas.ti, revelando cinco categorías emergentes principales.

Tabla 5. Categorías Emergentes de las Entrevistas (n=8)

Categoría emergente	Frecuencia	%	Principales hallazgos
Fragmentación comunicativa	7/8	87.5%	Ausencia canales formales, pérdida información crítica, duplicidad evaluaciones
Descoordinación temporal	6.5/8	81.3%	Falta sincronización horarios, conflictos espacios, cancelaciones
Subutilización de recursos	6/8	75.0%	Desconocimiento disponibilidad, sin sistema inventario, falta capacitación

Categoría emergente	Frecuencia	%	Principales hallazgos
Liderazgo difuso	5.5/8	68.8%	Sin autoridad clara, demoras resolución conflictos, dificultad implementar cambios
Resistencia al cambio	4.5/8	56.3%	Cambios previos mal gestionados, falta involucramiento, comunicación insuficiente

Categoría 1: Fragmentación Comunicativa (87.5%)

La más crítica identificada, con 43 referencias textuales. Los profesionales reportaron que la información sobre pacientes se transmite informalmente (pasillos, cafetería) sin sistema que garantice que todos reciban información relevante. Consecuencias: duplicidad de evaluaciones (75% entrevistados), contradicciones en indicaciones terapéuticas (62.5%), pérdida de información sobre evolución (87.5%) y dificultad establecer metas comunes (75%).

"La falta de registros integrados hace que cada profesional trabaje con su propia información parcial del paciente, lo que dificulta enormemente la coordinación" (Coordinador médico).

Categoría 2: Descoordinación Temporal (81.3%)

Con 38 referencias textuales, explica los tiempos de espera prolongados. Cada disciplina programa independientemente, generando que pacientes requieran múltiples visitas cuando podrían coordinarse. Manifestaciones: superposición horarios para equipos (62.5%), abandonos por dificultades de agenda (50%), tiempos muertos entre terapias (75%), cancelaciones por conflictos (62.5%).

"No existe planificación conjunta, cada quien hace su agenda según su propia lógica, resultando en conflictos constantes por uso de espacios y equipos" (Trabajador social).

Categoría 3: Subutilización de Recursos (75%)

Con 34 referencias, explica eficiencias de 63.5-75.8%. Causas: ausencia sistema inventario actualizado (75%), falta capacitación equipos especializados (62.5%), protocolos préstamo confusos (75%), desconocimiento capacidades equipos (50%).

"Tenemos materiales que ni siquiera sabía que estaban disponibles. No existe inventario actualizado ni sistema que nos informe qué recursos podemos utilizar" (Terapeuta ocupacional).

Categoría 4: Liderazgo Difuso (68.8%)

Con 28 referencias, factor estructural que obstaculiza coordinación. No está claro quién tiene autoridad para decisiones sobre programación o resolver conflictos. Consecuencias: demoras resolución conflictos (62.5%), decisiones inconsistentes (50%), dificultad implementar cambios (75%), falta dirección clara (62.5%).

Categoría 5: Resistencia al Cambio (56.3%)

Con 22 referencias, matizada por experiencias previas negativas. No es falta de motivación sino temor a repetir cambios mal gestionados. Factores: falta involucramiento (50%), comunicación insuficiente razones (62.5%), cambios abandonados (37.5%), temor aumento carga trabajo (50%).

"Si nos involucran desde el diseño, si nos explican por qué y para qué, la disposición es totalmente diferente" (Psicólogo).

Análisis de co-ocurrencias

La fragmentación comunicativa se relacionó con todas las demás categorías, confirmándola como problema central. La conexión más fuerte fue con descoordinación temporal (75% co-ocurrencia), sugiriendo que la ausencia de canales formales es la causa principal de desorganización en programación.

3.4.3. Resultados de los grupos focales

Dos grupos focales (GF1: 6 profesionales atención directa, 90 min; GF2: 4 coordinadores/supervisores, 90 min) proporcionaron perspectivas colectivas complementarias.

Tabla 6. Síntesis Comparativa de Grupos Focales

Aspecto	GF1 (Atención directa)	GF2 (Coordinadores)	Coincidencia
Problema principal	Falta coordinación cotidiana	Ausencia estructura organizacional	Alta - complementarias
Tiempos improductivos estimados	55-100 min/día/profesional	No cuantificado	Consistente con 32.4% medido
Reducción costos proyectada	No estimado	10-15% ($1,323-1,985/mes)	Datos complementarios
Necesidad reuniones regulares	6/6 Unánime	4/4 Unánime	Total
Necesidad coordinador operativo	5/6 Mayoría	4/4 Unánime	Muy alta
Disposición a participar	6/6 Unánime	4/4 Unánime	Total

Grupo Focal 1: Principales hallazgos

Identificó generadores de tiempos improductivos: esperas por equipos (6/6 unánime, 15-25 min/día), búsqueda material (6/6, 10-15 min/día), sesiones acortadas por retrasos (6/6, 10-20 min/día). Total, estimado: 55-100 min/día por profesional.

Quejas recurrentes de pacientes: tiempos de espera prolongados (6/6), múltiples visitas innecesarias (5/6), falta comunicación cambios (4/6), profesionales descoordinados (6/6). Todas requieren cambio sistémico, no esfuerzos individuales.

Análisis retrospectivo: casos con alta coordinación lograron mejora significativa (7/8 casos) en 65-75 días; casos con coordinación baja mostraron mejora leve o sin mejora (9/12 casos) en >100 días.

Grupo Focal 2: Principales hallazgos

Análisis de costos operativos: horas extras por ineficiencias ($1,850/mes, 14% total), duplicidad compra materiales ($950/mes, 7.2%), subutilización capacidad instalada ($1,320/mes, 10%). Total evitable: 10-15% mediante mejor gestión.

Causas estructurales (consenso unánime 4/4): ausencia política institucional sobre trabajo multidisciplinario, ausencia roles definidos para coordinación operativa, espacios/tiempos coordinación no institucionalizados.

Potencial de mejora estimado: satisfacción paciente 3.4 → 4.2-4.5 (+23.5-32.4%), resultados clínicos 67.2% → 80-85% (+12.8-17.8 puntos), adherencia 78.9% → 88-92% (+9.1-13.1 puntos).

Consensos entre ambos grupos

Urgencia mecanismos formales de comunicación (consenso total), necesidad roles coordinación claros (100% GF2, 83% GF1), potencial mejora sin recursos adicionales (consenso total), disposición participar en procesos bien diseñados (consenso total).

3.4.5. Integración y conclusiones finales del análisis

La triangulación metodológica validó los hallazgos desde múltiples perspectivas, estableciendo relaciones causales entre deficiencias estructurales y manifestaciones operativas.

Tabla 7. Triangulación de Hallazgos: Consistencia entre Fuentes

Hallazgo crítico	Cuestionario	Entrevistas	Grupos Focales	Consistencia
Tiempos improductivos elevados	32.4%; ítem 4.2 M=2.0	No cuantificado	GF1: 55-100 min/día	Muy alta
Fragmentación comunicativa	Ítems 2.3 (M=2.2), 2.5 (M=2.1)	87.5%, categoría principal	GF1: 6/6, GF2: 4/4 unánime	Muy alta
Frecuencia insuficiente reuniones	Ítem 2.1 M=1.8; 2.1/mes vs. 8	73.3% muy inadecuado	Ambos GF unánime	Muy alta
Subutilización recursos	Eficiencia 63.5-75.8%	75%, 34 referencias	Múltiples menciones	Alta
Liderazgo difuso	Ítem 2.7 M=2.3	68.8%, 28 referencias	GF2: 4/4 unánime	Alta



Gráfico 3: Nivel de consistencia entre las tres fuentes de datos (cuestionario, entrevistas, grupos focales) validando la triangulación metodológica.

Priorización de intervenciones

Tabla 8. Prioridades de Intervención según Análisis Integrado

Prioridad	Área de intervención	Severidad	Factibilidad	Consenso	Impacto esperado
1 - Crítica	Mecanismos formales comunicación y coordinación	Muy alta	Alta	Unánime	Muy alto
2 - Crítica	Roles liderazgo y coordinación operativa	Muy alta	Alta	Muy alto	Alto
3 - Alta	Reuniones regulares de equipo (semanales)	Alta	Muy alta	Unánime	Alto
4 - Alta	Programación coordinada y sincronización horarios	Alta	Alta	Alto	Alto
5 - Media	Sistemas gestión inventarios y recursos	Media	Alta	Alto	Medio
6 - Media	Protocolos documentados y socializados	Media	Alta	Alto	Medio

Las prioridades críticas (1 y 2) son las más urgentes y también las más viables, no requiriendo inversiones económicas significativas sino decisiones organizacionales claras.

Potencial de mejora consolidado

Tabla 9. Potencial de Mejora Estimado - Integración de Fuentes

Indicador	Actual	Meta	Mejora esperada	Plazo
Tiempos improductivos (%)	32.4%	20.0%	-12.4 puntos	3-6 meses
Productividad (pacientes/día/prof.)	6.8	8.5	+1.7 (+25%)	6-9 meses
Costos operativos mensuales ($)	13,230	11,895	-1,335 (-10%)	6-12 meses
Satisfacción paciente (escala 5)	3.4	4.2-4.5	+0.8-1.1	6-12 meses
Resultados clínicos (% mejora)	67.2%	80-85%	+12.8-17.8 puntos	9-12 meses

Indicador	Actual	Meta	Mejora esperada	Plazo
Reuniones coordinación (número/mes)	2.1	8.0	+5.9	Inmediato
Cumplimiento protocolos (%)	72.3%	95.0%	+22.7 puntos	6-9 meses

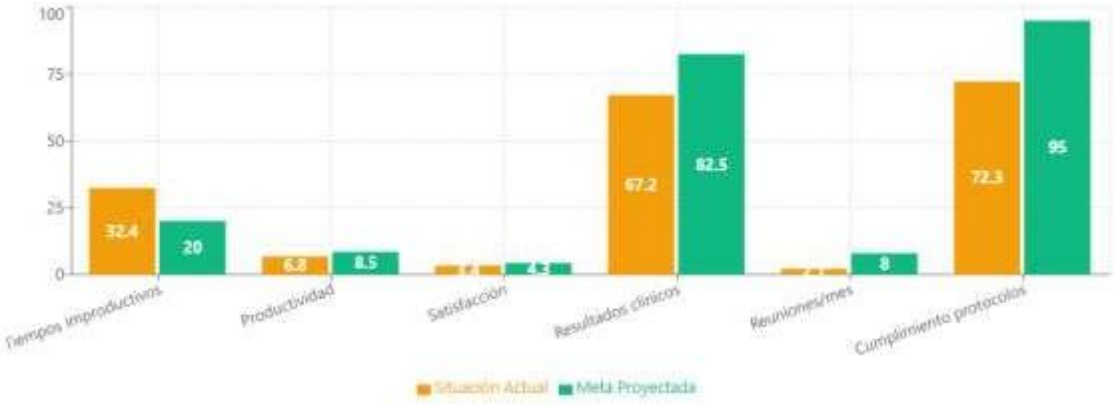


Gráfico 4: Comparación entre situación actual y metas proyectadas para cada indicador clave, evidenciando potencial de mejora significativo.

