



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**

**UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

**I MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA**

**MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD. ESTUDIO DE CASO: SERVICIO DE EMERGENCIA  
DE LOS HOSPITALES BACA ORTIZ, PABLO ARTURO SUÁREZ Y  
EUGENIO ESPEJO DE QUITO**

**Tesis para optar al título de Magíster en Gestión Pública**

**Autor: Raúl Edison Montúfar Villacís**

**Director: Duván Emilio Ramírez Ospina, Dr.**

**Quito, abril 2014**

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
SECRETARIA GENERAL

No. 035-2014

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Quito, a los diez y seis días del mes de abril, del año dos mil catorce, **RAUL EDISON MONTUFAR VILLACIS**, portador de la cédula de ciudadanía: 1704892445, **EGRESADO DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA**, se presentó a la exposición y defensa oral de su Tesis, con el tema: **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ESTUDIO DE CASO: SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES BACA ORTIZ, PABLO ARTURO SUÁREZ Y EUGENIO ESPEJO DE QUITO"**, dando así cumplimiento al requisito, previo a la obtención del título de: **MAGÍSTER EN GESTIÓN PÚBLICA**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

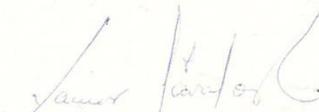
Promedio Académico:	9.25
Tesis Escrita:	9.42
Grado Oral:	9.52
<b>Nota Final Promedio:</b>	<b>9.39</b>

En consecuencia, **RAUL EDISON MONTUFAR VILLACIS**, ha obtenido el título mencionado.

Para constancia firman:

  
Mgs. Reina Artieda  
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

  
Mgs. Carlos Marchán  
MIEMBRO

  
Mgs. Xavier Dávalos  
MIEMBRO

De conformidad con la facultad prevista  
en el estatuto del IAEN, CERTIFICO que la  
presente es fiel copia del original

  
Ab. Lino Valencia Z.  
DIRECTOR DE SECRETARÍA GENERAL

  
Secretaría General



Fojas 01  
Fecha 16/04/2014



## AUTORÍA

Yo, Raúl Edison Montúfar Villacís, con CI: 170489244-5, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo; así como, los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad del autor de la tesis.

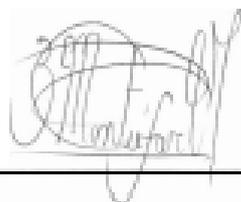


RAÚL EDISON MONTÚFAR VILLACÍS  
170489244-5

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de esta Tesis, de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada, o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

Quito, abril, 2014



---

RAÚL EDISON MONTÚFAR VILLACÍS

170489244-5

## Resumen

Este estudio busca la ampliación del conocimiento acerca de la pertinencia de las respuestas que está ofreciendo la Administración Pública a las necesidades de los ciudadanos en el Ecuador, intentando determinar cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud, mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales. Para el efecto, se desarrolla un estudio de caso en las unidades de emergencia de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito, que indaga las posturas de autoridades, personal de la salud, pacientes y familiares, busca la comprensión de sus conductas bajo el paradigma constructivista, y analiza la dimensión institucional y la problemática sistémica. El trabajo investigativo se organiza en cuatro capítulos: en el primero, se presenta los antecedentes, la problemática que lleva a la investigación, las razones que la justifican, el supuesto investigativo a comprobar, los objetivos a lograr, la metodología y las técnicas aplicadas; el segundo, construye un marco teórico referencial afirmado sobre cuatro dimensiones conceptuales y sus interrelaciones: Calidad, Administración y Gestión Públicas, Políticas Públicas y Servicios Públicos; en el tercero se presenta la metodología de recolección de datos, los resultados obtenidos, así como su análisis e interpretación; el último capítulo expone algunas observaciones y conclusiones del investigador, varias recomendaciones de los actores contrastadas bajo el prisma del marco teórico construido, y una propuesta sistémica que integra los resultados anteriores, añade la perspectiva de las mejores prácticas encontradas y agrega los hallazgos de investigaciones previas relacionadas, para contribuir a la democratización de las políticas públicas y al fortalecimiento de la voluntad ciudadana en ampliar su capacidad de influencia en la calidad de los servicios públicos.

**Palabras clave:** calidad, gestión pública, políticas públicas, servicios públicos, salud.

## ***Abstract***

*This study aims to extend the knowledge about the relevance of the answers that the public administration is offering to the needs of citizens in Ecuador, trying to determine how quality policies in public administration of health services, can improve citizens' perception of the quality of public health services they receive in hospitals. To this end, a case study is developed in the emergency units of three public hospitals in the city of Quito, which explores the views of authorities, health personnel, patients and families, seeks to understand their behavior under the constructivist paradigm, and analyzes the institutional dimension and systemic problems. The research work is divided into four chapters: the first, the backgrounds, the problem leading to the investigation, the reasons for it, check the research course, the objectives to achieve, methodology and applied techniques is presented; then, build a theoretical framework stated on four conceptual dimensions and their interrelations: Quality, Public Administration and Management, Public Policy and Public Services; in the third, data collection methodology, results, analysis and interpretation is presented; the final chapter presents some observations and conclusions of the research, several recommendations of the actors from the perspective of contrasting theoretical framework built, and a systemic approach that integrates the above results, adds the perspective of best practices found and adds the findings of previous research related, to contribute to the democratization of public policies and strengthening the citizens' will to expand its influence in the quality of public services.*

***Key words:*** *quality, public management, public policies, public services, health.*

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a mi esposa, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi vida, al recuerdo de mi madre ejemplo y luz de mi existencia y a mis hijos por valorar el esfuerzo realizado, y por el tiempo que con mis estudios les privé de mi presencia

.

## **Agradecimiento**

A mi tutor, Duván Ramírez Ospina por su valiosa guía y por la confianza depositada en mi persona al tomar la decisión de dirigirme a distancia. Gracias por creer en mí.

Al Instituto de Altos Estudios Nacionales que me dio la oportunidad de enriquecer mi formación académica en el ámbito público. A los docentes de la Maestría en Gestión Pública 2011-2012, que vertieron todo su acervo de experiencias y conocimientos en sus estudiantes. A la Coordinación y al personal administrativo que con su gestión y apoyo facilitaron nuestras actividades.

A las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud y de la Secretaría Nacional de la Administración Pública, a las autoridades, funcionarios y personal de salud de los Hospitales Pablo Arturo Suárez, Baca Ortiz y Eugenio Espejo por las facilidades que prestaron para la realización de la investigación.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b> .....	1
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>1 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS</b> .....	9
1.1 Antecedentes .....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	11
1.3 Justificación .....	12
1.4 Supuesto.....	14
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 General .....	15
1.5.2 Específicos.....	15
1.6 Marco metodológico .....	16
1.6.1 Metodología.....	16
1.6.2 Técnicas .....	17
<b>2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	20
2.1 Calidad.....	21
2.1.1 Estado del arte .....	21
2.1.2 Definiciones de calidad .....	27
2.1.3 Modelos de calidad en la gestión pública.....	31
2.1.3.1 <i>European Foundation for Quality Management (EFQM)</i> .....	32
2.1.3.2 <i>Common Assessment Framework (CAF)</i> .....	32
2.1.3.3 <i>International Standardization Organization (ISO 9001:2008)</i> .....	33

2.1.3.4	Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.....	33
2.2	Teoría de la Administración Pública.....	34
2.2.1	Administración pública .....	34
2.2.1.1	Marco histórico .....	34
2.2.1.2	Reformas administrativas.....	39
2.2.2	Gestión Pública .....	41
2.2.3	Nueva Gestión Pública (NGP).....	43
2.2.3.1	Fundamentos teóricos.....	43
2.2.3.2	Caracterización.....	46
2.2.3.3	Experiencias destacadas .....	48
2.2.3.4	Tendencias .....	52
2.3	Políticas Públicas, Política y Servidores Públicos .....	54
2.3.1	Definiciones de Políticas Públicas .....	54
2.3.2	Ciclo de las Políticas Públicas .....	55
2.3.2.1	Definición del problema.....	56
2.3.2.2	Formulación de alternativas.....	57
2.3.2.3	Implantación de la solución .....	59
2.3.2.4	Evaluación .....	60
2.3.3	Análisis de Políticas Públicas .....	62
2.3.4	Estudio: Formulación de las Políticas Públicas en el Ecuador .....	65
2.3.5	Políticas de Gestión Pública de Salud en Ecuador .....	68
2.3.5.1	Acreditación de Hospitales Públicos .....	70
2.3.5.2	Gobierno por Resultados (GPR).....	72
2.3.6	Política.....	76
2.3.6.1	Relación Política-Administración Pública .....	76
2.3.6.2	Poder, intereses e ideas.....	77

2.3.7	Servidores Públicos .....	79
2.3.7.1	Estudio: Servidores Públicos en el Ecuador.....	84
2.4	Servicios Públicos.....	86
2.4.1	Lo sustantivo .....	87
2.4.1.1	Valor e interés público.....	87
2.4.1.2	Participación y control social.....	88
2.4.1.3	Ciudadanos y derechos .....	95
2.4.2	Lo racional.....	101
2.4.2.1	Eficiencia, eficacia y efectividad.....	101
2.4.2.2	Calidad y satisfacción.....	105
2.4.2.3	Clientes y beneficiarios .....	107
2.4.3	Servicios públicos de salud.....	110
2.4.3.1	La calidad en los servicios públicos de salud .....	110
2.4.3.2	Estudio: Calidad de los servicios públicos en el Ecuador .....	115
2.4.3.3	La experiencia de los servicios públicos de salud de México.....	118
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>124</b>
3.1	Recolección de información .....	124
3.2	Resultados.....	130
3.2.1	Autoridades y funcionarios administrativos .....	130
3.2.1.1	Políticas de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud.....	131
3.2.1.2	Percepciones de los usuarios de los servicios de emergencia de los hospitales públicos sobre la calidad de los servicios que reciben. ....	133
3.2.1.3	Alternativas de mejoramiento de la calidad en la gestión pública, en el ámbito de los servicios públicos de salud hospitalarios. ....	134
3.2.1.4	Acciones para mejorar las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios. ....	136
3.2.2	Profesionales y personal de atención de salud.....	139

3.2.3	Usuarios .....	142
3.2.4	Observación participante y no participante.....	145
3.3	Análisis e interpretación de resultados .....	149
3.3.1	Autoridades y funcionarios administrativos .....	149
3.3.2	Profesionales y personal de atención de salud.....	156
3.3.3	Usuarios .....	166
<b>4</b>	<b>    CAPÍTULO IV: EL FUTURO .....</b>	<b>173</b>
4.1	Recomendaciones .....	174
4.2	Propuestas de mejor futuro .....	180
4.2.1	En lo macro: calidad en la gestión pública de los servicios de salud.....	182
4.2.1.1	Contrato fiduciario: MSP-Agencia de Calidad.....	183
4.2.2	En lo meso: calidad en la gestión de los servicios públicos de salud hospitalarios .....	184
4.2.2.1	Contratos de gestión: Ministerio de Salud Pública-Hospitales.....	187
4.2.2.2	Cartas de Compromiso: Hospital-Ciudadano y Hospital-Personal .....	188
4.2.2.3	Veedurías Ciudadanas Hospitalarias.....	189
4.2.3	En lo micro: calidad en la gestión de los servicios de salud hospitalarios ...	196
4.2.3.1	Cambio organizacional de Hospitales.....	197
4.3	Conclusiones.....	205
	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>215</b>
	Libros, <i>papers</i> , revistas .....	215
	Páginas WEB .....	225
	Entrevistas.....	226
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>230</b>
	ANEXO 1: Transcripción de entrevista semi estructurada seleccionada: .....	230
	ANEXO 2: Transcripción de entrevista no estructurada seleccionada .....	233

ANEXO 3: Transcripción de resultados del diagnóstico preliminar de la <i>Accreditation Canada International</i> al Hospital Eugenio Espejo. ....	243
ANEXO 4: Banco de preguntas de entrevistas semi estructuradas y de entrevistas estructuradas. ....	255
Entrevistas semi estructuradas .....	255
Entrevistas estructuradas.....	255
ANEXO 5: Gráficos de entrevistas estructuradas.....	259

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Calidad de los servicios públicos .....	114
Gráfico 2. Desajustes de la calidad.....	115
Gráfico 3. Inconvenientes percibidos con respecto a la atención de salud en los servicios de emergencia del HBO, HEE y HPAS .....	170
Gráfico 4. Relaciones causales en los servicios públicos de salud.....	198

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Entrevistas a usuarios/as por sexo y unidad de salud .....	127
Tabla 2. Entrevistas por sexo, tipo de entrevistado y organización .....	128

### **ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro 1. Criterios de profesionales y personal de salud del HBO, HEE y HPAS .....	141
Cuadro 2. Análisis, criterios autoridades, funcionarios de salud SNAP, MSP, HBO, HEE y HPAS .....	155
Cuadro 3. Análisis de criterios, personal de salud emergencias: HBO, HEE y HPAS .....	161

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es determinar cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales. La investigación exploratoria se llevó con un estudio de caso en los servicios de emergencia de los hospitales Baca Ortiz, Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez, todos ubicados en el sector urbano de la ciudad de Quito. El estudio se enmarca en el paradigma constructivista, que indaga la conducta humana buscando su comprensión e interpretación mediante un acercamiento metodológico de corte cualitativo.

Las técnicas empleadas fueron la investigación documental, la observación participante y no participante, las entrevistas estructuradas, semi estructuradas y no estructuradas, el análisis de contenido y el análisis del discurso. Se realizaron 80 entrevistas (72 válidas), el 45% correspondió a usuarios, el 36% al personal de salud de los servicios de emergencia de las unidades de salud, y el 19% a autoridades y funcionarios de la SNAP, MSP y hospitales bajo estudio.

Del análisis de las entrevistas a usuarios, se obtuvo que los principales inconvenientes percibidos en la atención de salud fueron: la falta de información médica clara, el tiempo de espera y el trato del personal, resultados coincidentes con las percepciones de la observación participante y no participante. Los resultados obtenidos con los profesionales médicos y el personal de salud, fueron agrupados en tres dimensiones, macro, meso y micro (Cuadro 3). Los dos últimos, más vinculados con el estudio de caso, revelaron entre los meso, falta de información al usuario sobre las políticas de salud, inequidad de sus derechos, y maltrato por parte de los usuarios, y entre los micro,

insuficiente capacitación especializada, falta de estímulos al buen desempeño y deterioro del clima laboral.

Los criterios de autoridades, analizados conforme los objetivos específicos de la investigación (Cuadro 2), revelan la preocupación por estrategias comunicacionales más efectivas de las nuevas políticas, un acercamiento a las necesidades del usuario y a una gestión pública participativa de la salud, y la intención de una reorganización orgánica estructural en los hospitales, que incluye un enfoque en los usuarios internos, en su formación, capacitación e incentivos, y en proyectos específicos de mejora. También se proponen iniciativas puntuales como las Cartas de Servicios y la Agencia de Calidad de las unidades de salud.

Con este diagnóstico, se prepararon tres propuestas. Una macro o estructural para que la Agencia de Calidad se convierta en un Agente fiduciario que gestione un Sistema Integral de Calidad de los Servicios de Salud, una meso, participativa e instrumental con tres opciones de gestión: las Veedurías Ciudadanas Hospitalarias, las Cartas de Compromiso Hospital-Ciudadanos-Personal de Salud, y los Contratos de Gestión MSP-Hospitales, que servirían de interfaz, entre las posiciones de autoridades, personal de la salud y usuarios, y una micro , que convierte la intención de reforma estructural hospitalaria en una propuesta de cambio organizacional con acciones concretas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud hospitalarios.

El estudio termina concluyendo que existen políticas de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud, que no utilizaron mecanismos de participación en la formulación de sus aspectos sustantivos, y que para una mayor efectividad en su ejecución, reclaman un mayor esfuerzo comunicacional. Las percepciones de los usuarios de hospitales sobre inconvenientes en la calidad de los servicios, también

apuntan a carencias comunicacionales, como falta de información médica y trato adecuado. Existen alternativas y acciones sustantivas e instrumentales de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios públicos de salud hospitalarios, que están en el imaginario de autoridades, funcionarios y personal de la salud, que si son implantadas en la perspectiva de derechos y como sugieren las propuestas, mejorarían las percepciones de los usuarios acerca de la calidad de los servicios que reciben.

## **1 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS**

En este capítulo se presentan algunos antecedentes, la problemática que lleva a la investigación, las razones que la justifican, un supuesto investigativo a comprobar, los objetivos que se pretenden alcanzar con la misma, y la metodología y las técnicas que se emplearán en su desarrollo.

### **1.1 Antecedentes**

La presente propuesta pretende sumar criterios y evidencias empíricas que aporten a la ampliación del conocimiento acerca de la pertinencia de las respuestas que está ofreciendo la Administración Pública a las demandas de la sociedad ecuatoriana en lo concerniente al mejoramiento en la gestión pública de los servicios de salud.

Aunque el objetivo central de la investigación no es un análisis exhaustivo de la calidad de las políticas públicas de salud, o del rol que desempeñan los servidores públicos de la salud en la calidad de los servicios, debido a la relevancia que adquieren estos dos tópicos en torno a la calidad en la gestión pública de los servicios de salud, son abordados constantemente en distintos acápite del presente documento.

