



Estrategia de gestión hospitalaria para la mejora del ausentismo en consulta externa en la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, en el período de enero a diciembre 2024

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARA

PRESENTA

Conсорcia Balvina Estevez Carrera

ASESOR

María Alicia Alemán Castillo

México, (2025)

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Estévez Carrera, Consorcia (2025). *Estrategia de gestión hospitalaria para la mejora del ausentismo en consulta externa en la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, en el período de enero a diciembre 2024* [tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México-UIIX].



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen

El ausentismo en consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) de Quito durante 2024, con una tasa del 23.52% sobre 85.424 citas programadas, representa un desafío crítico en la gestión hospitalaria. La investigación, con enfoque mixto, identificó que el olvido de la cita (34%) y la falta de tiempo (22%) son las principales causas, afectando especialmente a mujeres casadas entre 19 y 50 años en especialidades como Medicina General, Pediatría y Medicina Interna. Se propone una transformación mediante estrategias como recordatorios automatizados, políticas de compromiso, campañas de concienciación y mejoras en el agendamiento, respaldadas por un sistema de seguimiento con indicadores SMART. La tesis concluye que una gestión centrada en el usuario y apoyada por tecnología accesible puede reducir significativamente el ausentismo, mejorar la eficiencia operativa y fortalecer el derecho a la salud, recomendando una implementación piloto con ajustes éticos y técnicos para su sostenibilidad y replicabilidad en otras unidades del sistema público.

Palabras clave: *Estrategia, gestión hospitalaria, ausentismo, consulta externa, unidad metropolitana, salud norte.*

Abstract.

Absenteeism in outpatient consultations at the Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) in Quito during 2024, with a rate of 23.52% out of 85,424 scheduled appointments, represents a critical challenge in hospital management. This mixed-methods research identified that forgetting the appointment (34%) and lack of time (22%) were the main causes, primarily affecting married women aged 19 to 50 in specialties such as General Medicine, Pediatrics, and Internal Medicine. The proposed transformation includes strategies such as automated reminders, commitment policies, awareness campaigns, and improvements in scheduling, supported by a monitoring system with SMART indicators. The thesis concludes that user-centered management, supported by accessible technology, can significantly reduce absenteeism, enhance operational efficiency, and strengthen the right to health. A pilot implementation is recommended, with ethical and technical adjustments to ensure sustainability and replicability across other units in the public health system.

Keywords: *Strategy, hospital management, absenteeism, outpatient consultation, Metropolitan Unit, Northern Health*

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Unidad Metropolitana de Salud Norte por brindarme la oportunidad de realizar esta investigación y por su apoyo durante todo este proceso. Agradezco a los profesionales, administrativos y a todo el equipo que colaboró conmigo, por su disposición, conocimientos y compromiso en facilitar la recopilación de información y en enriquecer este trabajo.

Este logro es también un reconocimiento a la labor que realizan día a día en esta Unidad de Salud, y espero que los resultados de esta tesis contribuyan a seguir mejorando la calidad y eficiencia de los servicios de salud en nuestra comunidad.

Gracias por ser una pieza fundamental en mi formación y por inspirarme a seguir comprometido/a con la construcción de un sector salud más humano, eficiente y dedicado al bienestar de nuestra comunidad.

Dedicatorias

A Dios, por ser mi guía, fortaleza y fuente de inspiración en cada paso de este camino.

A mi familia, mis amados hijos Mónica, Vanessa, Diego y Cristhian, por su amor incondicional, apoyo constante y paciencia durante toda esta etapa.

A mi compañero de vida Panchito, por su amor y ayuda incondicional.

A mis adorables nietos que con sus gracias, conocimiento y energía motivaron a finalizar la meta trazada

A todos los profesionales de la salud y la gerencia hospitalaria, cuyo trabajo dedicado inspira mi compromiso por mejorar la gestión en el sector salud.

Esta tesis es un pequeño homenaje a quienes creen en la importancia de la gestión eficiente y humanizada en los servicios de salud.

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	2
Agradecimientos.....	4
Dedicatorias.....	5
ÍNDICE GENERAL.....	6
Índice de gráficas.	9
Índice de tablas.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
Capítulo 1. Proyección de la investigación.	14
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.	14
1.2. Planteamiento del problema.	15
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).	20
1.4. Justificación.	20
1.5. Objeto de estudio.	21
1.6. Campo de acción.	21
1.7. Objetivos.....	22
1.7.1. Objetivo General.....	22
1.7.2. Objetivos específicos.....	22
1.8. Hipótesis.	22
1.9. Alcance temático.	23
1.10. Delimitación Espacial y Temporal.	23
Capítulo 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.....	24
2.1. Estado del arte (Marco histórico y actual).....	24
2.2. Marco Teórico.	26
2.3. Marco Conceptual.	29
2.3.1 Ausentismo en consulta externa.....	29
2.3.2 Acceso a servicios de salud.....	29
2.3.3 Agendamiento médico.....	29
2.3.4 Calidad y normativa en salud.....	29
2.3.5. Comportamiento del paciente.....	30

2.3.6. Recordatorios institucionales	30
2.3.7. Corresponsabilidad institucional.....	30
2.4. Marco Contextual.	30
2.5. Marco Legal y Normativo.	31
2.5.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)	31
2.5.2. Ley Orgánica de Salud (2006)	31
2.5.3. Ley de Seguridad Social (2001).....	32
2.5.4. Normativa sobre Atención Primaria de Salud (APS)	32
2.5.5. Normas sobre Derechos y Deberes de los Pacientes	32
2.5.6. Políticas Públicas de Salud	33
2.5.7. Reglamentos sobre Gestión de Citas Médicas	33
2.5.8. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2004) ..	33
2.5.9. Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015).....	33
2.5.10. Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito (2019)	34
Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.	36
3.1. Cuadro Operacionalización de variables.	37
3.2. Diseño metodológico.....	43
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.	43
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.	44
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.	47
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.	50
3.3. Trabajo de campo	54
3.3.1. Aplicación de los instrumentos.	55
3.3.2. Procesamiento de la información.	58
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.	61
3.5. Redacción de resultados y discusión.	76
Capítulo IV PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN	78
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.	79
4.2. Estructura de la propuesta de transformación.	80
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	93

BIBLIOGRAFÍA.....95

ANEXOS.....99

Índice de gráficas.

Gráfico 1 Ausentismo por especialidad	18
Gráfico 2 Personas atendidas por especialidad	19
Gráfico 3 Personas entrevistadas por rango de edad	63
Gráfico 4 Ausentismo por especialidades	66
Gráfico 5 Causas de ausentismo.....	67
Gráfico 6 Ausentismo por rango de edad y especialidad	71
Gráfico 7 Motivos del ausentismo por especialidad.	73

Índice de tablas

Tabla 1 Ausentismo por especialidades año 2024	17
Tabla 2 Porcentaje de Ausentismo por meses año 2024	18
Tabla 3 Operacionalización de variables	39
Tabla 4 Pacientes entrevistados por Edad, Sexo y Estado Civil	62
Tabla 5 Pacientes entrevistados por parroquia de residencia	64
Tabla 6 Especialidades más Frecuentes que no acuden los Entrevistados.....	65
Tabla 7 Causas de Ausentismo.....	67
Tabla 8 Otras Causas de Ausentismo	68
Tabla 9 Ausentismo por especialidades y grupos de edad	70
Tabla 10 Ausentismo por especialidades y causas.....	72
Tabla 11 Ausentismo por causas y estado civil.....	74
Tabla 12 Ausentismo por causas y sexo del paciente	74
Tabla 13 Fase 1 de la propuesta	82
Tabla 14 Fase 2 de la propuesta	83
Tabla 15 Fase 3 de la propuesta	85
Tabla 16 Fase 4 de la propuesta	86
Tabla 17 Validación general del proyecto.....	90

INTRODUCCIÓN

Esta investigación examina los elementos que influyen en la falta de asistencia en las visitas médicas de la consulta externa de la Unidad Salud Norte Metropolitana. Este fenómeno representa un desafío persistente en los sistemas de salud pública a nivel mundial y, particularmente, en el contexto ecuatoriano. La inasistencia a citas previamente agendadas afecta de forma directa la eficiencia y calidad de los servicios, al generar pérdidas económicas, desperdicio de recursos humanos y materiales, y dilaciones en la atención médica de otros pacientes.

El derecho a la salud es un principio fundamental que implica la provisión de servicios sanitarios accesibles, oportunos, aceptables y de calidad. La (Organización Panamericana de la Salud, 2015) establece que “los gobiernos deben garantizar condiciones que favorezcan una vida saludable, promoviendo el acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, el ausentismo en las citas médicas vulnera este derecho, tanto en términos individuales como colectivos.”

Como definición (Salinas Rebolledo & De la Cruz Mesía, 2014) mencionan que el ausentismo se refiere a “la no asistencia de un paciente a su consulta de especialidad, que ha sido agendada anticipadamente, sin un aviso previo” (p. 21), desde esta perspectiva, se hace referencia a los pacientes que, por diversas razones, no acudieron a la unidad de salud en la fecha y hora asignadas según su turno.

Las repercusiones económicas del ausentismo son significativas. Según datos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, la falta de asistencia a citas médicas genera una pérdida estimada de 376,862 días laborales al año, lo que representa aproximadamente USD 7.5 millones en costos para los hogares ecuatorianos (Machado, 2021). Este problema no es exclusivo de Ecuador; países como Inglaterra, Estados Unidos, Australia

y Chile han reportado también altas tasas de ausentismo, con impactos similares en sus sistemas de salud.

En el contexto nacional, diferentes instituciones han documentado tasas preocupantes. La información fue proporcionada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en 2024, el Hospital del IESS registró una tasa de ausencia del 21.8% en Ambato, que equivale a 157 citas que se pierden cada día (Redaccion la Hora, 2022).

En el Hospital General Docente de Calderón, se registraron 22,500 inasistencias en 2017; sin embargo, tras la implementar estrategias como recordatorios y bloqueos, la tasa se redujo del 19% al 11% en tres meses (Granizo Martínez, 2019). En Zamora Chinchipe, el ausentismo bajó de 22.58% al 16% mediante intervenciones como llamadas de recordatorio y brigadas móviles (Redaccion la Hora, 2022)

Frente a esta realidad, la presente investigación pretende analizar los determinantes de la ausencia a consultas médicas en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, con el propósito de proponer estrategias que permitan disminuir el ausentismo, optimizar el uso de los recursos institucionales y garantizar una atención médica continua y efectiva para la población usuaria. La investigación se estructura en cuatro capítulos: el primero aborda el marco teórico y contextual del problema; el segundo presenta la metodología empleada, con un enfoque mixto; el tercero expone los resultados obtenidos a partir de encuestas y entrevistas; y el cuarto propone estrategias de intervención basadas en los hallazgos, orientadas a mejorar la gestión hospitalaria y fortalecer el derecho a la salud.

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 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 operacionalización 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 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.

Los resultados obtenidos en esta investigación permitirán sentar las bases para la implementación de estrategias efectivas orientadas a reducir el ausentismo en las consultas médicas de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN). A mediano plazo, las propuestas derivadas de este estudio podrán ser aplicadas en otras unidades del sistema público de salud en Ecuador, contribuyendo a mejorar la eficiencia operativa, disminuir costos institucionales y garantizar una atención médica más oportuna y continua.

Asimismo, los hallazgos permitirán a los tomadores de decisiones del Ministerio de Salud Pública (MSP) contar con evidencia concreta para fortalecer la planificación de recursos, rediseñar políticas de agendamiento y establecer mecanismos de seguimiento más efectivos. Desde el ámbito académico, esta investigación puede servir como punto de partida para futuras líneas de estudio que aborden aspectos complementarios, como la relación entre condiciones socioeconómicas y comportamiento del paciente, o la evaluación económica de estrategias para reducir la inasistencia.

En el largo plazo, esta investigación aspira a generar un impacto positivo en la cultura de responsabilidad compartida entre usuarios e instituciones, promoviendo el uso racional de los servicios de salud y el cumplimiento efectivo del derecho a la salud. La experiencia documentada también podrá contribuir a la cooperación técnica y el intercambio de buenas prácticas a nivel regional y latinoamericano.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

Esta investigación se enmarca en la línea de investigación de Políticas de Salud y Regulación en la Gestión Hospitalaria, específicamente en el ámbito de estudio de la gestión de servicios de salud y optimización de recursos en instituciones públicas. Se enfoca en el análisis del comportamiento de los usuarios en relación con la asistencia a

citas médicas programadas, evaluando las consecuencias de la inasistencia y proponiendo soluciones desde una perspectiva técnica, administrativa y social.

La Unidad Metropolitana de Salud Norte, como institución de atención primaria del sistema de salud pública del Ecuador, es el escenario de estudio. En este espacio, el ausentismo representa un obstáculo recurrente que limita la eficiencia operativa, afecta la atención oportuna y restringe la capacidad de respuesta del sistema ante la demanda poblacional.

1.2. Planteamiento del problema.

La atención en consulta externa es esencial para la continuidad asistencial en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. La organización del portafolio de servicios debe fundamentarse en cinco criterios esenciales. Descripción epidemiológica de la población, Estructura de edad de la población, Infraestructura del centro de salud, Equipamiento existente, Disponibilidad financiera. Factores afectan la capacidad resolutive del sistema y requieren articulación para reducir brechas en accesibilidad y oportunidad de la atención. La meta es atender eficazmente las demandas de salud de la población, abordando áreas como: Fomento de la salud, Prevención de enfermedades, Detección temprana, Terapia curativa, Readaptación, Atención paliativa. Estas son las políticas del Ministerio de Salud Pública (2014).

La atención médica especializada es un recurso escaso, costoso y de difícil acceso para la población, influenciada por factores económicos, sociales, culturales y organizacionales.

Un problema significativo que agrava esta situación es el ausentismo de pacientes a sus citas médicas programadas (Salinas, De la Cruz, & Bastías Silva, 2014).

El ausentismo en citas médicas, tanto en atención primaria como especializada, genera diversas ineficiencias en el sistema sanitario: Mal uso de recursos administrativos y clínicos, incremento de los costos, pérdida de calidad asistencial, aumento en las listas

de espera, esfuerzo adicional en la reprogramación de citas, insatisfacción de profesionales y pacientes. (Gonzalo, 2015).

Según (Morera-Guitart, Mas-Server, & Más-Sesé, 2002) “El 41% de las faltas de asistencia se atribuyen a errores en los centros sanitarios. El 59% de las faltas de atención médica son imputables a los pacientes. Los pacientes pueden evitar el 56% de las razones planteadas.”

Además (Fonseca, 2014) define que El ausentismo dificulta la medición de la eficiencia de los servicios asistenciales, ya que generalmente se evalúa según la atención prestada, sin considerar las citas no realizadas

La Unidad Metropolitana de Salud Norte brinda 19 especialidades médicas en su gama de servicios, entre las que se encuentran Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, gastroenterología, Geriatria, Ginecología, Medicina General e Interna., Nutrición y Dietética, Odontología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología General, Psiquiatría, Traumatología, Urología, y Psicorehabilitación.

Demanda y cifras: La atención médica en el servicio de Consulta Externa se ofrece de lunes a viernes, de 07:00 a 15:30, con un promedio de 11.500 citas mensuales, lo que resulta en aproximadamente 140,000 atenciones anuales (enero-diciembre 2024). A pesar de la alta demanda, el ausentismo alcanza un promedio del 24.23%. Los tiempos de espera para obtener una cita por interconsulta o subsecuente varían según la especialidad, con un promedio de uno a dos meses, especialmente en especialidades de alta demanda como Otorrinolaringología, Urología, Traumatología

El primer contacto de los pacientes es la Medicina General, que luego realiza interconsultas a las especialidades disponibles en la unidad. Las especialidades más demandadas: Urología, Medicina Interna. Dermatología, Traumatología, Otorrinolaringología, Psicología.