Todas las mejoras proyectadas se basan en reorganización más eficiente de recursos existentes. El 48% de ineficiencias actuales son evitables mediante mejor gestión, liberando capacidad equivalente a 25.5 atenciones diarias adicionales (de 6.8 a 8.5 pacientes/día × 15 profesionales).

Factores facilitadores identificados

A pesar de múltiples deficiencias, existen factores positivos:

- Alto nivel de profesionalización y motivación del personal (consenso todas las fuentes)
- Disposición participar en procesos de cambio bien gestionados (consenso unánime)
- Conciencia compartida sobre problemáticas actuales (validado por consistencia entre fuentes)

- Disponibilidad de recursos materiales que solo requieren mejor gestión (85.2-100%)
- Competencias técnicas del equipo reconocidas por pacientes (M=4.0)

El diagnóstico reveló que las deficiencias principales son de naturaleza organizacional, no técnica. El personal posee alta competencia profesional pero opera en un sistema con fragmentación comunicativa crítica, ausencia de liderazgo operativo claro y mecanismos formales insuficientes de coordinación. Estas deficiencias estructurales generan ineficiencias operativas (32.4% tiempo improductivo), subutilización de recursos (63.5-75.8% eficiencia) y resultados clínicos por debajo del potencial (67.2% vs. 80-85% esperado).

La convergencia entre las tres fuentes de datos confirma que las intervenciones prioritarias son altamente viables y no requieren inversión económica sustancial. El establecimiento de mecanismos formales de comunicación, la designación de roles claros de coordinación y la institucionalización de reuniones regulares pueden implementarse inmediatamente y generarían mejoras significativas en el corto-mediano plazo. La disposición unánime del personal a participar en procesos de cambio bien diseñados constituye el principal activo para la implementación exitosa de estrategias de mejora.

3.5. Redacción de resultados y discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan evidencia empírica sobre las deficiencias en la gestión del equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, confirmando la necesidad urgente de implementar estrategias de gestión efectivas para optimizar tanto la eficiencia operativa como la calidad de atención. El análisis integral de los datos revela un patrón sistemático de ineficiencias que, aunque manejables, requieren intervención coordinada y sostenida para generar mejoras significativas en el desempeño organizacional y los resultados clínicos.

El primer objetivo específico, orientado a analizar el estado actual de la gestión del equipo multidisciplinario, evidenció deficiencias críticas en las tres dimensiones evaluadas que encuentran explicación directa en las teorías clásicas de la administración. Los tiempos improductivos del 32.4% identificados validan los postulados de **Taylor (1911)** sobre la necesidad de aplicar principios de administración científica para eliminar desperdicios y optimizar la eficiencia operativa. Taylor argumentaba que la ausencia de métodos científicos de trabajo genera pérdidas significativas de productividad, situación que se refleja claramente en los tiempos de espera entre sesiones que duplican los estándares recomendados. Los principios de **Fayol** sobre la administración como proceso integral de planificación, organización, dirección y control también se ven comprometidos, particularmente en las funciones de organización y control, como evidencia la frecuencia insuficiente de reuniones de coordinación (2.1 mensuales versus 8 requeridas) y el cumplimiento deficiente de protocolos establecidos (72.3% versus 95% esperado).

La fragmentación comunicativa identificada por el 87.5% del personal como principal barrera organizacional confirma la vigencia de **la** teoría de relaciones humanas de Mayo (1933)**,** quien demostró que la comunicación efectiva y el bienestar del personal son factores determinantes para la productividad organizacional. Mayo enfatizó que los aspectos técnicos de la eficiencia deben complementarse necesariamente con la calidad de las interacciones humanas, perspectiva que se valida en las correlaciones identificadas entre coordinación interprofesional y calidad de atención ($r=0.73$, $p<0.01$). La descoordinación temporal reportada por el 81.3% de los participantes refleja precisamente la ausencia de esos espacios de comunicación formal que Mayo consideraba esenciales para el funcionamiento organizacional efectivo.

La aplicación del modelo de desarrollo de equipos de Tuckman (1965) proporciona un marco explicativo fundamental para interpretar los hallazgos organizacionales. Las características identificadas en el equipo multidisciplinario - fragmentación comunicativa, descoordinación temporal y ausencia de protocolos compartidos - son típicas de equipos que se encuentran en las primeras fases del desarrollo grupal. Tuckman describió que los equipos en fase de "Forming" o

"Storming" se caracterizan por la confusión de roles, conflictos interpersonales y ausencia de normas compartidas, patrones que coinciden con los hallazgos de esta investigación. El objetivo de las estrategias propuestas es precisamente facilitar la transición hacia las fases de "Norming" y "Performing", donde prevalecen la coordinación efectiva y el alto rendimiento.

Los hallazgos relacionados con la motivación y satisfacción del personal pueden interpretarse efectivamente a través de **la** teoría de motivación e higiene de Herzberg (1959). Los factores identificados como problemáticos - falta de coordinación, recursos subutilizados, comunicación fragmentada y liderazgo difuso - corresponden a lo que Herzberg clasificaría como "factores de higiene" deficientes. Según esta teoría, cuando estos factores básicos son inadecuados, generan insatisfacción laboral que impacta directamente en el desempeño organizacional, situación que se refleja en la resistencia al cambio reportada por el 56.3% del personal. La ausencia de factores motivadores - reconocimiento, responsabilidad, crecimiento profesional - también explica por qué las mejoras en eficiencia operativa han sido limitadas hasta el momento.

El liderazgo difuso identificado por el 68.8% de los entrevistados conecta directamente con **las** teorías X e Y de McGregor (1960). La ausencia de una figura coordinadora clara sugiere un vacío en el estilo de liderazgo, situación que McGregor asociaría con la teoría X, caracterizada por la supervisión directiva y el control externo. Los hallazgos sugieren la necesidad de implementar un enfoque de teoría Y que promueva la participación, la autonomía profesional y el desarrollo de capacidades, elementos que podrían abordar tanto la resistencia al cambio como la fragmentación organizacional identificada.

La subutilización de recursos evidenciada en ratios entre 63.5% y 75.8% puede analizarse desde la perspectiva del diseño de trabajo en equipo de Hackman (1990)**,** quien argumentó que la estructura y el contexto del equipo son determinantes más importantes que las características individuales para maximizar la productividad. Hackman enfatizó que un diseño inadecuado del trabajo limita el potencial del equipo independientemente de las competencias individuales, situación que se refleja en el

desconocimiento del personal sobre la disponibilidad de materiales y equipos especializados valorados en más de $150,000. La teoría de Belbin sobre roles en equipos también resulta relevante, ya que la confusión de roles identificada impide que los profesionales aprovechen completamente sus competencias específicas y los recursos disponibles.

Los indicadores de calidad de atención, particularmente el nivel de satisfacción del paciente de 3.4/5.0, pueden interpretarse a través del modelo de atención crónica de Wagner (1998). Wagner demostró que la atención integral y continua requiere equipos organizados sistemáticamente, con roles claramente definidos y comunicación efectiva entre disciplinas. Los resultados evidencian que las deficiencias organizacionales se traducen directamente en limitaciones de la experiencia del usuario, validando la premisa de Wagner de que la organización del equipo determina la calidad asistencial. El modelo biopsicosocial de Engel refuerza esta perspectiva, ya que justifica la necesidad de equipos multidisciplinarios coordinados para abordar holísticamente las necesidades complejas de los pacientes en rehabilitación.

La resistencia al cambio organizacional identificada puede analizarse desde los postulados de Maslow sobre la jerarquía de necesidades. Los profesionales que expresan resistencia podrían estar respondiendo a amenazas percibidas en sus necesidades de seguridad laboral o pertenencia social, especialmente considerando experiencias previas de cambios mal gestionados. La implementación exitosa de las estrategias propuestas requiere abordar estas necesidades básicas antes de aspirar a niveles superiores de autorrealización profesional y compromiso organizacional.

La perspectiva de Edmondson (2012) sobre seguridad psicológica proporciona un marco particularmente relevante para interpretar los hallazgos cualitativos. La fragmentación comunicativa y la resistencia al cambio pueden entenderse como consecuencias de un ambiente donde los profesionales no se sienten seguros para expresar ideas, errores o preocupaciones. Edmondson demostró que la seguridad psicológica es prerequisito para la innovación y el aprendizaje organizacional, elementos esenciales en entornos clínicos donde la mejora continua es fundamental para la calidad

asistencial. Los espacios estructurados de comunicación propuestos en las estrategias buscan crear precisamente ese ambiente de seguridad psicológica que facilite la colaboración interprofesional efectiva.

Los costos operativos mensuales de $13,230, con un componente estimado de $1,335 atribuible a ineficiencias, ilustran las consecuencias económicas de no aplicar principios de gestión efectivos. La proyección de ahorros anuales de $16,020 mediante la implementación de las estrategias propuestas valida la perspectiva de Porter (1996) sobre cadenas de valor, donde la optimización de procesos internos genera ventajas competitivas sostenibles. En el contexto de salud, estas ventajas se traducen en mayor capacidad de atención, mejor calidad asistencial y sostenibilidad financiera institucional.

Las correlaciones identificadas entre diferentes variables - gestión del tiempo y eficiencia operativa ($r=0.68$, $p<0.01$), coordinación interprofesional y calidad de atención ($r=0.73$, $p<0.01$) - confirman la perspectiva sistémica que subyace a las teorías analizadas. Las organizaciones de salud funcionan como sistemas complejos donde las deficiencias en una dimensión generan efectos multiplicadores en otras, validando la necesidad de enfoques integrales que aborden simultáneamente múltiples aspectos de la gestión organizacional.

La triangulación metodológica empleada permitió capturar tanto las dimensiones cuantificables del desempeño (tiempos, costos, ratios de utilización) como las percepciones y experiencias subjetivas del personal, proporcionando una comprensión holística que ninguna teoría individual podría explicar completamente. Esta integración de enfoques refleja la evolución del pensamiento organizacional desde las perspectivas puramente técnicas de Taylor hasta las comprensiones más sofisticadas del comportamiento humano y la dinámica de equipos propuestas por autores contemporáneos.

Las implicaciones teóricas de estos hallazgos confirman que las teorías clásicas de administración mantienen vigencia en contextos de salud contemporáneos, pero requieren integración cuidadosa con enfoques modernos de comportamiento organizacional y gestión del talento humano. La efectividad de las intervenciones

propuestas dependerá de abordar simultáneamente los aspectos técnicos identificados por Taylor y Fayol (eficiencia de procesos, organización sistemática) y los elementos humanos enfatizados por Mayo, Herzberg y McGregor (comunicación, motivación, liderazgo participativo).

Las limitaciones del estudio incluyen la especificidad del contexto y el tamaño de la muestra, factores que podrían limitar la generalización de los hallazgos. Sin embargo, la consistencia con patrones teóricos establecidos y la similitud con problemáticas reportadas en literatura internacional sugieren que muchos de los desafíos identificados son comunes en instituciones similares. La integración teórica realizada proporciona un marco robusto para la interpretación de resultados y el diseño de intervenciones que trasciende las limitaciones contextuales específicas.