Sin embargo, un estudio particular del impacto que tiene el ciclo de las políticas públicas de salud en el Ecuador sobre la calidad de gestión, y/o de las reformas burocráticas y sus efectos en la gestión pública de la salud en este país, podrían constituir preocupación de futuras investigaciones relacionadas.

Acciones para el mejoramiento de la calidad de la gestión pública ecuatoriana en general – como la adopción del enfoque de Gobierno por Resultados (GPR)<sup>1</sup>-, o de la gestión particular de ciertos sectores – como el establecimiento de niveles de atención en el sector salud-, han sido concebidas en función de lograr la satisfacción ciudadana con los servicios públicos.

Para aportar a dilucidar si esta concepción responde a la realidad, se desarrolla un estudio de caso relativo a los servicios de salud que se ofrecen en las unidades de emergencia de tres entidades hospitalarias públicas de la ciudad de Quito: los Hospitales Baca Ortiz, Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez.

Dado que Ase y Buriyovich (2010), reivindican el derecho a la salud y otros derechos como el de “participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas” (Ase y Buriyovich, 2010:271), y Aguilar (n.d.) afirma que es necesario que exista “participación ciudadana en la elaboración e implementación de las políticas públicas, registro de la voz del ciudadano en sus expectativas y percepciones acerca del servicio público” (Aguilar, n.d.:106), la investigación trata de conjeturar, cuál ha sido el grado de participación de diferentes actores interesados, en la formulación y ejecución de ciertas políticas públicas que afectan la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios.

Según Deming, “los términos buena calidad y control de calidad no tienen ningún significado si no es en referencia a las necesidades del consumidor” (Deming citado por Gabor, 1991:89), por ello la investigación también se propone indagar, en qué medida ciertas políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud responden a

---

<sup>1</sup> Enfoque descrito en la Norma Técnica del GPR, emitida por la Secretaría Nacional de la Administración Pública del Ecuador (SNAP), en diciembre del año 2011.

las necesidades y expectativas que tienen los ciudadanos de la calidad de los servicios de salud que reciben en los hospitales.

## **1.2 Planteamiento del problema**

La calidad y la satisfacción que reciben y obtienen los ciudadanos con los servicios públicos tienen componentes subjetivos en los que tercian las percepciones de los actores que intervienen en los procesos. Esto, sumado a la variedad de referentes conceptuales dados a la calidad, a las diferentes dimensiones que adquiere el término en un ámbito específico y a la variedad de acciones de gestión pública promovidas para el mejoramiento de los servicios públicos, dan como resultado un alto grado de incertidumbre en el debate de la calidad de los servicios públicos.

Tampoco se ha encontrado suficiente investigación académica acerca del efecto de las políticas de mejoramiento de calidad en la gestión pública, sobre las expectativas de servicio que tienen los ciudadanos. El presente trabajo, pretende contribuir al avance del conocimiento en este ámbito mediante un estudio de caso de la realidad hospitalaria pública, que aporta criterios acerca de los efectos de la gestión pública de salud, en los servicios de salud hospitalarios<sup>2</sup> y proporciona fundamentos empíricos que ayudan a responder a la pregunta de investigación planteada: ¿cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios?

Como corolario de la investigación, se analizan y proponen acciones de mejoramiento de la calidad de las políticas de gestión pública en el sector de la salud, específicamente en el área hospitalaria, que podrían ser implementadas en los hospitales bajo

---

<sup>2</sup> Léase, “que aporta criterios acerca de los efectos de la calidad en la gestión pública de salud, en la calidad de los servicios de salud hospitalarios”.

investigación o en otros de características similares a los que han sido objeto de estudio. Finalmente se contribuye con alternativas de acciones de mejora, que pretenden elevar la calidad de atención que ofrecen las instituciones hospitalarias y las percepciones que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios que reciben, iniciativas que también podrían ser adoptadas en todo el sector hospitalario público.

### **1.3 Justificación**

El presente trabajo se encuadra en la línea de investigación de la Maestría en Gestión Pública del IAEN denominada Tecnología de Gestión. La mayoría de las iniciativas de gestión pública que las autoridades estatales del Ecuador están adoptando en materia de control, aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios públicos de salud, se pueden catalogar como instrumentos de gestión, que se subordinan a las denominadas tecnologías de gestión<sup>3</sup>.

Por un lado, la Administración Pública ecuatoriana, a través de la implantación del Programa Nacional de Excelencia (2012-2013) cuyo enfoque es el ciudadano, está interesada en incrementar la calidad de los servicios públicos, y las competencias y conductas del personal para entregar servicios de calidad. La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo también ha considerado importante conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios públicos, acerca de la calidad de los servicios que reciben (SENPLADES, 2009). Su estudio concluye que es necesario realizar estudios cualitativos en cada servicio, para basar la toma de decisiones y acciones en información más objetiva, y buscar las explicaciones de los análisis realizados.

---

<sup>3</sup> GPR, *Call center* para citas médicas, regularización de los niveles de atención, licenciamiento de las unidades de salud, acreditación de los hospitales, entre otras.

Por otro lado, investigadores de instituciones académicas, como la FLACSO sede Ecuador, se han interesado en estudiar el proceso de formulación de las políticas públicas en este país (Mejía, et al., 2009), o en habilitar mecanismos de captación de las percepciones de los usuarios de los servicios públicos de la salud, como el Observatorio de la Salud y el Ambiente de la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Quito.

La presente investigación, precisamente propone un estudio de orden cualitativo en el sector de los servicios públicos de salud hospitalarios, que recoge las percepciones de los usuarios internos y externos de tales servicios, cuyos resultados pueden colaborar con información objetiva en la toma de decisiones informadas de los decisores públicos, al tiempo que complementar estudios anteriores, con explicaciones causales provenientes de los mismos afectados.

Lo novedoso de este estudio, es que propone acercarse a los ciudadanos, al personal de salud de los prestadores de servicios y a las autoridades y funcionarios, para conocer sus percepciones y actuar en consecuencia. Este enfoque, permitiría legitimar las acciones de los decisores de la salud, elevaría la calidad de diseño de políticas que buscan mejorar los servicios públicos de salud hospitalarios, posibilitaría mejores decisiones en la reforma de tales servicios, aumentaría la confianza y la satisfacción de los usuarios con los servicios que reciben, e incrementaría a la vez la realización personal y el consecuente apoyo y colaboración de los servidores públicos, lo que redundaría finalmente en la efectividad de ejecución de las políticas públicas de salud.

Se espera que el análisis e interpretación de los resultados del presente estudio puedan ser aplicados a toda la realidad hospitalaria, dado que la influencia de las políticas relevantes de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud, afecta a la calidad percibida por los usuarios de todos los servicios públicos hospitalarios. Una apropiada difusión de los principales resultados de esta investigación,

en las instituciones públicas relacionadas con la calidad de la gestión pública en salud, contribuiría a sumar esfuerzos en relación al mejoramiento de los servicios públicos de salud que reciben los ciudadanos ecuatorianos.

Se aspira a que este trabajo sirva para que otros investigadores desarrollen mecanismos innovadores de retroalimentación ciudadana, que trasladen las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios públicos y las percepciones del personal que entrega dichos servicios, a los formuladores y ejecutores de las políticas públicas, para que éstos persigan más eficazmente la satisfacción y la colaboración de unos y otros.

#### **1.4 Supuesto<sup>4</sup>**

El análisis del marco teórico subsecuente sugiere que, la calidad en la gestión pública se encuentra irremediabilmente relacionada con la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y que la participación de los ciudadanos y de los funcionarios públicos son factores determinantes en la construcción y ejecución de las políticas públicas, entre ellas, las que se enfocan a mejorar los servicios públicos.

Por tanto, el supuesto bajo el cual se realiza la investigación es: las políticas que apuntan a mejorar la calidad en la gestión pública en el ámbito de los servicios de salud, escasamente toman en cuenta las percepciones que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales.

---

<sup>4</sup> Por el carácter cualitativo de la investigación reemplaza a la Hipótesis.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 General**

Determinar cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales.

### **1.5.2 Específicos**

- Identificar políticas relevantes de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud, desarrolladas por el gobierno ecuatoriano de la “Revolución Ciudadana”, las posturas de sus actores principales, y su influencia en la calidad percibida por los usuarios de los servicios públicos hospitalarios.
- Establecer las percepciones, que tienen los usuarios de los servicios de emergencia hospitalaria pública, sobre la calidad de los servicios que reciben en esas unidades de atención.
- Construir una propuesta con alternativas de mejoramiento de la calidad en la gestión pública, en el ámbito de los servicios públicos de salud hospitalarios.
- Construir una propuesta con acciones que contribuyan a mejorar las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios que reciben en los hospitales públicos.

## **1.6 Marco metodológico**

### **1.6.1 Metodología**

Para la construcción del marco teórico referencial, se efectúa una revisión bibliográfica de los elementos conceptuales relevantes definidos en las cuatro dimensiones fundamentales propuestas en el análisis: calidad, gestión pública, políticas públicas y servicios públicos. La revisión bibliográfica del desarrollo de la administración pública, y de algunas investigaciones previas relacionadas con las temáticas de la calidad de los servicios públicos, la construcción de políticas públicas y la situación de los servidores públicos en el Ecuador, han permitido la contextualización de las políticas de mejoramiento de calidad de la gestión pública en el sector salud ecuatoriano.

Buscando establecer relaciones de causalidad en torno al interrogante planteado, se efectúa un acercamiento a la investigación explicativa, tratando de identificar mediante medios documentales y bibliográficos, con un marco histórico relevante, las tendencias en los ámbitos administrativo, organizacional y político, que permitan reflexionar sobre el papel actual y futuro de la calidad de la gestión pública y su influencia en la calidad de los servicios de salud.

El trabajo de campo gira alrededor de un estudio de caso de los servicios de emergencia en tres unidades de salud públicas representativas de la ciudad de Quito: los hospitales Baca Ortiz, Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez. Esta investigación presenta doble finalidad:

- i) Levantar información primaria, en función de determinar las percepciones que tienen sobre la calidad de los servicios públicos de salud, los usuarios de los servicios de emergencia de esos hospitales.

- ii) Obtener información primaria acerca de las posiciones y percepciones que tienen las autoridades de esas unidades de salud y el personal de salud de los servicios estudiados, ante las políticas de mejoramiento de la calidad de gestión pública en el ámbito hospitalario.

Se complementa el trabajo de campo con una investigación realizada, por una parte con funcionarios de la Secretaría Nacional de la Administración Pública del Ecuador (SNAP) encargados de la formulación y ejecución de las políticas de mejoramiento de la calidad en la gestión pública, y por otra, con autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud Pública de este país, encargados de la formulación e implantación de las políticas de calidad de los servicios públicos de salud.

La fase de análisis, hace acopio de la investigación interpretativa para alinear, contrastar e interpretar los resultados empíricos encontrados en la investigación de campo, a la luz del marco teórico construido. Con base en los resultados obtenidos, se plantean alternativas que llevan al debate propuestas específicas para el mejoramiento de la calidad en la gestión pública de los servicios públicos de salud hospitalaria y acciones para mejorar las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios.

### **1.6.2 Técnicas**

Para un acercamiento más fino, a continuación se describen las técnicas específicas empleadas en cada una de las fases metodológicas. Cabe enfatizar previamente que el estudio se enmarca en el paradigma constructivista, que permite tener como objetivo de análisis la comprensión de la conducta humana y la interpretación del punto de vista del

actor social (Corbetta, 2007:52). Por tanto, el acercamiento metodológico tiene un marcado sesgo cualitativo.

Para adelantar la investigación tendiente a cumplir con el primer objetivo específico, se aplican entrevistas no estructuradas a las diferentes autoridades y funcionarios de la SNAP y del MSP que participaron, o tienen a su cargo la formulación de las políticas de mejoramiento de la calidad de la gestión pública y de la calidad de los servicios de salud respectivamente.

En el desarrollo de la metodología de acercamiento al segundo objetivo específico, se administran entrevistas estructuradas a muestras de ciudadanos usuarios de los servicios públicos de salud de las unidades de emergencia, en los hospitales bajo estudio. Las respuestas se validan mediante observaciones no participantes en los momentos de producción y entrega de los servicios.

Para lograr el tercero y cuarto objetivos específicos, se desarrollan entrevistas semi estructuradas a los profesionales médicos, personal de salud y servidores públicos de las unidades de emergencia, en los hospitales bajo análisis.

Las respuestas obtenidas en las entrevistas, se sistematizan y se validan mediante las técnicas de análisis de contenido y observación participante, y se interpretan con apoyo de técnicas de análisis del discurso. El análisis se sustenta en reflexiones críticas apoyadas en el marco teórico desarrollado, así como en resultados de investigaciones previas relacionadas con la problemática en cuestión, que son presentadas en el marco teórico.

Respecto de investigaciones previas sobre temáticas relacionadas, cabe aclarar que no se pretende realizar un análisis comparativo de resultados, sino más bien constituir el

presente trabajo como fuente de explicación a los fenómenos revelados por dichas investigaciones, como complemento de información para la toma de decisiones y acciones públicas informadas.

En este capítulo se ha explicitado la problemática que lleva a la investigación (qué), las razones que justifican que se haga ésta investigación (por qué), un supuesto investigativo a comprobar, los objetivos que se pretenden alcanzar con la misma y la metodología y las técnicas que llevarán a su logro (cómo). A continuación se construye un referente teórico que servirá como elemento de soporte básico para el resto de la investigación.

## **2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

La construcción del marco teórico referencial se cimenta sobre cuatro dimensiones conceptuales fundamentales y sus interrelaciones: teoría de la calidad, administración y gestión pública, políticas públicas y servicios públicos, que son desarrolladas en este capítulo. La primera aborda un estado del arte de la calidad, algunas definiciones, y los modelos relevantes que existen sobre calidad de gestión pública y calidad de salud.

La segunda se preocupa de la Administración y de la Gestión Pública, principalmente de la Nueva Gestión Pública -paraguas bajo el que se cobija la gestión de calidad-, su génesis, los elementos que la caracterizan y las tendencias de gestión a futuro.

La tercera se enfoca en el ciclo y en el análisis de las políticas públicas, el efecto de la política, los intereses, los referenciales y la acción de los servidores públicos en su formulación y ejecución, una mención a dos políticas públicas de gestión que afectan la calidad de los servicios de salud: la acreditación de hospitales y el gobierno por resultados (GPR). Aquí se mencionan también dos estudios: uno relativo a la formulación de las políticas públicas y otro a la situación de los servidores públicos en Ecuador.

La última trata de los servicios públicos, relacionándolos con conceptos que se identifican con dos vertientes, la una política: valor e interés públicos, participación y control social, ciudadanos y derechos, y la otra gerencial: eficiencia y efectividad, calidad y satisfacción, clientes y resultados. Finaliza el análisis con referencias a la calidad de los servicios públicos de salud, a un estudio de la calidad de los servicios públicos en Ecuador, y una breve descripción de los servicios públicos de salud en

México, país que hace más de 20 años emprendió una reforma de salud orientada hacia la calidad.

## **2.1 Calidad**

### **2.1.1 Estado del arte**

Se desarrolla un estado del arte en torno a este concepto, puesto que la calidad es transversal a los elementos estructurales de la investigación: políticas de calidad de la gestión pública y calidad de los servicios públicos de salud.

Se puede resumir el desarrollo evolutivo de la teoría de la calidad en tres grandes momentos: antes, durante y posterior al siglo XX. En el primero se destaca el estudio de antiguas civilizaciones como la egipcia, fenicia y babilónica, la edad media y la primera revolución industrial; en el segundo prominentes exponentes establecen los grandes avances que revolucionaron este campo de estudio, y el tercero que hoy se vive, calificado por Aguilar (2006) como la era de la gerencia del conocimiento.

En relación al primer momento, se mencionan primitivos vestigios de aplicación de la calidad en la civilización babilónica, con la promulgación del Código de Hammurabi (2150 a. de J.C.) que aplicó severos castigos ante fallas en las responsabilidades de los cirujanos y los arquitectos (Claude, 1974:10). De los fenicios se conoce que adoptaron prácticas para castigar las faltas repetidas de calidad en la elaboración de productos defectuosos, y de los inspectores egipcios (1450 a. de C.) se sabe que comprobaban con un cordel las medidas de los bloques de piedra (Lloréns y Fuentes, 2006:14).

En la Edad Media, los artesanos se empeñaron en imprimir calidad a su trabajo y sus productos. Aunque existe relativamente baja producción histórico-literaria, se ha

conocido que los gobiernos fijaban normas en pesos y medidas y los inspectores o capataces sólo aceptaban los productos que cumplían con el patrón de calidad establecido. Claude (1974), cita como ejemplo el Arsenal de Venecia<sup>5</sup>, en donde un comité de planificación estableció políticas de estandarización en el montaje y manufactura de los barcos y galeras (Claude, 1974:37).

Los inicios de la revolución industrial implicó la necesidad de contar con procedimientos para controlar la calidad de los productos fabricados bajo un sistema de producción masiva, que se iniciaba diseñando piezas bajo parámetros que garantizaban su uniformidad, fabricándolas y ensamblándolas en líneas de producción al final de las cuales se las inspeccionaba para establecer su conformidad con los estándares preestablecidos. En esta época la calidad se juzgaba de acuerdo a la uniformidad alcanzada (Lloréns y Fuentes, 2006:15).