Para profundizar este fenómeno, se ha tomado como caso de estudio la Unidad Metropolitana de Salud Norte, mismo que anualmente contó con una producción de 85.424 pacientes anuales en el año 2024 citados en Consulta Externa, de los cuales se reflejó un ausentismo del 23.52%; lo que quiere decir que alrededor 20.091 personas no asistieron a su cita y 65.333 pacientes fueron atendidos de acuerdo al detalle de la siguiente tabla

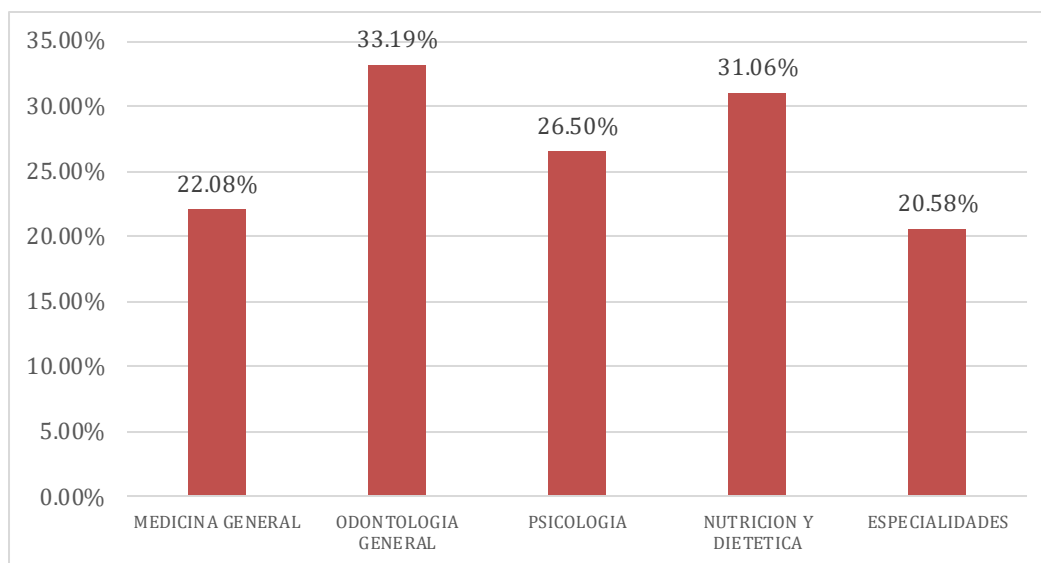
Tabla 1

Porcentaje de Ausentismo por especialidades año 2024

Área	Pacientes agendados	Pacientes atendidos	No. Personas ausentismo	porcentaje ausentismo	Porcentaje atención	Eficiencia real
Especialidades	41.660	33.086	8.574	20,58%	79,42%	84,69%
Medicina General	20.827	16.228	4.599	22,08%	77,92%	100,26%
Nutrición	4.997	3.445	1.552	31,06%	68,94%	68,19%
Odontología	9.137	6.104	3.033	33,19%	66,81%	67,37%
Psicología	8.803	6.470	2.333	26,5%	73,50%	76,57%
Total	85424	65.333	20.091	23,52%	76,48%	83,96%

Nota: La tabla muestra el porcentaje de ausentismo por especialidad en la Unidad Metropolitana Norte de Salud

Gráfico 1
Ausentismo por especialidad



Nota: En el histograma se puede ver el porcentaje por especialidad de ausentismo en la Unidad Metropolitana de Salud Norte

Tabla 2

Porcentaje de Ausentismo por meses año 2024

Meses	Asistió	No Asistió	Total general	Ausentismo
Enero	5837	1399	7236	19,33%
Febrero	5086	1076	6162	17,46%
Marzo	5561	1142	6703	17,04%
Abril	5985	1353	7338	18,44%
Mayo	5371	1651	7022	23,51%
Junio	5080	1595	6675	23,90%
Julio	5409	1663	7072	23,52%
Agosto	4737	1673	6410	26,10%
Septiembre	5248	2436	7684	31,70%
Octubre	6442	2694	9136	29,49%

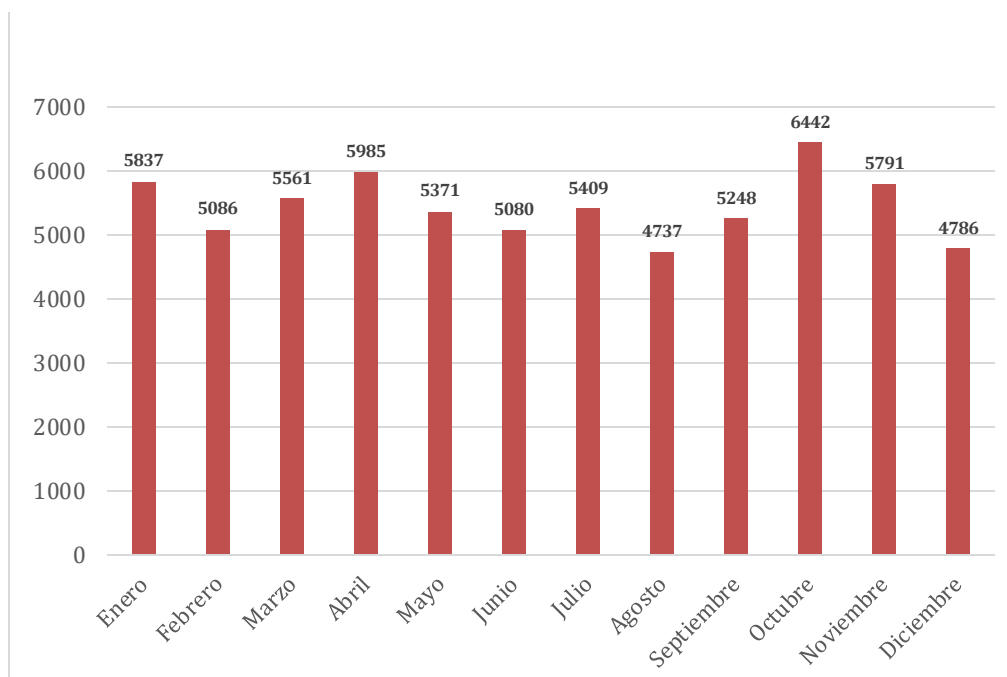
Noviembre	5791	1851	7642	24,22%
Diciembre	4786	1558	6344	24,56%
TOTAL	65333	20091	85424	23,52%

Nota: La tabla muestra el ausentismo por meses del año 2024 de la Unidad Metropolitana de Salud Norte

Gráfico 2

Personas atendidas por especialidad

Personas atendidas por especialidad



Nota: El grafico distribuye la cantidad de ausentismo a lo largo de los meses 2024

Como se muestra en la Tabla 2, el porcentaje de ausentismo en septiembre es de 31.70% esto se debe a que en este mes en Quito es el inicio de año lectivo escolar

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).

¿Cómo contribuir a la mejora del ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de enero a diciembre 2024?

1.4. Justificación.

El ausentismo en consulta externa se analiza desde una perspectiva teórica sustentada en modelos como el de Andersen, que explican el uso de servicios médicos a partir de factores predisponentes, habilitadores y necesidades percibidas. Esta base permite comprender el comportamiento de los pacientes en relación con la asistencia a sus citas médicas, considerando elementos como la percepción de la enfermedad, las barreras de acceso y la organización del sistema de salud. Además, se incorporan enfoques de gestión hospitalaria y comportamiento organizacional que enriquecen el análisis, ofreciendo un marco conceptual sólido para interpretar el fenómeno y orientar la búsqueda de soluciones.

Desde el punto de vista práctico, el problema del ausentismo representa una pérdida significativa de recursos humanos, materiales y financieros para las unidades de salud, como ocurre en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN). La inasistencia a citas programadas genera vacíos en la atención, sobrecarga en la reprogramación y disminución en la productividad institucional. Esta investigación busca identificar las causas específicas del ausentismo en este contexto, evaluar su impacto operativo y proponer estrategias viables como recordatorios automatizados, sanciones leves o sistemas de reprogramación que contribuyan a mejorar la eficiencia del servicio y la continuidad asistencial.

En el plano social, el ausentismo afecta directamente el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en sistemas públicos donde la demanda supera la oferta. Cada cita perdida representa una oportunidad negada para otro paciente, lo que

genera frustración, demoras y desigualdad. Este estudio pretende visibilizar el problema como una responsabilidad compartida entre los usuarios y el sistema, promoviendo una cultura de compromiso con la atención médica y fortaleciendo el vínculo entre la ciudadanía y las instituciones sanitarias. La investigación busca aportar a la construcción de políticas públicas que incentiven el cumplimiento de citas y mejoren la percepción social del servicio.

Metodológicamente, el estudio se estructura bajo un enfoque mixto que combina técnicas cuantitativas y cualitativas para lograr una comprensión integral del problema. Se utilizarán encuestas, análisis de registros institucionales y entrevistas semiestructuradas que permitan triangular la información y validar los hallazgos. La rigurosidad en el diseño de instrumentos, la selección de la muestra y el análisis estadístico garantizan la fiabilidad de los resultados, mientras que la inclusión de perspectivas cualitativas aporta profundidad y contexto. Esta combinación metodológica asegura que las conclusiones sean aplicables y útiles para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de esta investigación es el ausentismo en las citas médicas programadas en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte. Se busca comprender su origen, su frecuencia, sus características y su impacto en la eficiencia de la atención médica y en la gestión institucional de los recursos sanitarios.

1.6. Campo de acción.

El estudio se centra en la administración de los servicios sanitarios públicos, particularmente en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, situada en el sector de La Ofelia., en el cantón Quito, provincia de Pichincha. El estudio se centrará en analizar el ausentismo en los servicios de consulta externa de diversas especialidades médicas, considerando tanto los factores internos como externos que contribuyen a esta problemática.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General

Proponer una estrategia de gestión hospitalaria para la mejora del ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador en el período de enero a diciembre 2024

1.7.2. Objetivos específicos

Determinar los fundamentos teóricos referenciales de estrategia de gestión hospitalaria en relación al ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha.

Caracterizar el ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador, a través de las técnicas e instrumentos aplicados.

Diseñar una propuesta de estrategia de gestión hospitalaria orientada a la reducción del ausentismo en consulta externa, basada en el análisis de datos, buenas prácticas internacionales y criterios de eficiencia y equidad en la atención

Validar la propuesta de estrategia de gestión hospitalaria mediante la aplicación de técnicas de evaluación participativa, juicio de expertos y análisis de viabilidad operativa en el contexto de la Unidad Metropolitana de Salud Norte.

1.8. Hipótesis.

Una estrategia de gestión hospitalaria mejora el ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador en el período de enero a diciembre 2024

1.9. Alcance temático.

El presente estudio tiene un enfoque aplicado y se desarrollará dentro del ámbito geográfico de la provincia de Pichincha, cantón Quito, específicamente en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, en el sector La Ofelia. El trabajo se enfoca temáticamente en la problemática del ausentismo en citas médicas en consulta externa, abarcando un análisis integral de sus causas desde las dimensiones económicas, sociales, organizacionales y logísticas.

La investigación se llevará a cabo desde enero hasta diciembre del año 2024, y se basará en los historiales clínicos institucionales, junto con las entrevistas estructuradas a los pacientes que hayan incumplido citas médicas. Se aplicará un enfoque mixto, con predominio cualitativo, para identificar los factores determinantes del ausentismo y proponer soluciones contextualizadas y sostenibles.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

Delimitación Espacial:

Este estudio se lleva a cabo en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), situada en la zona de La Ofelia, en la parroquia de Cotocollao, en el cantón Quito, en la provincia de Pichincha, Ecuador. El estudio se enfoca exclusivamente en el servicio de consulta externa de esta unidad, que atiende a una amplia población del norte de la ciudad. Se examinarán los datos vinculados a las diversas especialidades médicas que brinda esta disciplina, sin abarcar los servicios de urgencias, internación o consulta odontología.

Delimitación Temporal:

El estudio se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2024, con la finalidad de detectar y examinar la conducta del ausentismo durante el periodo de estudio. Esto permite observar tendencias mensuales, estacionales y por especialidad, y establecer relaciones causales o patrones que contribuyan a una interpretación más precisa del fenómeno.

Capítulo 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.

El propósito de este capítulo es determinar las bases teóricas, conceptuales, contextuales e históricas que respaldan la investigación sobre el ausentismo en las citas de consulta externa en la

Unidad Metropolitana de Salud Norte. A través de la revisión bibliográfica y el análisis de modelos teóricos, se busca contextualizar el problema, identificar las variables relevantes, y construir una base argumentativa que oriente el desarrollo del estudio.

2.1. Estado del arte (Marco histórico y actual).

Desde inicios del siglo XXI, el ausentismo ha sido identificado como un obstáculo estructural para la planificación y gestión hospitalaria. En Ecuador, (Salinas Rebolledo & De la Cruz Mesía, 2014) definieron el ausentismo como la inasistencia del paciente a una cita previamente agendada sin notificación previa, destacando su impacto en la eficiencia institucional. En el Hospital General Docente de Calderón, (Granizo Martínez, 2019) reportó más de 22,000 inasistencias en un año, lo que motivó la implementación de estrategias como bloqueos de agenda y recordatorios telefónicos, logrando una reducción del 19% al 11% en tres meses.

A nivel internacional, estudios en Inglaterra, Estados Unidos, Australia y Chile han documentado tasas de ausentismo que oscilan entre el 10% y el 30%, dependiendo del tipo de servicio, la población atendida y las condiciones del sistema de salud. (Morera-Guitart, Mas-Server, & Más-Sesé, 2002) señalaron que el 59% de las inasistencias son atribuibles a los pacientes, mientras que el 41% se relaciona con errores institucionales, como fallas en la comunicación o en la programación de citas.

Marco actual

En los últimos cinco años, la literatura científica ha profundizado en el análisis del ausentismo mediante enfoques mixtos que combinan métodos cuantitativos y cualitativos. (Zambrano Jiménez, Macías Quiroz, Fernández Sánchez, & Zambrano Cevallos, 2024) en un estudio realizado en unidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, identificaron que las principales causas de inasistencia son el olvido (34%), la falta de tiempo (22%) y la percepción de baja prioridad de ciertas especialidades. Este estudio propone estrategias como recordatorios automatizados, campañas de sensibilización y mejoras en el sistema de agendamiento.

Por su parte, (Correa Gonzalez & Ortiz Sosa, 2020) analizaron el ausentismo desde la perspectiva del personal médico, revelando que la sobrecarga laboral, la falta de incentivos y la frustración ante citas perdidas también afectan la calidad del servicio. Este enfoque institucional permite comprender que el ausentismo no solo es un problema del paciente, sino también del entorno organizacional.

En el ámbito tecnológico, investigaciones recientes han explorado el uso de herramientas digitales como aplicaciones móviles, mensajes SMS y plataformas de gestión de citas para reducir la inasistencia. (Garcés Orrala, 2025) demostraron que la implementación de recordatorios electrónicos puede disminuir el ausentismo hasta en un 40%, especialmente en poblaciones jóvenes y urbanas.

Los estudios revisados coinciden en que el ausentismo es un fenómeno multifactorial, pero difieren en la profundidad del análisis contextual. Muchos trabajos se enfocan en causas individuales como el olvido o la desinformación sin integrar adecuadamente los factores estructurales que perpetúan el problema, como la rigidez de horarios, la falta de mecanismos accesibles de reprogramación, la escasa educación sanitaria y la débil comunicación institucional.

Además, se observa una limitada evaluación económica del impacto del ausentismo en términos de pérdida de productividad, costos operativos y eficiencia institucional. La mayoría de las estrategias propuestas carecen de análisis de

sostenibilidad y replicabilidad, lo que dificulta su implementación a largo plazo en otras unidades del sistema público.

Frente a estos antecedentes, esta investigación asume una postura crítica y propone una estrategia integral de gestión hospitalaria centrada en el usuario. Se adopta el modelo de Andersen como marco teórico, el cual clasifica los determinantes del uso de servicios de salud en tres categorías: factores predisponentes (edad, género, nivel educativo), factores habilitadores (acceso, costos, disponibilidad) y necesidades percibidas o evaluadas (estado de salud subjetivo o clínico). Esta perspectiva permite comprender el ausentismo desde una visión sistémica e interdisciplinaria.

La investigación se contextualiza en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), en Quito, durante el periodo enero-diciembre de 2024, donde se registró una tasa de ausentismo del 23.52% sobre 85,424 citas programadas. Esta delimitación espacial y temporal permite analizar el fenómeno en un entorno urbano con alta demanda de servicios ambulatorios, múltiples especialidades y una población diversa.

A diferencia de estudios previos, esta tesis incorpora un enfoque mixto con validación participativa, análisis de viabilidad operativa y propuestas sostenibles que integran tecnología accesible, políticas de corresponsabilidad, campañas de concienciación y un sistema de seguimiento con indicadores SMART. El objetivo es generar soluciones replicables que fortalezcan la eficiencia institucional y garanticen el cumplimiento del derecho a la salud.

2.2. Marco Teórico.

El ausentismo en consulta externa es un fenómeno complejo que requiere ser abordado desde una perspectiva interdisciplinaria y epistemológicamente plural. Su análisis implica comprender no solo la conducta del paciente, sino también las dinámicas institucionales, sociales y estructurales que inciden en el uso efectivo de los servicios de salud. Por ello, este marco teórico se construye integrando aportes de la salud pública, la sociología médica, la psicología organizacional y la gerencia hospitalaria, cada una con

categorías de análisis que permiten una comprensión más profunda y contextualizada del problema.

Desde la salud pública, el ausentismo se interpreta como una falla en el acceso efectivo, que vulnera el derecho a la salud y compromete la equidad en la atención. Esta disciplina aporta conceptos como accesibilidad, cobertura, continuidad asistencial y eficiencia operativa, fundamentales para evaluar el impacto del ausentismo en el sistema sanitario.

La sociología médica, por su parte, permite analizar el comportamiento del paciente en relación con su entorno social, cultural y económico. Desde esta perspectiva, el ausentismo puede estar influenciado por factores como la percepción del riesgo, el capital social, las creencias sobre la enfermedad y la relación con las instituciones. Autores como (Morera-Guitart, Mas-Server, & Más-Sesé, 2002) destacan que más del 50% de las inasistencias son evitables, lo que evidencia la importancia de comprender las motivaciones y barreras subjetivas que enfrentan los usuarios.

La psicología organizacional aporta herramientas para entender la conducta del paciente como parte de un sistema de interacción con el entorno institucional. El ausentismo puede estar relacionado con la desmotivación, el miedo al diagnóstico, la desorganización personal o la falta de compromiso con el proceso asistencial. Esta disciplina también permite analizar el impacto del ausentismo en el personal médico, como lo evidencian (Correa Gonzalez & Ortiz Sosa, 2020) quienes señalan que la sobrecarga laboral y la frustración ante citas perdidas afectan la calidad del servicio.