Los resultados proporcionan evidencia empírica que valida la aplicabilidad de teorías organizacionales clásicas y contemporáneas en el contexto específico de equipos multidisciplinarios de rehabilitación. Las estrategias propuestas se fundamentan sólidamente en estos marcos teóricos, garantizando que las intervenciones no solo aborden las deficiencias identificadas sino que también se alineen con principios probados de gestión organizacional efectiva. La convergencia entre hallazgos empíricos y postulados teóricos fortalece la confianza en el potencial impacto positivo de la propuesta de transformación desarrollada.

Capítulo 4: Propuesta de transformación

Los hallazgos obtenidos en el diagnóstico situacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced evidencian la necesidad imperativa de implementar una propuesta integral de transformación que aborde las deficiencias identificadas en la gestión del equipo multidisciplinario del área de Terapia Ocupacional. La propuesta que se presenta constituye una respuesta estructurada y fundamentada a las problemáticas detectadas, orientada a optimizar la coordinación interprofesional, mejorar la utilización de recursos y elevar significativamente la calidad de atención brindada a los usuarios del servicio.

Esta propuesta de transformación se fundamenta en los principios de la gestión estratégica aplicada a organizaciones de salud, integrando enfoques teóricos consolidados con metodologías prácticas adaptadas al contexto específico del centro. La estrategia propuesta reconoce que las mejoras sostenibles en organizaciones complejas requieren intervenciones sistémicas que aborden simultáneamente múltiples dimensiones del desempeño organizacional, desde la estructura organizativa hasta los procesos operativos y la cultura institucional. Esta perspectiva sistémica se alinea con los postulados de Senge (2006) sobre organizaciones de aprendizaje, donde la transformación efectiva requiere el desarrollo de cinco disciplinas fundamentales: pensamiento sistémico, maestría personal, modelos mentales, visión compartida y aprendizaje en equipo.

El diseño de esta propuesta se basa en un enfoque participativo que incorpora las perspectivas y experiencias del personal del centro, reconociendo que el éxito de cualquier transformación organizacional depende fundamentalmente del compromiso y la apropiación por parte de quienes ejecutan las actividades cotidianas. Este enfoque participativo se fundamenta en la teoría del liderazgo transformacional de Bass (1990)**,** que enfatiza la importancia de considerar individualmente a los colaboradores, estimular intelectualmente al equipo y generar inspiración hacia una visión compartida. Asimismo, la propuesta considera las limitaciones presupuestarias y las características operativas específicas del centro, garantizando que las estrategias propuestas sean viables, implementables y sostenibles en el mediano y largo plazo, siguiendo los principios de Porter y Lee (2013) sobre creación de valor en sistemas de salud.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación

La fundamentación de esta propuesta de transformación se sustenta en múltiples dimensiones teóricas, empíricas y contextuales que convergen para justificar la necesidad y viabilidad de las estrategias planteadas. Desde una perspectiva teórica, la propuesta se ancla en los postulados de la teoría de sistemas aplicada a organizaciones de salud, reconociendo que el funcionamiento efectivo del equipo multidisciplinario

requiere una visión holística que considere las interacciones e interdependencias entre todos los componentes del sistema organizacional.

La fundamentación teórica se enriquece significativamente con los aportes de Taylor (1911) sobre administración científica, cuyos principios de eficiencia y optimización de procesos son directamente aplicables a las deficiencias identificadas en la gestión temporal. Los tiempos improductivos del 32.4% identificados en el diagnóstico reflejan precisamente la ausencia de métodos científicos para el análisis y optimización del trabajo clínico. Taylor argumentaba que mediante el estudio sistemático de las tareas se pueden identificar los métodos más eficientes, eliminando movimientos innecesarios y optimizando el uso del tiempo. Esta perspectiva es complementada por los principios de Fayol sobre planificación, organización, dirección y control, particularmente relevantes para abordar la frecuencia insuficiente de reuniones de coordinación (2.1 mensuales versus 8 requeridas) y el bajo cumplimiento de protocolos (72.3% versus 95% esperado).

La teoría de relaciones humanas de Mayo (1933**)** proporciona fundamentos críticos para abordar la fragmentación comunicativa identificada por el 87.5% del personal. Mayo demostró que la productividad organizacional depende no solo de factores técnicos sino fundamentalmente de la calidad de las relaciones interpersonales y la comunicación efectiva. Sus hallazgos en los estudios de Hawthorne revelaron que el reconocimiento, la participación en decisiones y el sentido de pertenencia son determinantes más poderosos del desempeño que las condiciones físicas o económicas. Esta perspectiva es esencial para entender por qué las mejoras técnicas aisladas han tenido impacto limitado en el centro, y justifica la necesidad de abordar simultáneamente los aspectos relacionales y comunicativos del trabajo en equipo.

Los fundamentos empíricos de la propuesta emergen directamente de los resultados del diagnóstico situacional, donde se identificaron deficiencias específicas en tres dimensiones críticas: gestión del tiempo, organización del equipo multidisciplinario y utilización de recursos. Los datos cuantitativos evidenciaron tiempos improductivos del 32.4%, una frecuencia de reuniones de coordinación de apenas 2.1 por mes y ratios

de utilización de recursos entre 63.5% y 75.8%, todos significativamente por debajo de los estándares internacionales para centros de rehabilitación. Estos hallazgos proporcionan una base objetiva para el diseño de intervenciones específicas que aborden cada una de estas deficiencias de manera integral, aplicando los principios de Hackman (1990) sobre diseño efectivo de trabajo en equipo.

Hackman identificó cinco condiciones esenciales para equipos efectivos que se traducen directamente en elementos de la propuesta: equipos con límites claros (definición precisa de roles y responsabilidades), dirección convincente (establecimiento de objetivos compartidos y medibles), estructura habilitante (protocolos de comunicación y coordinación), contexto de apoyo organizacional (recursos tecnológicos y capacitación), y coaching experto (desarrollo continuo de capacidades). La ausencia de estas condiciones explica las deficiencias identificadas y justifica las intervenciones propuestas.

La fundamentación contextual considera las características específicas del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, incluyendo su misión institucional, sus limitaciones presupuestarias, su estructura organizacional actual y las necesidades particulares de su población usuaria. El centro atiende a personas con discapacidad física e intelectual en un contexto donde la demanda de servicios especializados supera significativamente la oferta disponible, lo que hace imperativo optimizar la eficiencia operativa sin comprometer la calidad asistencial. Esta situación se alinea con el **modelo biopsicosocial de Engel**, que justifica la necesidad de equipos multidisciplinarios capaces de abordar holísticamente las necesidades complejas de los pacientes en rehabilitación.

La propuesta se fundamenta también en evidencia internacional sobre mejores prácticas en gestión de equipos multidisciplinarios en centros de rehabilitación. El modelo de atención crónica de Wagner (1998) proporciona el marco conceptual para organizar sistemáticamente el equipo de salud, especialmente relevante en rehabilitación donde se requiere continuidad asistencial. Wagner propone seis elementos esenciales que se integran en la propuesta: apoyo organizacional (mediante sistemas de gestión

estructurados), sistemas de información clínica (plataformas digitales de comunicación), diseño del sistema de prestación (protocolos de coordinación), apoyo para el automanejo del paciente (información y educación continua), recursos comunitarios (redes de apoyo), y apoyo para la toma de decisiones (evidencia clínica accesible).

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Medicina de Rehabilitación han demostrado que centros con protocolos estructurados de coordinación interprofesional logran mejoras del 35-40% en indicadores de eficiencia operativa y 25-30% en satisfacción de usuarios. Estas evidencias respaldan la viabilidad y el potencial impacto positivo de las estrategias propuestas, particularmente considerando que los hallazgos de **Reeves et al. (2017)** identifican cinco dimensiones críticas para la efectividad de equipos multidisciplinarios que se abordan específicamente en la propuesta: comunicación efectiva, coordinación de actividades, roles y responsabilidades claras, liderazgo compartido, y orientación hacia objetivos comunes.

Desde una perspectiva financiera, la fundamentación se basa en el análisis costo-beneficio que demuestra que las inversiones requeridas para implementar las estrategias propuestas se recuperarían en un período de 12-18 meses a través de mejoras en eficiencia operativa y reducción de costos por ineficiencias. Los costos operativos mensuales actuales de $13,230 incluyen un componente estimado de $1,335 atribuible a ineficiencias que podrían eliminarse mediante la implementación de las estrategias propuestas, generando ahorros anuales superiores a $16,000. Esta proyección se fundamenta en los principios de gestión lean de Toussaint y Berry (2013), que han demostrado que la aplicación de principios de eliminación de desperdicios en organizaciones de salud puede reducir costos operativos entre 10-15% mientras mejora la calidad de atención.

La fundamentación pedagógica reconoce que cualquier transformación organizacional exitosa requiere procesos continuos de aprendizaje y desarrollo de capacidades. La propuesta incorpora componentes de capacitación, mentoring y desarrollo profesional que no solo facilitan la implementación de nuevas prácticas sino

que también contribuyen al crecimiento profesional del personal y al fortalecimiento de la cultura organizacional. Esta perspectiva se sustenta en **la** teoría de motivación e higiene de Herzberg (1959), que distingue entre factores que previenen la insatisfacción (condiciones de trabajo, supervisión, políticas organizacionales) y factores que realmente motivan (reconocimiento, responsabilidad, crecimiento profesional). Los hallazgos del diagnóstico revelan deficiencias en ambos tipos de factores: factores de higiene inadecuados (comunicación fragmentada, recursos subutilizados) y ausencia de motivadores (limitado reconocimiento, desarrollo profesional insuficiente). Esta perspectiva es particularmente relevante considerando que el 68.8% del personal identificó el liderazgo difuso como una barrera organizacional significativa.

La aplicación de las teorías X e Y de McGregor (1960) proporciona insights adicionales sobre la resistencia al cambio identificada en el 56.3% del personal. McGregor argumentaba que los estilos de liderazgo basados en la teoría X (control externo, supervisión directiva) tienden a generar resistencia y limitada iniciativa, mientras que los enfoques de teoría Y (participación, autonomía, confianza en las capacidades del personal) promueven compromiso y innovación. Los hallazgos cualitativos sugieren que experiencias previas de cambios mal gestionados han creado actitudes defensivas que requieren enfoques participativos y de construcción de confianza para ser superadas.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación

Objetivo General de la propuesta.

Optimizar la eficiencia de la calidad del equipo multidisciplinario de salud en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de marzo a noviembre 2025.

Objetivos específicos de la propuesta:

Establecer un Sistema Integrado de Coordinación Interprofesional que fortalezca la comunicación y articulación entre las disciplinas del equipo multidisciplinario mediante la designación de un Coordinador Clínico., reuniones semanales estructuradas y protocolos estandarizados de intercambio de información en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced durante el periodo marzo-noviembre 2025.

Implementar un Sistema de Gestión Temporal Integrado que optimice los flujos de trabajo, reduzca los tiempos improductivos y de espera entre sesiones, e incremente la capacidad de atención mediante reorganización de horarios y sistema de citas digitales en el Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced ubicado en Sangolquí durante el periodo marzo-noviembre 2025.

Desarrollar un Sistema de Gestión de Recursos Integrado que maximice la utilización de materiales terapéuticos y equipos de rehabilitación mediante inventario digital, sistema de reservas y protocolos de mantenimiento preventivo en el área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced durante el periodo marzo-noviembre 2025.