Al segundo momento, de la evolución de la calidad en el siglo pasado, Garvin lo divide en cuatro etapas: calidad mediante inspección, control estadístico de la calidad, aseguramiento de la calidad y la calidad como estrategia competitiva (Garvin citado por Lloréns y Fuentes, 2006:15-19).

Aguilar en cambio compendia cronológicamente la teoría de la calidad del siglo XX en tres etapas: la primera que va desde 1910 hasta 1950, dedicada al control de la calidad, con Shewhart como su exponente principal; la segunda comprendida desde 1950 a 1980, identificada con el aseguramiento de la calidad, con Deming, Jurán e Ishikawa<sup>6</sup> como sus figuras destacadas; y la tercera que comprende las tres últimas décadas del

---

<sup>5</sup> Astillero gubernamental creado en 1426 para cubrir la necesidad de una flota armada que protegiera el comercio de Venecia del siglo XV.

<sup>6</sup> Son considerados como la trilogía de gurús americanos de la calidad.

siglo pasado, que promueve la calidad total y que encuentra en Feigenbaum, Crosby y Peters a sus cultores principales (Aguilar, 2006:343).

Seguidamente se resume características y cultores destacados de cada etapa:

Una de las primeras obras acerca de la calidad, en la primera etapa del siglo anterior, fue la de Radford, quien en 1922 publica *The control of Quality in Manufacturing*. Sin embargo el avance más notable de la teoría de la calidad en esta etapa llegaría en 1931 con la publicación de *Economic Control of Quality of Manufactures Product*, escrito por el físico Shewhart, un investigador de los Laboratorios Bell, quien se dice fue mentor de Deming<sup>7</sup>, y que más tarde publicará *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*, obra que durante años se constituyó en la biblia del control de calidad (Gabor, 1991:74-84).

La segunda etapa, está caracterizada por los aportes de la trilogía de gurús americanos de la calidad, y se inicia con Deming, cuyo pensamiento formó parte de una nueva filosofía administrativa, holística, que incluye algunos principios de prominentes expertos en calidad japoneses<sup>8</sup>, así como elementos de la teoría de la motivación<sup>9</sup> que evocan la necesidad de una sociedad genuinamente democrática en el lugar de trabajo (Gabor, 1991:25-26).

Por el papel que le cupo desempeñar en la recuperación japonesa luego de la guerra, Deming ha sido considerado, luego de Mc-Arthur, como “el más famoso y reverenciado americano en Japón en los años de posguerra” (Gabor, 1991:112). En Japón, país al que visitó casi anualmente durante 40 años, difundió sus ideas de la calidad como

---

<sup>7</sup> A quien se lo conoce como el padre de la calidad.

<sup>8</sup> Como Kaoru Ishikawa y Genichi Taguchi.

<sup>9</sup> Entre cuyos cultores están Frederik Herzberg, Abraham Maslow y Douglas McGregor.

adecuación al objetivo, la variación, la planificación de productos basada en el cliente, el ciclo Deming<sup>10</sup>, la mejora continua de los productos y servicios, el muestreo estadístico y los gráficos de control.

Otro de los gurús de la calidad fue Jurán, quien estableció que la calidad está en el uso real del producto o servicio, es decir en el grado en que satisface con éxito las necesidades del cliente (Jurán, 1993:33.6). Introdujo el concepto de clientes internos, se interesó en estudiar los costos de la calidad y fue el primero en aplicar el principio de Pareto, cuyo fundamento para mejorar la calidad es identificar unos pocos problemas vitales en lugar de muchos problemas triviales.

Jurán introdujo la figura del Consejo de Calidad para gestionar las actividades de calidad de una organización. Sugirió que para implantar en la práctica un proyecto de calidad, la organización debería trabajar sobre un problema específico y seguir un proceso de seis fases para su solución<sup>11</sup>. Planteó que los problemas de calidad en los países en desarrollo no pueden resolverse sólo en el ámbito privado, sino que los gobiernos deben liderar programas nacionales de control de calidad, que incluyan aspectos de normalización, certificación, promoción, formación, legislación y la creación de una infraestructura institucional que brinde soporte a estas actividades (James, 1997:47).

En esta etapa también destacan por mérito propio dos japoneses: Ishikawa y Taguchi. El primero conocido como el padre de los Círculos de Calidad, fue parte importante del proceso de exportación del control de calidad a varias naciones del mundo, dictando

---

<sup>10</sup> Que consiste en Planear, Hacer, Chequear y Actuar. Ciclo conocido como PDCA por sus siglas en inglés *Plan, Do, Check y Act*.

<sup>11</sup> Técnica similar a la actual DMAMC (definir, medir, analizar, mejorar y controlar) del enfoque Seis Sigma.

seminarios de control de calidad en el extranjero desde 1956, y formando Asociaciones para el Control de Calidad en muchos países (Ishikawa, 1992:9-10).

Creador del conocido diagrama de espina de pescado, y partidario de formar a toda la organización en técnicas estadísticas, desde la alta dirección hasta los trabajadores de planta. El núcleo de sus contribuciones fue su preocupación por las técnicas de resolución de problemas con “los pies en el suelo” y su concepción de las quejas de los clientes como oportunidades para reajustar y mejorar la calidad (James, 1997:56).

La principal contribución del segundo, Taguchi, es su práctica proactiva del control de calidad a través de un diseño y un desarrollo eficaces, sugiriendo la importancia de invertir tiempo y esfuerzo en diseñar y planificar para ahorrar en el futuro más esfuerzo, tiempo y costos en el control de calidad. Utilizó técnicas de diseño experimental y exhortó a no conformarse sólo con satisfacer los límites de las especificaciones, sino a esforzarse por alcanzar objetivos mayores (James, 1997:57).

Desarrolló la función de pérdida de calidad, que encierra la idea de que cuanto más lejos esté un producto o servicio de ser perfecto, tanto mayor será la pérdida derivada de sus defectos, pérdida traducida en quejas de los clientes y costos adicionales por garantías o mala imagen. (Lloréns y Fuentes, 2006:73).

En la tercera etapa se ubica a Feigenbaum, quien fue el primero que propuso el concepto de Control Total de la Calidad, sostuvo que los métodos estadísticos son parte del sistema de gestión y no el sistema en sí mismo, que la calidad es trabajo de todos los actores que intervienen en el proceso, y que las relaciones humanas son el fundamento del control de calidad (Lloréns y Fuentes, 2006:70).

En la tercera etapa también está el último de la trilogía americana de gurús, Crosby, quien en su obra: *La calidad es libre* (Crosby, 1979) sustenta que la calidad es gratis, y lo que sí cuesta es no hacer las cosas bien desde la primera vez. Su propuesta se fundamentó en elementos básicos de mejora, como la definición del equipo de trabajo, de un acuerdo o plan a largo plazo acompañado de un cambio de actitud cultural, del uso de un lenguaje común con base en los absolutos de la gestión de calidad: conformidad con los requisitos, prevención para conseguir la calidad, cero defectos como único estándar y el coste de hacer las cosas mal (Crosby citado por Lloréns y Fuentes, 2006:65-67).

Peters, el tercer cultor destacado de la etapa es un estudioso de los factores que determinan el éxito de las empresas. Contribuye al desarrollo de la calidad con su enfoque de orientación al cliente y liderazgo para alcanzar la excelencia.

Deming, sin ser el pionero en incursionar en la calidad, ni el primero en escribir sobre la temática, se ha erigido como el exponente más relevante de la teoría de la calidad. Su verdadero valor, sin prescindir del reconocimiento de su profundo conocimiento técnico, radica en su habilidad para reunir diferentes ideas administrativas, amalgamarlas en una filosofía convincente y difundirla por todo el mundo.

En el último momento de la calidad, el actual, según Aguilar (2006) se vive la gerencia del conocimiento que valora a las personas, su calidad intelectual, emocional y moral, su capacidad de preguntarse y aprender continuamente, y las concibe como la raíz de la calidad que se ofrece y se recibe (Aguilar, 2006:344).

El panorama descrito, corresponde al desarrollo de la calidad con un enfoque concentrado en el sector privado. En el ámbito público, la calidad surge de la mano de la

Nueva Gestión Pública, que convierte la calidad del servicio público en un factor de confianza y legitimidad para los gobiernos.

Se identifica su primer antecedente en un documento de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 1987: *Administration as Service. The Public as Client*, aunque según Aguilar (2006), la fecha de nacimiento de la gestión de calidad en el sector público es 1991, “cuando el gobierno británico lanza la iniciativa de Competir para la Calidad (*Competing for Quality*) y crea la Carta del Ciudadano (*Citizen’s Charter*)” (Aguilar, 2006:346). A partir de entonces aparecen varios autores que dedican su interés a lo público. Entre los planteamientos que se destacan están: la reinención del gobierno de Osborbe y Gaebler (1994), el enfoque al cliente de Barzelay (1998) y el concepto de valor público de Moore (1998).

Varios aspectos mencionados por Jurán para los países en desarrollo han sido adoptados por el Ecuador al declarar como política de Estado la promoción de la calidad en los ámbitos público y privado<sup>12</sup>, y a la calidad como uno de los principios de la Administración Pública<sup>13</sup>, al crear el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) y el Organismo de Acreditación Ecuatoriano (OAE), y al designar al Ministerio de Industrias y Productividad (MIPRO) como institución rectora del Sistema Ecuatoriano de la Calidad.

### **2.1.2 Definiciones de calidad**

Del estado del arte precedente se desprende que para Deming la calidad significa la adecuación al objetivo (estándares) (Gabor, 1991), para Jurán (1993) representa la adecuación al uso (necesidades), para Ishikawa (1992) cuidar la calidad es tarea de

---

<sup>12</sup> Artículo 3 de la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad.

<sup>13</sup> Artículo 227 de la CRE.

todos, Crosby (1994) la define como la conformidad con los requisitos, Feigenbaum la concibe como calidad total (Lloréns y Fuentes, 2006) y Taguchi como eficacia en el diseño (James, 1997).

Autores contemporáneos, como Zeitham y Garvin proponen enfoques alternos de la calidad, el primero la divide en objetiva y subjetiva, y define a la primera como superioridad técnica de los productos y a la segunda como un “nivel de abstracción más que un atributo específico de un producto”, el segundo la clasifica en: trascendente (ni materia ni espíritu), basada en el producto (atributos), en el cliente (necesidades), en la producción (especificaciones) y en el valor (excelencia) (Zeitham y Garvin citados por Lloréns y Fuentes, 2006:24,25).

La calidad objetiva que señala Zeitham equivaldría a la calidad basada en el producto y en la producción que preconiza Garvin, mientras que a la calidad subjetiva del primero corresponderían las calidades basadas en el cliente y en el valor del segundo.

Con otro enfoque, la Asociación Española para la Calidad sostiene que la satisfacción plena del cliente se logra cuando coinciden las calidades programada, realizada y necesitada. La primera es la que se pretende obtener, la segunda es la que en realidad se obtiene y la última es la que el cliente necesita y demanda (Lloréns y Fuentes, 2006:25,26). Las dos primeras, en términos de Zeitham serían objetivas, mientras que la última se reduciría al carácter subjetivo.

Aguilar (2006), por su parte define calidad diseñada, factual, esperada y percibida en relación con las especificaciones requeridas, especificaciones reales, necesidades y satisfacción del cliente respectivamente (Aguilar, 2006:326). Las dos primeras corresponderían en el enfoque español a las calidades programada y realizada, en tanto

que la calidad esperada se asimilaría en dicho enfoque a la calidad necesitada. En palabras de Zeitham, las dos primeras serían objetivas y las dos últimas, subjetivas.

Una definición que sintetiza los enfoques de Aguilar (2006) y de los españoles, es la que propone el Departamento de Defensa de los Estados Unidos: “calidad es hacer las cosas correctas, correctamente desde la primera vez (*doing the right thing right the first time*), esforzándose siempre por mejorar y satisfacer al cliente” (Aguilar, 2006:326). Así, lo correcto apunta a la calidad esperada o necesitada, lo correctamente se direcciona a las calidades programada y realizada, y la satisfacción del cliente se orienta con la calidad percibida.

En el ámbito de lo público, la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública<sup>14</sup> establece que: “La calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos” (CLAD, 2009).

En el área de los servicios de salud, Donabedian define la calidad como “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos” (Donabedian citado por OPS, 2001:194), y Palmer (Escuela de Salud Pública de Harvard) como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de los usuarios” (Palmer citado por OPS, 2001:194).

Implícitamente, estos dos últimos autores establecen un vínculo conceptual entre salud, servicios de salud y calidad, vínculo que es confirmado por el Informe de calidad de la

---

<sup>14</sup> Suscrita por los Jefes de Estado de los países iberoamericanos en San Salvador en el 2008.

atención en salud de Colombia, al señalar que la calidad en los servicios de salud “constituye uno de los determinantes críticos del nivel de salud de las poblaciones” (Ministerio de Protección Social, 2009:64).

La misma publicación colombiana menciona que la calidad de la atención en salud está determinada por un balance entre las cualidades finales de la atención prestada (generadas por el proceso)<sup>15</sup> y las cualidades de atención esperadas por los usuarios<sup>16</sup>, que en las visiones de la Agencia de Calidad española y de Aguilar, corresponden a las calidades realizada (entregada) y esperada respectivamente.

Estas definiciones de calidad, al contextualizarse en los sistemas de salud, adquieren nuevas dimensiones. Así el Ministerio de Protección Social colombiano señala que la calidad de un sistema de salud se cumple si: i) el sistema es equitativo, accesible y eficiente -factores extrínsecos-, y ii) la atención en salud es efectiva, segura y satisfactoria -factores intrínsecos-. Los dos primeros elementos de la atención en salud, la efectividad y la seguridad, conforman la dimensión técnica (calidad técnica) y el último configura la dimensión interpersonal (calidad percibida). (Ministerio de Protección Social, 2009:74-76).

La complejidad de comprender el concepto de calidad de los servicios de salud, por el manejo de las diferentes dimensiones involucradas, se ha constituido en un desafío durante décadas. Empero, el contraste entre la calidad esperada y la entregada ofrecería una medida del nivel de calidad de los servicios de atención en salud.

La calidad entregada (denominada por el Ministerio colombiano como observada) sería el resultado de acciones técnicas (calidad técnica) e interpersonales (calidad percibida),

---

<sup>15</sup> Determinadas a su vez por el conocimiento, la capacidad de aplicarlo y los recursos utilizados.

<sup>16</sup> Que dependen del conocimiento y experiencias previas que el usuario tiene del servicio.

las primeras que, como decía Donabedian, producen el mayor beneficio clínico (efectividad), con el menor riesgo posible (seguridad), al menor costo (eficiencia), y las segundas que, como decía Palmer, se encaminan a lograr la mejor experiencia (satisfacción) de atención a los usuarios. La calidad esperada estaría determinada por lo que esperan (las expectativas) los usuarios, los prestadores de servicios, los profesionales y la sociedad (Ministerio de Protección Social, 2009:84-91).<sup>17</sup>

### **2.1.3 Modelos de calidad en la gestión pública**

En el ámbito de la gestión pública, la introducción de la calidad ha sido un proceso heterogéneo, que ha respondido a diferentes criterios y opiniones de carácter económico, social y político. Según Moyado (2010), los modelos empleados para implantar sistemas de calidad en lo público, en unos casos han sido importados del sector privado, sin mayores adaptaciones a las dinámicas propias de la administración pública, y en otros, se advierte cierto interés por consolidar un modelo propio común (Moyado, 2010:94).

Si el modelo es una representación simple de la manera cómo las personas entendemos la realidad, un modelo de calidad según Juanes y Blanco sería “la agrupación de manera ordenada y racional de los elementos sobre los que se fundamenta la prestación de servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los diferentes grupos de interés (*stakeholders*) optimizando el uso de los recursos internos” (Juanes y Blanco citado por Moyado, 2010:95).

Dado que la formulación de modelos de calidad para la gestión pública significa un avance en la construcción teórica y en la problemática de la administración pública, a

---

<sup>17</sup> Para una mejor comprensión ver: Gráfico 1. Calidad de los servicios públicos

continuación se describen algunos modelos, adaptados a los retos específicos que impone el sector público.

#### **2.1.3.1 *European Foundation for Quality Management (EFQM)***

El modelo desarrollado por la *European Foundation for Quality Management* destaca cinco orientaciones: satisfacción del cliente, procesos y resultados, liderazgo y compromiso de la dirección, satisfacción del personal e impacto social. El modelo se complementa con la formulación de políticas y estrategias desde la visión de la calidad total, y la asignación de recursos financieros, de información, tecnológicos y de infraestructura para su implantación (Moyado, 2010:97).

Este modelo adquiere relevancia para el presente estudio, ya que en algunas instituciones públicas ecuatorianas funciona en la actualidad un modelo EFQM adaptado. Además la Secretaría Nacional de la Administración Pública (SNAP) y el Ministerio Coordinador de Conocimiento y Talento Humano (MCCTH)<sup>18</sup> adelantan una reformulación de la política de calidad para adoptar este modelo en el sector público del Ecuador<sup>19</sup> (SNAP1, 2012:45-46,73-74).