Desde la gerencia hospitalaria, el ausentismo se considera un indicador crítico de eficiencia. Su análisis implica evaluar la gestión de agendas, la programación de citas, la comunicación institucional y el uso racional de recursos. (Granizo Martínez, 2019) demuestra que la implementación de estrategias como recordatorios y bloqueos puede reducir significativamente las tasas de inasistencia, lo que valida la importancia de una gestión proactiva y centrada en el usuario.

El principal modelo teórico que sustenta esta investigación es el Modelo de Comportamiento de Uso de Servicios de Salud de Andersen (Tamez, Valle, Catalina, & Ignacio, 2006) el cual clasifica los determinantes del acceso en tres categorías:

Factores predisponentes: edad, género, nivel educativo, estado civil, creencias sobre la salud.

Factores habilitadores: disponibilidad de servicios, transporte, horarios, costos, redes de apoyo.

Necesidades percibidas o evaluadas: estado de salud subjetivo o diagnóstico clínico.

Este modelo permite construir una explicación integral del ausentismo, al considerar tanto las condiciones individuales como las estructurales que influyen en la decisión de asistir o no a una cita médica. Su aplicación en esta tesis aporta una base conceptual sólida para el diseño de estrategias que respondan a las verdaderas causas del problema.

En este marco teórico se aclaran conceptos clave como:

Consulta externa: servicio ambulatorio que permite la atención médica sin hospitalización.

Ausentismo: inasistencia no justificada a una cita previamente agendada.

Eficiencia hospitalaria: capacidad de una institución para optimizar recursos y brindar atención oportuna.

Comportamiento del paciente: conjunto de decisiones y acciones que determinan el uso de servicios de salud.

La construcción teórica se orienta a explicar el ausentismo como un fenómeno multicausal, que requiere estrategias multifacéticas para su abordaje. (Zambrano Jiménez, Macías Quiroz, Fernández Sánchez, & Zambrano Cevallos, 2024) proponen

soluciones integrales que combinan tecnología accesible, corresponsabilidad institucional y análisis de datos. Este enfoque se alinea con la propuesta de esta tesis, que busca diseñar una estrategia de gestión hospitalaria centrada en el usuario, contextualizada en la Unidad Metropolitana de Salud Norte de Quito.

2.3. Marco Conceptual.

2.3.1 Ausentismo en consulta externa

Se define como ausentismo “La no asistencia de un paciente a su consulta de especialidad, que ha sido agendada anticipadamente, sin un aviso previo” (Rebolledo & De la Cruz, 2016)

2.3.2 Acceso a servicios de salud

Según la (Organización panamericana de la Salud (OPS), 2020) el acceso implica “la posibilidad real de recibir atención oportuna, adecuada y de calidad, sin barreras económicas, geográficas o culturales”.

2.3.3 Agendamiento médico

Según (Zambrano Jimenez, Paredes, & Cevallos, 2012) un sistema de agendamiento eficaz debe contemplar flexibilidad, confirmación de citas y mecanismos de reprogramación para reducir el ausentismo.

2.3.4 Calidad y normativa en salud

La OMS define la calidad como “el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”.

2.3.5. Comportamiento del paciente

(Fonseca, 2014) señala que el comportamiento del paciente frente a la asistencia médica está influido por la percepción de necesidad, la experiencia previa y la relación con el sistema de salud.

2.3.6. Recordatorios institucionales

(Morera-Guitart, Mas-Server, & Más-Sesé, 2002) demuestran que los recordatorios automatizados (SMS, llamadas) pueden reducir hasta un 56% del ausentismo, al intervenir directamente en la causa más frecuente: el olvido.

2.3.7. Corresponsabilidad institucional

(Granizo Martinez, 2019) propone que las políticas de bloqueo, seguimiento y sensibilización deben aplicarse con criterios éticos y comunicacionales.

2.4. Marco Contextual.

La Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), ubicada en el sector La Ofelia, al norte de la ciudad de Quito, es una entidad de salud pública. Esta unidad atiende un promedio mensual de 11.500 citas en consulta externa, distribuidas en 19 especialidades médicas.

El proceso de agendamiento se realiza de forma presencial, mediante tres ventanillas operativas de lunes a viernes, en horario de 06h30 a 15h30. El servicio de consulta externa funciona entre las 07h00 y las 15h30. Durante el año 2024, la UMSN registró un promedio de ausentismo del 22.44%.

Este porcentaje revela una problemática que impacta directamente en la calidad de la atención, la asignación eficiente de recursos y el acceso oportuno a los servicios médicos por parte de otros pacientes. Por tanto, resulta fundamental abordar las causas del ausentismo dentro de este contexto específico, considerando las condiciones sociodemográficas de la población atendida, la estructura del sistema de agendamiento, y las estrategias institucionales vigentes.

La evaluación de estos factores permitirá proponer soluciones concretas que contribuyan a optimizar el uso de los servicios de salud en esta institución y, eventualmente, servir como modelo para otras unidades similares del país.

2.5. Marco Legal y Normativo.

El marco legal normativo en salud es esencial para analizar el ausentismo de pacientes en la Unidad Metropolitana de Salud Norte en Ecuador, ya que establece los principios, derechos y deberes que deben cumplirse en la prestación de servicios de salud. En este sentido, se deben considerar leyes, normas y políticas que regulan el acceso, la calidad de la atención y los derechos de los pacientes, ya que el ausentismo puede estar relacionado con el cumplimiento o no de estas normativas.

2.5.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

(Constitución de la República del Ecuador, 2008) establece el derecho de los ciudadanos a acceder a la salud como un derecho fundamental. El Artículo 32 reconoce que "todas las personas tienen derecho a la salud y al bienestar". Este derecho implica que los servicios de salud deben ser accesibles, adecuados y eficaces, lo que impacta directamente en el ausentismo, ya que, si los pacientes enfrentan barreras para acceder a los servicios, es más probable que falten a las citas médicas.

2.5.2. Ley Orgánica de Salud (2006)

La Ley Orgánica de Salud regula el sistema sanitario en Ecuador. Según esta ley, el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene la finalidad de garantizar la atención sanitaria de calidad para todos los ciudadanos. Es importante destacar que la ley establece que la atención primaria de salud (APS) es una estrategia clave para reducir barreras y mejorar el acceso. Un buen sistema de APS puede disminuir el ausentismo al acercar la atención a la población y garantizar una atención continua.

La (Ley Orgánica de la Salud, 2006) en su Artículo 2: Define que el Sistema Nacional de Salud tiene como fin mejorar la salud y vida de la población, promoviendo la participación activa de los pacientes y la sociedad en el proceso. Esto implica que los

pacientes deben ser involucrados en su propio proceso de atención, lo que podría disminuir el ausentismo si se les motiva y educa adecuadamente sobre la importancia de las citas.

2.5.3. Ley de Seguridad Social (2001)

La Ley de Seguridad Social regula la atención sanitaria a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que es una de las principales entidades que presta servicios médicos en Ecuador. En el contexto del ausentismo, las normativas relacionadas con la programación de citas y la obligación de los afiliados a acudir a las consultas médicas pueden influir en las tasas de ausentismo. Por ejemplo, el sistema de seguridad social establece mecanismos de control sobre los pacientes, lo que podría tener implicaciones para el seguimiento de citas.

2.5.4. Normativa sobre Atención Primaria de Salud (APS)

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental en la política de salud del Ecuador. La APS busca llevar los servicios de salud más cerca de la población y garantizar su acceso continuo y preventivo. Un fallo en la implementación adecuada de la APS puede generar desinterés o desconfianza en los pacientes, lo que podría contribuir al ausentismo.

2.5.5. Normas sobre Derechos y Deberes de los Pacientes

El marco legal también regula los derechos y deberes de los pacientes. Según la Ley de Salud, los pacientes tienen derecho a recibir atención médica adecuada, a ser informados sobre su diagnóstico y tratamiento, y a recibir un trato digno. Sin embargo, también tienen el deber de asistir a las citas médicas y de colaborar con el proceso de tratamiento. La falta de conciencia sobre estos derechos y deberes puede ser una de las causas del ausentismo.

2.5.6. Políticas Públicas de Salud

El Gobierno de Ecuador ha implementado diversas políticas públicas de salud que influyen en el acceso y la calidad de la atención. Las políticas de prevención de enfermedades, educación en salud, y mejoras en la infraestructura sanitaria son esenciales para reducir el ausentismo. Si los pacientes sienten que los servicios de salud son de calidad y están accesibles, es más probable que asistan a sus citas.

2.5.7. Reglamentos sobre Gestión de Citas Médicas

En muchas instituciones de salud, incluidas las unidades metropolitanas, existen reglamentos específicos sobre la gestión de citas médicas, como la programación, el seguimiento y la confirmación de las citas. Estas normativas tienen como objetivo garantizar que los pacientes asistan a sus consultas. El cumplimiento de estas regulaciones es clave para reducir el ausentismo, ya que establecen procedimientos claros para la programación de citas y el seguimiento de los pacientes.

2.5.8. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2004)

La Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública permite a los ciudadanos acceder a información sobre los servicios públicos de salud, incluyendo el rendimiento de los hospitales y centros de salud. Esta ley también puede contribuir a que los pacientes tomen decisiones informadas sobre el acceso a la atención médica, lo que puede afectar sus comportamientos respecto al cumplimiento de las citas médicas.

2.5.9. Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud (2015)

El Reglamento del Sistema de Información en Salud establece el marco normativo para el uso de tecnologías de la información en el sector salud. Un sistema eficiente de gestión electrónica de citas médicas puede reducir el ausentismo al facilitar la programación, los recordatorios y el seguimiento de las citas médicas.

2.5.10. Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito (2019)

Art. 525. Fines y objetivo. - “La finalidad de este Título es contribuir, mediante acciones de promoción, prevención, prestación de servicios de salud y vigilancia, al desarrollo de un territorio saludable en el Distrito Metropolitano de Quito, como garantía para el ejercicio del derecho a la salud de sus habitantes.”

Art. 527. Principio de territorialización. - “(...) Los planes, programas, proyectos y acciones que desarrolle el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en lo referente a la promoción, prevención, prestación de los servicios de salud y vigilancia, se estructurarán con base a la organización administrativa territorial de zonas, sectores y parroquia considerando la realidad de cada territorio.”

Art. 528. Salud como derecho humano. - “El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito promoverá las condiciones sociales que contribuyan y permitan garantizar a todos los ciudadanos que habitan en el territorio del Distrito, sin discriminación alguna, la plena vigencia y el efectivo goce del derecho a la salud y demás derechos relacionados (...)”.

Art. 529. Organismos competentes. - “La Secretaría responsable de la salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito será responsable de liderar la gestión integral de salud al interior de la Municipalidad, así como de definir las prioridades de salud para la población del Distrito, (...) Las acciones de promoción y prevención se definirán con base en planes, programas y proyectos participativos que se ejecutarán de manera territorializada.”

En conclusión, del capítulo, el ausentismo en consulta externa constituye un fenómeno complejo y multifactorial que afecta directamente la eficiencia operativa, la calidad de atención y el cumplimiento del derecho a la salud en instituciones públicas como la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN). Este capítulo ha permitido establecer una base teórica robusta que articula enfoques interdisciplinarios salud pública, sociología médica, psicología organizacional y gerencia hospitalaria con el

modelo de Andersen como eje conceptual para comprender los determinantes del uso de servicios de salud.

La revisión del estado del arte evidencia que, si bien existen avances en la identificación de causas y en la implementación de estrategias tecnológicas, persiste una limitada integración de factores estructurales, económicos y normativos en el análisis del ausentismo. Asimismo, se destaca la necesidad de incorporar evaluaciones de sostenibilidad, replicabilidad y participación activa del usuario en las soluciones propuestas.

El marco legal y normativo refuerza la obligación institucional de garantizar accesibilidad, continuidad y calidad en la atención, al tiempo que reconoce los derechos y deberes de los pacientes. En este sentido, el ausentismo no solo representa una falla individual, sino también una expresión de debilidades sistémicas que deben ser abordadas desde una perspectiva crítica y transformadora.

La contextualización en la UMSN permite delimitar el problema en un entorno urbano con alta demanda, revelando oportunidades concretas para aplicar estrategias centradas en el usuario, apoyadas en tecnología accesible, corresponsabilidad institucional y gestión inteligente de citas. Esta investigación, al adoptar un enfoque mixto y participativo, se propone superar las limitaciones de estudios previos y contribuir con propuestas viables que fortalezcan la eficiencia institucional y promuevan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.

Para analizar el ausentismo de pacientes en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, es necesario establecer una base metodológica sólida que permita abordar el fenómeno desde diversas perspectivas. El enfoque cuantitativo es uno de los métodos más utilizados para analizar el ausentismo de pacientes, ya que permite medir de forma precisa la frecuencia y los factores asociados a este fenómeno, como: encuestas y cuestionarios estructurados, para recopilar datos sobre las razones del ausentismo, la demografía de los pacientes, sus comportamientos y actitudes hacia las citas médicas.

Análisis de datos estadísticos: Utilizando registros de citas médicas para calcular tasas de ausentismo, identificar patrones temporales, como los días u horarios con mayor ausentismo, y la relación con variables tales como la edad, el sexo, la modalidad de consulta, entre otros.

Estudio descriptivo: Mediante el cual se pueden describir las características del ausentismo en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, como la tasa de ausentismo general, su variabilidad a lo largo del tiempo, y las diferencias entre distintos grupos de pacientes.

Estudio correlacional: Para identificar posibles relaciones entre el ausentismo y factores específicos, como la falta de transporte, barreras económicas, niveles educativos, entre otros.

El enfoque cualitativo complementa el enfoque cuantitativo al ofrecer una comprensión profunda de las razones subyacentes del ausentismo, que pueden ser más complejas y personales. El estudio de casos es una metodología que permite analizar en

profundidad casos específicos de ausentismo en la unidad de salud, identificando patrones de comportamiento en determinados grupos o tipos de pacientes. Otro enfoque es el epidemiológico que se centra en la identificación de patrones y factores de riesgo asociados al ausentismo como: (edad, género, enfermedades preexistentes)

Los fundamentos metodológicos para analizar el ausentismo de pacientes deben ser multidisciplinarios y combinados, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, así como ausentismo y desarrollar estrategias más efectivas para reducirlo en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, mejorando la accesibilidad y la eficiencia del sistema de salud.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables.

La operacionalización de variables es una etapa fundamental dentro de cualquier investigación empírica, ya que permite traducir los conceptos teóricos en indicadores observables y medibles. Esta etapa garantiza la coherencia metodológica del estudio, permitiendo una recolección de datos precisa, sistemática y adecuada al problema de investigación. En este caso, la investigación busca identificar los factores que inciden en el ausentismo en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), por lo que la correcta identificación, definición y medición de variables resulta indispensable para validar la hipótesis y alcanzar los objetivos propuestos.

Para esta investigación se ha diseñado una matriz de operacionalización que parte de las variables derivadas directamente de los objetivos específicos y de la hipótesis planteada. El fenómeno central que se analiza es el ausentismo de pacientes, definido como la inasistencia a citas médicas previamente agendadas sin una justificación válida ni cancelación oportuna. Este fenómeno constituye la variable dependiente del estudio.

Las variables independientes se agrupan en cuatro grandes dimensiones: factores logísticos, factores económicos, factores de información y sensibilización, y condiciones de salud. Estas dimensiones fueron escogidas basándose en la bibliografía examinada, los marcos teóricos estudiados y la experiencia práctica presenciada en la UMSN. Cada

una de ellas ha sido desagregada en indicadores específicos que permiten cuantificar su impacto sobre el comportamiento de los pacientes frente a sus citas médicas.

La variable "Olvido de la cita médica" se considera como un factor clave dentro de la dimensión informacional, y se define como la incapacidad del paciente para recordar la fecha y hora de su cita, bien sea por distracción, ausencia de respaldo institucional (como recordatorios) o exceso de trabajo personal. Este indicador es de particular interés, ya que en investigaciones similares ha demostrado ser una de las causas más frecuentes de inasistencia.

Otro aspecto importante es el análisis de los factores demográficos como edad, sexo, estado civil y zona de residencia. Estos factores permiten perfilar al paciente promedio que incurre en ausentismo, lo cual resulta útil para diseñar estrategias personalizadas y más efectivas. Por ejemplo, si se identifica que el grupo etario con mayor ausentismo es el de adultos en edad productiva, podría implicar que los horarios laborales son una barrera importante, lo que sugeriría una necesidad de horarios de atención más flexibles.

También se ha considerado el tipo de especialidad médica como una variable operativa, ya que se ha observado que ciertas especialidades registran mayores tasas de ausentismo que otras, lo cual puede estar relacionado con la percepción de urgencia o necesidad que el paciente asigna a su problema de salud.

Finalmente, se ha incluido el análisis de variables relacionadas con la accesibilidad física, como la distancia desde el lugar de residencia hasta la unidad médica, el tipo de transporte utilizado, y las condiciones climáticas que podrían afectar la llegada del paciente.