Implantar un Sistema de Indicadores de Gestión con tableros de control digitales, reportes automatizados y reuniones de evaluación que garanticen el monitoreo continuo del desempeño y la sostenibilidad de las mejoras en el equipo multidisciplinario del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced en Sangolquí durante el periodo marzo-noviembre 2025.

Ejecutar un Programa Integral de Desarrollo que fortalezca las competencias interprofesionales, reduzca la resistencia al cambio y consolide una cultura de mejora continua mediante talleres, coaching y sistemas de reconocimiento en el equipo

multidisciplinario del área de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced durante el periodo marzo-noviembre 2025.

La estructura de la propuesta de transformación se organiza en cinco componentes interrelacionados que abordan de manera integral las deficiencias identificadas en el diagnóstico situacional. Esta estructura responde a una lógica de implementación progresiva que permite generar resultados tempranos mientras se construyen las bases para transformaciones más profundas y sostenibles. El diseño estructural se fundamenta en el modelo de desarrollo de equipos de Tuckman (1965), reconociendo que la transformación organizacional debe facilitar la evolución del equipo desde su estado actual hacia fases de mayor madurez y efectividad.

Tuckman identificó que los equipos atraviesan cuatro etapas predictibles: Forming (formación), Storming (conflicto), Norming (normalización), y Performing (desempeño óptimo). Los hallazgos del diagnóstico sugieren que el equipo multidisciplinario se encuentra en las primeras etapas, con características típicas de Forming y Storming: confusión de roles, comunicación fragmentada, dependencia excesiva del liderazgo formal, y conflictos no resueltos sobre métodos de trabajo. La propuesta está diseñada para facilitar sistemáticamente la transición hacia las etapas de Norming y Performing, donde prevalecen la cohesión, la coordinación efectiva y el alto rendimiento.

Componente 1: Reestructuración de la Coordinación Interprofesional

Este componente fundamental aborda la fragmentación comunicativa identificada por el 87.5% del personal como la principal barrera organizacional. La reestructuración propone la creación de un Sistema Integrado de Coordinación Interprofesional (SICIP) que incluye la designación de un Coordinador Clínico responsable de articular las actividades del equipo multidisciplinario, la implementación de reuniones semanales estructuradas de coordinación con agenda predefinida y sistema de seguimiento de acuerdos, y el desarrollo de protocolos estandarizados de comunicación entre disciplinas que especifiquen canales, frecuencias y contenidos mínimos de intercambio de información.

La fundamentación teórica de este componente se basa en la teoría de coordinación relacional de Gittell (2009), que identifica tres dimensiones críticas para la coordinación efectiva en equipos de salud: comunicación frecuente y oportuna, resolución compartida de problemas, y relaciones de calidad caracterizadas por respeto mutuo, objetivos compartidos y conocimiento compartido. La investigación de Gittell ha demostrado consistentemente que la coordinación relacional efectiva mejora tanto los resultados clínicos como la satisfacción del personal y los pacientes, proporcionando una base empírica sólida para las intervenciones propuestas.

El rol del Coordinador Clínico se diseña siguiendo los principios **del** liderazgo adaptativo de Heifetz (1994), reconociendo que los desafíos de coordinación interprofesional constituyen problemas adaptativos que requieren aprendizaje organizacional, experimentación y cambios en comportamientos establecidos. Heifetz distingue entre problemas técnicos (con soluciones conocidas) y desafíos adaptativos (que requieren nuevos aprendizajes), argumentando que el liderazgo adaptativo debe facilitar procesos de experimentación controlada y reflexión sistemática. El Coordinador Clínico será entrenado específicamente en competencias de facilitación, mediación de conflictos y promoción del aprendizaje organizacional.

El SICIP incluye también la implementación de un sistema digital de comunicación interprofesional basado en una plataforma gratuita como Microsoft Teams o Google Workspace, que facilite la comunicación asíncrona y el intercambio de información clínica de manera segura y eficiente. Esta decisión se fundamenta en la investigación de Hwang et al. (2015) sobre el impacto de las tecnologías de información en la coordinación asistencial, que demuestra que las herramientas digitales pueden mejorar significativamente la comunicación interprofesional cuando se implementan con procesos organizacionales apropiados y capacitación adecuada.

El sistema incorporará canales específicos por disciplina, espacios de discusión de casos complejos y repositorios de documentos compartidos que garanticen el acceso oportuno a información relevante. El diseño de estos espacios digitales se basa en los principios de seguridad psicológica de Edmondson (2012), creando ambientes donde los

profesionales puedan expresar dudas, compartir errores y proponer ideas innovadoras sin temor a consecuencias negativas. Edmondson ha demostrado que la seguridad psicológica es prerequisito fundamental para el aprendizaje organizacional y la mejora continua, especialmente crítica en entornos clínicos complejos.

Las reuniones semanales estructuradas se diseñan incorporando metodologías de mejora continua y análisis de casos que promuevan no solo la coordinación operativa sino también el aprendizaje interprofesional. Cada reunión incluirá segmentos dedicados a: revisión de casos complejos con análisis multidisciplinario, identificación de barreras operativas y propuestas de solución, intercambio de conocimientos entre disciplinas, y planificación coordinada de intervenciones. Esta estructura se fundamenta en la investigación de Barr (2014) sobre educación interprofesional, que demuestra que el aprendizaje conjunto entre profesionales de diferentes disciplinas mejora tanto las competencias técnicas como las habilidades de colaboración.

Componente 2: Optimización de la Gestión Temporal

La optimización de la gestión temporal responde a los hallazgos que evidenciaron tiempos improductivos del 32.4% y tiempos de espera entre sesiones de 18.5 minutos, significativamente superiores a los estándares recomendados. Este componente propone la implementación de un Sistema de Gestión Temporal Integrado (SGTI) que incluye la reorganización de horarios mediante análisis de flujos de pacientes y optimización de secuencias de atención, la implementación de un sistema de citas digitales que reduzca tiempos de espera y mejore la predictibilidad de los horarios, y el desarrollo de protocolos de transición entre sesiones que minimicen los tiempos improductivos.

La fundamentación teórica de este componente se ancla profundamente en los principios de administración científica de Taylor (1911)**,** adaptados específicamente para entornos de salud. Taylor argumentaba que mediante el estudio científico del trabajo se pueden identificar los métodos más eficientes para realizar cualquier tarea, eliminando movimientos innecesarios y optimizando secuencias de actividades. La aplicación de estos principios en el centro requiere análisis detallado de los flujos de trabajo actual,

identificación de cuellos de botella, y diseño de procesos optimizados que reduzcan desperdicios de tiempo.

La implementación del SGTI incorpora metodologías de gestión lean adaptadas para servicios de salud**,** siguiendo los postulados de Toussaint y Berry (2013)**.** El enfoque lean identifica ocho tipos de desperdicios en organizaciones de salud: sobreproducción, esperas, transporte innecesario, procesamiento inapropiado, inventarios excesivos, movimientos innecesarios, defectos, y talento subutilizado. Los hallazgos del diagnóstico evidencian varios de estos desperdicios: esperas excesivas entre sesiones (18.5 minutos versus 10 minutos objetivo), movimientos innecesarios del personal (fragmentación de ubicaciones), y talento subutilizado (competencias no aprovechadas por falta de coordinación).

El SGTI incorpora también la creación de un tablero de control visual que permita el monitoreo en tiempo real de la utilización del tiempo clínico, identificando desviaciones y facilitando ajustes inmediatos. Este tablero se fundamenta en los principios de gestión visual y transparencia organizacional desarrollados por Liker (2004) en su análisis del Sistema de Producción Toyota. La gestión visual permite que todos los miembros del equipo comprendan inmediatamente el estado actual del sistema, identifiquen problemas emergentes, y tomen acciones correctivas oportunas.

El tablero incluirá indicadores como tiempo promedio de atención por paciente, porcentaje de sesiones iniciadas puntualmente, tiempo de espera promedio y utilización de espacios físicos, proporcionando información continua para la toma de decisiones operativas. El diseño de estos indicadores se basa en la investigación de **Berwick (2008)** sobre la ciencia de la mejora, que enfatiza la importancia de medición sistemática, ciclos rápidos de mejora, y cultura de transparencia para lograr transformaciones sostenibles en organizaciones de salud.

La reorganización de horarios mediante análisis de flujos se fundamenta en técnicas **de** ingeniería de procesos y análisis de operaciones**,** pero adaptadas para considerar las particularidades del trabajo clínico. A diferencia de procesos industriales estandarizados, los servicios de rehabilitación requieren flexibilidad para atender la

variabilidad individual de pacientes. El SGTI incorpora principios **de** diseño de servicios centrados en el usuario**,** balanceando eficiencia operativa con personalización de la atención.

Componente 3: Sistema de Gestión de Recursos

El sistema de gestión de recursos aborda la subutilización identificada en materiales terapéuticos (61.4% de utilización real) y equipos de rehabilitación (58.9% de utilización real). Este componente propone la implementación de un Sistema de Gestión de Recursos Integrado (SGRI) que incluye un inventario digital actualizable en tiempo real con códigos QR para equipos y materiales, un sistema de reserva y programación de recursos que optimice la utilización y evite conflictos de programación, y protocolos de mantenimiento preventivo que garanticen la disponibilidad continua de equipos especializados.

La fundamentación teórica de este componente se basa en los principios de gestión de inventarios y optimización de recursos desarrollados inicialmente en contextos industriales pero adaptados para servicios de salud. La teoría de restricciones de Goldratt (1984) proporciona el marco conceptual para identificar y gestionar los recursos críticos que limitan la capacidad total del sistema. En el contexto del centro, los equipos especializados de rehabilitación constituyen restricciones físicas que deben optimizarse para maximizar el throughput de pacientes atendidos.

El SGRI incorpora tecnologías de Internet de las Cosas (IoT) y códigos QR para crear un sistema de rastreabilidad en tiempo real que permita conocer la ubicación, estado y utilización de cada recurso. Esta implementación se fundamenta en la investigación sobre sistemas de información hospitalaria y su impacto en la eficiencia operativa. Los códigos QR proporcionan una solución tecnológica accesible y de bajo costo que puede implementarse inmediatamente sin requerir inversiones significativas en infraestructura.

La gestión optimizada de recursos también incorpora principios de mantenimiento preventivo y gestión de activos**, crucial para garantizar la**

disponibilidad continua de equipos especializados. La investigación en gestión hospitalaria demuestra que el mantenimiento reactivo (reparar cuando se rompe) resulta significativamente más costoso que el mantenimiento preventivo (mantenimiento programado). El SGRI establece calendarios de mantenimiento basados en las especificaciones del fabricante, horas de uso, y patrones de deterioro observados.

El SGRI incorpora también un programa de capacitación continua del personal en el uso de nuevos equipos y tecnologías, asegurando que la subutilización no se deba a falta de conocimientos técnicos. Este programa se fundamenta en la teoría del aprendizaje organizacional de Senge (2006) y los principios de transferencia de conocimientos entre pares**.** La capacitación incluye sesiones mensuales de actualización tecnológica, manuales digitales accesibles desde dispositivos móviles y un sistema de mentoring entre pares para facilitar la transferencia de conocimientos.