#### **2.1.3.2 *Common Assessment Framework (CAF)***

Es la primera metodología específica para la gestión de calidad en la administración pública. Este modelo, conocido como Marco Común de Evaluación, toma como base los principios del EFQM y el modelo de la Universidad Alemana de Ciencias Administrativas de Speyer. Construye con estos elementos una propuesta de mejoramiento de las organizaciones públicas por medio de autoevaluación. Sus

---

<sup>18</sup> Información corroborada por asesor español el 18 de octubre de 2012, durante evento organizado por el IAEN en el Hotel Quito. Se mantiene en reserva de identidad atendiendo pedido expreso del informante.

<sup>19</sup> Según la entrevista, se aplicó a catorce instituciones públicas una evaluación de madurez institucional para conocer resultados preliminares del modelo adaptado .

fundamentos se erigen en alcanzar resultados excelentes basados “en el rendimiento de la organización, en los ciudadanos/clientes, en las personas y en la sociedad” y se alcanzan por medio de “un liderazgo que dirija la estrategia y la planificación, las personas, las alianzas y recursos y los procesos” (AEVAL, 2007:8).

### **2.1.3.3 *International Standardization Organization (ISO 9001:2008)***

El ISO 9001 no es un modelo de calidad como los anteriores, es un estándar de calidad que proporciona a las organizaciones que lo alcanzan, la certificación, y la garantía para los actores que se relacionan con ella, de que dispone de un sistema de gestión de calidad, esto es, de mecanismos “necesarios para la conducción eficaz de las actividades relacionadas con la calidad...Es un medio sistemático para gestionar la calidad en una organización” (James, 1997:242).

El ISO 9001 forma parte de las normas ISO 9000, las que están compuestas por cuatro partes: la mencionada ISO 9001, que es el nivel más alto en términos de cobertura, abarca desde el diseño hasta el servicio postventa; la ISO 9002, relacionada con la calidad en las actividades de producción e instalación; la ISO 9003, que se reduce a la calidad en la inspección final, y la ISO 9004 que proporciona las líneas directrices para la provisión del sistema de gestión de calidad (James, 1997:244,245).

### **2.1.3.4 *Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública***

La Carta es un catalizador de acciones de calidad pública a nivel regional, aunque estrictamente tampoco es un modelo. Es un compromiso de actuación para fortalecer la calidad de la gestión pública –del que Ecuador es signatario-, aprobado en junio de 2008 por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, y ratificado en octubre del mismo año por la XVIII Cumbre

Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. La propuesta de fondo de la Carta se resume en el numeral 2 de su Capítulo 1: satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y enfoque en resultados (CLAD, 2009:369).

## **2.2 Teoría de la Administración Pública**

### **2.2.1 Administración pública**

#### **2.2.1.1 Marco histórico**

##### **2.2.1.1.1 Exponentes**

En la edad antigua, los hebreos ilustraron el principio de excepción y de delegación en su éxodo de Egipto, los chinos fueron los primeros en aplicar el *staff* y la selección de personal, los indios aplicaron la ciencia de la política y la administración de las ciudades y Estados, a la civilización griega se atribuye los principios administrativos de universalidad, especialización, delegación de autoridad y los estudios de movimientos, los romanos, al igual que los egipcios, aplicaron la descentralización en la organización del imperio, así como los fundamentos de la administración rural (Claude, 1974:3-26).

En la edad media, se inician prácticas administrativas representativas como la contabilidad de costos, la línea de montaje, el control de calidad por inspección y el control de inventarios. Uno de los escritores más destacados de la época fue Maquiavelo, quien estableció los principios para administrar con éxito un Estado en sus obras *El Príncipe* y *Los Discursos*. Stewart en 1767, anticipó el concepto de la división del trabajo en su obra *An Inquiry into the Principles of Political Economy*; Smith, considerado el padre de la economía, en 1776 sentó las bases de la administración científica y expuso sus ideas sobre la división del trabajo y el *laissez faire* en su libro *La riqueza de las naciones* (Claude, 1974:27-56).

En Gran Bretaña, en 1800, se aplicaron técnicas de pronósticos, investigación de mercados, planificación de la producción y capacitación de empleados. Owen, considerado el padre de la administración de personal, sentó las bases de la legislación industrial y alcanzó elevados estándares de productividad con políticas laborales paternalistas; Babbage en 1832, pionero en el desarrollo de las computadoras y predecesor de Taylor en los estudios de tiempos<sup>20</sup>, publicó *La Economía de las Máquinas y las Manufacturas*<sup>21</sup>; Taylor, descrito como el experto eficiente creó la disciplina que subyace los principios generales de la gestión de calidad: la administración científica; y Fayol, calificado como el fundador de la escuela tradicional, sistematizó la teoría de la administración y desarrolló sus principios (James, 1997:10-14).

Los autores anteriores, se describen como pertenecientes a la escuela clásica, de enfoque científico y soluciones pragmáticas. Los siguientes, pertenecen a la escuela de las relaciones humanas desarrollada por administradores que buscaron superar el pensamiento mecanicista, establecieron nuevos conceptos y énfasis organizacionales, y otorgaron al pensamiento administrativo mayor significación y profundidad.

Parker, anticipó el concepto de sistemas en la administración y destacó la coordinación y el enfoque de grupo como su esencia; Munsterberg, conocido como el padre de la psicología industrial, abogó por una mayor participación de la ciencia en la administración; Mayo, estudió la relación entre las condiciones de trabajo y la actuación

---

<sup>20</sup> Según Claude (1974), contribuyó más que ningún otro autor al desarrollo de la administración científica.

<sup>21</sup> Su primera edición de 3000 ejemplares se agotó en 2 meses y en sólo 3 años tuvo 4 publicaciones.

del trabajador en la planta, sus investigaciones<sup>22</sup> conformaron el marco para el desarrollo de la escuela conductista (James, 1997:20).

Contribuyeron al desarrollo del pensamiento administrativo otros autores como Barnard, a quien se le atribuye la teoría de la cooperación; Maslow, desarrolló la jerarquía de las necesidades; McGregor, creó las teorías: X (controladora) e Y (humanizada) (James, 1997:20); otros más contemporáneos como Argyris, defensor de la democratización en las organizaciones, Simon, estudió la racionalidad limitada de las decisiones, y Peters que junto con Waterman vincularon la excelencia organizacional con el aprendizaje, la cultura y la orientación al desempeño medido por resultados (Ramírez y Ramírez, 2011:76-92).

#### **2.2.1.1.2 Escuelas**

Han sido recurrentes las preocupaciones entre los teóricos de la administración pública acerca de la relación existente entre la política y la administración, o entre la democracia y la burocracia. Teóricos como Kirlin, aseveran que burocracia y la democracia son mejores puntos de partida en el estudio de la administración pública. Añade que las grandes preguntas que debe responder la disciplina tienen que ver con la protección y el desarrollo de valores democráticos, y no con la remediación de los defectos burocráticos (Kirlin citado en Lhérisson, 1999:22).

Rosenbloom, sugiere tres enfoques para la teoría de la Administración Pública, cada uno con un conjunto distinto de valores: el político, el legal y el gerencial (Rosenbloom citado en Denhardt, 1999:92). En la misma línea, Lhérisson (1999) distingue tres vertientes de la administración pública: la política, la legal y la gerencial, abordadas por

---

<sup>22</sup> Uno de sus resultados sugirió que una moral alta aumenta la actuación del trabajador.

tres disciplinas independientes: la Ciencia Política, el Derecho Público y la Administración de Empresas.

Lhérisson (1999), también manifiesta que existen dos temas de interés en el estudio de la administración pública: el primero que intenta comprender el comportamiento de las organizaciones y de los funcionarios públicos, mientras que el segundo busca desarrollar herramientas y conceptos que faciliten su desempeño (Lhérisson, 1999: 7,8).

En la orientación del primer enfoque, se desarrolla a continuación una perspectiva histórica de la influencia de la teoría organizacional en el desarrollo de la administración pública, bajo el supuesto que siendo la Nueva Gestión Pública una fase de la evolución de la teoría de la administración pública, los antecedentes históricos de ésta, podrían explicar los fundamentos organizacionales de aquélla.

Se toma como referencia el trabajo sobre la génesis de la Nueva Gestión Pública desarrollado por Ramírez y Ramírez (2011), quienes inician el recorrido histórico con el análisis de la administración pública clásica y su corriente ortodoxa, que entre otros legados establece una dicotomía entre política y administración, intenta racionalizar la administración pública al estilo de la administración científica de Taylor, privilegia el principio de eficiencia mediante la división del trabajo en las organizaciones públicas, e implanta un control centralizado y burocrático de los funcionarios (Ramírez y Ramírez, 2011:69-71).

La siguiente escuela de pensamiento administrativo presentada, es la corriente heterodoxa, que también forma parte de la concepción clásica de la administración pública, pero que adhiere otras preocupaciones epistémicas, como la influencia de la política en la administración, el factor humano de la burocracia como fuente de

incertidumbre en la implementación de las decisiones, y un cuestionamiento inicial de la eficiencia como un valor de la administración pública (Ramírez y Ramírez, 2011:71-73).

La inmersión histórica continúa con un segundo gran ciclo, que añade mayor complejidad al análisis, la llamada administración pública neoclásica, que se focaliza en los procesos de decisión que acontecen en las organizaciones públicas, que considera las limitaciones del factor humano y las perspectivas racional, organizacional y política de los procesos decisorios, y que como un notable aporte, origina la propuesta de políticas públicas (Ramírez y Ramírez, 2011:73-75).

De inmediato, corresponde el análisis de la nueva administración pública, que inicia procesos de democratización de las organizaciones públicas, introduciendo los conceptos de equidad social y participación activa de la burocracia en los procesos de decisión de las organizaciones, aboga por la conciliación de los objetivos personales y organizacionales, y por el compromiso de los administradores con la igualdad social (Ramírez y Ramírez, 2011:75:79). Por esas características, Gulick describe a la nueva administración pública como “una declaración de fe inspirada, pero refinada, en una nueva humanidad, en una sociedad nueva” (Gulick citado en Denhardt, 1999:112).

Seguidamente, se propone el estudio de la nueva economía política, que considera como eficiencia pública el logro de la mayor suma de beneficios individuales, con el menor costo posible, introduce la metodología de la elección pública<sup>23</sup> en la toma de decisiones, e instituye el concepto de administración pública democrática que por primera vez considera las preferencias de los individuos en la actuación pública

---

<sup>23</sup> Aguilar (n.d.) explica los comportamientos negativos de la burocracia bajo la presunción que su actuación tiene propósitos de utilidad auto referida, con procesos de toma de decisiones que tienen como referentes la racionalidad instrumental y la maximización de los intereses personales.

(Ramírez y Ramírez, 2011:79-82). Las dos últimas fases del desarrollo administrativo: la Gestión Pública y la Nueva Gestión Pública se analizarán en acápites independientes posteriores.

En la misma perspectiva de Lhérisson (1999), de intentar comprender el comportamiento de las organizaciones y de los funcionarios públicos, Vergara (2010) propone estudiar el fenómeno organizacional en cuatro panorámicas que encajan con las cuatro etapas del desarrollo teórico administrativo precedente: i) la estructura que define las líneas de autoridad y los procesos internos de la organización -corriente administrativa ortodoxa-, ii) la subjetividad de las personas que la operan, sus sentimientos, personalidades e ideologías -línea heterodoxa de la administración clásica-, iii) los procesos de decisión organizacionales -administración pública neoclásica- y, iv) el entorno o contexto en el interactúa la organización -nueva economía política-<sup>24</sup> (Vergara, 2010:20-35).

### **2.2.1.2 Reformas administrativas**

Según Aguilar (n.d.), las reformas administrativas emprendidas por los gobiernos han sido parte de un paraguas más amplio que ha intentado cambiar las relaciones entre el Estado y la sociedad: la reforma del Estado. En el ámbito real, las reformas responden a la desconfianza de los ciudadanos en sus gobiernos, motivada por problemas crecientes de operación y corrupción, recurrente déficit fiscal de los estados, calidad incierta de los servicios públicos y resultados de políticas económicas erróneas aplicadas a la sociedad. (Aguilar, n.d.:64-66).

Durante décadas, investigadores de todo el mundo han intentado descifrar el porqué del éxito o el fracaso de las reformas administrativas, elaborando modelos explicativos que

---

<sup>24</sup> También es motivo de preocupación de la Gestión Pública y de la Nueva Gestión Pública.

describen los factores que impulsarían la decisión de iniciar una reforma administrativa, o la selección de unas reformas en lugar de otras, o la elección de un modo particular de implementarlas. Autores como Christensen y Laegreid, consideran que ningún modelo tiene su realización pura, que las reformas administrativas muestran diversas combinaciones, y que las propuestas de reforma administrativa son reelaboradas y “transformadas” por cada país, según sus circunstancias internas y externas, en virtud de su historia, sistema político y legal, y modelo de liderazgo existente (Christensen y Laegreid citados en Aguilar, n.d.:78).

Villoria (n.d.), también advierte que en el mundo existe una amplia diversidad administrativa, caracterizada por diferentes matices de combinaciones de administraciones preocupadas por la imparcialidad y la aplicación objetiva de la ley, interesadas por la eficiencia y la economía, que se abren a la innovación tecnológica, con administraciones que resaltan valores vinculados a la democracia, la transparencia, la participación ciudadana y el control social (Villoria, n.d.: 51,52).

Pollitt y Bouckaert, dividen a las reformas administrativas en tres momentos cronológicos: el primero que va de 1979 a 1982, dirigidas al ahorro de recursos, el segundo de 1982 a 1987, alineadas a la mejora de la eficiencia económica y, el último de 1988 en adelante, que profundizan la descentralización, introducen incentivos de mercado, y orientan la práctica administrativa hacia las expectativas de los ciudadanos (Pollitt y Bouckaert citados en Aguilar, n.d.:80,81).

En términos generales, en palabras de Aguilar (n.d.) una reforma administrativa modifica a través de cambios “interdependientes más que secuenciales y selectivos más que integrales”: i) la naturaleza de la administración pública, su ámbito de acción y responsabilidad mediante reformas constitucionales y legales; ii) la estructura

organizativa de las entidades administrativas y su correspondiente normatividad interna; iii) el sistema de gestión o los procesos gerenciales y, iv) los procesos y procedimientos operativos (Aguilar, n.d.:72).

### **2.2.2 Gestión Pública**

En todo el desarrollo administrativo precedente se encuentra latente la vigencia u obsolescencia de la dicotomía política-administración. Marando y Florestano (1999), resaltan el papel de enlace o de “puente” que desempeña la gestión pública entre la política y la administración, afirmando que cuando los administradores elaboran políticas, actúan como gestores (Marando y Florestano, 1999: 383, 384).

Esta perspectiva es compartida por Rapp y Patitucci, quienes manifiestan que “al concentrarse en el desempeño, el proceso de gerencia integra la política pública con los resultados administrativos, reuniendo a la ciencia política y la administración pública en el estudio de la gerencia pública” (Rapp y Patitucci citados en Marando, 1999:384).

Con esa misma orientación, Bozeman (1998) sostiene que hay dos versiones de gestión pública: i) el enfoque P centrado en la política, nacido a fines de los setenta en las escuelas de políticas públicas, preocupado en la gestión de las políticas de alto nivel, no cuantitativo, no teórico, no interesado por la administración cotidiana o la gestión estratégica de las dependencias, prescriptivo y basado en la práctica y en estudios de casos y, ii) el enfoque B, originado en las escuelas comerciales, que establece menor distinción entre los sectores público y privado, cuantitativo, orientado hacia los procesos y la gestión estratégica, teórico y centrado en el administrador (Bozeman, 1998:37-41). Este enfoque correspondería al desarrollo de herramientas y conceptos que facilitan el desempeño de la administración pública, que según Lhérisson (1999), es la segunda preocupación de la disciplina administrativa pública.

Bajo este último enfoque, Ramírez y Ramírez (2011), aseveran que la Gestión Pública se caracteriza no sólo por el trasplante de técnicas del ámbito privado al público, o por la conciencia de que las organizaciones deben ser eficientes en el plano económico, sino también por la implantación de estilos de gestión de corte más humanista y por la protección de la igualdad de los ciudadanos. Con estas ideas cobran importancia en las organizaciones públicas, aparte de iniciativas como la gestión de calidad total, la medición de desempeño, la gestión estratégica y la administración por objetivos, otras como el desarrollo organizacional, el liderazgo y el manejo cultural (Ramírez y Ramírez, 2011:82:85).

Behn, también se preocupa por el factor humano cuando plantea tres preocupaciones fundamentales de la Gestión Pública interrelacionadas entre sí: la microgerencia, entendida como el exceso de reglas de procedimiento para lograr resultados, la motivación para que los funcionarios trabajen por alcanzar las metas públicas, y la medición de los resultados como un instrumento para su mejoramiento (Behn citado en Lhérisson, 1999:21).

Rainey (1999) en cambio, al analizar los desarrollos y perspectivas de la Gerencia Pública señala que “la bibliografía de la administración pública ha sido rica en información y pobre en habilidades, ampliamente discursiva y filosófica, y demasiado preocupada por problemas éticos y normativos generales” (Rainey, 1999: 223), aunque reconoce que se ha prestado muy poco interés al rol de los gerentes de las organizaciones públicas en los procesos de decisiones políticas y en la formulación de las políticas públicas.