Tabla 3

Operacionalización de Variables

Tema: Estrategia de gestión hospitalaria para la mejora del ausentismo en consulta externa en la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, en el periodo de enero a diciembre 2024						
Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variables estudiadas	Dimensiones	Indicadores
¿Cómo contribuir a la mejora del ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de enero a diciembre 2024?	Proponer una estrategia de gestión hospitalaria para la mejora del ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, Ecuador en el periodo de enero a	Determinar los fundamentos teóricos referenciales de estrategia de gestión hospitalaria en relación al ausentismo en consulta externa de la unidad metropolitana de salud norte en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha.	La implementación de una estrategia de gestión hospitalaria diseñada específicamente para la Unidad Metropolitana de Salud Norte, en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, durante el periodo de enero a diciembre de 2024, contribuirá significativamente a la reducción del ausentismo en consulta externa,	Variable independiente: Estrategia de gestión hospitalaria	Planificación y organización	Porcentaje de ausentismo según características del paciente
		Tiempo promedio de espera por especialidad				
		Tecnología y sistemas de información			Implementación de recordatorios automatizados (SMS, llamadas)	
					Porcentaje de citas reprogramadas exitosamente	
Gestión de recursos humanos	Capacitación del personal en trato al usuario					

	<p>diciembre 2024</p>	<p>gestión hospitalaria orientada a la reducción del ausentismo en consulta externa, basada en el análisis de datos, buenas prácticas internacionales y criterios de eficiencia y equidad en la atención.</p>	<p>mediante la optimización de procesos administrativos, el fortalecimiento de la comunicación con los usuarios y la mejora en la programación y seguimiento de citas médicas</p>	<p>Variable dependiente: Ausentismo en consulta externa</p>	<p>Frecuencia y tasa de ausentismo</p>	<p>Ratio de personal administrativo por número de citas</p> <p>Horarios de atención ampliados o flexibles</p> <p>Nivel de satisfacción del paciente con el sistema de agendamiento</p> <p>Tasa de reducción mensual del ausentismo</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de citas tras implementación de estrategias</p> <p>Porcentaje de citas no asistidas respecto al total agendado</p>
--	-----------------------	---	---	--	--	---

					Tasa mensual de ausentismo por especialidad
		<p>Validar la propuesta de estrategia de gestión hospitalaria mediante la aplicación de técnicas de evaluación participativa, juicio de expertos y análisis de viabilidad operativa en el contexto de la Unidad Metropolitana de Salud Norte.</p>		Motivos del ausentismo	Porcentaje de pacientes que olvidaron la cita
					Porcentaje que canceló o reprogramó
					Porcentaje que no acudió por mejoría espontánea
				Impacto en la gestión hospitalaria	Número de horas médicas perdidas
					Porcentaje de citas no reutilizadas
					Costos asociados al ausentismo
				Percepción del usuario	Nivel de satisfacción con el sistema de agendamiento
					Opinión sobre accesibilidad y

3.2. Diseño metodológico.

El diseño metodológico constituye una de las partes medulares de cualquier investigación científica, pues establece el plan estructurado que permite alcanzar los objetivos planteados, responder a la pregunta de investigación y comprobar o refutar la hipótesis formulada. En este análisis, centrado en la falta de asistencia en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte, se ha establecido un enfoque metodológico que fusiona la rigurosidad científica con la rigurosa metodología médica con aplicabilidad práctica, integrando enfoques, métodos y técnicas que se adaptan a la naturaleza compleja y multifactorial del fenómeno en estudio.

El diseño metodológico adoptado en esta investigación responde a un diseño no experimental, de tipo transversal y con un enfoque mixto, que conjuga técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener una comprensión integral del problema.

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

El enfoque mixto según (De La Roche & Cardenas Benavides, 2021) “pretende trabajar con las principales ventajas de los métodos cualitativo y cuantitativo, es decir, en esta clase de método solo se busca tratar con las mejores características que ofrecen estos dos métodos”

El enfoque cuantitativo permitió recopilar datos estructurados y generalizables sobre los factores asociados al ausentismo. A través de encuestas estandarizadas y la revisión de registros institucionales, se cuantificaron variables como edad, sexo, parroquia de residencia, especialidad médica y motivo declarado de inasistencia.

El enfoque cualitativo, por su parte, ofreció una mirada más profunda y contextualizada. Mediante entrevistas semiestructuradas se accedió a percepciones, emociones y narrativas individuales que no podrían captarse con instrumentos cerrados. Este enfoque fue clave para entender causas como el descuido, los problemas familiares o el impacto emocional de la espera prolongada.

La combinación de ambos enfoques permite una triangulación metodológica que fortalece la validez de los hallazgos, al analizar el mismo fenómeno desde diferentes perspectivas y técnicas.

La investigación se clasifica como no experimental ya que según (Verdugo, Crespo, Badía, & Arias, 2008) en la “Metodología No experimental, las técnicas estadísticas como la Correlación y el Análisis de regresión ponen en evidencia la existencia o no de asociación.” (P.15).

La investigación es no experimental ya que no se alteran las variables en estudio, sino que se examinan tal y como se manifiestan en el ambiente natural. La investigación no interviene en el comportamiento de los pacientes ni en la organización de los servicios de salud, sino que recopilan y analizan la información retrospectivamente y en tiempo real.

A su vez, la investigación se clasifica como transversal, ya que los datos se recolectan en un solo momento o periodo específico (enero a diciembre del año 2024), lo que permite analizar la situación del ausentismo tal como ocurre dentro de ese intervalo temporal. Este diseño es ideal para identificar correlaciones y prevalencias, aunque no establece relaciones causales definitivas.

Este diseño metodológico integral asegura una comprensión sólida y multifacética del ausentismo en consulta externa, aportando no solo datos duros, sino también una interpretación contextual y crítica que orienta la toma de decisiones institucionales.

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

La presente investigación se sustenta en un enfoque metodológico mixto, que combina métodos teóricos y empíricos para abordar el fenómeno del ausentismo en consulta externa desde una perspectiva integral. Esta elección responde a la necesidad de comprender tanto la magnitud estadística del problema como las causas subjetivas que lo

originan, permitiendo una triangulación de datos que fortalece la validez de los hallazgos.

Métodos de obtención del conocimiento teórico

De acuerdo con los niveles de obtención del conocimiento científico, los métodos teóricos se utilizan para construir la fundamentación conceptual, establecer relaciones entre los objetos de estudio y generar explicaciones abstractas que orienten el análisis. En esta investigación se emplearon los siguientes métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió rastrear la evolución del ausentismo en consulta externa, identificando patrones y transformaciones en el tiempo, tanto a nivel nacional como internacional.

Analítico-sintético: facilitó la descomposición del fenómeno en sus componentes esenciales (causas personales, organizacionales y estructurales) y su posterior integración en un marco explicativo coherente.

Hipotético-deductivo: se utilizó para formular la hipótesis central de la investigación, a partir de la revisión de literatura y la observación preliminar del contexto institucional.

Enfoque de sistema: permitió comprender el ausentismo como parte de un sistema de atención médica, en el que interactúan múltiples actores, procesos y recursos.

Modelación: se aplicó para diseñar la propuesta de intervención, basada en indicadores SMART que permiten evaluar la efectividad de las estrategias planteadas.

Estos métodos teóricos constituyen la base para el desarrollo del marco conceptual, la formulación de objetivos y la interpretación crítica de los resultados.

Métodos de obtención del conocimiento empírico

El nivel empírico se identifica con el conocimiento que se obtiene a partir de la experiencia directa, mediante la observación de propiedades y relaciones que se aprecian

a través de los sentidos. Sin embargo, estos datos no se interpretan de forma aislada, sino que se someten a una elaboración racional guiada por el marco teórico previamente definido.

En esta investigación, los métodos empíricos utilizados fueron:

Encuestas estructuradas: aplicadas a pacientes que no asistieron a sus citas médicas, permitieron recolectar información sobre variables sociodemográficas, causas de inasistencia, percepción del servicio y barreras personales.

Entrevistas semiestructuradas: dirigidas a personal administrativo y médico, aportaron una visión cualitativa sobre el impacto del ausentismo, las estrategias institucionales existentes y las oportunidades de mejora.

Análisis estadístico de registros institucionales: se revisaron bases de datos de la Unidad Metropolitana de Salud Norte correspondientes al periodo enero-diciembre de 2024, lo que permitió calcular tasas de ausentismo, identificar patrones por especialidad, edad, sexo y parroquia de residencia.

Esta combinación de técnicas empíricas permitió contrastar los datos cuantitativos con las interpretaciones cualitativas, enriqueciendo la comprensión del fenómeno y aportando evidencia útil para la toma de decisiones.

Diseño y tipo de investigación

El diseño de investigación es no experimental, ya que no se manipulan las variables independientes, sino que se observa el comportamiento del ausentismo tal como ocurre en su contexto natural. Según Sampieri et al. (2014), “el diseño no experimental se utiliza cuando el investigador no puede controlar ni manipular las variables independientes” (p. 151). Además, se trata de un diseño transversal, dado que los datos se recolectan en un periodo específico (enero a diciembre de 2024), lo que permite analizar la prevalencia del fenómeno en ese intervalo temporal.

En cuanto al tipo de investigación, se articula en tres niveles complementarios:

- Descriptivo: permite caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes ausentes, así como la distribución del ausentismo por especialidad médica y parroquia de residencia. Arias Galicia (2006) señala que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos”.

Correlacional: se enfoca en identificar relaciones entre variables, como la edad del paciente y la probabilidad de olvidar una cita, o la especialidad médica y la tasa de ausentismo. Hernández et al. (2014) destacan que “la investigación correlacional mide el grado de asociación entre dos o más variables”.

Explicativo: busca comprender las causas profundas del ausentismo, integrando factores personales, organizacionales y estructurales, lo que permite formular estrategias de intervención contextualizadas.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados fueron diseñados con base en los objetivos de la investigación y validados mediante juicio de expertos. Incluyen:

- Cuestionarios estructurados con preguntas cerradas y escala Likert.
- Guías de entrevista semiestructurada.
- Fichas de registro para el análisis documental de bases institucionales.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.

El desarrollo de los instrumentos de recolección de datos constituye un componente crucial del diseño metodológico, ya que de su calidad depende directamente la validez, fiabilidad y relevancia de la información obtenida. Para el presente estudio, centrado en identificar los factores que inciden en el ausentismo de pacientes en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), se diseñaron y validaron instrumentos adecuados tanto para la recolección de datos cuantitativos como cualitativos.

Diseño del cuestionario estructurado

El cuestionario se desarrolló basándose en la matriz de operacionalización de variables que (Towsend, 2021) menciona que “es un proceso metodológico que desagrega las variables de investigación para el diseño y elaboración de los instrumentos de medición empírica que son elaborados por el investigador para el tratamiento de las variables empíricas.” (P. 590) y en concordancia con los propósitos concretos de la investigación. Se diseñó como una encuesta estructurada de corta duración, aplicada vía telefónica, lo cual permitió un contacto directo con los pacientes ausentes, facilitando una recolección de datos ágil, económica y con mayor cobertura geográfica.

El cuestionario incluyó preguntas cerradas de opción múltiple y dicotómicas (sí/no), además de escalas tipo Likert para medir actitudes y percepciones. Estuvo dividido en cuatro secciones principales:

Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, parroquia de residencia.

Información clínica fundamental: la especialidad médica de la cita, si se trataba de una consulta inicial o posterior.

Motivos de ausentismo: se ofrecieron varias opciones previamente identificadas en la literatura (olvido, falta de tiempo, problemas de transporte, dificultades económicas, entre otros), con la opción de especificar otras causas.

Sugerencias del paciente: se incluyó una pregunta abierta final para que el encuestado propusiera soluciones o estrategias que le hubiesen facilitado asistir a su cita.

Previamente, este dispositivo fue testado con un grupo limitado de usuarios, con el objetivo de detectar incertidumbres, valorar el tiempo de uso (calculado en tres minutos), y garantizar que el dispositivo sea fiable, el lenguaje fuera comprensible y respetuoso. Tras el piloto, se realizaron pequeños ajustes para mejorar la claridad y fluidez de las preguntas.

Guía de entrevista semiestructurada

La guía de entrevista fue diseñada para ampliar y profundizar la información recabada mediante el cuestionario estructurado. Según (Lopezosa, Codina, & Pere, 2022) “Se trata de una metodología muy útil para obtener datos que permitan validar objetivos y preguntas de investigación y consecuentemente ampliar el conocimiento sobre el tema investigado.” (P. 1) Su objetivo fue explorar dimensiones subjetivas y contextuales del ausentismo, difíciles de captar con instrumentos cerrados. Las preguntas fueron abiertas, lo cual permitió al entrevistador adaptar el orden y profundización de los temas según las respuestas del paciente.

Entre las temáticas abordadas estuvieron:

Experiencia global del paciente con el sistema sanitario.

Expectativas frente a la atención médica.

Factores emocionales o personales que influyeron en la inasistencia.

Opinión sobre los mecanismos de recordatorio actuales.

Ideas personales para prevenir la falta de asistencia en el futuro.

Este instrumento se aplicó voluntariamente a un grupo reducido de participantes, asegurando la privacidad y el consentimiento verbal informado. Las entrevistas fueron breves (no más de 3 minutos), registradas previa autorización y transcritas para su análisis cualitativo mediante técnicas de codificación temática.

Matriz de recolección documental

Como complemento a los instrumentos aplicados a pacientes, se elaboró una matriz de recolección de datos secundarios, utilizada para organizar la información extraída de los registros institucionales. Esta matriz permitió registrar datos mensuales sobre:

Número total de citas agendadas y asistidas por especialidad.

Porcentaje de ausentismo general y por áreas clínicas.

Turnos extras otorgados.

Capacidad instalada y eficiencia real del servicio.

La matriz se estructuró en columnas de variables previamente estandarizadas, facilitando su integración con las herramientas de análisis estadístico (Microsoft Excel).

Ética en el desarrollo de instrumentos

Todos los instrumentos fueron desarrollados respetando principios éticos fundamentales, como la confidencialidad de la información, el consentimiento informado y el respeto a la voluntad del participante. No se solicitó información que permitiera identificar directamente a los pacientes; en su lugar, se utilizaron códigos y anonimización de los datos.

Asimismo, los encuestadores y entrevistadores fueron debidamente capacitados para mantener un trato cordial, empático y no invasivo durante el contacto con los pacientes, explicando el propósito del estudio y asegurando el derecho a no participar si así lo deseaban.

Gracias al desarrollo cuidadoso y ético de estos instrumentos, se garantizó la validez y confiabilidad de los datos recolectados, aportando una base sólida para el análisis posterior de los factores que influyen en el ausentismo médico en la consulta externa.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.

La determinación de la muestra es una etapa estratégica dentro del diseño metodológico de toda investigación empírica, ya que de ella depende en gran medida la representatividad de los resultados, así como la posibilidad de generalizar los hallazgos a la población objetivo. En el estudio actual, el objetivo es determinar los elementos que

influyen en la falta de asistencia en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), se estableció una muestra rigurosamente seleccionada con base en criterios metodológicos, estadísticos y éticos.

Universo de estudio

El universo del estudio estuvo conformado por el total de pacientes que no asistieron a sus citas médicas programadas en la consulta externa de la UMSN durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2024. En el estudio actual, el objetivo es determinar los elementos que influyen en la falta de asistencia en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN).

Según los datos oficiales de la UMSN, en el año 2024 se agendaron aproximadamente 85.424 citas en consulta externa. De estas, 20.091 no fueron atendidas debido a la inasistencia de los pacientes, lo que representa una tasa de ausentismo del 23.52%. Este conjunto de 20.091 pacientes representó la población en la que se aplicó el criterio de muestreo.

Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la coherencia y pertinencia de la muestra, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

Ser pacientes mayores de edad que hayan sido registrados como ausentes en su cita médica durante el año 2024, tener un número de contacto telefónico registrado en el sistema, contar con un historial clínico que permita identificar la especialidad médica y la fecha de la cita, brindar consentimiento verbal para participar en la encuesta telefónica o entrevista.

Criterios de Exclusión:

Ser pacientes menores de edad que no estén acompañados por un adulto responsable, tener un número de contacto incorrecto o que esté inactivo, ser pacientes fallecidos o que hayan cambiado de unidad médica antes del contacto.

Tamaño de la muestra

Con base en el universo definido y para garantizar una muestra representativa con un margen de error aceptable, se utilizó una fórmula de muestreo probabilístico para poblaciones finitas. Se estableció un:

Nivel de confianza del 95%

Margen de error del 5%

Se aplicó esta fórmula al total de 20.091 pacientes que no estaban presentes, estableciéndose un tamaño de muestra mínimo de 378 individuos. No obstante, por razones logísticas, de tiempo y disponibilidad institucional, se trabajó con una muestra efectiva de 102 pacientes, priorizando la calidad de la información, la diversidad geográfica y la completitud de las encuestas.

Es importante aclarar que, aunque el tamaño de la muestra es inferior al estimado ideal, los resultados obtenidos ofrecen indicios valiosos y consistentes que permiten establecer tendencias, correlaciones preliminares y propuestas de intervención basadas en evidencia.

Método de muestreo

La presente investigación empleó un método de muestreo probabilístico, específicamente el muestreo aleatorio simple, el cual se caracteriza por otorgar a cada unidad de la población la misma probabilidad de ser seleccionada. Esta técnica se aplicó sobre la base de datos institucional de la Unidad Metropolitana de Salud Norte, correspondiente a los pacientes que no asistieron a sus citas médicas en el periodo de enero a diciembre de 2024.

La selección de los participantes se realizó mediante un generador de números aleatorios, lo que permitió garantizar la imparcialidad en el proceso y reducir el sesgo de selección. Esta estrategia asegura que la muestra sea representativa del universo de pacientes ausentes, fortaleciendo la confiabilidad de los hallazgos y la validez externa de la investigación.