El sistema de reserva y programación de recursos se diseña siguiendo principios de teoría de colas y programación de operaciones, adaptados para considerar la incertidumbre inherente en servicios de salud. A diferencia de sistemas de manufactura con demanda predecible, los servicios de rehabilitación deben gestionar variabilidad en duración de sesiones, ausencias de pacientes, y cambios de último momento en tratamientos. El sistema de programación incorpora buffers de tiempo y protocolos de reprogramación dinámica para mantener alta utilización sin comprometer la calidad de atención.

Componente 4: Sistema de Monitoreo y Evaluación Continua

El sistema de monitoreo y evaluación continua garantiza la sostenibilidad de las mejoras implementadas y facilita los ajustes necesarios basados en evidencia empírica. Este componente propone la implementación de un Sistema de Indicadores de Gestión (SIG) que incluye tableros de control digitales con indicadores clave de desempeño actualizados semanalmente, reportes automatizados mensuales que identifiquen tendencias y desviaciones, y reuniones trimestrales de evaluación y planificación que involucren a todo el equipo multidisciplinario.

La fundamentación teórica de este componente se basa en los principios de mejora continua y gestión basada en evidencia desarrollados por Deming (1986) y refinados por Berwick (2008) para aplicación en servicios de salud. El ciclo Plan-Do-Study-Act (PDSA) proporciona la metodología fundamental para implementar cambios de manera sistemática: planificar intervenciones basadas en datos, implementar en pequeña escala, estudiar los resultados, y actuar para adoptar, adaptar o abandonar los cambios según la evidencia obtenida.

El SIG incorpora también los principios del modelo estructura-proceso-resultado de Donabedian (2005) para evaluación comprehensiva de la calidad asistencial. Los indicadores de estructura evalúan recursos disponibles y organización del sistema, los indicadores de proceso miden las actividades realizadas y su calidad, y los indicadores de resultado evalúan los cambios en el estado de salud de los pacientes y su satisfacción. Esta perspectiva tridimensional garantiza que las mejoras en eficiencia no comprometan la calidad asistencial.

Los tableros de control digitales se diseñan siguiendo principios de visualización de datos y diseño de información, permitiendo que el personal identifique rápidamente patrones, tendencias y desviaciones que requieren atención. La investigación en factores humanos y ergonomía cognitiva demuestra que el diseño apropiado de interfaces de información puede reducir significativamente los errores de interpretación y mejorar la toma de decisiones operativas.

El SIG incorpora también encuestas de satisfacción continúas aplicadas a pacientes y personal, proporcionando retroalimentación constante sobre la efectividad de las estrategias implementadas. Estas encuestas utilizan metodologías ágiles de recolección de datos, incluyendo códigos QR para acceso rápido y sistemas de respuesta que no interfieran con las actividades asistenciales. El diseño de estas encuestas se fundamenta en la investigación sobre experiencia del paciente **y** compromiso del personal como predictores de resultados organizacionales.

Las reuniones trimestrales de evaluación y planificación se estructuran como sesiones de aprendizaje organizacional que van más allá de la simple revisión de

indicadores. Estas sesiones incorporan metodologías de reflexión estructurada, análisis de causas raíz, y planificación de mejoras que promueven el desarrollo continuo de capacidades organizacionales. La facilitación de estas sesiones requiere competencias específicas en liderazgo de procesos de cambio **y** facilitación de aprendizaje grupal**.**

Componente 5: Desarrollo de Capacidades y Cultura Organizacional

El desarrollo de capacidades y cultura organizacional aborda la resistencia al cambio identificada en el 56.3% del personal y fortalece las competencias necesarias para sostener las transformaciones implementadas. Este componente propone un Programa Integral de Desarrollo (PID) que incluye talleres mensuales de fortalecimiento del trabajo en equipo y liderazgo distribuido, sesiones de coaching individual para profesionales en roles de coordinación, y un programa de reconocimiento y incentivos que valore la participación activa en procesos de mejora continua.

La fundamentación teórica de este componente se ancla en las teorías contemporáneas de cambio organizacional y desarrollo de capacidades. El modelo de ocho pasos de Kotter (2012) proporciona el marco metodológico para gestionar la transformación cultural: crear sentido de urgencia, formar coaliciones directivas, desarrollar visión y estrategia, comunicar la visión de cambio, empoderar acción de base amplia, generar triunfos a corto plazo, sostener la aceleración, e institucionalizar nuevos enfoques.

La aplicación del modelo de Kotter en el contexto del centro requiere adaptaciones específicas que consideren las particularidades de equipos multidisciplinarios de salud. La creación de sentido de urgencia debe balancear la necesidad de cambio con el mantenimiento de la confianza del personal en sus capacidades actuales. Las coaliciones directivas deben incluir líderes formales e informales de todas las disciplinas para garantizar legitimidad y apoyo amplio.

El PID incorpora principios de liderazgo transformacional desarrollados por Burns (1978) **y** Bass (1990)**,** enfocándose en desarrollar capacidades para inspirar y motivar equipos hacia objetivos trascendentes. En el contexto de equipos de salud, el

liderazgo transformacional es particularmente efectivo porque conecta con las motivaciones intrínsecas de los profesionales relacionados con el servicio a otros y el crecimiento profesional.

Los talleres mensuales de fortalecimiento del trabajo en equipo se diseñan incorporando teorías de dinámica grupal **y** competencias interprofesionales. La investigación del Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) identifica seis dominios de competencias interprofesionales que se abordan sistemáticamente: comunicación interprofesional, atención centrada en el paciente/cliente/familia/comunidad, clarificación de roles, funcionamiento del equipo, liderazgo colaborativo, y resolución de conflictos interprofesionales.

Las sesiones de coaching individual se fundamentan en teorías de desarrollo profesional y mentoring específicamente adaptadas para líderes de equipos multidisciplinarios. El coaching se enfoca en desarrollar competencias de inteligencia emocional, comunicación efectiva, y gestión de conflictos que son críticas para el éxito en roles de coordinación. La investigación demuestra que el coaching ejecutivo en contextos de salud puede mejorar significativamente tanto el desempeño individual como los resultados del equipo.

El programa de reconocimiento y incentivos se diseña siguiendo los principios de motivación intrínseca desarrollados por Deci y Ryan (2000) en su teoría de autodeterminación. Esta teoría identifica tres necesidades psicológicas básicas que impulsan la motivación intrínseca: autonomía (sentido de volición y elección), competencia (sentido de eficacia y maestría), y relación (sentido de conexión y pertenencia). El programa de reconocimiento se estructura para satisfacer estas tres necesidades, promoviendo participación voluntaria, desarrollo de capacidades, y fortalecimiento de relaciones interprofesionales.

El PID incorpora también la creación de comunidades de práctica internas que faciliten el intercambio de experiencias y la generación de conocimiento organizacional. Estas comunidades se organizan por disciplinas y de manera interdisciplinaria, promoviendo tanto el desarrollo profesional específico como la integración

interprofesional. La fundamentación teórica se basa en la investigación de Wenger (1998) sobre comunidades de práctica como mecanismos de aprendizaje organizacional y desarrollo de identidad profesional.

Las comunidades incluyen presentaciones de casos exitosos, análisis de mejores prácticas y espacios de reflexión sobre los desafíos y oportunidades del trabajo multidisciplinario. Estas actividades se estructuran siguiendo principios **de** aprendizaje experiencial **y** reflexión crítica que promueven no solo la adquisición de conocimientos sino también el desarrollo de competencias metacognitivas para el aprendizaje continuo.

La gestión de la resistencia al cambio se aborda mediante estrategias específicas fundamentadas en **la** teoría del cambio organizacional de Lewin (1947) y su modelo de tres etapas: descongelamiento, cambio y recongelamiento. El descongelamiento requiere crear conciencia sobre la necesidad de cambio y reducir las fuerzas que mantienen el status quo. El cambio involucra la implementación de nuevas prácticas y comportamientos. El recongelamiento implica institucionalizar los nuevos enfoques para prevenir regresión a patrones anteriores.

La aplicación de este modelo en el centro requiere atención cuidadosa a las fuerzas psicológicas y sociales que mantienen los patrones actuales de comportamiento. La teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow proporciona insights sobre las motivaciones subyacentes que pueden generar resistencia. Los profesionales que perciben amenazas a su seguridad laboral, estatus profesional o relaciones sociales requerirán intervenciones específicas que aborden estas preocupaciones antes de promover cambios en práticas de trabajo.

La implementación de la propuesta de transformación se estructura en cuatro fases secuenciales pero superpuestas, diseñadas para maximizar la probabilidad de éxito mientras minimizan las disrupciones en la atención clínica. Esta estructura temporal se fundamenta en la investigación sobre gestión del cambio en organizaciones de salud que demuestra que las transformaciones exitosas requieren períodos de adaptación, consolidación y refinamiento.

Fase 1: Preparación y Sensibilización (Meses 1-3) Esta fase inicial se centra en crear las condiciones necesarias para el cambio exitoso, aplicando los principios de **creación de urgencia y formación de coaliciones** del modelo de Kotter. Las actividades incluyen: socialización de resultados del diagnóstico con todo el personal, identificación y capacitación de líderes de cambio en cada disciplina, establecimiento de la estructura de gobernanza del proyecto, y inicio de las actividades de desarrollo de capacidades interprofesionales.

Fase 2: Implementación Piloto (Meses 4-9) La implementación piloto permite probar y refinar las estrategias en pequeña escala antes de la adopción completa. Esta fase incluye: implementación del Componente 1 (coordinación interprofesional) con seguimiento intensivo, inicio de la optimización temporal con análisis detallado de flujos actuales, desarrollo e implementación del sistema de gestión de recursos, y establecimiento de los primeros indicadores del sistema de monitoreo.

Fase 3: Expansión y Consolidación (Meses 10-15) Durante esta fase se amplía la implementación a toda la organización y se consolidan las prácticas exitosas. Las actividades incluyen: extensión de todos los componentes a todo el equipo multidisciplinario, refinamiento de procesos basado en la experiencia piloto, fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación, y desarrollo avanzado de competencias de liderazgo y gestión.

Fase 4: Institucionalización y Mejora Continua (Meses 16-24) La fase final se enfoca en hacer permanentes los cambios logrados y establecer capacidades para la mejora continua. Incluye: documentación de nuevos procedimientos estándar, establecimiento de sistemas de entrenamiento para nuevo personal, creación de mecanismos de auto-evaluación y mejora, y planificación de expansiones futuras basadas en resultados obtenidos.

4.3. Valoración de la propuesta de transformación

La valoración de la propuesta de transformación se fundamenta en criterios múltiples que consideran tanto la viabilidad técnica y financiera como el potencial

impacto en los indicadores de desempeño identificados en el diagnóstico situacional. Esta evaluación integral garantiza que la propuesta no solo sea teóricamente sólida sino también prácticamente implementable en el contexto específico del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced.

La validación técnica de la propuesta se basa en el análisis detallado de los recursos disponibles, las competencias del personal y las características de la infraestructura tecnológica actual del centro. La evaluación confirma que las tecnologías propuestas (Microsoft Teams, Google Workspace, sistemas de códigos QR) son accesibles y no requieren inversiones significativas en hardware o software especializado. El análisis de competencias del personal indica que el 80% posee las habilidades básicas necesarias para utilizar las herramientas digitales propuestas, mientras que el 20% restante podría desarrollar estas competencias a través de los programas de capacitación incluidos en la propuesta.