El mismo autor, también defiende que la aplicación de técnicas y principios de la administración general en la gestión pública no debe concebirse únicamente como el

uso de técnicas gerenciales en un contexto político, sino que también debe considerarse otros factores peculiares de la gestión pública, como: “las complejas influencias institucionales... la diversidad de las autoridades involucradas en la toma de decisiones... la ambigüedad de los criterios de actuación”, y la preocupación por valores como la equidad, la solidaridad, la responsabilidad y la ética (Rainey, 1999: 224).

Finalmente, una buena caracterización de la gestión pública la hace Prats, al destacar la orientación de la acción del Estado al ciudadano-usuario o ciudadano-cliente, el énfasis en el control de los resultados a través de los contratos de gestión<sup>25</sup>, el reconocimiento de la discrecionalidad de los gerentes públicos, la separación entre las instancias centralizadas formuladoras de políticas y las unidades descentralizadas ejecutoras, la adopción de mecanismos de control de esas unidades<sup>26</sup>, la formación de "cuasi-mercados" en los que se da la competencia administrada y la tercerización de las actividades de apoyo (Prats citado en Aguilar, n.d.:74).

### **2.2.3 Nueva Gestión Pública (NGP)**

#### **2.2.3.1 Fundamentos teóricos**

Según Pollitt y Bouckaert, la NGP es una reforma de la gestión pública que consiste en “cambios deliberados en las estructuras y los procesos de las organizaciones del sector público con el objetivo de que funcionen mejor” (Pollitt y Bouckaert citados en Aguilar, n.d.:71).

Aguilar (n.d.), sostiene que los fundamentos teóricos de la NGP son las tecnologías del gerencialismo y la teoría económica de las organizaciones, o teoremas del neo

---

<sup>25</sup> Vinculan la transferencia de recursos al cumplimiento de metas y resultados previamente acordados entre el principal (autoridad política) y el agente (los gerentes públicos).

<sup>26</sup> Control social directo o mediante contratos de gestión.

institucionalismo económico - asimetría de información y costos de transacción-, en los que se inspira la teoría de la agencia (Aguilar, n.d.: 123). En sus palabras, el teorema neo institucionalista de la “economía de costos de transacción”, relativo a uno de los problemas de la relación de agencia<sup>27</sup>, se ha convertido “en el eje teórico de la NGP y en la referencia básica para señalar y criticar la propensión a la ineficiencia e irresponsabilidad de la estructura administrativa en modo jerárquico–burocrático” (Aguilar, n.d.:103).

Según afirma Coase, y posteriormente Williamson, el apareamiento de organizaciones en donde la jerarquía se encarga de gobernar y coordinar los intercambios cotidianos mediante reglas y órdenes, se origina en las fallas del mercado que producen transacciones con altos costos de motivación (ex ante) y coordinación (ex post), costos derivados de la racionalidad limitada de los actores, de la incertidumbre sobre el futuro, de la existencia de mercados no competitivos, del oportunismo de los participantes en los intercambios, y de la limitación o distribución desigual de la información (asimetría) (Coase y Williamson citados en Aguilar, n.d.:122).

Conforme Aguilar (n.d.), la racionalidad limitada y la asimetría de información, componentes intrínsecos de la relación principal-agente, ocasionan que el agente adopte comportamientos oportunistas, que afectan la eficiencia de la organización, antes y durante la ejecución del contrato pactado con el principal. En el primer caso, habla de la “selección adversa”, resultado del oportunismo precontractual, y en el segundo, se refiere al “riesgo moral”, resultado del oportunismo *post* contractual.

---

<sup>27</sup> Surge cuando un principal encarga realizar a su nombre, un cometido a un agente.

El problema reside entonces en generar contratos que minimicen los costos de transacción y los de asimetría informativa en las relaciones de agencia, pero que a la vez incentiven al agente a un desempeño alineado con los propósitos del principal: “contratos precisos con incentivos idóneos”. Esto conduce a una “Administración Pública Contractual” y a la construcción de una teoría de contratos para el sector público. La NGP busca contratos limitados en el tiempo que destaquen los resultados y que sean implantados mediante concursos competitivos (Aguilar, n.d.:125-127).

Mientras que la teoría económica de la agencia problematiza al agente, Majone plantea el problema desde la perspectiva del principal. La recurrente inconsistencia de las políticas en el tiempo y la falta de credibilidad del principal originan el “problema del compromiso” del principal, diverso al de la obediencia del agente, que según Aguilar (n.d.), puede ser resuelto por dos vías que neutralizan tal inconsistencia: la reputación del principal y la delegación de autoridad a un agente políticamente independiente (Majone citado en Aguilar, n.d.:127).

Los altos costos políticos de las transacciones entre los actores políticos -costo de emplear el proceso político, y costo de alcanzar acuerdos políticos y de hacer que se cumplan- impulsan la aparición de organismos peculiares, independientes y autónomos denominados “agentes fiduciarios”, facultados por el principal, quien les ha transferido “derechos de propiedad política”<sup>28</sup>, que detentan poder de decisión propio, y que son confiados con el cuidado de bienes o valores de beneficio social (Aguilar, n.d.:128).

El principio fiduciario, que surge ante la imposibilidad práctica de elaborar contratos completos y adecuados para diferentes tareas, materias y circunstancias, al otorgar

---

<sup>28</sup> Derechos a ejercer autoridad en campos específicos de políticas públicas.

mayor empoderamiento a los administradores públicos, también pretende resolver el problema de credibilidad externo del principal, y tiende a la vez a solucionar el problema interno de agencia (Aguilar, n.d.:130).

Si el neo institucionalismo económico fue el encargado de proporcionar el asidero teórico a la NGP, el gerencialismo en cambio es el encargado de proporcionarle el sustento práctico, con el aporte de técnicas, procedimientos y tendencias provenientes de la gestión empresarial. El *prosumership*, o papel activo del consumidor en el diseño, la elaboración y la provisión de los productos y servicios, las gestiones estratégica, de calidad y del conocimiento, la organización por procesos, la mejora continua, la reingeniería, el control financiero, la *customerization* u orientación explícita de los productos y servicios públicos hacia las expectativas y satisfacción de los usuarios (enfoque al cliente), han sido entre otras, fuentes de inspiración de las reformas propuestas por la NGP (Aguilar, n.d.:130-133).

### **2.2.3.2 Caracterización**

Hood, a quien se atribuye la paternidad del término NGP, enuncia siete de sus componentes: profesionalismo administrativo, indicadores de desempeño, énfasis en productos, descentralización administrativa, competencia pública, estilos gerenciales privados y disciplina en el uso de los recursos. Este mismo autor, vincula el surgimiento de la NGP con otras cuatro “mega corrientes”: privatización de los servicios públicos, tendencia a detener el crecimiento de los gobiernos, desarrollo de la automatización y las tecnologías de la información en la administración, e impulso de una agenda internacional de las políticas públicas (Hood citado en Aguilar, n.d.:72,73).

Olías de Lima (2011), por su parte considera que los atributos fundamentales de las propuestas de la NGP son: la reducción del tamaño del sector público, la

descentralización de las organizaciones, las jerarquías aplanadas, la ruptura de las grandes organizaciones administrativas con la aparición de agencias autónomas, la desburocratización, la competencia interna, el dismantelamiento de la estructura estatutaria del empleo público, la evaluación como sistema de control, la clientelización, los funcionarios en servicio al público,<sup>29</sup> y el cambio cultural de los funcionarios para asumir pautas distintas en su trabajo (Olías de Lima, 2001:12-20).

Ferlie, Ashburner, Fitzgerald y Pettigrew, caracterizan a la NGP dividiendo sus iniciativas según cuatro modelos: i) manejo de eficiencia, calificado como neotaylorista, menos burocrático y más gerencial, con una fuerte concentración en el control financiero<sup>30</sup>, ii) diseño estructural, promueve la reducción del papel y del tamaño del Estado, la creación de sistemas de servicios flexibles y de calidad, y la descentralización de responsabilidades estratégicas y presupuestales, iii) de excelencia, representa la aplicación de las escuelas administrativas de las relaciones humanas, el desarrollo y aprendizaje organizacionales, la cultura corporativa, el liderazgo y el desempeño medido por resultados y, iv) de orientación al servicio, se centra en el control de los servicios públicos por parte del nuevo sujeto de atención, el usuario ciudadano, preocupación creciente en la calidad de los servicios prestados, y la participación como medio de legitimación de la gestión en el sector público (Ferlie et al., citados en Ramírez y Ramírez, 2011:88,92).

Como recapitulación, entre las múltiples características atribuidas a la NGP se destacan:

- i) La distinción entre la decisión/formulación y la implementación/administración de las políticas, según palabras de Osborbe y Gaebler (1994) entre “timonear” y

---

<sup>29</sup> No del servicio público.

<sup>30</sup> Aplicado por Thatcher en Inglaterra.

“remar”, o según la iniciativa británica *Next Steps*, implantada en 1988, la separación práctica entre *policy making* y *policy administration*.

- ii) La orientación explícita hacia los usuarios de los servicios públicos, incorporando sus expectativas en el diseño y la ejecución del servicio, lo que lleva a formas de gestión de calidad y organizaciones públicas horizontales estructuradas por procesos, como las propuestas de la reforma canadiense *Public Service 2000* de 1989, alineada con el principio del *citizen-centred service*.
- iii) El énfasis en la *performance*: productos, resultados, impacto, más que en la *conformance*: observancia de procedimientos, lo cual “implica reformar leyes, reglamentos y procedimientos, para asegurar su pertinencia y coherencia, con el fin de que sus prescripciones faciliten la eficacia y calidad de las operaciones” (Aguilar, n.d.:74).
- iv) La implantación de sistemas de medición y evaluación del desempeño que emplean tecnologías de información y poseen estándares e indicadores de desempeño apropiados, y crean “un nuevo patrón gerencial centrado en la información y en la evaluación (*management by information, by evaluation*)” (Aguilar, n.d.:75).

### **2.2.3.3 Experiencias destacadas**

En el Reino Unido, las reformas administrativas en el marco de la NGP se inician en 1979 con iniciativas relativas a la eficiencia y economía, luego *The Next Steps* (1988), *Competing for Quality* (1992) y, *The Citizen’s Charter* (1992) ubican al ciudadano en el centro de la preocupación del gobierno. En palabras de Aguilar (n.d.), fueron “el paso de la eficiencia a la calidad del servicio público, de la eficiencia económica a la eficacia social” (Aguilar, n.d.:80).

En EEUU, las reformas se inician con el *National Performance Review* de 1993 (NPR), luego una primera generación de redimensionamiento y recortes financieros, “el gobierno que cuesta menos”, y entonces una segunda generación de reformas relacionadas con la visión estratégica, el empoderamiento del personal, la gestión de calidad, la administración reorientada hacia las expectativas de los ciudadanos usuarios, “el gobierno que funciona mejor” (Aguilar, n.d.:97).

Las reformas neo zelandesas, consideradas referencia paradigmática mundial de la NGP, generaron valor para los ciudadanos y comunidad mediante métodos de análisis de política pública, tecnologías del gerencialismo e instrumentos avanzados de dirección financiera, aparte que tuvieron “un compromiso compartido por autoridades políticas, altos funcionarios y personal del servicio civil y sostenido mayoritariamente por grupos empresariales, centros académicos y organizaciones sociales” (Aguilar, n.d.:88).

En las reformas canadienses, el proyecto de diagnóstico y reforma administrativa más integral fue el *Public Service 2000* (1989), cuyo propósito fue mejorar la calidad del servicio público. El supuesto de fondo fue que “un cambio hacia la calidad del servicio implica cambiar la cultura administrativa, entendida como cambio de actitudes y prácticas en el servicio público”. Otra iniciativa decisiva fue la *Declaration of Public Quality* de 1994, promulgada con el objetivo de institucionalizar la gestión de calidad (Aguilar, n.d.:92,93).

Las líneas centrales del cambio prescrito por la OCDE a sus países miembros, se resumen en: eficiencia económica y robustez financiera, focalización en los resultados, fortalecimiento del control y la rendición de cuentas, orientación al servicio y al usuario

-servicios públicos que responden a las expectativas de los ciudadanos-, desempeño de los programas y del personal y, descentralización (Aguilar, n.d.:100).

Tanto las reformas angloamericanas, como las de los países de la OCDE proclamaron que el problema administrativo del gobierno no eran las personas sino los sistemas, “buenas personas atrapadas en sistemas perversos” que las condicionaban o las desincentivaban. Bajo este supuesto, las reformas se concentraron en los cambios de los sistemas administrativos, con la premisa de que cambios en los sistemas producirán cambios en los comportamientos de las personas –primacía de las estructuras sobre las personas– (Aguilar, n.d.:117-118).

En Latinoamérica, según Aguilar (n.d.), la NGP “recoge las mismas orientaciones de la NGP angloamericana y las líneas de cambio de la OCDE, ahora reproducidas en función de la respuesta a la problemática de la región [...] sin perder su dominante denotación gerencial o administrativa, incorpora también componentes institucionales y políticos de la acción de gobierno” (Aguilar, n.d.:105). Este postulado lo refrenda Kettl, al sostener que, “la primera generación de reformas nos enseñan una lección importante: las estrategias de reforma de la gestión, para tener éxito, deben encajar en el sistema de gobernación de un país y ser apuntaladas por el sistema político” (Kettl citado en Aguilar, n.d.:71)

El Consenso del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) de 1998, resume las características de una reforma gerencial para América Latina: i) existencia de un “núcleo estratégico”, formado por una “élite burocrática” de gran capacidad técnica, orientada a resultados, encargada de la formulación, regulación, control y seguimiento de las políticas y los servicios públicos, ii) control social por medio de la inclusión de los ciudadanos usuarios en la gestión y evaluación de los

servicios conforme al criterio de “dirección de calidad” y, iii) existencia de sólidos sistemas de evaluación del desempeño cuyos resultados se transformen en mecanismos de aprendizaje organizacional (CLAD citado en Aguilar, n.d.:111-112).

El Consenso de Santa Cruz (2003), devuelve la centralidad a las personas, reconoce la necesidad de buscar consensos políticos y sociales previos al diseño e implementación de reformas administrativas, establece que la real y exitosa reforma es aquella que se preocupa en desarrollar al máximo el valor del capital humano<sup>31</sup> del sector público, en mejorar su capital intelectual, moral y cívico, en crear una “función pública” integrada por personal competente, con capacidad analítica y gerencial que “apoya las decisiones del gobierno”, que se encuentra “sujeta a las autoridades políticas democráticamente elegidas”, pero que debe “rendir cuentas a la ciudadanía” (Aguilar, n.d.:118).

Según Aguilar (n.d.), el modelo gerencial latinoamericano subordina la eficiencia al criterio democrático, constituye “un nuevo contrato entre los políticos, los funcionarios públicos y la sociedad [...] una modificación estructural del aparato del Estado”, que no debe confundirse sólo con la implementación de nuevas formas de gestión, como las de la calidad total, porque “afirma la responsabilidad del Estado en relación con los derechos sociales” (Aguilar, n.d.:112, 115).

La necesidad de la reforma administrativa en la región es evidente, no así los cambios que deben incluirse en ella, o la manera de llevarlos a cabo. Del análisis de las experiencias reformistas de los países europeos y norteamericanos, así como de las prescripciones de los Consensos del CLAD y de Santa Cruz para Latinoamérica, se extrae que existen varios puntos de contacto, pero que deben traducirse en iniciativas

---

<sup>31</sup> Acorde con su orientación, debería referirse mejor al talento humano

ejecutadas con distintos matices y con priorizaciones diversas, atendiendo a la pluralidad de las realidades nacionales existentes.

#### **2.2.3.4 Tendencias**

Pese al tiempo transcurrido, la propuesta de Barzelay (1998) mantiene su carácter prospectivo al avizorar un camino que atraviesa “viejos mitos”, creando una “nueva mística de lo público”, construyendo una nueva relación entre el gobierno y los gobernados y buscando la democratización de la gestión pública “hacia afuera y hacia adentro”, todo en la óptica de un nuevo paradigma “posburocrático”, cuya premisa básica es escuchar al usuario<sup>32</sup>, con organizaciones públicas dotadas de espíritu propositivo, creativo e innovador, revestidas de legitimidad y efectividad en la acción pública, con base en el consenso social (Barzelay, 1998;13-18).

A partir de un trabajo empírico (2006-2010), Borins, sintetizó más de 300 programas e iniciativas de innovación del sector público en todo el mundo, proporcionando reveladores hallazgos basados en la evidencia de las innovaciones exitosas. Sobre esta base, planteó cinco patrones observados en las iniciativas innovadoras exitosas: uso de enfoque de sistemas, uso de Tecnologías de información y comunicación (TICs), procesos mejorados –más amigables y accesibles-, participación del sector privado, voluntariado y sociedad civil, y empoderamiento de las comunidades, los ciudadanos y los funcionarios (Borins citado en Ramirez-Alujas, 2010:12).