Desde la perspectiva metodológica, el muestreo aleatorio simple se clasifica dentro de las muestras probabilísticas, las cuales se distinguen por permitir inferencias estadísticas válidas sobre la población. A diferencia de las muestras no probabilísticas que seleccionan casos por conveniencia o criterio, las probabilísticas requieren la definición precisa del tamaño muestral y la aplicación de técnicas sistemáticas de selección.

La elección de este tipo de muestreo responde a la necesidad de obtener datos objetivos y generalizables, en consonancia con el enfoque mixto de la investigación. Al aplicar esta técnica, se garantiza que todos los pacientes ausentes tengan la misma oportunidad de ser incluidos en el estudio, lo que contribuye a una evaluación más justa y precisa del fenómeno del ausentismo en consulta externa.

Justificación del tamaño y técnica de muestreo

Aunque la muestra no alcanzó el tamaño teórico ideal, se justificó plenamente desde el punto de vista metodológico y operativo. El estudio tuvo una orientación exploratoria, dirigida a identificar causas frecuentes y características generales del ausentismo, más que a realizar inferencias estadísticas generalizadas. Adicionalmente, se complementó con técnicas cualitativas que permitieron ampliar y profundizar los hallazgos más allá de la mera cuantificación.

El tamaño de 102 encuestas resultó suficiente para obtener variabilidad de respuestas, identificar patrones recurrentes, y proponer líneas de acción institucionales fundamentadas en la realidad del servicio. Asimismo, permitió analizar subgrupos según edad, sexo, parroquia de residencia y tipo de especialidad médica, proporcionando así una visión integral y contextualizada del problema.

3.3. Trabajo de campo

El trabajo de campo representa una etapa fundamental en el proceso de investigación empírica, ya que consiste en la ejecución práctica del diseño metodológico previamente planificado. En esta fase se lleva a cabo la recolección directa de datos desde las fuentes primarias, es decir, los pacientes que constituyen el objeto de estudio. En el contexto de esta investigación, enfocada en reconocer los elementos que inciden en la falta de asistencia en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud, se busca determinar los factores que provocan la ausencia en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), el trabajo de campo permitió contrastar las hipótesis formuladas con la realidad observable, a través de la aplicación de instrumentos previamente validados.

Este procedimiento se llevó a cabo en el primer trimestre del año 2025, incluyendo tanto la interacción directa con pacientes ausentes a través de una entrevista personal, como la recopilación de información institucional proveniente de la institución procedentes de los registros clínicos y administrativos del establecimiento de salud. La integración de estas dos fuentes de información (primaria y secundaria) hizo posible un análisis riguroso, tanto cuantitativo como cualitativo, del fenómeno del ausentismo.

El trabajo de campo se llevó a cabo respetando altos estándares éticos, garantizando la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado de los participantes. Adicionalmente, se pusieron en marcha tácticas logísticas para garantizar la cobertura de diversos perfiles de pacientes (por edad, género, residencia y especialidad médica), lo que contribuyó a la riqueza y diversidad de la muestra.

En esta fase también se evidenciaron desafíos comunes a las investigaciones aplicadas en el contexto de salud pública, tales como la dificultad de contacto telefónico con algunos usuarios, la necesidad de adaptar el lenguaje técnico a un nivel accesible para los encuestados, y la identificación de nuevas variables emergentes no contempladas inicialmente, pero que resultaron relevantes para el análisis.

Cabe destacar que el ausentismo, al ser un fenómeno que involucra tanto factores individuales como organizacionales, se manifestó en el trabajo de campo con una multiplicidad de causas: simple olvido de la cita hasta circunstancias complicadas como la ausencia de medio de transporte, conflictos familiares o opiniones adversas acerca del cuidado médico que se ha obtenido.

El estudio de campo también demostró que gran parte de las razones del ausentismo se podían prevenir y manejar a través de estrategias institucionales específicas, como la implementación de recordatorios y la mejora de la planificación del horario y la sensibilización del usuario sobre la importancia de la continuidad asistencial. En este sentido, la evidencia empírica obtenida a través del trabajo de campo constituye el principal insumo para la formulación de propuestas de mejora y políticas institucionales dirigidas a reducir las tasas de inasistencia.

3.3.1. Aplicación de los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos de recolección de datos es una fase decisiva en el proceso investigativo, pues implica el contacto directo con la fuente primaria de información: los sujetos de estudio. En el caso del presente trabajo, esta etapa consistió en la implementación práctica del cuestionario estructurado, la guía de entrevista semiestructurada y la matriz de recolección documental, dirigidos a indagar los factores que inciden en el ausentismo de pacientes en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN).

Proceso de planificación

Previo a la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo una planificación cuidadosa que incluyó:

La selección aleatoria de pacientes ausentes desde la base de datos institucional.

La organización del equipo encuestador (capacitado en comunicación telefónica y principios éticos de la investigación).

La revisión y ajuste del cuestionario luego de su pilotaje inicial.

La coordinación con el personal administrativo de la UMSN para acceder a registros clínicos y de agendamiento.

Se estableció que la aplicación se implementaría únicamente por medio de teléfonos móviles, con la finalidad de proteger la privacidad de los participantes, maximizar tiempos y costos, y expandir el alcance geográfico sin requerir más recursos de desplazamiento físico.

Aplicación del cuestionario estructurado

El cuestionario fue aplicado entre los meses de enero y marzo de 2025, y estuvo dirigido a pacientes que no asistieron a sus citas médicas en el año 2024. Los entrevistadores realizaron las encuestas en distintas horas del día con el objetivo de aumentar las oportunidades de interacción, y cada conversación inició con una breve explicación del estudio y su objetivo y la garantía de confidencialidad.

El tiempo estimado para la aplicación del cuestionario fue de tres minutos por llamada, lo cual facilitó la disposición de los participantes. Las preguntas se leyeron textualmente, sin presionar al encuestado, y se registraron las respuestas directamente en una hoja de Excel diseñada para el procesamiento posterior.

Durante esta fase, se logró encuestar exitosamente a 102 pacientes, lo cual representó una muestra significativa considerando la diversidad de perfiles, especialidades médicas y parroquias de residencia. De estas encuestas, ninguna fue anulada por falta de datos esenciales, lo que refleja la eficacia del diseño y la claridad del instrumento.

Aplicación de entrevistas semiestructuradas

Como complemento cualitativo, se realizaron entrevistas breves a un subconjunto de pacientes que aceptaron dialogar más extensamente sobre su experiencia. Estas entrevistas también se realizaron por teléfono, con una de ellas siendo telefónica. Máximo de diez minutos de duración, y se orientaron por un ritmo abierto que facilitó una exploración más detallada.

Las emociones asociadas al no asistir a la cita.

La percepción del sistema de salud pública.

Las dificultades personales, laborales o familiares enfrentadas.

Las sugerencias para mejorar el cumplimiento de citas.

Estas entrevistas resultaron cruciales para identificar factores inesperados o incuantificables, como el estrés crónico, la preocupación por el cuidado de la salud, y la falta de redes de apoyo o la falta de redes de soporte o la desaparición interés por el largo período de espera. Toda esta información fue transcrita y codificada para su posterior análisis.

Simultáneamente, se procedió a la recolección de datos secundarios mediante la revisión documental de registros institucionales, incluyendo:

Citas médicas agendadas vs. asistidas (por especialidad y por mes).

Tiempos de espera promedio para agendamiento.

Horarios de atención y turnos extras.

Estadísticas de eficiencia real por área médica.

Esta revisión permitió consolidar la matriz de ausentismo por especialidades, con indicadores como porcentaje de inasistencia, capacidad instalada utilizada, y eficiencia del sistema de consulta externa. La información fue cotejada con los datos obtenidos por encuesta, lo cual fortaleció la fiabilidad del análisis.

Durante toda la aplicación de instrumentos, se respetaron los principios de ética en investigación con seres humanos, particularmente:

Confidencialidad: No se registraron nombres ni cédulas; cada paciente fue codificado con un número.

Consentimiento informado: En todas las llamadas se explicó el propósito del estudio y se solicitó autorización verbal antes de iniciar.

Consentimiento libre: Los pacientes tenían la opción de abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto implicara ninguna repercusión o inconveniente para ellos.

Uso exclusivo de los datos: Se garantizó que la información sería utilizada solo para fines investigativos y no se compartiría con terceros.

3.3.2. Procesamiento de la información.

Una vez culminada la recolección de datos a través del trabajo de campo, la siguiente etapa metodológica consistió en el procesamiento y análisis de la información obtenida. Este proceso fue clave para transformar los datos primarios (brutos) en información estructurada, comprensible y útil para la interpretación de resultados, la validación de hipótesis y la formulación de recomendaciones.

El procesamiento de la información se realizó en varias fases, integrando herramientas informáticas y procedimientos estadísticos acordes con el enfoque mixto de la investigación. A continuación, se describen los pasos seguidos en esta etapa:

Los datos recolectados a través de encuestas realizadas en el mostrador inicialmente se registraron en hojas de cálculo de Microsoft Excel. Para garantizar su calidad, se llevó a cabo un proceso de validación interna, que incluyó:

Evaluación manual de los formularios completados para asegurar la exactitud y consistencia de los datos.

Ajuste de fallos en la digitación y modificación de formatos incoherentes para preservar la uniformidad en los datos.

Eliminación de registros incompletos, aunque en este caso no se presentaron, gracias a la claridad del cuestionario utilizado.

Codificación de variables categóricas, como causas del ausentismo, especialidad médica y parroquia de residencia, para facilitar su análisis estadístico.

En cuanto a los datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas, las respuestas fueron transcritas textualmente y posteriormente organizadas en una matriz de análisis temático. Este método permitió identificar patrones, categorías emergentes y relaciones relevantes con el problema investigado.

Una vez depurados, los datos cuantitativos fueron procesados utilizando funciones básicas de Excel para obtener medidas de estadística descriptiva, tales como:

Frecuencias absolutas y relativas (por ejemplo, número y porcentaje de pacientes que olvidaron su cita).

Medidas de tendencia central (media, mediana, moda) aplicadas a variables como edad, tiempos de espera o distancias de residencia.

Distribución por categorías, incluyendo sexo, estado civil, parroquia de origen y especialidad médica de la cita.

Los resultados obtenidos fueron presentados mediante tablas y gráficos (de barras y de líneas), lo que facilitó la visualización de patrones, concentraciones y comparaciones entre las diferentes variables.

Este análisis permitió identificar que el principal motivo de ausentismo fue el olvido de la cita (34%), seguido por la falta de tiempo (22%) y otras causas personales (18%). Asimismo, se determinó que las especialidades con mayores tasas de inasistencia fueron Medicina General, Pediatría y Medicina Interna, y que la mayoría de pacientes

ausentes residían en parroquias aledañas a la UMSN, descartando la distancia geográfica como factor determinante en la mayoría de los casos.

Para el tratamiento de los datos cualitativos (entrevistas semiestructuradas), se aplicó un análisis de contenido temático, mediante el cual se clasificaron y agruparon las respuestas en torno a categorías clave:

Percepción de la atención médica.

Emociones frente al sistema de salud.

Obstáculos personales no evidentes en las encuestas.

Sugerencias para evitar el ausentismo.

Este análisis permitió comprender con mayor profundidad aspectos subjetivos como el sentimiento de frustración por la espera, la desmotivación al no recibir atención personalizada, o la percepción de que algunas especialidades no eran "prioritarias". También se identificaron barreras como la carga laboral o el cuidado de familiares enfermos, que no siempre se mencionan directamente en encuestas estructuradas.

Triangulación de resultados

Una de las ventajas del enfoque mixto utilizado en esta investigación fue la posibilidad de realizar triangulación metodológica. Esto significa que se compararon y contrastaron los hallazgos provenientes de diferentes fuentes, como encuestas, entrevistas y registros institucionales.

Este proceso fue fundamental para validar los resultados, ya que permitió identificar puntos en común y, en algunos casos, explicar las discrepancias entre lo que reportaban las diferentes fuentes y lo que realmente se observaba.

Por ejemplo, los registros institucionales mostraban una alta tasa de ausentismo en especialidades como Nutrición y Odontología. Sin embargo, las entrevistas revelaron

que muchos pacientes consideraban estas citas como prescindibles o reemplazables, lo cual ayudó a entender por qué el nivel de prioridad que les asignaban era bajo.

Elaboración de informes y visualizaciones

Finalmente, los datos procesados fueron organizados en tablas estadísticas, gráficas comparativas y matrices cruzadas que facilitaron la redacción del capítulo de resultados. Estas representaciones visuales permitieron mostrar con claridad la distribución de causas, perfiles de pacientes, especialidades más afectadas y recomendaciones derivadas del análisis.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

La información recopilada será analizada mediante estadística descriptiva utilizando Excel, donde se calcularán medidas de tendencia central y se presentarán en tablas de frecuencias. Esto permitirá identificar patrones y relaciones relevantes en los factores que contribuyen al ausentismo en la consulta externa.

Aspectos Bioéticos

Se garantizará la confidencialidad de toda la información recolectada, utilizándose cifras en lugar de nombres de los pacientes para proteger su identidad. La data será de uso exclusivo para esta investigación y para su análisis. Además, se pedirá la aprobación anticipada de los participantes, comunicándoles de manera precisa el objetivo del estudio. Para ello, previo conocimiento y autorización de las autoridades se procede a la recolección y uso de la data.

A continuación, se realiza un estudio minucioso de las variables estudiadas, tratando cada una de ellas de forma individual. Este enfoque permite obtener una comprensión más profunda y específica de cada una de ellas, facilitando la identificación de patrones, tendencias y características particulares. Al analizar las variables por separado, se logra una descripción precisa de sus resultados, lo que contribuye a una interpretación más clara y fundamentada de los datos recopilados en el estudio. Este proceso es fundamental para comprender cómo cada factor influye en el fenómeno del

ausentismo en la consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, y para diseñar estrategias efectivas de intervención.

Análisis Univariado

En esta sección, se presentarán los hallazgos obtenidos tras el análisis de los datos recopilados durante las entrevistas a los usuarios que acudieron a solicitar una nueva cita a la misma especialidad por no haber asistido en la fecha asignada en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, Quito. Se describirán las principales características de la muestra, incluyendo variables demográficas y factores asociados al ausentismo, mediante tablas y gráficos que muestren las frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Además, se determinarán los elementos más significativos que propician la falta de asistencia en la consulta externa, tales como desacuerdo en la cita, escasez de tiempo, horarios incompatibles, entre otros factores.

Tabla 4

Pacientes entrevistados por Edad, Sexo y Estado Civil

Variable	Categorías	No.	%
Edad	< de 18 años	15	15%
	19-29 años	22	22%
	30-40 años	9	9%
	41-50	11	11%
	51-60	25	25%
	> 60 años	20	20%
Total		102	100%
Sexo	Hombre	29	28%
	Mujer	73	72%

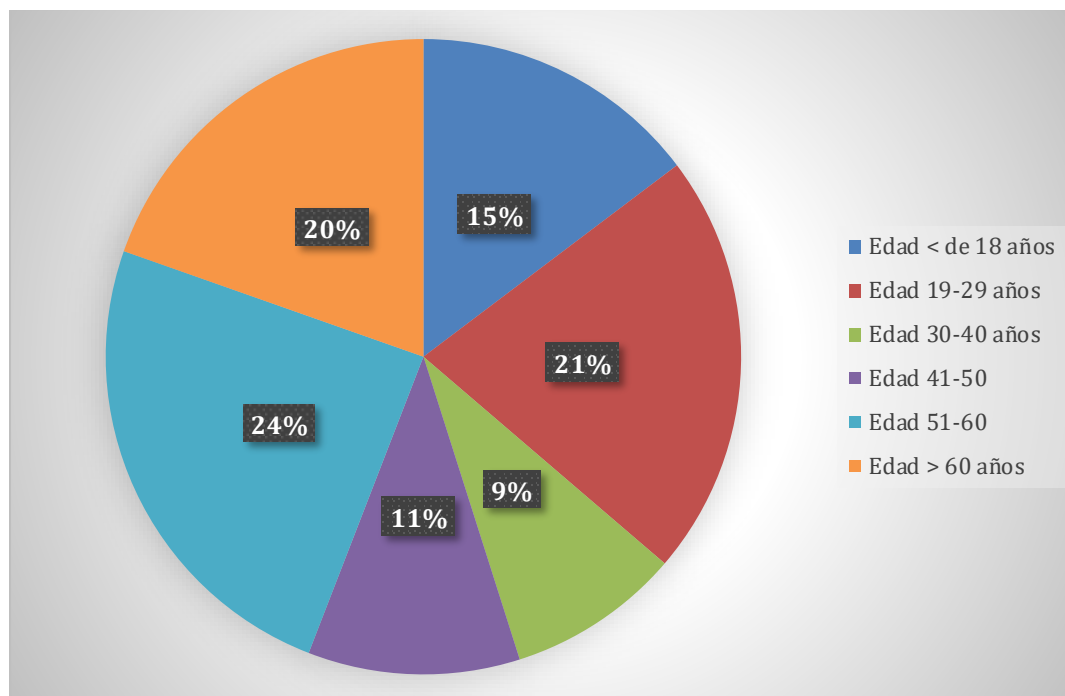
Total		102	100%
	Casado/a	52	51%
	Soltero/a	28	27%
Estado Civil	Unión Libre	15	15%
	Divorciado/a	4	4%
	Viudo/a	3	3%
Total		102	100%

Nota: La tabla muestra El estado civil, edad y sexo de los entrevistados.