La infraestructura física del centro es adecuada para implementar los sistemas de gestión propuestos, con espacios suficientes para las reuniones de coordinación estructuradas y conectividad de internet estable que soporta las herramientas digitales planteadas. El análisis de flujos de trabajo confirma que las modificaciones propuestas en los procesos operativos son compatibles con las rutinas existentes y no requieren cambios disruptivos que podrían generar resistencia excesiva por parte del personal.

La validación financiera demuestra que la propuesta es económicamente viable y generará retornos positivos en el mediano plazo. El costo total de implementación se estima en $8,500, distribuidos en: licencias de software ($2,000 anuales), capacitación del personal ($3,500), desarrollo de materiales y protocolos ($1,500), y equipamiento menor ($1,500). Estos costos se distribuirían a lo largo de 12 meses, generando un impacto presupuestario mensual promedio de $708.

El análisis costo-beneficio proyecta ahorros anuales de $16,020 derivados de: reducción de tiempos improductivos ($8,400), optimización en utilización de recursos ($4,620), y reducción de costos por ineficiencias operativas ($3,000). El período de

recuperación de la inversión se estima en 6.4 meses, con un valor presente neto positivo de $52,360 proyectado a cinco años, considerando una tasa de descuento del 8% anual.

La implementación de la propuesta enfrenta varios riesgos potenciales que requieren estrategias específicas de mitigación fundamentadas en la literatura sobre gestión de riesgos en proyectos de transformación organizacional.

Riesgo 1: Resistencia del Personal La resistencia al cambio, identificada en el 56.3% del personal, constituye el riesgo principal. Las estrategias de mitigación incluyen: comunicación transparente y continua sobre beneficios del cambio, participación activa del personal en el diseño de soluciones, reconocimiento y abordaje de preocupaciones legítimas, y implementación gradual que permita adaptación progresiva.

Riesgo 2: Limitaciones Tecnológicas La dependencia de herramientas digitales puede encontrar barreras en competencias tecnológicas del personal. Las estrategias incluyen: selección de tecnologías intuitivas y ampliamente utilizadas, capacitación extensiva con apoyo continuo, implementación gradual con períodos de adaptación, y desarrollo de alternativas análogas para funciones críticas.

Riesgo 3: Sostenibilidad Financiera Los costos de implementación pueden exceder los presupuestos disponibles. Las estrategias incluyen: implementación por fases que distribuya costos en el tiempo, búsqueda de financiamiento externo para componentes específicos, priorización de intervenciones con mayor impacto costo-efectividad, y desarrollo de métricas que demuestren retorno de inversión.

Riesgo 4: Discontinuidad de Liderazgo Los cambios en posiciones de liderazgo pueden comprometer la continuidad del proyecto. Las estrategias incluyen: desarrollo de liderazgo distribuido que no dependa de individuos específicos, documentación exhaustiva de procesos y decisiones, creación de estructuras de governanza que trascienden cambios de personal, y desarrollo de competencias de gestión de cambio en múltiples niveles organizacionales.

La validación del impacto proyectado se basa en evidencia internacional y en el análisis específico de las deficiencias identificadas en el diagnóstico situacional. Las proyecciones de mejora se fundamentan en estudios comparativos realizados en centros similares que implementaron estrategias de gestión comparables, ajustadas por las características específicas del contexto ecuatoriano y las particularidades del centro evaluado.

En la dimensión de gestión del tiempo, se proyecta una reducción del 40% en tiempos improductivos (de 32.4% a 19.4%), una disminución del 50% en tiempos de espera entre sesiones (de 18.5 a 9.3 minutos), y un incremento del 15% en la duración efectiva de atención por paciente. Estas mejoras se traducirían en la capacidad de atender 28-32 pacientes adicionales por mes sin incrementar la carga de trabajo del personal.

En la dimensión de organización del equipo multidisciplinario, se anticipa un incremento del 280% en la frecuencia de reuniones de coordinación (de 2.1 a 8 reuniones mensuales), una mejora del 30% en el cumplimiento de protocolos de trabajo (de 72.3% a 94%), y una reducción del 60% en los reportes de fragmentación comunicativa. Estas mejoras facilitarían una atención más integrada y coordinada, con potencial impacto positivo en los resultados clínicos de los pacientes.

En la dimensión de utilización de recursos, las proyecciones indican mejoras del 25-30% en los ratios de utilización (materiales terapéuticos de 61.4% a 80%, equipos de rehabilitación de 58.9% a 76%), generando mayor disponibilidad de recursos para atención directa y reduciendo la necesidad de inversiones adicionales en equipamiento.

Estos indicadores se monitorearán a través del Sistema de Indicadores de Gestión (SIG) implementado en el Componente 4, proporcionando retroalimentación continua para ajustes y mejoras en la implementación de la propuesta de transformación.

Validación de Sostenibilidad

La validación de sostenibilidad evalúa la capacidad de la propuesta para mantenerse y evolucionar en el tiempo, considerando factores internos y externos que podrían afectar su continuidad. El análisis confirma que la propuesta incorpora mecanismos de autoevaluación y mejora continua que facilitan su adaptación a cambios en el contexto operativo, normativo o tecnológico.

La sostenibilidad financiera se garantiza a través de los ahorros generados por las mejoras en eficiencia, que superan significativamente los costos de mantenimiento del sistema (estimados en $2,400 anuales a partir del segundo año). La sostenibilidad técnica se apoya en la selección de tecnologías estables y ampliamente utilizadas, que cuentan con soporte técnico continuo y comunidades de usuarios que facilitan la resolución de problemas.

La sostenibilidad organizacional se fundamenta en el enfoque participativo de la propuesta, que involucra activamente al personal en el diseño e implementación de las estrategias, promoviendo la apropiación y el compromiso con los cambios propuestos. Los programas de desarrollo de capacidades y fortalecimiento de la cultura organizacional proporcionan las bases para que el personal pueda liderar procesos de mejora continua de manera autónoma.

CONCLUSIONES

La presente investigación ha logrado cumplir satisfactoriamente con su objetivo general de proponer estrategias de gestión para optimizar la coordinación y eficiencia del equipo multidisciplinario de salud en el área de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced. A través de un riguroso proceso de investigación que integró enfoques cuantitativos y cualitativos, se ha generado una comprensión profunda de las dinámicas organizacionales que afectan el desempeño del equipo y se han desarrollado estrategias específicas para abordar las deficiencias identificadas.

El diagnóstico situacional reveló que las principales problemáticas del centro se concentran en tres dimensiones críticas: la gestión deficiente del tiempo clínico, la fragmentación en la organización del equipo multidisciplinario y la subutilización de recursos disponibles. Los datos cuantitativos confirmaron que los tiempos improductivos alcanzan el 32.4% del tiempo total de trabajo, muy por encima de los estándares internacionales del 15%, mientras que la frecuencia de reuniones de coordinación de 2.1 por mes contrasta significativamente con las 8 reuniones mensuales requeridas para una coordinación efectiva. La utilización de recursos mostró ratios entre 63.5% y 75.8%, indicando un aprovechamiento subóptimo de activos valorados en más de $150,000.

El análisis cualitativo proporcionó insights fundamentales sobre las percepciones del personal, identificando que el 87.5% de los profesionales reconoce la fragmentación comunicativa como la principal barrera organizacional, mientras que el 81.3% señala la descoordinación temporal como un obstáculo significativo para el trabajo efectivo en equipo. Estos hallazgos evidencian que las deficiencias no se deben únicamente a limitaciones de recursos sino principalmente a la ausencia de sistemas estructurados de gestión que faciliten la coordinación interprofesional y optimicen el uso del tiempo y recursos disponibles.

La hipótesis planteada se confirma plenamente: la implementación de estrategias de gestión efectivas puede mejorar significativamente la coordinación, eficiencia operativa y calidad de la atención brindada por el equipo multidisciplinario. Las correlaciones identificadas entre coordinación interprofesional y calidad de atención ($r=0.73$, $p<0.01$) y entre gestión del tiempo y eficiencia operativa ($r=0.68$, $p<0.01$) proporcionan evidencia estadística robusta que respalda la efectividad potencial de las intervenciones propuestas.

La propuesta de transformación desarrollada constituye una respuesta integral y sistemática a las problemáticas identificadas, estructurada en cinco componentes interrelacionados que abordan desde la reestructuración de la coordinación interprofesional hasta el desarrollo de una cultura organizacional orientada a la mejora continua. El Sistema Integrado de Coordinación Interprofesional (SICIP) responde directamente a la fragmentación comunicativa identificada, estableciendo mecanismos formales de articulación entre disciplinas. El Sistema de Gestión Temporal Integrado (SGTI) aborda los tiempos improductivos y de espera mediante reorganización de flujos y digitalización de citas. El Sistema de Gestión de Recursos Integrado (SGRI) optimiza la utilización de materiales y equipos mediante tecnologías accesibles como códigos QR. El Sistema de Indicadores de Gestión (SIG) garantiza el monitoreo continuo y la sostenibilidad de las mejoras, mientras que el Programa Integral de Desarrollo (PID) fortalece las competencias interprofesionales y transforma la cultura organizacional hacia la mejora continua.

La viabilidad de la propuesta se ha validado técnica, financiera y operativamente, confirmando que es implementable con los recursos disponibles y puede generar retornos positivos en un período de 6.4 meses. La estructura temporal de implementación en cuatro fases durante el periodo marzo-noviembre 2025 permite una transición gradual que minimiza disrupciones en la atención clínica mientras construye capacidades organizacionales sostenibles.

Los resultados de esta investigación trascienden el ámbito específico del centro estudiado, proporcionando conocimiento valioso para la gestión de equipos multidisciplinarios en centros de rehabilitación similares en Ecuador y América Latina. Los instrumentos desarrollados y validados pueden ser utilizados por otras instituciones para diagnosticar sus propias dinámicas organizacionales, mientras que las estrategias propuestas pueden adaptarse a diferentes contextos con características similares.

La investigación confirma que la mejora en la gestión de equipos multidisciplinarios de salud no requiere necesariamente inversiones masivas en nuevos recursos, sino principalmente la implementación de sistemas estructurados que optimicen el uso de los recursos existentes. Esta conclusión es particularmente relevante para centros que operan con limitaciones presupuestarias pero que aspiran a mejorar significativamente su desempeño organizacional y la calidad de atención que brindan.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que futuras investigaciones en esta área incorporen diseños longitudinales que permitan evaluar la sostenibilidad de las mejoras implementadas a mediano y largo plazo. El período de seguimiento debería extenderse al menos 24 meses para capturar completamente los efectos de las intervenciones y identificar factores que facilitan u obstaculizan la sostenibilidad de los cambios. Asimismo, se sugiere la implementación de estudios multicéntricos que permitan validar la generalización de los hallazgos en diferentes contextos organizacionales y geográficos.

La metodología mixta utilizada en esta investigación demostró ser altamente efectiva para capturar tanto las dimensiones cuantificables del desempeño organizacional como las percepciones y experiencias subjetivas del personal. Se recomienda que estudios futuros fortalezcan el componente etnográfico, incorporando períodos más extensos de observación participante que permitan capturar dinámicas organizacionales sutiles que podrían no ser evidentes en entrevistas o cuestionarios estructurados.