Si innovar en el sector público “significa que las nuevas ideas funcionen para la creación de valor público” (Mulgan citado en Ramirez-Alujas, 2010:8), y si Moore (1998) define el valor público como la satisfacción individual del que disfrutan los miembros de un sistema político, entonces es de prever que en el futuro, un mayor

---

<sup>32</sup> Barzelay utiliza el término cliente.

número de organizaciones públicas exitosas, basen su éxito en innovaciones que ayuden a alinear el diseño e implementación de las políticas públicas con la satisfacción de los ciudadanos.

En el 2010, Calderón y Lorenzo publican la primera obra en español sobre Gobierno Abierto (*Ogov*), en donde definen al *Ogov* como “aquél que entabla una constante conversación con los ciudadanos con el fin de oír lo que ellos dicen y solicitan, que toma decisiones basadas en sus necesidades y preferencias, que facilita la colaboración de los ciudadanos y funcionarios en el desarrollo de los servicios que presta y que comunica todo lo que decide y hace de forma abierta y transparente” (Calderón y Lorenzo citados en Ramírez-Alujas, 2010:17).

A partir de entonces el concepto ha experimentado un notable avance. Ramírez (2010), señala como uno de los principales referentes empíricos de aquello, la iniciativa emprendida por el Gobierno del Presidente estadounidense Obama, cristalizada en el lanzamiento de un memorando sobre transparencia y Gobierno Abierto, donde se definen tres pilares que sustentan la estrategia y el sentido del *Ogov*: transparencia, participación y colaboración.<sup>33</sup>

Habrá que esperar para ver la trascendencia de este nuevo enfoque, pues como afirma Ramírez Alujas (2010), “una cosa son las declaraciones y buenos deseos y otra muy distinta, los hechos y la concreción de arreglos institucionales dinámicos y sostenibles que favorezcan, potencien y expandan los espacios participativos en las comunidades y sus Estados” (Ramírez Alujas, 2010:29).

También conviene no descuidar el argumento de que se puede construir sociedades injustas, basadas en resultados y desempeño. En palabras de Arellano y Cabrero

---

<sup>33</sup> Memorando disponible en [www.whitehouse/open](http://www.whitehouse/open), consultado el 3 de octubre de 2013.

(2005), “el debate del papel del gobierno en la construcción de sociedades justas aún está abierto”. En el futuro la tendencia será la preeminencia de sociedades más justas, conscientes del principio de diferencia, con actores que tengan ventajas sólo si generan mejores condiciones para los menos privilegiados, lo que a todas luces exige mucho más que un gobierno eficiente y gerencial (Arellano y Cabrero, 2005:606).

### **2.3 Políticas Públicas, Política<sup>34</sup> y Servidores Públicos**

Con el propósito de contar con elementos que permitan interpretar la realidad del proceso general de formulación de las políticas públicas en el Ecuador, y en particular de las políticas de mejoramiento de la calidad de la gestión pública y de los servicios de salud, se elabora un acercamiento teórico a las políticas públicas, sus definiciones, sus procesos de construcción, la importancia de su análisis, sus relaciones con la política<sup>35</sup>, y la incidencia del factor humano en su formulación e implantación. La sección se complementa con el análisis de dos investigaciones previas: una relativa al proceso de formulación de las políticas públicas en el Ecuador y la segunda respecto de los servidores públicos en este país.

#### **2.3.1 Definiciones de Políticas Públicas**

Thoenig (2006), define a la política pública como un “conjunto de actos y no actos para alterar algún contexto existente o modo de conducta”, y señala que está compuesta de tres componentes: “una condición deseada, una condición presente supuesta y un conjunto de medios para cambiar la condición presente en el futuro” (Thoenig, 2006:246).

---

<sup>34</sup> En inglés *public policy* y *politic* respectivamente.

<sup>35</sup> Entendida como la ciencia y el arte de gobernar.

Parsons (2007), declara que “una política pública representa el intento de definir y estructurar una base racional para actuar o no actuar” (Parsons, 2007:47). Tamayo (1997), describe a las políticas públicas como “el conjunto de decisiones y acciones emprendidas por el gobierno para influir sobre un problema” público (Tamayo, 1997:282).

Más allá de las puntuales concepciones de estos autores, la teoría de políticas públicas se desarrolla en torno al proceso de su concepción y ejecución, y a la forma de enfocar su contenido, preocupaciones que son motivo de los análisis subsiguientes.

### **2.3.2 Ciclo de las Políticas Públicas**

Lasswell, concibió un mapa conceptual del “proceso de decisión”, cuyas siete etapas serían la guía para “el conocimiento del proceso de las políticas”<sup>36</sup> públicas: inteligencia, promoción, prescripción, invocación, aplicación, terminación y evaluación. Brewer –alumno de Lasswell-, presentó una propuesta alternativa, que guió la agenda de investigación de los analistas de políticas públicas en las últimas décadas del siglo pasado: iniciación, estimación, selección, implementación, evaluación y terminación (Lasswell y Brewer citados en De León, 2011:464).

Según Tamayo (1997), el proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases: identificación y definición del problema, formulación de las alternativas de solución, adopción de una alternativa, implantación de la alternativa seleccionada y evaluación de los resultados obtenidos (Tamayo, 1997:281). Para efectos del análisis siguiente, se adopta este modelo, con la variante de integrar la formulación de alternativas de solución y la adopción de una de ellas, en una sola etapa.

---

<sup>36</sup> El proceso de las políticas públicas es uno de los conceptos más aceptados de la Ciencia Política.

### **2.3.2.1 Definición del problema**

La génesis de una política pública implica el reconocimiento de un problema y su inclusión en la agenda pública, según Jones “quien sea el primero en identificar un problema social será también el primero en delinear los términos para su discusión” (Jones citado en Parsons, 2007:119). Empero, reconocer un problema no es una tarea trivial. Para Parsons (2007), “la definición del problema es parte del problema”, ya que “los valores, las creencias, las ideologías, los intereses y los prejuicios influyen en la percepción de la realidad” (Parsons, 2007:120).

En palabras de Popper y Kuhn, la realidad se percibe a través de una teoría o marco, y la teoría que se elige determina qué problema se ve (Popper y Kuhn citados en Parsons, 2007:120). Parsons (2007), añade que “la dificultad que entrañan los problemas de políticas públicas obedece a su complejidad y mala definición”, puesto que, “los asuntos de tipo público no cuentan con límites claros: no se sabe dónde empieza un problema y dónde termina otro; los problemas se traslapan, se intersectan y tropiezan unos con otros” (Parsons, 2007:121).

Thoenig (2006), identifica dos tipos de errores que pueden producirse en la fase de definición del problema: i) la teoría en la que se basa la política pública adolece de errores conceptuales, el autor argumenta que “un uso más exacto del conocimiento científico que trate el campo particular de esa política puede proporcionar herramientas para una mayor efectividad” y, ii) los encargados de elaborar las políticas no conocen suficientemente la realidad sobre la cual intervienen, “tienen representaciones equivocadas de las conductas que pretenden cambiar y de la dinámica para movilizarse a fin de alcanzar dicho propósito” (Thoenig, 2006:246).

### **2.3.2.2 Formulación de alternativas**

La elaboración de alternativas para la solución del problema público y la selección de la alternativa escogida forman parte de esta etapa.

Nagel (1999), sugiere al menos dos preguntas pertinentes al abordar problemas públicos: cuáles tomadores de decisiones decidirán entre las formas alternativas de tratar los problemas, y cómo se obtendrán los valores que habrán de usarse como criterios de selección de dichas alternativas. Las autoridades, la opinión pública y los directivos de las organizaciones públicas serían los más indicados, es su respuesta al primer interrogante, mientras que como criterios de selección, propone usar la consulta de fuentes confiables, el análisis estadístico, el estudio de casos, el análisis de sensibilidad, la observación, la deducción y la intuición (Nagel, 1999:548,549).

El mismo autor, declara que al evaluar políticas públicas alternativas es necesario considerar entre otros factores, los intereses y las jurisdicciones de los tomadores de decisiones, los efectos colaterales adversos de las políticas, su relación con políticas previas, el apoyo de grupos de interés, la presencia o ausencia de una oposición férrea, y el logro de resultados en menor tiempo y/o con menos dinero. En resumen, afirma que el logro de metas puede ser más eficaz y eficiente, si para escoger entre políticas públicas alternativas se utiliza un análisis sistemático, que incluya “factores políticamente deseables y administrativamente viables” (Nagel, 1999:578, 580).

Según Vergara (2010), las buenas decisiones políticas deben ser justificadas “no por sus resultados, sino por la forma en que se toman”. En su criterio, las buenas decisiones son las que pueden demostrar que se respetaron dos elementos fundamentales: “primero, que todos los actores apropiados y sus intereses fueron tomados en cuenta en el proceso de tomar la decisión; segundo, que el liderazgo político existe y que ha sido ejercido de

manera *apropiada*<sup>37</sup>, de acuerdo con los valores y las normas de la institución” (Vergara, 2010:103,104).

No obstante, para Diniz la evidencia demuestra que “en lo que atañe a la producción de políticas, lo que se ha observado es una proliferación de decisiones tomadas con total libertad, sin consulta y sin transparencia, por un pequeño círculo que se ubica en instancias enclaustradas en la alta burocracia” (Diniz citado en Barreto, 1998:138).

Majone, contribuye en el análisis de la formulación, con el argumento a favor de la validez del estudio de factibilidad política en el momento “predecisional” y con el argumento de la necesidad de comunicación pública “racional y convincente en el momento posdecisional de la política”. El autor señala que el análisis de factibilidad es “el ejercicio de ubicar el razonamiento técnico y económico del gobierno en el marco de las circunstancias concretas y cambiantes de la vida política” y que “el éxito del análisis técnico de una política está relacionado con el triunfo de la argumentación política que lo respalda y justifica” (Majone citado en Aguilar, 1997:31,32).

En la línea de la comunicación pública posdecisional de la política, Aguilar (1997), manifiesta que “una política pública no cierra bien su proceso y ciclo, aún en el supuesto de que haya sido tecnoeconómicamente correcta si no se comunica oportuna y persuasivamente a ciudadanos, organizaciones y, por su importancia, a los medios de comunicación”. En sus palabras, es necesario el uso de “la racionalidad técnica y la racionalidad comunicativa” para modificar las circunstancias de la realidad y las percepciones de los ciudadanos sobre los resultados esperados de la intervención gubernamental (Aguilar, 1997:25).

---

<sup>37</sup> El resaltado itálico pertenece al autor original.

En contraposición a las posturas de validez del análisis político, Friedman manifiesta que: “el papel del economista en el análisis de la administración pública debe ser, en mi opinión, el de prescribir lo que debiera hacerse, dejando de lado la política, y no pronosticar lo que es políticamente viable” (Friedman citado en Majone, 1997:119).

### **2.3.2.3 Implantación de la solución**

La relación existente entre una administración efectiva y los procesos de implantación de las políticas públicas, justifica una mayor atención de esta etapa por parte de formuladores y decisores.

Pressman y Wildavsky, afirman que para incrementar la probabilidad de cumplimiento de las ofertas políticas es necesario concentrarse en la implantación de los programas (Pressman y Wildavsky citados en Ingram, 1999:592). Por su parte, Ingram (1999) señala que si se busca solucionar al menos parcialmente los problemas públicos, tanto formulación, implantación y resultados “deben considerarse como una red sin costuras, no como un conjunto de etapas distintas, afectadas por variables separadas” (Ingram, 1999:601,604).

Williams, sugiere estudiar los procesos de implantación para generar información pertinente, correcta y oportuna para quienes formulan y ejecutan las políticas públicas (Williams citado en Ingram, 1999:592-597); Meter y Horn identifican como críticas las características de las agencias implementadoras, las predisposiciones de los aplicadores individuales y sus recursos (Meter y Horn citados en Ingram, 1999:592-597); Levin y Ferman destacan el liderazgo para guiar intereses dispares en la implantación (Levin y Ferman citados en Ingram, 1999:592-597); y Bardach subraya el papel del monitoreo externo en dicho proceso (Bardach citado en Ingram, 1999:592-597).

También es importante resaltar el papel que desempeña el Estado como orientador, articulador y coordinador estratégico de las políticas públicas. En esta perspectiva, Matus, afirma que la legitimidad y capacidad para formular y coordinar la implantación “del conjunto de las políticas públicas”, presupone un proyecto de gobierno, con un contenido programático que incluye objetivos, directrices y políticas (Matus citado en Barreto, 1998:150).

Al respecto Barreto (1998), destaca que “solamente los gobiernos centrales poseen legitimidad y capacidad para formular y coordinar la implementación del conjunto de las políticas públicas, con una visión global de toda su complejidad, en los asuntos cruciales relacionados con la configuración del futuro de la sociedad”, y que los abordajes basados en la “búsqueda de la eficiencia individual de las organizaciones se revelan insuficientes porque no consideran la importancia vital de las instancias gubernamentales de coordinación” (Barreto, 1998:142).

Finalmente cabe señalar que varios estudios de políticas sugieren que hasta dos terceras partes de las fallas que se producen en la acción pública se originan durante esta fase. Disfunciones de eficiencia, de gestión interna, estructuras formales inadecuadas, deseo de ejecutar una política sobre la cual la organización no tiene control, entre otras, formarían parte de las causas que originan esas fallas (Thoenig, 2006:247).

#### **2.3.2.4 Evaluación**

El análisis de los resultados de una política pública, puede dar lugar a una nueva, a su continuación, o a su terminación. Por ello, en el ciclo de las políticas públicas, la evaluación puede ser la última o la primera fase del proceso.

Tamayo (1997), señala que la evaluación en sistemas democráticos, cumple la función política de ofrecer un mecanismo de rendición de cuentas de las actuaciones de los gobiernos ante los ciudadanos para legitimar con resultados sus decisiones. Señala además la importancia de la presencia de la evaluación en todas las fases del ciclo de las políticas, y de su articulación<sup>38</sup> (Tamayo, 1997:306,307). Bajo esa misma orientación, Bañón y Carrillo, afirman que “la justificación última de la evaluación es, pues, el ejercicio de la responsabilidad política y la búsqueda de lo que se ha denominado la eficacia democrática” (Bañón y Carrillo citados en Tamayo, 1997:306).

Thoenig (2006), se enfoca en la evaluación de impacto, y sostiene que debido a la interdependencia que existe entre organizaciones, no siempre es fácil evaluar hasta dónde los impactos son una consecuencia directa de causas tales como los productos entregados por dependencias públicas específicas. Esto traería consigo la posibilidad perversa de no responsabilizar por sus decisiones y omisiones pasadas a los encargados de formular las políticas, cualesquiera que hayan sido sus impactos reales (Thoenig, 2006:245).

Parsons (2007), complementa el criterio anterior, afirmando que “la evaluación del impacto real de las políticas en los problemas constituye un asunto básicamente vinculado a los valores, no a los hechos...por ende el análisis cuantitativo de cuánto ha impactado una política determinado problema puede simplemente ser una forma de legitimar el proceso de la formulación de políticas sin brindar ninguna evaluación satisfactoria acerca del funcionamiento real y el sentido de la política o problema” (Parsons, 2007:618). Ya Barreto (1998), concluía que muchas actividades del sector

---

<sup>38</sup> Articular las evaluaciones de necesidades (definición), viabilidad (formulación), de programas (implantación) e impacto (evaluación).

público<sup>39</sup> “requieren otro tipo de evaluación –la evaluación subjetiva (*soft judgement*)– o sea algo que la evaluación objetiva (*hard measurement*) no puede alcanzar” (Barreto, 1998:145).

Un criterio que ayuda en la evaluación de impacto es de Nassuno (1998), para quien “el grado de concentración del efecto de una política depende del número de personas sobre las cuales ella incide y de cuánto la vida de cada individuo se ve afectada por dicha política”, añadiendo que “las políticas públicas cuyo efecto es concentrado son las que incentivan la organización y la ejecución de acciones” (Nassuno, 1998:346).

### **2.3.3 Análisis de Políticas Públicas**

Sabatier y Jenkins-Smith, en la década de los noventa, afirmaron que el proceso de las políticas tenía serias limitaciones como base para la investigación (por ejemplo para probar hipótesis empíricas), que no era un modelo causal, que niega el concepto de un sistema de relaciones intergubernamentales, que carecía de capacidades de predicción y negaba el papel de las ideas en la evolución de las políticas (Sabatier y Jenkins-Smith citados en De León, 2011:466).

Esto indujo a la búsqueda de una teoría de políticas públicas, tarea en la cual, la orientación que encontró mayor apoyo es el análisis de las políticas públicas. De acuerdo con Nagel (1999), el análisis de las políticas públicas es una disciplina interdisciplinaria que tiene por objeto “el estudio de la naturaleza, las causas y los efectos de políticas públicas alternativas”, que involucra “un esfuerzo por alcanzar o maximizar ciertos valores o metas sociales”, a la que pueden aportar todos los campos de las ciencias sociales (Nagel, 1999:563, 567).

---

<sup>39</sup> Ilustra su conclusión mediante un análisis de Mintzberg sobre el sector de la salud pública inglesa.

El mismo autor, afirma que los politólogos cuestionan cada vez en mayor medida la suficiencia de las tres E en el análisis de las políticas: eficacia (políticas públicas alternativas), eficiencia (relación costo-beneficio) y equidad, señalando la necesidad de mayor sensibilidad hacia las tres P: participación, previsibilidad (criterios objetivos en la toma de decisiones) y debido proceso (Nagel, 1999:544).