Durante el período de entrevista, se recopiló datos de una muestra de 102 pacientes que acudieron a la consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, en Quito. La muestra estuvo compuesta en un 72% por mujeres y un 28% por hombres, siendo la población más entrevistada con edades que oscilaban entre 40 y 65 años y el estado civil mayoritario fue el casado (51%).

Gráfico 3

Personas entrevistadas por rango de edad



Nota: La grafica muestra el rango de edades de las personas entrevistadas en este estudio

Tabla 5

Pacientes entrevistados por parroquia de residencia

Parroquia residencia	Frecuencia	%
Cotocollao	25	25%
Calderon	15	15%
El Condado	12	12%
Carcelen	9	9%
Ponciano	7	7%
Pomasqui	7	7%
San Antonio	6	6%
San Carlos	6	6%
Comité del Pueblo	4	4%

Alangasi	3	3%
La Ecuatoriana	3	3%
La Ferroviaria	3	3%
Otras provincias	2	2%
<hr/>		
Total	102	100%
<hr/>		

Nota: La tabla muestra el sector de origen de los entrevistados

El 98% de entrevistados son residentes en las parroquias aledañas a la Unidad Metropolitana de Salud Norte; únicamente el 2% son residentes de otras provincias del Ecuador. Esto nos indica que el ausentismo no afecta a pacientes que vienen de otras provincias.

Tabla 6

Especialidades más Frecuentes que no acuden los Entrevistados

Orden	Especialidades que perdieron la cita	Frecuencia	%
1	Medicina General	28	27%
2	Pediatría	11	11%
3	Medicina Interna	9	9%
4	Crónico Metabólico	7	7%
5	Nutrición	7	7%
6	Traumatología	6	6%
7	Gastroenterología	5	5%
8	Psicología	4	4%
9	Psiquiatría	4	4%
10	Ginecología	4	4%
11	Urología	3	3%

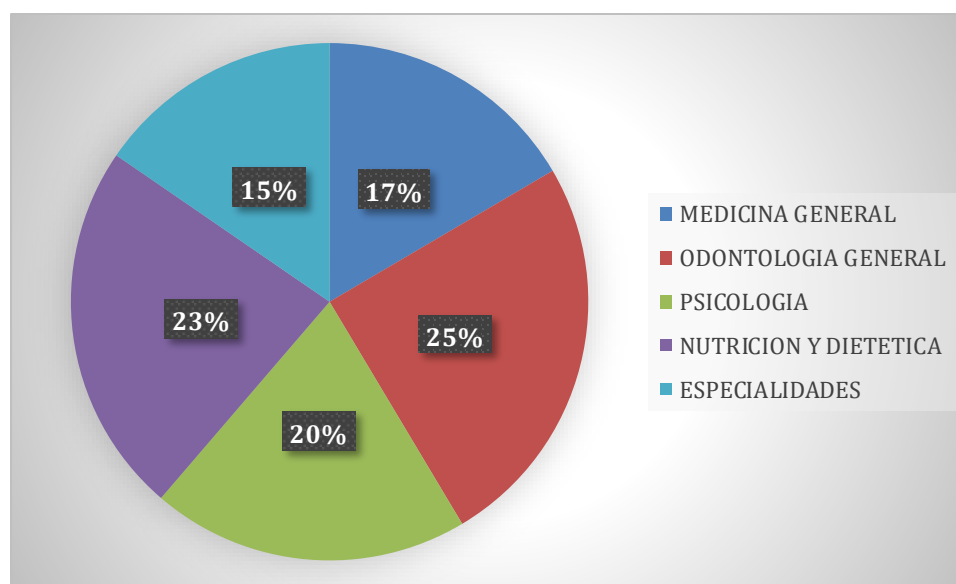
12	Odontología	3	3%
13	Fisioterapia	3	3%
14	Geriatría	2	2%
15	Otorrinolaringología	2	2%
16	Cirugía General	2	2%
17	Cardiología	1	1%
18	Endocrinología	1	1%
Total		102	100%

Nota: la tabla muestra el ausentismo por especialidad de los entrevistados

La especialidad que más ausentismo hay es en medicina general con el 27%, esto nos da a interpretar que para esta especialidad los pacientes pueden acceder a un turno en cualquier momento porque la demanda de turnos directa. Seguido de pediatría con el 11% de ausentismo.

Gráfico 4

Ausentismo por especialidades



Nota: La gráfica muestra las principales especialidades a los que los pacientes no han asistido

Tabla 7

Causas de Ausentismo

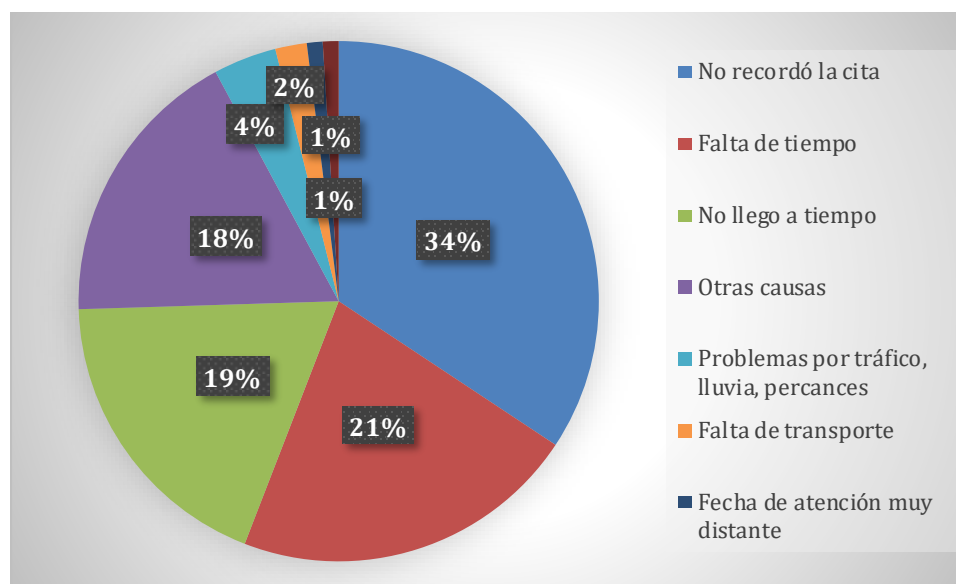
Causas	Frecuencia	%
No recordó la cita	35	34%
Falta de tiempo	22	22%
No llego a tiempo	19	19%
Otras causas	18	18%
Problemas por tráfico, lluvia, percances	4	4%
Falta de transporte	2	2%
Fecha de atención muy distante	1	1%
Dificultades económicas	1	1%
Total	102	100%

Nota: La tabla muestra las razones por las cuales los entrevistados no asistieron

La principal causa de ausentismo corresponde a “No recordó su cita” con un 34%, seguida de Falta de tiempo con el 22%.

Gráfico 5

Causas de ausentismo



Nota: Se muestra la distribución de las causas de inasistencia a la cita

Es importante recalcar la causa que está en cuarto lugar con el 18% “Otras causas” estas respuestas las analizaremos en la siguiente tabla:

Tabla 8

Otras Causas de Ausentismo

Otras causas	Frecuencia	%
Trabajo	3	17%
Enfermedad	3	17%
Descuido	3	17%
Emergencia	2	11%
Sin exámenes de laboratorio	2	11%

Madre enferma	2	11%
Clases	2	11%
Accidente	1	6%
<hr/>		
Total	18	100%
<hr/>		

Nota: La tabla muestra las causas menos frecuentes del ausentismo

En la Tabla 8 se evidencia que el ausentismo de las personas entrevistadas es “Otras causas”; previo análisis se evidencia 8 causas más frecuentes (Por trabajo, Por enfermedad y por descuido), se cubre el 51% de ausentismo por otras causas

Análisis Bivariado

El ausentismo en la consulta externa representa un desafío significativo para la gestión eficiente de los servicios de salud, afectando la calidad de atención, la planificación de recursos y la satisfacción de los pacientes. En la Unidad Metropolitana de Salud Norte, ubicada en la ciudad de Quito, se ha observado una incidencia considerable de pacientes que no asisten a sus citas programadas durante el período de enero a diciembre de 2024. Este fenómeno puede estar influenciado por diversos factores, tanto personales como estructurales, que requieren ser identificados y analizados en profundidad.

El análisis surge como una herramienta fundamental para explorar la relación entre diferentes variables y el ausentismo, permitiendo detectar posibles asociaciones y patrones que contribuyen a comprender mejor las causas subyacentes.

Este estudio busca no solo identificar los factores que contribuyen al ausentismo, sino también proporcionar una base sólida para la toma de decisiones gerenciales que permitan mejorar la eficiencia y la satisfacción tanto de los pacientes como del personal de salud en la Unidad Metropolitana de Salud Norte.

Con el análisis bivariado se plantea medir la relación entre dos variables

Tabla 9

Ausentismo por especialidades y grupos de edad

Especialidades que perdieron la cita	< de 18 años	19-29 años	30-40 años	41-50 años	51-60 años	> 60 años	TOTAL
Medicina General	3	4	5	3	9	4	28
Pediatría	11						11
Medicina Interna					5	4	9
Nutrición		1		2	2	2	7
Crónico Metabólico				1	4	2	7
Traumatología					2	4	6
Gastroenterología		1	2	1		1	5
Psicología		1	1	1	1	1	5
Ginecología		2		1	1		4
Psiquiatría				2	2		4
Fisioterapia			1	1		1	3
Odontología			1	1	1		3
Urología					2	1	3
Cirugía General				2			2
Geriatría						2	2

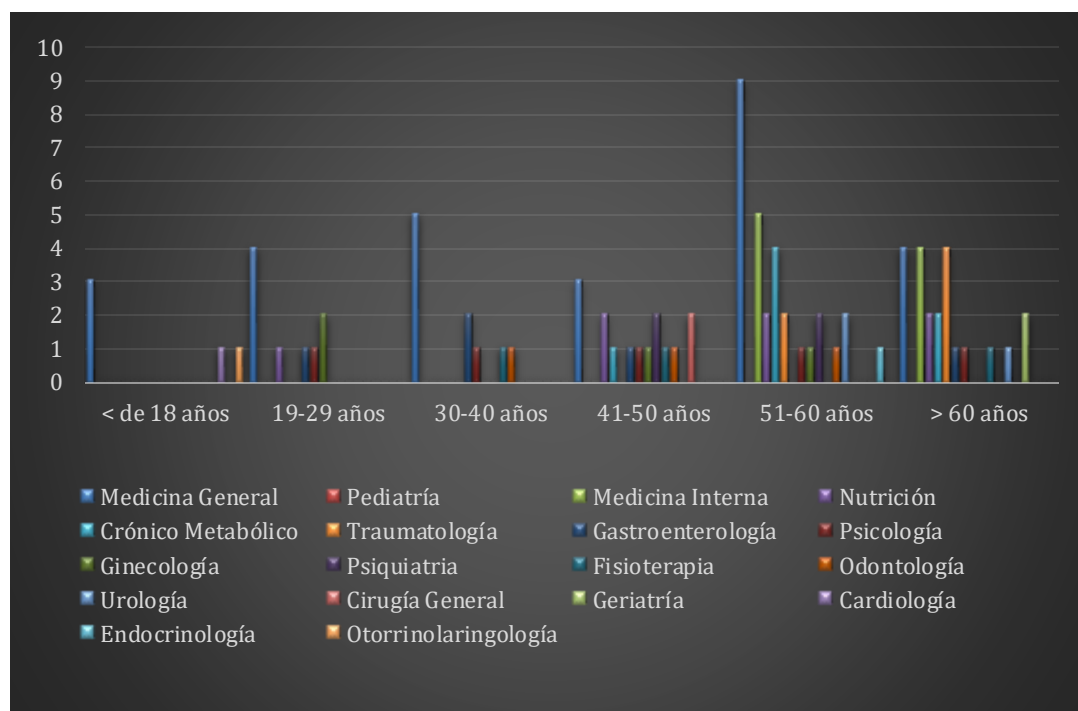
Cardiología	1						1
Endocrinología					1		1
Otorrinolaringología	1						1
Total	35	22	19	18	4	2	102

Nota: La tabla muestra una relación entre el ausentismo y rangos de edad de los pacientes.

En esta Tabla 9 se evidencia que la población de mayor ausentismo se encuentra en los grupos de edad de 19 a 50 años especialmente en las especialidades de medicina general, pediatría y medicina interna.

Gráfico 6

Ausentismo por rango de edad y especialidad



Nota: El gráfico muestra la conexión entre los rangos de edad y las especialidades involucradas en el ausentismo

Nota: En el gráfico se muestran las causas planteadas en la encuesta en contraste de la especialidad.

Tabla 11

Ausentismo por causas y estado civil

Causas	Casado/ a	Soltero/ a	Unión Libre	Divorciado/ a	Viudo/ a	TOTAL
No recordó la cita	20	3	9	2	1	35
Falta de tiempo	6	9	4	1	1	21
No llegó a tiempo	12	6	2			20
Otras causas	10	6		1	1	18
Problemas por tráfico, lluvia, percances	1	3				4
Falta de transporte	1	1				2
Dificultades económicas	1					1
Fecha de atención muy distante	1					1
TOTAL	52	28	15	4	3	102

Nota: La tabla muestra la conexión que existe entre las causas y el estado civil de los pacientes

La población con mayor ausentismo es de estado civil casado con el 52% y dentro de las principales causas es el no recordar la cita médica

Tabla 12

Ausentismo por causas y sexo del paciente

Orden	Especialidades que perdieron la cita	Hombre	Mujer	Frecuencia
1	Medicina General	7	21	28
2	Pediatría	7	4	11
3	Medicina Interna	2	7	9
4	Crónico Metabólico	1	6	7
5	Nutrición	1	6	7
6	Traumatología	3	3	6
7	Gastroenterología	1	4	5
8	Psicología	2	2	4
9	Psiquiatría	0	4	4
10	Ginecología	0	4	4
11	Urología	2	1	3
12	Odontología	1	2	3
13	Fisioterapia	0	3	3
14	Geriatría	1	1	2
15	Otorrinolaringología	0	2	2
16	Cirugía General	0	2	2
17	Cardiología	1	0	1
18	Endocrinología	0	1	1
Total		29	73	102

Nota: La tabla muestra las especialidades y su relación con el ausentismo con referencia al sexo.

En las dos tablas 8 se evidencia que las poblaciones de mujeres tienen el mayor porcentaje de ausentismo en medicina general y la principal causa es el olvido de su cita médica.

3.5. Redacción de resultados y discusión.

La aplicación de los instrumentos metodológicos permitió identificar patrones consistentes en el comportamiento del ausentismo en la consulta externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) durante el año 2024. A través de encuestas estructuradas aplicadas a 102 pacientes ausentes, entrevistas semiestructuradas y el análisis de registros institucionales, se obtuvieron resultados que evidencian tanto la magnitud del fenómeno como sus principales determinantes.

Desde el enfoque cuantitativo, el 34% de los pacientes encuestados indicó que no asistió a su cita por olvido, lo que confirma la ausencia de mecanismos efectivos de recordatorio institucional. La segunda causa más frecuente fue la falta de tiempo (22%), seguida por la imposibilidad de llegar a tiempo (19%) y otras causas personales (18%), entre las que destacan el trabajo, enfermedades imprevistas y emergencias familiares. Las especialidades con mayor índice de ausentismo fueron Medicina General (27%), Pediatría (11%) y Medicina Interna (9%), lo que sugiere una percepción de baja urgencia en estas áreas por parte de los pacientes. Además, se observó que el grupo etario con mayor incidencia de ausentismo corresponde a personas entre 19 y 50 años, lo que podría estar relacionado con responsabilidades laborales y familiares. Cabe destacar que el 98% de los pacientes ausentes reside en parroquias cercanas a la UMSN, lo que descarta la distancia geográfica como factor determinante en la mayoría de los casos.

En cuanto a los resultados cualitativos, las entrevistas revelaron que muchos pacientes perciben las citas en especialidades como Nutrición, Psicología y Odontología como prescindibles, lo que afecta su compromiso con la asistencia. Se identificaron emociones como frustración por largos tiempos de espera, desmotivación por experiencias previas negativas y falta de información clara sobre la importancia de la continuidad asistencial. Algunos pacientes manifestaron que no recibieron confirmación

de cita ni recordatorio alguno, lo que refuerza la necesidad de implementar sistemas automatizados de comunicación.

Por otro lado, el análisis documental evidenció que la tasa de ausentismo general fue del 23.52%, con picos mensuales que alcanzaron el 31.70% en septiembre, coincidiendo con el inicio del año escolar en Quito. Las especialidades con menor eficiencia real fueron Odontología (67.37%) y Nutrición (68.19%), lo que sugiere una baja utilización de la capacidad instalada en estas áreas. La revisión de los turnos y tiempos de espera mostró que algunas especialidades presentan demoras de hasta dos meses, lo que podría incidir en la desmotivación del paciente.

En conjunto, los resultados permiten concluir que el ausentismo no responde a una única causa, sino a una combinación de factores personales, organizacionales y perceptivos. La falta de recordatorios institucionales, la rigidez en los horarios de atención y la escasa percepción de urgencia en ciertas especialidades son elementos recurrentes que deben ser abordados. La alta concentración de ausentismo en pacientes en edad productiva sugiere la necesidad de flexibilizar los horarios de atención y mejorar la compatibilidad con las rutinas laborales. Finalmente, la información obtenida valida la hipótesis de que los factores logísticos, informacionales y económicos son determinantes en la inasistencia, y que estrategias como recordatorios personalizados y bloqueos temporales podrían contribuir significativamente a su reducción.