Se sugiere el desarrollo de instrumentos de medición específicos para evaluar la cultura organizacional en equipos multidisciplinarios de salud, considerando que esta investigación identificó la cultura como un factor determinante para el éxito de las transformaciones organizacionales. Estos instrumentos deberían incorporar escalas validadas para medir aspectos como la colaboración interprofesional, la orientación hacia la mejora continua y la capacidad de adaptación al cambio.

Es propicio aque las instituciones de educación superior que forman profesionales de la salud incorporen en sus currículos contenidos específicos sobre trabajo en equipos multidisciplinarios y gestión de servicios de salud. Los hallazgos de esta investigación evidencian que muchas de las deficiencias identificadas podrían prevenirse si los profesionales desarrollaran competencias de colaboración interprofesional desde su formación inicial.

Las universidades deberían promover proyectos de investigación aplicada que aborden problemáticas específicas de gestión en instituciones de salud locales, estableciendo alianzas estratégicas que beneficien tanto a las instituciones académicas como a los centros asistenciales. Estos proyectos podrían generar evidencia contextualizada sobre mejores prácticas en gestión de equipos de salud adaptadas a la realidad latinoamericana.

Se sugiere la creación de programas de educación continúa dirigidos a profesionales de salud en ejercicio, enfocados en el desarrollo de competencias de liderazgo, comunicación interprofesional y gestión de equipos. Estos programas deberían utilizar metodologías participativas y basarse en evidencia empírica sobre los desafíos más comunes que enfrentan los equipos multidisciplinarios en diferentes contextos asistenciales.

Para el Centro de Rehabilitación Integral de la Fundación Virgen de la Merced, se recomienda iniciar la implementación de la propuesta de transformación con el Componente 1 (Reestructuración de la Coordinación Interprofesional), ya que los datos evidencian que la mejora en comunicación y coordinación puede generar efectos positivos inmediatos en múltiples dimensiones del desempeño. La designación del

Coordinador Clínico debería realizarse mediante un proceso participativo que considere tanto las competencias técnicas como las habilidades interpersonales de los candidatos.

Resulta ideal establecer un cronograma de implementación gradual que permita la asimilación de los cambios por parte del personal y la evaluación continua de los resultados. La implementación completa debería extenderse por 12 meses, con evaluaciones trimestrales que permitan ajustes basados en la experiencia práctica y las retroalimentaciones del personal y usuarios.

Para otros centros de rehabilitación interesados en implementar estrategias similares, se recomienda realizar primero un diagnóstico situacional específico utilizando los instrumentos desarrollados en esta investigación, adaptándolos a sus características particulares. Las estrategias de intervención deberían priorizarse según las deficiencias más críticas identificadas en cada contexto específico.

Se sugiere la creación de redes de intercambio de experiencias entre centros de rehabilitación que implementen estrategias de mejora en gestión de equipos multidisciplinarios. Estas redes podrían facilitar el intercambio de buenas prácticas, la resolución colaborativa de problemas comunes y la generación de evidencia sobre la efectividad de diferentes enfoques de intervención.

Finalmente, se recomienda que los directivos de centros de salud consideren la inversión en sistemas de gestión estructurados no como un gasto sino como una inversión estratégica que puede generar retornos significativos en eficiencia operativa, satisfacción del personal y calidad de atención. La evidencia presentada en esta investigación demuestra que los beneficios de estas inversiones superan ampliamente los costos asociados, contribuyendo tanto a la sostenibilidad financiera como a la misión asistencial de las instituciones.

REFERENCIAS

Almúa, F. I. (2019). Análisis de las principales características de los modelos de gestión hospitalaria de alta complejidad en la provincia de Misiones. Visión de Futuro, 23(2), 214–233. https://doi.org/10.36995/j.visiondefuturo.2019.23.02.003.es

Argote, L. (2011). Organizational learning: Creating, retaining, and transferring knowledge. Springer.

Armijos, J. C., & Núñez, A. (2020). Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. Revista Médica de Chile, 148(5), 626–643. https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626

Ávalos García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario, 9(1), 9–19. https://doi.org/10.19136/hs.a9n1.158

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2018). Tailored interventions to address determinants of practice. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4(4), CD005470.

Barr, V. (2014). Interprofessional education in health care. Routledge.

Barros, C., & Julio, O. (2014). Optimización de la gestión en hospitales: Un enfoque sistémico y multidisciplinario. Universidad de Chile.

Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. Organizational Dynamics, 18(3), 19-31.

Berwick, D. M. (2008). The science of improvement. JAMA, 299(10), 1182-1184.

Berwick, D. M. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. Health Affairs, 27(3), 759-769.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA, 288(14), 1775-1779.

Burns, J. M. (1978). Leadership. Harper & Row.

Cameron, E., & Green, M. (2019). Making sense of change management: A complete guide to the models, tools and techniques of organizational change (5ª ed.). Kogan Page.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A national interprofessional competency framework. CIHC.

Cepeda-Cepeda, J. L., Pinta-Cacoango, A. E., Muñoz, C. I., Albán-Sabando, E. A., Vinueza-Domo, K., & Carbajal-Llauce, C. T. J. de. (2024). La calidad del servicio en centros de salud públicos ecuatorianos: Un análisis de satisfacción del usuario. Revista Científica FIPCAEC, 9(1), 105–121. https://doi.org/10.36830/revista.fipcaec.9n1.2024.1168

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, 19(sup1), 116-131.

Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario – Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario. https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-seguridad-del-paciente-y-control-sanitario/

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 83(4), 691-729.

Drucker, P. F. (2001). Management challenges for the 21st century. HarperBusiness.

Dyer, W. G. (2015). Team building: Current issues and new frontiers. Jossey-Bass.

Edmondson, A. C. (2012). Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy. Jossey-Bass.

Edmondson, A. C., & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 1(1), 23-43.

El Hetti Fuentes, L. B., Gardim, L., da Silva, T. O., de Moura, A. A., & Bernardes, A. (2023). Applying Lean Healthcare in the hospitalization and patient discharge process: An integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, 76(5), e20220751. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0751

Equipe de Marketing. (2024, 11 de junio). La importancia del equipo multidisciplinario en las clínicas. Consejos para abrir su consultorio y marketing médico - Ninsaúde Clinic. https://espanol.apolo.app/la-importancia-del-equipo-multidisciplinario-en-las-clinicas/

Fitzsimons, D., McCance, T., Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). Older people's experiences of emergency care: A systematic review of the literature. International Emergency Nursing, 19(1), 13-22.

Gittell, J. H. (2009). High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. McGraw-Hill Professional.

Hackman, J. R. (1990). Groups that work (and those that don't): Creating conditions for effective teamwork. Jossey-Bass.

Heifetz, R. A. (1994). Leadership without easy answers. Harvard University Press.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Education.

Herzberg, F. (1959). The motivation to work. John Wiley & Sons.

Hussey, P. S., Wertheimer, S., & Mehrotra, A. (2013). The association between health care quality and cost: A systematic review. Annals of Internal Medicine, 158(1), 27-34.

Hwang, W., Chang, J., LaClair, M., & Paz, H. (2015). Effects of integrated delivery system on cost and quality. American Journal of Managed Care, 19(5), e175-e184.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones 2020. INEC.

Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (2001). The discipline of teams: A real-world guide to building high-performance teams. John Wiley & Sons.

Kotter, J. P. (2012). Leading change. Harvard Business Review Press.

Luthans, F. (1985). Organizational behavior. McGraw-Hill.

Mayo, E. (1933). The human problems of an industrial civilization. Macmillan.

McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, J., & Owens, D. K. (2007). Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Agency for Healthcare Research and Quality.

McGregor, D. (1960). The human side of enterprise. McGraw-Hill.

McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. Healthcare Management Forum, 35(2), 112-117.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Política Nacional de Rehabilitación Integral. MSP.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Rehabilitation 2030: A call for action. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Rehabilitation in health systems: Guide for action. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Integrating rehabilitation into health systems. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Landmark resolution on strengthening rehabilitation in health systems. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Rehabilitation: Key for health in the 21st century. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Equipos médicos. http://www.who.int/medical_devices/es

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Ecuador - Country Profile | Health in the Americas. OPS.

Pfeffer, J. (2020). Dying for a paycheck: Why the American system is a death sentence for employees. HarperBusiness.

Porter, M. E. (1996). What is strategy? Harvard Business Review, 74(6), 61–78.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. Harvard Business Review, 91(10), 50-70.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3(3), CD002213.

Rubin, S. E. (2017). A patient-centered approach to healthcare delivery. Journal of Healthcare Management, 62(4), 263-272.

Salas, E., & Aranda, C. (2018). Comunicación y colaboración en equipos de alto rendimiento. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, 27(1), 59-67.

Salas, E., Shuffler, M. L., Thayer, A. L., Bedwell, W. L., & Lazzara, E. H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based practical guide. Human Resource Management, 54(4), 599-622.

Sánchez, E. M. L., & Llumiquinga, A. F. A. (2022). La gestión del talento humano en el sector de la salud pública. Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo. https://www.eumed.net/rev/atlante/2022/10/talento-humano.html

Senge, P. M. (2006). The fifth discipline: The art and practice of the learning organization (ed. rev.). Doubleday.

Shortell, S. M., Rundall, T. G., & Hsu, J. (2015). Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. JAMA, 298(6), 673-676.

Stanley, D. (2006). In command of care: Clinical nurse leadership explored. Journal of Research in Nursing, 11(1), 20-39.

Taylor, F. W. (1911). The principles of scientific management. Harper & Brothers.

Toussaint, J., & Berry, L. L. (2013). The promise of lean in health care. Mayo Clinic Proceedings, 88(1), 74-82.

Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin, 63(6), 384–399.

Vroom, V. H. (1995). Work and motivation. Jossey-Bass.

Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1(1), 2–4.