Según Goodsell (1999), la combinación de elementos de cuantificación, modelación, prescripción y evaluación, hacen del análisis de políticas “la sociotecnología más perdurable y significativa que ha entrado al campo de la administración pública en medio siglo” (Goodsell, 1999:638).

Thoenig (2006), sugiere tomar en cuenta en el análisis, que una política específica induce consecuencias e impactos no sólo al problema específico que atiende, sino también a otros problemas, y a la manera en que otras políticas funcionan y afectan a la sociedad. Señala también que las políticas públicas son construcciones colectivas que involucran a conjuntos amplios de instituciones y organizaciones, (arenas, comunidades y redes políticas), en donde las dependencias públicas y el Estado son sólo algunos de los actores participantes, que no siempre son los mayoritarios (Thoenig, 2006:250).

El mismo autor, señala que mientras los estudios clásicos de la organización dictaminaban que para explicar los fenómenos sociales en una dependencia pública era suficiente observar lo que sucedía dentro de sus límites<sup>40</sup>, los estudios combinados de análisis organizacional y de políticas, aluden que las organizaciones pueden depender de otras para implementar una política, lo que a su vez implica que esa política específica origina una estructura y actividad en un conjunto de actores que cooperan interdependientemente, es decir que el “contenido y el contexto de un problema o una

---

<sup>40</sup> Añadiendo en algunos casos a los usuarios como fuente de observación.

política diseñan tipos interorganizacionales de configuraciones sociales” (Thoenig, 2006:252,253).

Según Majone (1997), “ningún análisis prescriptivo o descriptivo de las políticas estaría completo si no tiene explícitamente en cuenta el comportamiento de cambio institucional” (Majone, 1997:157). March y Olsen, en la línea de explicar el cambio institucional -en un ambiente de tensión producido por la inercia institucional y la permanente agitación del entorno-, proponen el modelo de “los botes de basura”<sup>41</sup>, que estipula que la “institución tratará de adaptarse a las demandas del medio ambiente y para lograrlo echará mano de las soluciones que se encuentran disponibles en su repertorio organizacional” (March y Olsen citados en Vergara, 2010:106).

Vergara (2010), añade que “mientras más tiempo se encuentre una solución presente en la agenda de las soluciones posibles, más posibilidades tendrá de ser utilizada”, y que la clave reside en “manipular exitosamente los mecanismos organizacionales de adaptación de la institución”, modificando por ejemplo “las soluciones disponibles en las instancias decisorias de la organización” o influyendo “en la creación de nuevos símbolos o significados en la cultura organizacional” (Vergara, 2010:106).

En la misma línea del cambio, mediante un estudio organizacional específico en dos entidades de beneficencia pública, Blau establece que: “la seguridad del empleo y la autonomía son propias de una actitud positiva hacia el cambio” (Blau citado en Thoenig, 2006).

---

<sup>41</sup> En inglés es conocido como *garbage can model*.

#### **2.3.4 Estudio: Formulación de las Políticas Públicas en el Ecuador**

Con el propósito de contextualizar los problemas, los efectos de lo político y de las racionalidades de los actores en la construcción de políticas públicas en el Ecuador, a continuación se efectúa un breve análisis de los resultados de una investigación realizada por Mejía, Araujo, Pérez y Saiegh en el año 2009, que estudia el proceso de formulación de las políticas públicas en este país y que forma parte de la publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Ecuador (FLACSO): Por el ojo de una aguja: la formulación de políticas públicas en el Ecuador (Mejía *et al.*, 2009).

El estudio revela que en esa época el Ecuador “se halla atrapado en un círculo de políticas públicas de baja calidad que no se ajustan a los desafíos de su entorno, que son vulnerables a la coyuntura política y que tienden a favorecer a grupos de presión bien organizados por encima del beneficio a grupos sociales más amplios” (Mejía *et al.*, 2009:31).

Los autores identifican dos vías en el diseño de políticas públicas en el Ecuador: en la primera, el Ejecutivo negocia las políticas, a través del poder legislativo, con múltiples actores con “poder de veto”, en la segunda, lo hace con un reducido grupo de actores con intereses regionales y económicos y delega la ejecución de políticas a una burocracia técnica, aislada de presiones políticas (Mejía *et al.*, 2009:32,33).

En la primera vía, se generan situaciones de bloqueo institucional que dificultan la adopción de nuevas políticas, una mayor rigidez e ineficiencia de las políticas públicas, (en tanto tenían que ser negociadas con múltiples actores), y políticas con fuerte contenido clientelar y de corto plazo. En la segunda vía, aumenta la capacidad de decisión del Ejecutivo, pero la ausencia de vínculos institucionales con actores políticos,

ocasiona que las políticas públicas producidas y adoptadas estén sujetas a cambios (volátiles) en las preferencias y/o permanencia de sus auspiciantes. Entre otras causas que ocasionan la rigidez y volatilidad de las políticas, los autores destacan: los horizontes de corto plazo de los líderes de los partidos, la falta de congruencia política entre actores y la “repetida activación de los actores con poder de veto de última instancia” (Mejía *et al.*, 2009:32,85-86).

Se identifica tres tipos de actores en el diseño de políticas públicas en el Ecuador: los decisivos, que tienen el poder para iniciar la agenda (el Ejecutivo, tecnócratas en el gabinete, algunos formuladores con poderes decisivos), los reactivos, que tienen un “considerable” poder de veto (el Legislativo) y, los de última instancia, cuyo poder reside en la posibilidad de detener y revertir políticas (Corte de Justicia, Tribunal Constitucional, Ejército, organizaciones sociales, gremiales, indígenas, cámaras, medios de comunicación) (Mejía *et al.*, 2009:32,40).

Una de las premisas fundamentales de este estudio es que el proceso de formulación de políticas tiene un impacto directo sobre la calidad de las políticas públicas, entendida la calidad, según Stein y Tommasi, como el conjunto de propiedades relacionadas con los procesos de formación que definen sus características fundamentales, independientemente de los resultados que se derivan de ellas (Stein y Tommasi citados en Mejía *et al.*, 2009:35).

Para evaluar objetivamente la calidad de las políticas públicas en el Ecuador, los autores citan un estudio efectuado en el 2005, bajo una perspectiva comparada: la Encuesta de capacidades del Estado recoge respuestas de más de 150 expertos nacionales en 18 países de América Latina y el Caribe, y analiza si las políticas pueden sustentarse en el largo plazo (estabilidad), si se ajustan a cambios en las condiciones externas

(adaptabilidad), si se cumplen adecuadamente, si buscan el bienestar general o privilegian intereses privados, y si producen resultados eficientes (Mejía *et al.*, 2009:34).

Según esa encuesta, en el Ecuador la estabilidad de las políticas públicas es baja, rasgo atribuido a limitaciones institucionales para formar acuerdos o cooperar en el largo plazo como el impedimento constitucional para buscar la reelección legislativa inmediata, la frecuente renovación del poder ejecutivo y de su gabinete (Mejía *et al.*, 2009:35).

La encuesta también revela que la adaptabilidad de las políticas ecuatorianas ante condiciones cambiantes es escasa, particularidad que se explica por la proliferación de actores con influencia directa sobre el proceso de formulación de las políticas y la diversidad de sus preferencias políticas, características que restringen su inter cooperación (Mejía *et al.*, 2009:36).

Los autores, afirman que en el contexto político ecuatoriano, fragmentado y regionalizado, la presencia de intereses y demandas de grupos de presión organizados en el diseño de políticas, los altos costos de transacción para cambios de políticas y la ausencia de horizontes políticos de largo plazo, han reducido la capacidad del Estado para articular políticas que promuevan el bienestar general y los intereses de sectores socialmente desprotegidos (Mejía *et al.*, 2009:38,39).

Señalan los autores como elementos explicativos del “pobre desempeño” de las políticas públicas en el Ecuador: la proliferación de importantes actores con poder de veto, la polarización de sus preferencias políticas y la ausencia de mecanismos institucionales

para “facilitar, mantener y hacer cumplir los acuerdos políticos en el largo plazo” (Mejía *et al.*, 2009:33).

Según el estudio, la proliferación y polarización de actores políticos, como resultado de marcadas diferencias regionales y étnicas de la población, ha sido el factor más influyente en la formación de políticas públicas en el Ecuador (Mejía *et al.*, 2009:65). Aunque también los autores señalan que la ausencia de meritocracia, de un servicio civil de carrera y de un sistema judicial independiente, han reducido la calidad y/o dificultado la implementación de las políticas públicas ecuatorianas (Mejía *et al.*, 2009:37).

El estudio, concluye que, “ajustes de largo plazo en el proceso de formulación de políticas del Ecuador puede no ser asunto de reformas legales”, y recomienda que, ciertos cambios en instituciones y prácticas informales “pueden ser esenciales para enfrentar algunas de las causas más importantes de la rigidez y la volatilidad de las políticas” (Mejía *et al.*, 2009:117).

### **2.3.5 Políticas de Gestión Pública de Salud en Ecuador**

En el sector de la salud en Ecuador, Villacrés (2008) distingue tres niveles de gestión que deben interrelacionarse sistémicamente: el macro, el meso y el micro. El contenido del primero se relaciona con las políticas públicas de regulación, financiación, acceso, calidad, oferta y demanda, gestión, aplicadas a los sistemas de salud y a los sistemas de servicios de salud; el contenido del segundo, comprende la administración de las unidades de salud<sup>42</sup>, la articulación interna de sus servicios y externa entre niveles de atención; el tercero, implica la gestión clínica de los profesionales de la salud en la atención médica (Villacrés, 2008:32,33).

---

<sup>42</sup> Redes, hospitales, centros, subcentros y puestos de salud.

Un sistema de salud pública, según Waters (2008), debe ser construido “desde la perspectiva de calidad y equidad centrado en los problemas y necesidades de los ecuatorianos/nas para garantizar el ejercicio del derecho a la salud” (Waters, 2008:13). Con respecto a un sistema de servicios de salud, Villacrés (2008) afirma que su finalidad es “reducir la duración e intensidad de las enfermedades, permitiendo que toda persona que las sufra tenga acceso libre y de forma equitativa a servicios de salud de calidad”, reconociendo las expectativas de la población (Villacrés, 2008:27).

En el Ecuador, se han formulado y ejecutado durante el gobierno de la Revolución Ciudadana, políticas de gestión pública que han afectado al nivel macro, como la instauración del Gobierno por Resultados en la administración pública, o la fijación de la gratuidad de la atención de salud; otras que han incidido sobre el nivel meso, como el establecimiento de la Red Integral Salud Pública (RISP), la instauración de los niveles de atención para las unidades de salud, la acreditación de los hospitales; y algunas que han correspondido al nivel micro, como la jornada laboral de ocho horas para los profesionales médicos, o la formación de los profesionales clínicos en salud familiar y comunitaria.

A continuación se analizan dos políticas específicas de calidad en la gestión pública que se están implantando: una macro, a nivel de toda la administración pública ecuatoriana y que por ende afecta al sector público de la salud, y la segunda meso, que está ejecutándose específicamente en el área de los servicios de salud públicos.

### **2.3.5.1 Acreditación de Hospitales Públicos<sup>43</sup>**

En términos de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, conforme lo manda la Constitución de la República del Ecuador (CRE), el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 (PNBV) y los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública (MSP)<sup>44</sup>, la política pública de acreditación de los hospitales públicos, tiene por objeto garantizar servicios de salud de calidad en las unidades hospitalarias que pertenecen a la RISP, incrementando la satisfacción de los ciudadanos con respecto a tales servicios.

La acreditación de hospitales es una de las iniciativas que, a través del MSP, el gobierno viene implantando en virtud de institucionalizar la calidad en la gestión de los servicios de salud. Esta estrategia se encuentra inmersa en la política pública de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, la que a su vez se inserta en la macro política nacional de salud en el Ecuador.

Otras estrategias enfocadas a la mejora de la calidad de los servicios incluyen: el fortalecimiento de los procesos de auditoría de la calidad de la atención en salud, y algunos programas específicos de mejoramiento continuo de la calidad<sup>45</sup> y seguridad del paciente. En el ámbito de la mejora de la calidad en la gestión de los servicios de salud, aparte de la acreditación, también se trabaja en la implantación de la estrategia de licenciamiento de unidades de salud, en la formación de los Comités Zonales de Calidad, y en la formación de gestores de calidad a nivel de los establecimientos de salud.

---

<sup>43</sup> La información de esta sección fue levantada durante el Curso Superior “Planificación Estratégica de los servicios de salud en el Ecuador” realizado por el IAEN, durante los meses de Octubre y Noviembre de 2013, al que el investigador asistió como alumno.

<sup>44</sup> CRE, artículos 362 y 363; PNBV, objetivo 3, política 3.3, lineamiento b.; MSP, objetivos 1 y 4.

<sup>45</sup> Como el CONE (Cuidados Obstétricos Neonatales Especiales), los estándares e indicadores materno-neonatales, y los comités zonales para reducción de mortalidad materno-neonatal.

El proceso de acreditación hospitalaria tiene como objetivo general conseguir un manejo directivo óptimo, una organización interna efectiva y la excelencia en el servicio de atención médica. Para el efecto, a partir de julio de 2013 se realiza un proceso de evaluación inicial de 44 hospitales públicos a nivel nacional, que se prolongará hasta enero de 2014, y que está a cargo de la acreditadora canadiense *Accreditation Canada International*<sup>46</sup>.

Paralelamente, durante el mismo período, se efectúa un proceso de capacitación al personal de salud hospitalario. Desde Agosto de 2013 hasta Mayo de 2014, se realizan autoevaluaciones y se trabaja en la implementación de mejoras a los problemas detectados en los diagnósticos iniciales o identificados en las autoevaluaciones. A partir de junio del 2014, durante doce meses, se realizará la evaluación final y la acreditación progresiva de los 44 hospitales, así como la ejecución de una fase de seguimiento, que se extenderá hasta mayo de 2016.

Los objetivos estratégicos que se persiguen con el proceso de acreditación son: i) implantar la cultura de “Calidad de la Atención en Salud y Seguridad del Paciente” en los 44 hospitales públicos seleccionados a nivel nacional e, ii) impulsar la institucionalización de la gestión y mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud y seguridad del paciente a nivel nacional, teniendo como referente las buenas prácticas y lecciones aprendidas en los 44 hospitales pilotos.

El programa de acreditación *Qmentum Internacional* (aplicado por la acreditadora canadiense) contiene normas para todos los servicios médicos, cuyo cumplimiento llevaría a los hospitales a tres niveles de acreditación: oro, platino y diamante

---

<sup>46</sup> Los resultados de la evaluación de los tres hospitales que están bajo estudio en la presente investigación se incluyen en formato digital en la carpeta Anexos, archivo Anexo 3 del formato en CD de la Tesis.

(ordenados de menor a mayor exigencia). Para los servicios de emergencias, las normas u objetivos se enmarcan en cinco categorías<sup>47</sup>: i) invertir en los servicios de emergencia, ii) contar con el personal adecuado, iii) proveer servicios de emergencia de calidad, iv) mantener sistemas de información clínica accesible y eficiente, y v) tener un impacto positivo en los resultados (*Accreditation Canada International*, 2010).

Finalmente, cada objetivo contiene cierto número de criterios, de acuerdo al nivel de acreditación deseado, y cada criterio comprende las actividades necesarias para alcanzarlo. Todos los criterios están relacionados a alguna de las ocho dimensiones de calidad consideradas: accesibilidad, enfoque en el servicio al cliente, continuidad de servicios, efectividad, eficiencia, enfoque en la población, seguridad y vida laboral. Algunos criterios contienen guías adicionales que los explican en detalle, dan sugerencias y/o información adicional (*Accreditation Canada International*, 2010).

### **2.3.5.2 Gobierno por Resultados (GPR)**

El GPR es un instrumento de gestión pública que introduce transparencia en la gestión, favoreciendo la rendición de cuentas y sincerando la información, para que los ciudadanos juzguen de forma objetiva e informada el desempeño de los servidores públicos.

Desde el año 2010, la implantación del Gobierno por Resultados es de carácter obligatorio para todas las entidades de la administración pública central ecuatoriana que pertenecen a la función ejecutiva<sup>48</sup>. En el año 2011, la Secretaría Nacional de la Administración Pública (SNAP), emite la Norma Técnica de implantación y operación

---

<sup>47</sup> Las que a su vez reflejan cinco elementos clave de la excelencia de los servicios de salud: dirección clínica, personal, procesos, información y desempeño.

<sup>48</sup> Mediante Decreto Ejecutivo N° 555.

del GPR, que establece las directrices generales para el manejo de los planes estratégicos, operativos, proyectos y procesos en la herramienta GPR (portal). También señala las pautas de operación, seguimiento, control y administración del portal oficial, que fue desarrollado e implantado por la consultora mexicana *e-Strategia Consulting Group S.A.*

El GPR que se está aplicando en los hospitales públicos ecuatorianos, presenta objetivos para cada una de cuatro perspectivas: atención al ciudadano, manejo de los procesos de operación interna, crecimiento del talento humano, y conducción financiera<sup>49</sup>. Cada objetivo posee indicadores, metas, resultados y avances para el período de evaluación, así como un indicativo visual, a manera de semáforo, para determinar el estado del indicador. Los objetivos que se persiguen en las cuatro perspectivas son: i) incrementar la calidad de la atención en salud al ciudadano, ii) incrementar la eficiencia operacional, iii) incrementar el desarrollo y productividad del talento humano e, iv) incrementar el uso eficiente del presupuesto<sup>50</sup>.