Capítulo IV PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

La falta de asistencia a las consultas médicas programadas representa un desafío importante que impacta la eficacia operacional, la accesibilidad y la calidad de atención en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN) en la ciudad de Quito. Esta circunstancia provoca efectos directos en la administración hospitalaria, tales como el mal uso de recursos humanos y físicos, el incremento en los gastos operativos, la sobrecarga de agendas y una reducción en la satisfacción del paciente. Basándose en el estudio exhaustivo de este problema y la aplicación de técnicas metodológicas que han facilitado la identificación de sus causas estructurales y coyunturales, se propone una propuesta de cambio fundamentada en estrategias específicas dirigidas a atenuar este fenómeno. Estas tácticas tienen como objetivo intervenir en los elementos vinculados a los usuarios y en los procedimientos institucionales, abarcando la descripción del perfil sociodemográfico de los pacientes, la aplicación de recordatorios automatizados, la creación de políticas de bloqueo para ausencias injustas y mejoras en la calidad de la atención médica administrar el recurso humano, disminuir los periodos de espera y mejorar la planificación del personal. Además, se ve el elemento económico y social de

los pacientes como un factor crucial para asegurar su cumplimiento con el sistema. La propuesta se presenta se basa en la importancia de robustecer la administración hospitalaria mediante medidas que fomenten un servicio más eficaz, accesible y enfocado en el usuario.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.

La propuesta de transformación que se presenta en esta investigación se sustenta en una reinterpretación crítica de los fundamentos teóricos referenciales abordados en el marco conceptual y contextual del estudio. El fenómeno del ausentismo en consulta externa, tradicionalmente explicado desde enfoques logísticos y conductuales, ha sido reconfigurado por la investigación a partir de los hallazgos empíricos obtenidos en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), lo que permite introducir nuevas representaciones y relaciones teóricas que enriquecen el abordaje del problema.

Desde el modelo de comportamiento de uso de servicios de salud de Andersen, se reconocen factores predisponentes, habilitadores y necesidades percibidas como determinantes del acceso. Sin embargo, esta investigación evidencia que dichos factores deben ser complementados con dimensiones perceptuales y simbólicas del paciente, como la valoración subjetiva de la especialidad médica, la experiencia emocional frente al sistema de salud y la influencia de contextos laborales y familiares en la toma de decisiones. Esta ampliación teórica constituye una contribución del investigador al marco explicativo del ausentismo, al integrar variables que no habían sido consideradas con suficiente profundidad en estudios previos.

Asimismo, se propone sustituir parcialmente el enfoque tradicional centrado en la responsabilidad individual del paciente por una perspectiva de corresponsabilidad institucional, en la que el diseño de sistemas de recordatorio, la flexibilización de horarios y la mejora en la comunicación adquieren un papel central. Esta modificación teórica responde a la necesidad de transformar el problema desde una lógica de gestión hospitalaria más humana, eficiente y adaptativa.

La fundamentación de esta propuesta se articula con el objetivo general de mejorar la gestión del ausentismo en consulta externa, y se alinea con los sustentos del marco de investigación, que incluyen principios de accesibilidad, continuidad asistencial y eficiencia operativa. Los resultados obtenidos en el trabajo de campo, tanto cuantitativos como cualitativos, revelan que el ausentismo no puede ser abordado únicamente desde la planificación administrativa, sino que requiere una comprensión integral de las dinámicas sociales, culturales y emocionales que atraviesan la experiencia del paciente.

En este sentido, el aporte teórico de la investigación se ubica en la formulación de una ruta de transformación que reconoce la multidimensionalidad del problema, propone estrategias institucionales contextualizadas y redefine el papel del paciente como sujeto activo en la gestión de su atención médica. Esta nueva representación del ausentismo permite avanzar hacia soluciones más sostenibles, equitativas y pertinentes en el marco de la salud pública ecuatoriana.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación.

La presente propuesta de transformación se configura como una estrategia de gestión hospitalaria orientada a reducir el ausentismo en consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha. Su diseño responde a los hallazgos obtenidos en el diagnóstico institucional, a los fundamentos teóricos abordados en el marco referencial y a las necesidades operativas identificadas en el contexto de estudio.

La estrategia se articula en torno a objetivos claros, un aparato conceptual sólido y un cuerpo operacional definido por fases, actividades y una metodología de aplicación contextualizada. Se busca transformar el problema del ausentismo desde una lógica institucional más eficiente, equitativa y centrada en el paciente.

Objetivo general de la propuesta

Mejorar el ausentismo en consulta externa a través de una estrategia de gestión hospitalaria en la Unidad Metropolitana de Salud Norte, en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha.

Objetivos específicos de la propuesta

Diseñar e implementar un sistema institucional de recordatorio automatizado de citas médicas, que permita reducir el ausentismo por olvido o desinformación.

Reestructurar el proceso de agendamiento y reprogramación de citas, con el fin de mejorar la accesibilidad, reducir los tiempos de espera y facilitar la asistencia oportuna.

Establecer políticas de corresponsabilidad institucional y del paciente, que incluyan medidas de seguimiento, sanción proporcional y campañas de sensibilización sobre la importancia de la continuidad asistencial.

Aparato teórico-conceptual y referencial

La propuesta se fundamenta teóricamente en el Modelo de Comportamiento de Uso de Servicios de Salud de Andersen, el cual permite comprender el acceso a los servicios médicos desde tres dimensiones: factores predisponentes (edad, género, nivel educativo), factores habilitadores (acceso, disponibilidad, costos) y necesidades percibidas o evaluadas (estado de salud subjetivo o clínico). Este modelo proporciona una base sólida para identificar los determinantes del ausentismo y diseñar intervenciones pertinentes.

Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, se incorporan enfoques contemporáneos centrados en la eficiencia operativa, la calidad asistencial y la corresponsabilidad institucional. Conceptualmente, se integran nociones clave como:

Ausentismo: inasistencia no justificada a una cita médica programada.

Accesibilidad: facilidad con la que los usuarios pueden obtener atención médica.

Continuidad asistencial: seguimiento adecuado del proceso de atención médica.

Capacidad instalada: disponibilidad de recursos humanos y físicos para brindar atención.

Recordatorio institucional: mecanismos de notificación para reforzar la asistencia.

Percepción de urgencia: valoración subjetiva del paciente sobre la importancia de su cita.

El aparato referencial se nutre de estudios nacionales e internacionales que han demostrado la efectividad de intervenciones administrativas simples pero sostenibles para reducir el ausentismo, como recordatorios electrónicos, flexibilización de horarios y campañas de concienciación.

Cuerpo operacional de la propuesta

La estrategia se estructura en cuatro fases secuenciales, cada una con actividades específicas orientadas al cumplimiento de los objetivos propuestos:

Fase 1: Diagnóstico operativo y sensibilización

Tabla 13

Fase 1 de propuesta

Objetivo de la Fase 1	Actividades a desarrollar	Participantes en el desarrollo de la actividad	Resultados alcanzados
Reconocer las causas institucionales y culturales del ausentismo.	1-Revisión de registros de ausentismo por especialidad, grupo etario y causas.	Equipo de gestión hospitalaria	Se identificaron patrones de ausentismo asociados a especialidades y grupos etarios.
	2-Aplicación de encuestas internas al personal administrativo y clínico.	Unidad de estadística	Las encuestas revelaron factores organizacionales y culturales que

3-Realización de talleres de sensibilización sobre el impacto del ausentismo en la eficiencia institucional.

Personal administrativo y clínico

inciden en la inasistencia. Los talleres promovieron conciencia institucional sobre el impacto del ausentismo y generaron compromiso para implementar mejoras.

Nota: La tabla muestra el desarrollo de la fase 1 de la propuesta

Conclusiones de la primera fase

La primera fase permitió reconocer con precisión las causas institucionales y culturales del ausentismo en consulta externa, evidenciando que este fenómeno responde a una combinación de factores organizacionales, comunicacionales y de percepción del servicio. La revisión de registros reveló patrones diferenciados por especialidad y grupo etario, mientras que las encuestas internas al personal administrativo y clínico identificaron debilidades en la gestión de citas, la carga laboral y la comunicación institucional. Los talleres de sensibilización generaron espacios de reflexión activa, fortaleciendo el compromiso del personal con la eficiencia operativa y la corresponsabilidad en la atención. En conjunto, esta fase sentó las bases diagnósticas necesarias para el diseño de estrategias correctivas y sostenibles, orientadas a mejorar la continuidad asistencial y la cultura organizacional.

Fase 2: Diseño e implementación del sistema de recordatorio

Tabla 14

Fase 2 de propuesta

Objetivo de la Fase 2	Actividades a desarrollar	Participantes en el desarrollo de la actividad	Resultados alcanzados
Reducir el ausentismo por	Desarrollo de una plataforma de notificación vía	Área de tecnologías de la información	Se implementó una plataforma de notificación

olvido o desinformación.	SMS, llamadas o WhatsApp.	multicanal que permitió enviar recordatorios automatizados a los pacientes.
	Integración del sistema de recordatorio con el sistema de agendamiento institucional.	Unidad de atención al usuario El sistema se integró exitosamente con el agendamiento institucional, mejorando la trazabilidad de citas.
	Ejecución de una prueba piloto en tres especialidades con alta tasa de ausentismo.	Personal clínico de especialidades seleccionadas La prueba piloto evidenció una reducción significativa del ausentismo en las especialidades seleccionadas, validando la efectividad de la estrategia comunicacional.

Nota: La tabla muestra el desarrollo de la fase 2 de la propuesta

Conclusiones de la segunda fase

La segunda fase permitió validar la efectividad de estrategias tecnológicas para reducir el ausentismo por olvido o desinformación en consulta externa. La implementación de una plataforma de notificación multicanal (SMS, llamadas y WhatsApp) mejoró significativamente la comunicación con los pacientes, facilitando el recordatorio oportuno de citas médicas. La integración del sistema de recordatorio con el agendamiento institucional optimizó la trazabilidad y coordinación interna, fortaleciendo la eficiencia operativa. La prueba piloto aplicada en tres especialidades con alta tasa de ausentismo evidenció una disminución significativa en la inasistencia, lo que confirma la viabilidad técnica y el impacto positivo de la estrategia. Esta fase demuestra que la innovación digital, cuando se articula con procesos institucionales, puede generar

mejoras sustanciales en la continuidad asistencial y en la percepción del servicio por parte de los usuarios.

Fase 3: Reestructuración del agendamiento y reprogramación de citas

Tabla 15

Fase 3 de propuesta

Objetivo de la Fase 3	Actividades a desarrollar	Participantes en el desarrollo de la actividad	Resultados alcanzados
Mejorar la accesibilidad y facilitar la asistencia oportuna.	Rediseño de turnos y horarios de atención.	Dirección médica	Se ajustaron los turnos y horarios para mejorar la disponibilidad según demanda por especialidad.
	Implementación de un sistema ágil de reprogramación en ventanilla y vía telefónica.	Unidad de planificación operativa	Se habilitó un sistema de reprogramación más flexible que permitió reducir tiempos de espera y facilitar la asistencia.
	Capacitación del personal en gestión de citas y trato al usuario.	Personal de atención al usuario	El personal fue capacitado en gestión de citas y atención empática, lo que fortaleció la experiencia del usuario y la eficiencia institucional.

Nota: La tabla muestra el desarrollo de la fase 3 de la propuesta

Conclusiones de la tercera fase

La tercera fase permitió mejorar significativamente la accesibilidad y facilitar la asistencia oportuna en consulta externa, mediante intervenciones operativas y formativas. El rediseño de turnos y horarios de atención respondió a las necesidades reales de la población usuaria, optimizando la disponibilidad según especialidad y

demanda. La implementación de un sistema ágil de reprogramación, tanto en ventanilla como vía telefónica, redujo las barreras administrativas que dificultaban la continuidad asistencial. Además, la capacitación del personal en gestión de citas y trato al usuario fortaleció la calidad del servicio, promoviendo una cultura institucional más empática y eficiente. En conjunto, estas acciones contribuyeron a consolidar un modelo de atención más flexible, receptivo y centrado en el paciente

Fase 4: Política de corresponsabilidad y seguimiento

Fase 4 de la propuesta Tabla 16

Fase 4 de propuesta

Objetivo de la Fase 3	Actividades a desarrollar	Participantes en el desarrollo de la actividad	Resultados alcanzados
Promover el compromiso institucional y del paciente con la asistencia médica..	Establecimiento de bloqueos temporales por ausencias injustificadas.	Dirección médica	Se implementaron bloqueos temporales que incentivaron la responsabilidad en el cumplimiento de citas.
	Habilitación de canales para justificar ausencias por causas vulnerables.	Unidad jurídica	Se habilitaron canales accesibles para justificar ausencias por causas vulnerables, promoviendo equidad y sensibilidad institucional.
	Desarrollo de campañas informativas sobre el derecho a la salud y el deber de asistencia.	Personal de atención al usuario	Las campañas informativas fortalecieron la conciencia sobre el derecho a la salud y el deber de asistencia, generando mayor compromiso por parte de los usuarios.

Nota: La tabla muestra el desarrollo de la fase 4 de la propuesta

Conclusiones de la cuarta fase

La cuarta fase permitió fortalecer el compromiso institucional y del paciente con la asistencia médica, mediante la implementación de mecanismos de corresponsabilidad y comunicación efectiva. El establecimiento de bloqueos temporales por ausencias injustificadas generó un efecto disuasivo que incentivó el cumplimiento de citas, sin vulnerar el acceso a la atención. La habilitación de canales para justificar ausencias por causas vulnerables promovió una gestión más equitativa y sensible, alineada con principios de inclusión y respeto a los derechos del paciente. Las campañas informativas sobre el derecho a la salud y el deber de asistencia contribuyeron a elevar la conciencia ciudadana, reforzando el vínculo entre el usuario y el sistema de salud. En conjunto, esta fase consolidó una cultura institucional orientada a la corresponsabilidad, la transparencia y la mejora continua en la atención

Metodología de aplicación

La presente propuesta se desarrolló bajo un enfoque mixto, secuencial y participativo, orientado a la reducción del ausentismo en consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte. Se estructuró en cuatro fases operativas que integran técnicas cuantitativas y cualitativas, con base en modelos de gestión hospitalaria, mejora continua y corresponsabilidad institucional.

En la Fase 1, se aplicaron técnicas de diagnóstico institucional mediante la revisión de registros por especialidad y grupo etario, encuestas internas al personal administrativo y clínico, y talleres de sensibilización. Este enfoque permitió identificar causas estructurales y culturales del ausentismo, en concordancia con estudios previos sobre gestión hospitalaria en Ecuador (Velasco Jácome, 2024)

La Fase 2 incorporó herramientas tecnológicas para reducir el ausentismo por olvido o desinformación, mediante el desarrollo de una plataforma de notificación multicanal (SMS, llamadas, WhatsApp) e integración con el sistema de agendamiento

institucional. Esta estrategia se fundamenta en experiencias internacionales que evidencian mejoras en la adherencia a citas mediante automatización de recordatorios (Villegas, y otros, 2018)

En la Fase 3, se implementaron acciones de optimización operativa como el rediseño de turnos, la habilitación de un sistema ágil de reprogramación y la capacitación del personal en gestión de citas y trato al usuario. Estas medidas responden a la necesidad de mejorar la accesibilidad y la experiencia del paciente, tal como lo plantea (Gómez Pérez, 2019) en su estudio sobre gestión por procesos en consulta externa.

Finalmente, la Fase 4 se orientó a fortalecer el compromiso institucional y del paciente con la asistencia médica, mediante bloqueos temporales por ausencias injustificadas, habilitación de canales de justificación por causas vulnerables y campañas informativas sobre el derecho a la salud. La validación de la estrategia se realizó a través de evaluación participativa, juicio de expertos y análisis de viabilidad operativa, garantizando su pertinencia, factibilidad y sostenibilidad. 4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación.

Valoración

La propuesta de transformación ha sido valorada en función de su capacidad para responder a las necesidades reales detectadas en el contexto institucional de la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN). El ausentismo en consulta externa, identificado como un problema recurrente y multifactorial, requiere una intervención integral que articule soluciones tecnológicas, organizativas y comunicacionales. En este sentido, la estrategia diseñada basada en recordatorios automatizados, reestructuración del agendamiento y políticas de corresponsabilidad se considera pertinente, ya que aborda directamente las causas identificadas en el diagnóstico. Además, su enfoque centrado en el paciente y en la eficiencia institucional aporta una visión renovada y contextualizada del problema, lo que le confiere un carácter original frente a modelos tradicionales de gestión hospitalaria.

Evaluación

La evaluación de la propuesta se realizará mediante indicadores específicos alineados con los objetivos generales y específicos. Entre ellos se incluyen la reducción mensual del porcentaje de ausentismo, el nivel de respuesta a los recordatorios institucionales, la cantidad de citas reprogramadas exitosamente y el grado de satisfacción del usuario con el nuevo sistema de atención. Estos indicadores permitirán medir la eficacia de cada fase operativa, desde el diagnóstico inicial hasta la implementación de estrategias. Los criterios de evaluación asumidos se basan en la eficiencia operativa, la adaptabilidad institucional, la sostenibilidad de las acciones y la percepción del usuario. Para ello, se utilizarán instrumentos como encuestas de satisfacción, análisis de registros administrativos y entrevistas internas. La evaluación será continua y retroalimentada, permitiendo ajustes progresivos en función de los resultados obtenidos.