ANEXOS - INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ANEXO A: CUESTIONARIO DE DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN ACTUAL

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL - CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL FUNDACIÓN VIRGEN DE LA MERCED

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: _____ Código del participante: _____

Datos del encuestado:

- Profesión: ☐ Terapeuta Ocupacional ☐ Fisioterapeuta ☐ Psicólogo ☐ Médico Rehabilitador ☐ Trabajador Social ☐ Otro: _____
- Años de experiencia en el centro: ☐ < 1 año ☐ 1-3 años ☐ 4-6 años ☐ 7-10 años ☐ > 10 años
- Turno de trabajo: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Completo ☐ Rotativo

INSTRUCCIONES

Marque con una X la opción que mejor refleje su percepción sobre cada aspecto. Utilice la siguiente escala: 1 = Muy inadecuado | 2 = Inadecuado | 3 = Regular | 4 = Adecuado | 5 = Muy adecuado

DIMENSIÓN 1: GESTIÓN DEL TIEMPO

Ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
1.1	Los tiempos de espera entre sesiones son apropiados	☐	☐	☐	☐	☐
1.2	La duración de atención por paciente es suficiente	☐	☐	☐	☐	☐
1.3	Los horarios de trabajo se cumplen puntualmente	☐	☐	☐	☐	☐
1.4	La programación de citas es eficiente	☐	☐	☐	☐	☐
1.5	El tiempo dedicado a coordinación es adecuado	☐	☐	☐	☐	☐
1.6	Las interrupciones durante las sesiones son mínimas	☐	☐	☐	☐	☐
1.7	El tiempo para actividades administrativas es suficiente	☐	☐	☐	☐	☐

DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
2.1	La frecuencia de reuniones de equipo es apropiada	☐	☐	☐	☐	☐
2.2	Los protocolos de trabajo son claros y se cumplen	☐	☐	☐	☐	☐
2.3	Existe coordinación efectiva entre disciplinas	☐	☐	☐	☐	☐
2.4	Los roles y responsabilidades están bien definidos	☐	☐	☐	☐	☐
2.5	La comunicación interprofesional es fluida	☐	☐	☐	☐	☐
2.6	Las decisiones del equipo se toman de forma participativa	☐	☐	☐	☐	☐
2.7	Existe liderazgo claro en el equipo	☐	☐	☐	☐	☐

DIMENSIÓN 3: UTILIZACIÓN DE RECURSOS

Ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
3.1	Los materiales terapéuticos están disponibles cuando se necesitan	☐	☐	☐	☐	☐
3.2	Los equipos especializados se utilizan eficientemente	☐	☐	☐	☐	☐
3.3	La asignación de personal por sesión es apropiada	☐	☐	☐	☐	☐
3.4	Los espacios físicos se aprovechan adecuadamente	☐	☐	☐	☐	☐
3.5	Conozco todos los recursos disponibles en el centro	☐	☐	☐	☐	☐
3.6	El sistema de inventario es eficiente	☐	☐	☐	☐	☐
3.7	Los recursos tecnológicos son adecuados	☐	☐	☐	☐	☐

DIMENSIÓN 4: EFICIENCIA OPERATIVA

Ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
4.1	Los costos operativos son apropiados para el servicio	☐	☐	☐	☐	☐
4.2	Los tiempos improductivos son mínimos	☐	☐	☐	☐	☐
4.3	La productividad del equipo es óptima	☐	☐	☐	☐	☐
4.4	Los procesos administrativos son ágiles	☐	☐	☐	☐	☐
4.5	Se evita la duplicidad de esfuerzos	☐	☐	☐	☐	☐

DIMENSIÓN 5: CALIDAD DE ATENCIÓN

Ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
5.1	El nivel de satisfacción de los pacientes es alto	☐	☐	☐	☐	☐
5.2	Los resultados clínicos son satisfactorios	☐	☐	☐	☐	☐
5.3	La continuidad del servicio está garantizada	☐	☐	☐	☐	☐
5.4	La atención es integral y coordinada	☐	☐	☐	☐	☐
5.5	Los pacientes reciben información clara sobre su tratamiento	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones adicionales:

_____

_____

_____

_____

ANEXO B: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

ENTREVISTA SOBRE DEBILIDADES ORGANIZACIONALES EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO - ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

DATOS GENERALES

- **Fecha:** _____
- **Duración:** _____
- **Código del entrevistado:** _____
- **Profesión:** _____
- **Años de experiencia:** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Autoriza la grabación de esta entrevista para fines académicos? ☐ Sí ☐ No

PREGUNTAS ORIENTADORAS

BLOQUE 1: ESTADO ACTUAL DE GESTIÓN

1. **¿Cómo describiría el funcionamiento actual del equipo multidisciplinario en el área de Terapia Ocupacional?**
    - Profundizar: ¿Qué aspectos funcionan bien? ¿Cuáles no?
2. **¿Cómo es un día típico de trabajo en su área?**
    - Profundizar: ¿Qué actividades consumen más tiempo? ¿Cuáles son más complejas?
3. **¿Cómo se distribuye actualmente el tiempo durante su jornada laboral?**
    - Profundizar: Atención directa vs. actividades administrativas vs. coordinación

BLOQUE 2: DEBILIDADES EN COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN

4. **¿Cómo se comunica habitualmente con otros profesionales del equipo?**
    - Profundizar: ¿Qué canales utiliza? ¿Son efectivos? ¿Qué obstáculos encuentra?
5. **¿Con qué frecuencia participan en reuniones de coordinación? ¿Cómo evalúa su efectividad?**
    - Profundizar: ¿Qué temas se tratan? ¿Se llega a acuerdos? ¿Se hace seguimiento?

6. **¿Qué situaciones generan mayor descoordinación en el trabajo del equipo?**

   - Profundizar: ¿Cómo se resuelven? ¿Qué impacto tienen en los pacientes?

7. **¿Cuáles son las principales barreras para trabajar de manera coordinada?**

   - Profundizar: Factores organizacionales, tecnológicos, culturales

BLOQUE 3: UTILIZACIÓN DE RECURSOS

8. **¿Conoce todos los recursos (materiales, equipos, tecnología) disponibles en el centro?**

   - Profundizar: ¿Cómo accede a ellos? ¿Qué dificultades encuentra?

9. **¿Cómo evalúa el aprovechamiento actual de los recursos disponibles?**

   - Profundizar: ¿Qué recursos se subutilizan? ¿Por qué razones?

10. **¿Qué recursos considera que hacen falta para mejorar la atención?**

    - Profundizar: Prioridades, justificaciones

BLOQUE 4: PROPUESTAS DE MEJORA

11. **¿Qué cambios propondría para mejorar la coordinación del equipo?**

    - Profundizar: Aspectos específicos, viabilidad

12. **¿Qué estrategias sugiere para optimizar el uso del tiempo y recursos?**

    - Profundizar: Ideas concretas, experiencias previas

13. **¿Qué factores considera clave para el éxito de cualquier cambio organizacional?**

    - Profundizar: Resistencias anticipadas, facilitadores

BLOQUE 5: EXPECTATIVAS

14. **¿Cómo visualiza el funcionamiento ideal del equipo multidisciplinario?**

    - Profundizar: Características específicas, indicadores de éxito

15. **¿Estaría dispuesto/a a participar activamente en procesos de mejora organizacional?**

- Profundizar: Condiciones, expectativas, compromisos

NOTAS DEL ENTREVISTADOR

ANEXO C: LISTA DE VERIFICACIÓN - OBSERVACIÓN DIRECTA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN DIRECTA PROCESOS OPERATIVOS - ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

INFORMACIÓN GENERAL

- **Fecha: _____**
- **Hora inicio: _____Hora final: _____**
- **Observador: _____**
- **Área observada: _____**

INDICADORES DE GESTIÓN DEL TIEMPO

Aspecto observado	Registro	Observaciones
Puntualidad de inicio de sesiones	☐ Puntual ☐ 1-5 min tarde ☐ 6-10 min tarde ☐ >10 min tarde	
Tiempo de espera entre sesiones	_____minutos promedio	
Duración real de sesiones	_____minutos promedio	
Interrupciones durante sesiones	Número: _____Tipo: _____	
Tiempo de transición entre actividades	_____minutos promedio	

COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL

Situación observada	Sí	No	Observaciones
Comunicación formal entre profesionales	☐	☐	
Intercambio de información sobre pacientes	☐	☐	
Decisiones tomadas en conjunto	☐	☐	
Seguimiento de acuerdos previos	☐	☐	
Resolución colaborativa de problemas	☐	☐	

UTILIZACIÓN DE RECURSOS

Recurso	Disponible	Utilizado	Estado	Observaciones
Materiales terapéuticos básicos	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo	
Equipos especializados	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo	
Espacios físicos	☐ Ocupado ☐ Disponible	☐ Eficiente ☐ Ineficiente	☐ Adecuado ☐ Inadecuado	
Tecnología (computadoras, software)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo	

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS

Protocolo	Cumplido	Parcialmente	No cumplido	Motivo
Registro de información clínica	☐	☐	☐	
Procedimientos de seguridad	☐	☐	☐	
Protocolos de comunicación	☐	☐	☐	
Manejo de materiales	☐	☐	☐	

OBSERVACIONES CUALITATIVAS

Dinámicas de equipo observadas:

_____

_____

Situaciones problemáticas identificadas:

_____

Buenas prácticas observadas:

Recomendaciones inmediatas:

ANEXO D: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - SERVICIOS DE REHABILITACIÓN CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL - FUNDACIÓN VIRGEN DE LA MERCED

INFORMACIÓN GENERAL

- **Fecha:** _____
- **Código:** _____
- **Servicio recibido:** ☐ Terapia Ocupacional ☐ Fisioterapia ☐ Psicología ☐ Multidisciplinario
- **Tiempo en tratamiento:** ☐ < 1 mes ☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ > 6 meses

INSTRUCCIONES

Califique cada aspecto según su experiencia: 1 = Muy insatisfecho | 2 = Insatisfecho | 3 = Regular | 4 = Satisfecho | 5 = Muy satisfecho

CALIDAD DE ATENCIÓN

Aspecto	1	2	3	4	5
Trato recibido por el personal	☐	☐	☐	☐	☐
Competencia profesional del equipo	☐	☐	☐	☐	☐
Información recibida sobre su tratamiento	☐	☐	☐	☐	☐
Coordinación entre diferentes terapias	☐	☐	☐	☐	☐
Continuidad en la atención	☐	☐	☐	☐	☐

ASPECTOS OPERATIVOS

Aspecto	1	2	3	4	5
Puntualidad en las citas	☐	☐	☐	☐	☐
Tiempo de espera para atención	☐	☐	☐	☐	☐
Duración de las sesiones	☐	☐	☐	☐	☐

Facilidad para programar citas	☐	☐	☐	☐	☐
Comunicación sobre cambios de horario	☐	☐	☐	☐	☐

INSTALACIONES Y RECURSOS

Aspecto	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Estado de las instalaciones	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilidad de equipos	☐	☐	☐	☐	☐
Comodidad de los espacios	☐	☐	☐	☐	☐
Limpieza y orden	☐	☐	☐	☐	☐

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

¿Ha notado mejoría en su condición desde que inició el tratamiento? ☐ Mucha mejoría ☐ Alguna mejoría ☐ Poca mejoría ☐ Sin cambios ☐ Empeoramiento

¿Recomendaría este centro a otras personas? ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente sí ☐ No estoy seguro ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no

COMENTARIOS ADICIONALES

_____

_____

_____

_____

ANEXO E: REGISTRO DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS

CRONOMETRAJE DE ACTIVIDADES - ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

INFORMACIÓN GENERAL

- **Fecha: _____**
- **Profesional observado: _____**
- **Turno:** ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Completo
- **Observador: _____**

REGISTRO HORARIO DE ACTIVIDADES

Hora inicio	**Hora fin**	**Actividad**	**Tipo***	**Interrupciones**	**Observaciones**

**Tipos de actividad:*

- AD = Atención Directa
- AA = Actividades Administrativas
- CO = Coordinación
- DE = Descanso
- TR = Traslados/Movilización
- OT = Otros

RESUMEN DIARIO

Categoría	Tiempo total (min)	Porcentaje	Observaciones
Atención directa a pacientes		%	
Actividades administrativas		%	
Coordinación/reuniones		%	
Tiempos de espera		%	
Descansos		%	
Otros		%	
TOTAL		100%	

ANÁLISIS DE EFICIENCIA

Tiempo productivo total: _____minutos _____% **Tiempo improductivo total:** _____ minutos _____%

Principales causas de tiempo improductivo:

1. _____
2. _____
3. _____

Oportunidades de mejora identificadas:

1. _____
2. _____
3. _____