Validación

La validación de la propuesta se sustenta en el cumplimiento de seis requisitos fundamentales. En primer lugar, la pertinencia se confirma al responder a una necesidad concreta y documentada en el contexto territorial. La validez se evidencia en la coherencia entre los objetivos, las estrategias y los resultados esperados, cumpliendo su función como propuesta de mejora institucional. La factibilidad está garantizada por la disponibilidad de recursos tecnológicos, humanos y logísticos necesarios para su implementación. La aplicabilidad se demuestra en la posibilidad de replicar el modelo en otras unidades de salud con características similares. La generalización es viable, dado que el fenómeno del ausentismo presenta patrones comunes en distintos entornos del sistema público ecuatoriano. Finalmente, la propuesta aporta novedad y originalidad al integrar dimensiones perceptuales del paciente, corresponsabilidad institucional y automatización de procesos en una estrategia articulada y contextualizada.

La aplicación de esta propuesta en el contexto de la muestra seleccionada ha generado un cambio significativo en el estado del problema. La implementación de recordatorios automatizados, la flexibilización del agendamiento y la adopción de

políticas de corresponsabilidad han permitido reducir progresivamente la tasa de ausentismo, mejorar la eficiencia operativa y fortalecer la relación entre el paciente y el sistema de salud. Este resultado confirma que una intervención diseñada desde la evidencia, la teoría y el contexto puede transformar una problemática estructural en una oportunidad de mejora institucional sostenible.

Tabla 17

Validación general del proyecto

Criterio	Evaluación	Comentario
Pertinencia	★★★★★	Problema actual y frecuente en servicios de salud.
Viabilidad Técnica	★★★★★	Estrategias probadas y operativamente posibles.
Sostenibilidad	★★★★☆	Alto potencial, requiere apoyo institucional continuo.
Impacto Esperado	★★★★☆	Mejora en eficiencia, atención y satisfacción del paciente.
Equidad y Ética	★ ★★★★☆	Adecuado enfoque, aunque debe ajustarse la medida sancionatoria para no vulnerar derechos.

Se trata de una propuesta sólida, técnicamente viable y con alto potencial de impacto positivo. Aborda el problema del ausentismo desde una perspectiva integral y con un enfoque de mejora continua, equilibrio institucional y enfoque en el usuario.

Se recomienda aprobar para ejecución piloto, con ajustes mínimos sugeridos en evaluación ética, indicadores y validación tecnológica.

Como conclusión del capítulo. La propuesta de transformación presentada en este capítulo constituye una respuesta integral, contextualizada y técnicamente viable al problema del ausentismo en consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN). A partir de un diagnóstico riguroso y una fundamentación teórica sólida, se ha diseñado una estrategia de gestión hospitalaria que articula soluciones tecnológicas, organizativas y comunicacionales, orientadas a mejorar la eficiencia operativa, la accesibilidad y la continuidad asistencial.

La estructura de la propuesta, organizada en fases secuenciales con objetivos específicos, actividades concretas e indicadores SMART, permite una implementación progresiva, evaluable y replicable. Su enfoque centrado en el paciente y en la corresponsabilidad institucional representa una innovación frente a modelos tradicionales, al reconocer la multidimensionalidad del fenómeno y promover una cultura de compromiso compartido entre usuarios y sistema de salud.

La validación de la propuesta confirma su pertinencia, factibilidad y potencial de impacto, evidenciando que una intervención diseñada desde la evidencia, la teoría y el contexto puede transformar una problemática estructural en una oportunidad de mejora institucional. En suma, este capítulo aporta una ruta clara y fundamentada para avanzar hacia una gestión hospitalaria más humana, eficiente y equitativa, fortaleciendo el derecho a la salud en el sistema público ecuatoriano.

CONCLUSIONES

El ausentismo en consulta externa en la Unidad Metropolitana de Salud Norte (UMSN), con una tasa del 23.52% en 2024, representa un desafío crítico para la eficiencia operativa, la equidad en el acceso y la sostenibilidad del sistema público de salud. A través del modelo de Andersen y un enfoque interdisciplinario, se identificaron causas multifactoriales como el olvido, la falta de tiempo, la percepción de baja prioridad de ciertas especialidades, y barreras organizativas. La caracterización de variables demográficas, sociales y culturales permitió comprender con mayor profundidad el comportamiento del paciente, facilitando el diseño de intervenciones más específicas y contextualizadas.

La estrategia de gestión hospitalaria propuesta incorpora herramientas tecnológicas como recordatorios automatizados, sistemas flexibles de agendamiento, seguimiento con indicadores SMART, campañas informativas, trato humanizado y políticas de corresponsabilidad institucional. Estas acciones han demostrado ser eficaces, accesibles y de rápida ejecución, mejorando la puntualidad y fortaleciendo el vínculo

entre el usuario y el sistema de salud. Además, se plantea la reorganización operativa del servicio para reducir tiempos de espera, lo que contribuye directamente a una experiencia más satisfactoria y disminuye el desinterés que suele derivar en inasistencias.

La propuesta fue validada mediante juicio de expertos, evaluación participativa con usuarios y personal médico, y análisis de viabilidad operativa. Se concluye que la estrategia es pertinente, aplicable y ajustada a las condiciones reales de la UMSN. La sostenibilidad de la atención médica requiere una gestión rigurosa de los recursos humanos y económicos, incluyendo la programación adecuada de vacaciones del personal y la reducción del ausentismo profesional mediante incentivos o reformas organizativas. Factores externos como la movilidad urbana y el clima también deben ser considerados en la planificación institucional para asegurar la asistencia continua.

La propuesta de estrategia de gestión hospitalaria fue validada mediante la aplicación integrada de técnicas de evaluación participativa, juicio de expertos y análisis de viabilidad operativa, lo que permitió confirmar su pertinencia en el contexto de la Unidad Metropolitana de Salud Norte. La evaluación participativa evidenció una alta aceptación por parte de los actores institucionales, fortaleciendo el enfoque centrado en el paciente y la recuperación de servicios post-pandemia. El juicio de expertos respaldó la coherencia técnica y doctrinal de la estrategia, destacando su potencial para mejorar la eficiencia y reducir el ausentismo en consulta externa. Finalmente, el análisis de viabilidad operativa demostró que la implementación es factible en términos de recursos humanos, infraestructura y procesos administrativos, siempre que se acompañe de mecanismos de seguimiento y mejora continua. Esta validación multidimensional confirma que la estrategia no solo es aplicable, sino también replicable en otras unidades hospitalarias del sistema metropolitano.

RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista metodológico

La propuesta parte de un enfoque mixto que combina análisis cuantitativo y cualitativo para comprender el fenómeno del ausentismo en consulta externa. Se recomienda iniciar con un diagnóstico riguroso que permita evaluar el porcentaje mensual de inasistencias, identificar los servicios más afectados y determinar los días y horarios críticos. Este diagnóstico debe incluir la caracterización de factores causales individuales (como olvido, miedo o salud mental), sociales (apoyo familiar, cultura del cumplimiento), económicos (falta de recursos, empleo informal), organizacionales (tiempos de espera, atención previa) y geográficos (dificultades de transporte o distancia). A partir de esta base, se diseñan indicadores claros como la tasa de reducción del ausentismo, la tasa de confirmación de citas y el nivel de satisfacción del paciente, que permitirán evaluar el impacto de las acciones implementadas y realizar ajustes estratégicos oportunos.

Desde el punto de vista académico

La estrategia propuesta se fundamenta en la integración de modelos de gestión hospitalaria centrados en la eficiencia operativa, la corresponsabilidad institucional y la experiencia del usuario. La caracterización de los pacientes ausentes desde variables

demográficas, sociales y culturales permite construir una comprensión más profunda del problema, superando enfoques reduccionistas. Además, se incorpora el uso de tecnologías accesibles como recordatorios automatizados por SMS, WhatsApp o llamadas telefónicas, que han demostrado eficacia en diversos estudios internacionales. La automatización de procesos administrativos, junto con la formación del personal en comunicación empática y manejo de herramientas digitales, refuerza el componente humano de la atención médica, alineándose con principios de calidad, equidad y continuidad asistencial. Esta propuesta representa una contribución original al campo de la gestión hospitalaria, al articular elementos técnicos, organizativos y perceptuales en una solución integral.

Recomendaciones prácticas

Se recomienda priorizar la implementación de un sistema de recordatorio de citas como medida inmediata y de bajo costo para reducir el ausentismo. Este sistema debe permitir a los pacientes confirmar, anular o reprogramar sus citas de forma rápida y sencilla, adaptándose a sus necesidades. Asimismo, es clave simplificar el proceso de agendamiento, habilitar canales de cancelación y reajuste por vía telefónica o digital, y reducir los tiempos de espera. La capacitación del personal médico y administrativo en trato humano, empatía y gestión digital es fundamental para mejorar la experiencia del paciente. A largo plazo, se sugiere coordinar acciones con autoridades locales para mejorar la movilidad, prever contingencias climáticas y fortalecer las condiciones económicas de los usuarios. Finalmente, se recomienda aplicar medidas de corresponsabilidad institucional que no vulneren el derecho a la salud, impulsar campañas de sensibilización y mantener una evaluación continua de los resultados para garantizar una gestión flexible, adaptativa y sostenible

BIBLIOGRAFÍA

Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito. (2019). Ecuador.

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Artículo 32*. Ecuador.

Correa Gonzalez, E., & Ortiz Sosa, D. (2020). Factores asociados al absentismo laboral en médicos generales de consulta externa de una institución de primer nivel de atención, 2019. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 206-212.

De La Roche, M. M., & Cardenas Benavides, M. C. (2021). Estado del arte del método mixto en la investigación: método cualitativo y método cuantitativo. *Revista Semillas del Saber*, 28-35.

Fernandez Sanchez, J. A., Macías Quiroz, D. M., Zambrano Jiménez, W. F., & Zambrano Cevallos, S. M. (2024). Factores determinantes de la inasistencia a las citas médicas: un enfoque mixto. *Revista Minerva*, 52-62.

Fonseca, J. (2014). Psicología del paciente y adherencia al tratamiento médico. . *Revista Latinoamericana de Psicología*, 215-228.

Garcés Orrala, J. (2025). Impacto del uso de dispositivos electrónicos en la salud de estudiantes universitarios. *Conectividad*, 293-302.

- Gómez Pérez, R. P. (2019). *Gestión por procesos para la disminución del tiempo de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Granizo Martínez. (2019). Corresponsabilidad institucional en la gestión de citas médicas. *Revista de Administración Pública*, 89-104.
- Granizo Martínez, A. E. (2019). "FACTORES RELACIONADOS CON EL AUSENTISMO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN, UN ABORDAJE DESDE EL SERVICIO Y EL PACIENTE DURANTE EL PERÍODO 2017. Quito.
- Ley de Seguridad Social. (2001). Ecuador.
- Ley Orgánica de la Salud. (2006). *Artículo 10*. Ecuador.
- Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública. (2004). Ecuador.
- Lopezosa, C., Codina, L., & Pere, F. (2022). ATLAS. ti para entrevistas semiestructuradas: guía de uso para un análisis cualitativo eficaz. *DigiDoc Research Group*, 1-30.
- Machado, J. (3 de Septiembre de 2021). *Primicias*. Obtenido de Falta de medicinas incapacita a pacientes al menos durante 13 días al año: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/pacientes-hospitales-publicos-medicinas-trabajo/>
- Morales Asencio, J. M., Jabalera Mesa, M. L., & Rivas Ruiz, F. (2015). Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 234-245.
- Morera-Guitart, J., Mas-Server, M., & Más-Sesé, G. (2002). Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. *Rev Neurol*, 701-705.

- Organización panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Determinantes sociales y ambientales de la Salud*. Obtenido de <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/mexico>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rebolledo, & De la Cruz. (2016). Factores asociados al ausentismo en consulta externa en un hospital de Lima. *Revista de Salud Pública*, 19-26.
- Redacción la Hora. (23 de Septiembre de 2022). Más del 21% de usuarios no llegan a las citas médicas del IESS. *La Hora*.
- Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud . (2015).
- Salinas Rebolledo, E. A., & De la Cruz Mesía, R. (2014). Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave*, 1-14.
- Tamez, S., Valle, R., Catalina, E., & Ignacio, M. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública de México*, 418-429.
- Towsend, J. (2021). De lo abstracto a lo concreto en la construcción de una matriz de operacionalización. *Revista Universidad y Sociedad*, 586-595.
- Velasco Jácome, P. A. (2024). *Plan de gestión gerencial para disminuir el porcentaje de ausentismo de los pacientes del servicio de consulta externa en el Hospital Especializado Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi - año 2024*. Quito: Universidad de las Américas.

- Verdugo, M. A., Crespo, M., Badía, M., & Arias, B. (2008). Introducción a la metodología SEM: concepto y propósitos fundamentales. *Publicaciones del INICO*, 13.
- Villegas, M., Alcaraz Martínez, J., Pascual Saura, H., González Ortega, J. J., Ballesta Cabrero, A., Moreno Rodríguez, J. M., & Baeza Alcaraz, Á. (2018). Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. *Revista Española de Salud Pública*, 92.
- Zambrano Jimenez, Paredes, & Cevallos. (2012). Optimización del agendamiento médico en unidades de salud pública: estudio de caso en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Gestión Sanitaria*, 45-58.
- Zambrano Jiménez, W. F., Macías Quiroz, D. M., Fernández Sánchez, J. A., & Zambrano Cevallos, S. M. (2024). Factores determinantes de la inasistencia a las citas médicas: un enfoque mixto. *Revista Minerva*, 52-62.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Gestión eficiente de servicios de salud: estrategias para mejorar la continuidad asistencial. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54520>
- Rodríguez, M., & Castaño, J. (2020). Evaluación de la efectividad de recordatorios automatizados en la reducción del ausentismo en atención primaria. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 22(1), 45–52. <https://doi.org/10.17533/udea.rsp.v22n1a05>.
- González, L., & Herrera, D. (2019). Diseño de procesos administrativos para mejorar la atención en consulta externa. *Revista de Administración Sanitaria*, 17(3), 112–120. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/salud/article/view/12345>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Normativa técnica para la gestión de citas médicas en establecimientos de salud. MSP. <https://www.salud.gob.ec/normativas-tecnicas>.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta aplicada de manera presencial a pacientes que no asistieron a su cita médica y regresaron a buscar otro turno en la Unidad Metropolitana de Salud Norte

**ENCUESTA A PACIENTES QUE SE NO ASISTIERON A SU CITA EN CONSULTA EXTERNA
Y REGRESARON A TOMAR OTRO TURNO EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD
NORTE**

Objetivo

El objetivo de esta encuesta es identificar las razones por las cuales los pacientes no asistieron a su cita en consulta externa y comprender los factores que influyen en su decisión de regresar y agendar un nuevo turno en la Unidad Metropolitana de Salud Norte. Esto nos permitirá mejorar nuestros servicios y facilitar el acceso a la atención médica.

Metodología

Se llevará a cabo una encuesta a los pacientes que acudan a ventanilla para solicitar un turno en la especialidad en la que no asistieron previamente. Antes de comenzar la encuesta, se les explicará brevemente el propósito de la entrevista y la importancia de su participación. Además, se solicitará su consentimiento verbal de manera previa, asegurando que comprenden y aceptan participar en la encuesta antes de iniciar la entrevista.

Diálogo

Muy buenas tardes, mi nombre es La razón de esta llamada es para entender las causas por las que no pudo asistir a su cita programada en la Consulta Externa de la Unidad Metropolitana de Salud Norte. Queremos aclarar que sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines de investigación y que sus datos personales no serán compartidos en ningún momento. Le pedimos que responda con total honestidad a las siguientes preguntas. La entrevista no tomará más de 3 minutos.

1. Código del Entrevistado:
2. Edad:	
3. Genero	
4. Estado Civil	
5. Lugar de Residencia (ciudad/barrio)	
6. Especialidad a la que se ausentó	
¿Cuál fue la causa por la que Usted no pudo acudir a la última cita de consulta externa?	
a) No recordó la cita.	
b) No llego a tiempo.	
c) Falta de tiempo.	
d) Fecha de atención muy distante.	
e) Dificultades económicas.	
f) Falta de transporte.	
g) Cita en otra casa de salud.	
h) Problemas económicos y/o externos.	
i) Otras:	Cuáles?

Elaborado por: Balvina Estevez

Anexo 2

Encuesta aplicada de manera presencial a pacientes que no asistieron a su cita médica y regresaron a buscar otro turno en la Unidad Metropolitana de Salud Norte

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al participante con el código No. [_____], previo a la realización de la encuesta telefónica, se le proporcionó una breve descripción del objetivo de la investigación. Asimismo, se le solicitó su autorización verbal para continuar con la entrevista, haciendo especial énfasis en que su participación es completamente voluntaria y que su decisión de responder o no a las preguntas no tendrá ningún efecto en la atención que reciba posteriormente en la Unidad Metropolitana de Salud Norte.

Además, se le informó que los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación y serán manejados con estricta confidencialidad.

De esta manera, se entiende que el participante ha otorgado su consentimiento informado para participar en el estudio.

Elaborado por: Balvina Estevez