La utilización del GPR presupone que los indicadores de desempeño fueron negociados previamente con todos los actores involucrados y que el universo de las actividades es factible de ser analizado –objetivamente–, cuantificado y medido mediante tales indicadores. “Tanto la imposibilidad de evaluación objetiva como la inexistencia de indicadores adecuados de desempeño inviabilizan el control preciso y a *posteriori* de los resultados” (Barreto, 1998:145).

Como sostienen Ranson y Stewart, “en la definición de indicadores de desempeño deben estar presentes las diferentes concepciones sobre las políticas vigentes en la

---

<sup>49</sup> Perspectivas relacionadas con los cuatro ejes del instrumento de gestión conocido como *Balanced Scorecard* o Cuadro de Mando Integral.

<sup>50</sup> Consultado en [http://gpr.administracionpublica.gob.ec/gpr\\_ecuador/n1](http://gpr.administracionpublica.gob.ec/gpr_ecuador/n1), el 21 de octubre de 2013.

sociedad” (Ranson y Stewart citados en Levy, 1998:397), sin establecer límites que excluyan a los ciudadanos. En palabras de Levy (1998), los procesos de evaluación de desempeño “tienen que desplazarse del campo de la medición hacia procesos conducentes a una apreciación política de lo que es un buen desempeño” (Levy, 1998:397).

Rainey (1999), también advierte la dificultad de establecer sistemas libres de valores, “deliberadamente racionalizados” que incrementan la eficiencia, la responsabilidad y el desempeño mediante el uso de objetivos, metas, indicadores e incentivos específicos, “en la burocracia compleja donde los programas y sus metas no se prestan a menudo a una especificación y una medición precisas, y donde complejos incentivos, relaciones de poder y cuestiones valorativas complican enormemente la adopción de tales sistemas” (Rainey, 1999:232).

Campbell, asevera que “la profunda ambigüedad de la praxis no puede eliminarse mejorando las técnicas de medición y verificación, pero si puede describirse y aclararse en la argumentación y la persuasión recíproca” (Campbell citado en Majone, 1997:65).

Majone (1997), respalda este aserto, cuando afirma que es necesario mantener un dialogo “profundo” entre quienes defienden criterios distintos, pues “no se requiere tanto el desarrollo de medidas objetivas de resultados...como iniciar y sostener un diálogo amplio...entre prestadores y usuarios de servicios públicos” (Majone, 1997:228), ya que “la racionalidad de la elaboración de políticas depende más del mejoramiento de la capacidad de aprendizaje de los diversos órganos de deliberación pública que de maximizar el logro de metas particulares” (Majone, 1997:231).

Según Thoenig (2006), las dependencias públicas tienen indicadores de impacto externos “confusos y cargados ideológicamente, objetivos inciertos, plazos controvertidos e inestables”, en resumen, los “vínculos causales entre una política específica y un conjunto específico de resultados no son lineales y resultan difíciles de establecer” (Thoenig, 2006:247).

Por tanto, la *publicness*<sup>51</sup> dificulta el uso de errores como impulsor de acciones correctivas. Cuando ocurren suele castigarse a alguien, un error “se convierte en un pecado que debe evitarse, en un estado patológico que debe ocultarse y no en una oportunidad de aprender, en una señal para razonar el curso futuro de acción”. No corregir los errores, ocasiona que las entidades “para identificar las necesidades sociales que deben satisfacer y los medios efectivos para lograrlo”, confíen en lo que conocen (Thoenig, 2006:248).

Se reconoce que la aplicación del GPR hace transparentes los objetivos y los medios involucrados en las políticas públicas, pero para que se convierta en un mecanismo de mejora de la efectividad de la administración pública y/o en un instrumento de control social en el Ecuador, es necesario la ruptura del dominio de patrones tecnocráticos, que permita la participación efectiva de todos los actores interesados en la definición y supervisión de objetivos, metas y resultados de los servicios públicos.

---

<sup>51</sup> Bozeman, en Thoenig (2006) define la *publicness* como el hecho de que el gobierno, y no los factores del mercado, tiene mayor influencia en la toma de acciones y en los contextos donde funcionan las organizaciones, sin importar su estatus legal.

## **2.3.6 Política**

### **2.3.6.1 Relación Política-Administración Pública**

El valor de la inclusión del análisis de la ciencia política en la presente investigación, se respalda en los criterios dados por varios autores en torno a la relación política-administración pública.

Lhérisson señaló como una de las mayores falencias de la administración Thatcher, su pretensión de modificar la administración sin incluir los aspectos políticos (Lhérisson, 1999:11); Whicker, Strickland y Olshfski concluyeron, luego de un estudio realizado en 1993, que “los gerentes públicos no pueden realizar de manera correcta su trabajo sin los conocimientos básicos de la Ciencia Política” (Whicker et al. citados en Lhérisson, 1999:11); Peters sostiene que la administración pública es “una parte integrante del proceso político” (Peters citado en Denhardt, 1999:106); Denhardt (1999), asevera que el problema fundamental de la administración pública es la tensión entre los intereses políticos y los organizacionales (Denhardt, 1999:103).

Marando y Florestano, postulan que las “metas fundamentales” son responsabilidad política, mientras que las labores técnicas y “las operaciones consuetudinarias de los programas”, son propias de los administradores, empero admiten que, “la política y la administración se entrelazan en varias direcciones” (Marando y Florestano, 1999:383, 385), postura que Rainey (1999) apuntala cuando afirma que, “las dos dimensiones se mezclan en formas complejas, a veces razonablemente distintas, a veces dialécticas, a veces interactivas” (Rainey, 1999:241).

Sin embargo, conviene que cualquier sociedad considere la prevención de Waldo (1999), quien advierte que “totalitaria y utópica”, son los términos apropiados para

designar a una sociedad en la que política y la administración se encuentran bien integradas, y que a medida que se avanza hacia la última, se debe cuidar de no acercarse a la primera (Waldo, 1999:137).

Aguilar (1997), presenta el dilema del análisis técnico y el consenso político, en términos de los prejuicios populares: los tecnócratas “carecen de sensibilidad política” y los políticos del “conocimiento experto”, lo que complementa señalando que hoy no es posible gobernar sin “la búsqueda incesante por acercar la eficiencia pública y el consenso político, aunque una y otra vez se frustra el intento por la naturaleza política plural de la sociedad” (Aguilar, 1997:33).

### **2.3.6.2 Poder, intereses e ideas**

A continuación se plantean algunas posiciones sobre el efecto que tienen las relaciones de poder, los intereses, las ideas, los paradigmas y los referenciales de los actores, en la producción<sup>52</sup> de las políticas públicas.

Lander (1998), afirma que no se puede hablar de procesos de democratización y de fortalecimiento de la sociedad civil y de la esfera pública, haciendo abstracción de las relaciones y de las transformaciones que se producen en el poder. También sostiene que, en el mundo se producen procesos de concentración de poder político y económico, “tanto entre regiones y países, como en el interior de éstos”, y va más allá, cuando defiende que “el paso de una matriz estado céntrica a una socio céntrica, sólo será un avance democrático, si es parte de un proceso de democratización tanto de las relaciones económicas como de las desigualdades en el ejercicio del poder” (Lander, 1998:450, 462, 455).

---

<sup>52</sup> Entendida como formulación y ejecución.

Cuando se discute sobre el poder, la tendencia general es asociarlo a los espacios estatales y centralizados, excluyendo lo que Lander (1998) denomina “espacios de ejercicio microsociales, intersticiales y discursivos del ejercicio del poder”, que según Foucault, están en todas partes, tienen carácter “capilar” y generan resistencias en cada uno de los ámbitos locales y particulares, de la vida social (Foucault citado en Lander, 1998:464).

En esa línea de análisis, coinciden Bresser Pereira y Nuria Cunill (1998), para quienes el concepto político que implica poder, se constituye por “la sociedad organizada y ponderada de acuerdo con el poder que tienen los diversos grupos e individuos”, poder que se deriva de su riqueza, conocimiento y de su capacidad organizativa (Bresser Pereira; Cunill Grau, 1998:29). March, también se alinea con Foucault, al afirmar que cualquier organización se inserta en la dinámica de poder y funciona como una arena política compuesta de conductas estratégicas (March citado en Thoenig, 2006:239).

En esa proyección e hilando un poco fino, Villoria (n.d.) afirma que en la sociedad “casi siempre, los mejor organizados y más poderosos tienen un plus de influencia en la agenda pública que puede ser distorsionador” (Villoria, n.d.:160). En ese caso encajarían los partidos políticos, orientados hacia la lucha por el poder, que “no sitúan su centro estratégico en la sociedad civil que pretenden representar sino en el modelo de Estado que pretenden conservar o cambiar” (Vieira, 1998:238).

Campbell (2002), al analizar las relaciones entre las ideas, la política y las políticas públicas revive el viejo debate entre idealismo y materialismo, preguntándose bajo qué condiciones las ideas prevalecen más, o menos que los intereses. El autor, señala que una aproximación más fructífera, se preguntaría cómo las ideas y los intereses

interactúan, cómo las ideas y los intereses se conectan y afectan mutuamente en el proceso de elaboración de políticas públicas (Campbell, 2002).

Este autor, diferencia los múltiples tipos de ideas que afectan ese proceso: las teorías, los modelos conceptuales, los paradigmas cognitivos, las visiones del mundo, las ideas normativas, las ideas programáticas, la cultura mundial, los enfoques y creencias principales. Igualmente, formula ciertos mecanismos causales, como el efecto de las comunidades académicas y los filtros institucionales, con los cuales las ideas afectan a las políticas públicas (Campbell, 2002).

### **2.3.7 Servidores Públicos**

Cuando Weber (2006), elaboró la definición clásica de burocracia, relievó dos características: la seguridad del puesto y el monopolio del conocimiento, mismas que en una sociedad como la actual, no tienen la preeminencia que tuvieron en la época que fueron formuladas por el filósofo alemán (Weber, 2006). Como diría Golembiewski (1999), las condiciones que sostuvieron el modelo burocrático “han cambiado de manera fundamental”, en la actualidad, “no se trata de inhibir lo malo, sino de catalizar la ocurrencia de lo bueno” (Golembiewski, 1999:210).

Vinculando los factores político y humano, cabe preguntarse, si el control político sobre la burocracia, no reduce al mismo tiempo la discreción, la autonomía y la libertad de acción que los funcionarios públicos necesitan para participar en la elaboración, organización y ejecución de las políticas públicas, influir favorablemente en la misión de la organización, en el éxito de los programas y en la satisfacción de los usuarios de los servicios que prestan. El dilema control-independencia burocrática tiene múltiples paladines, incluso un mismo autor puede argumentar en ambas direcciones.

Por ejemplo Kaufman (1999), por un lado, admite que ante los vaivenes electorales, los burócratas conceden “un elemento de estabilidad en las políticas”, que deben ser reconocidos “por lo menos como miembros democráticos de la estructura política, igualmente capaces y legítimos”, ya que a menudo se consideran “chivos expiatorios de las diferencias gubernamentales y las fallas de programas que no les son imputables, víctimas convenientes a quienes los elaboradores de políticas insensatas pueden imputar sus propios errores” (Kaufman, 1999:628).

Por otro lado, el mismo autor sostiene que “las burocracias poseen un poder considerable”, con recursos políticos sustanciales: “información, apoyo de sus clientes, autoridad para tomar decisiones, acceso a los medios de comunicación, control de la rapidez y distribución de los servicios, conexiones con funcionarios políticos destacados y sus auxiliares” (Kaufman, 1999:623).

El rol fundamental que juegan los servidores públicos en la implantación y el éxito de las políticas públicas es destacado por Lipsky, cuando introduce el término “burócrata al nivel de la calle”, en términos populares ecuatorianos equivaldría a “burócrata de a pie”, con el que designa a los funcionarios encargados de prestar directamente los servicios. El autor, señala que “las decisiones de los burócratas del último nivel, las rutinas que establecen y los instrumentos que inventan para afrontar las incertidumbres y las presiones del trabajo se convierten efectivamente en las políticas públicas que aplican” (Lipsky citado en Denhardt, 1999:111).

En la misma línea, Denhardt (1999) cree que quienes trabajan en las organizaciones públicas “ejercen una influencia directa en las vidas de los individuos ... cuando actúan por cuenta propia en la búsqueda de los propósitos públicos” (Denhardt, 1999:117). En contrapartida, Golembiewski (1999), sugiere que los problemas no surgen de los

empleados públicos, sino del modelo burocrático aplicado a tales empleados, no de la existencia de “empleados públicos perversos y egoístas”, sino de la estructura burocrática “impuesta a personas que no gustan de esa estructura” (Golembiewski, 1999:209), aunque conforme Rohr (1999), el problema ético central del servicio público es el uso responsable de la autoridad discrecional que tienen los administradores públicos (Rohr, 1999:178).

Pero, entonces se debe cargar todo el peso de la culpa de esas deficiencias y problemas del servicio público a los burócratas, buscar, como diría Kaufman (1999), chivos expiatorios, o adoptar reflexiones innovadoras sobre la problemática pública. Según Goodsell (1999), lo que se requiere es una investigación más sistemática de las culturas organizacionales de la burocracia pública, entendiendo por sistemática, varios enfoques de investigación, “empleando teorías de alcance intermedio y metodologías diversas [...] que generará ideas nuevas, especulación informada e interpretación razonada” que se preocupe por las realidades informales de la administración pública y que genere un sentido de “identidad y autoconciencia entre los miembros de las burocracias” (Goodsell, 1999:633-635).

En esa línea de investigación, Wildavsky (1999), distingue al menos otras dos formas organizacionales, aparte de la burocracia jerárquica: el individualismo competitivo y el colectivismo comunitario. El primero sustituye la autoridad con autorregulación, pero “conserva una fuente externa de autoridad que garantice una estabilidad suficiente para mantener las relaciones del mercado y solucionar las diferencias”, mientras que en el segundo, “las decisiones grupales obligan a los miembros, sólo si éstos participan plenamente y otorgan su consentimiento con libertad” (Wildavsky, 1999:40).

Golembiewski (1999), afirma que los estudiosos de la administración pública proponen varias teorías como alternativas viables al modelo burocrático: el desarrollo organizacional, la nueva administración pública, la administración democrática, la teoría crítica y teorías basadas en los avances logrados en la literatura del pensamiento social. El individualismo competitivo, se identificaría con los principios de la nueva administración pública y el colectivismo comunitario se alinearía con los postulados de la administración democrática.

Otros autores, en cambio se enfocan en tratar de explicar el comportamiento de los individuos en las organizaciones mediante las vertientes del nuevo institucionalismo: North y Williamson, entre otros, propugnan el “nuevo institucionalismo económico”, Powell, DiMaggio, Scott y Meyer, el “nuevo institucionalismo sociológico”, y March y Olsen, el “nuevo institucionalismo político” (Vergara, 2010:95).

La primera vertiente, del nuevo institucionalismo económico, sostiene que dadas las restricciones que el contexto histórico y cultural impone a los individuos, éstos actúan con base en cálculos racionales sobre acciones, consecuencias y posibles beneficios, y que el cambio es consecuencia “de las acciones de individuos y organizaciones que responden a transformaciones en los incentivos e intentan maximizar sus preferencias” (Vergara, 2010:110).

El nuevo institucionalismo sociológico, rechaza todo tipo de ejercicio racional de los actores, concibe a las instituciones como construcciones culturales que determinan el comportamiento de individuos y organizaciones, y al cambio como “producto de una lenta evolución en las características institucionales a las que se adaptan inconscientemente las organizaciones” (Vergara, 2010:110).

El nuevo institucionalismo político de March y Olsen, representa la posición intermedia que considera a las instituciones como un conjunto de normas y valores, que se originan en las rutinas organizacionales y que explican el comportamiento de los individuos “porque representan mecanismos eficaces para simplificar la realidad y facilitar procesos de toma de decisiones que lleven a resultados satisfactorios” (Vergara, 2010:110).

En sus esfuerzos por explicar el comportamiento individual en el marco organizacional, esta última vertiente circunscribe el modelo de toma de decisiones conocido como “la lógica de lo apropiado”, que de acuerdo a Ostrom, se fundamenta tanto en los roles de los actores en las organizaciones, como en las reglas institucionales. Para un proceso decisorio, primero el individuo identifica cuál es su rol como actor organizacional y luego decide “qué acciones son las apropiadas para su rol, en una circunstancia dada, de acuerdo con las normas de la institución” (Ostrom citado en Vergara, 2010:110).

La teoría crítica en cambio, propone que la autorreflexión y la autocrítica del servidor público son básicas para la transformaciones organizacionales, que éste “participe activamente en el proceso de las políticas, que se muestre muy sensible a las nociones del interés público y que siempre considere el contexto moral y político de la acción administrativa”, en definitiva que “sea responsable en tres sentidos: profesional, político y personal” (Denhardt, 1999:94-95).

Denhardt (1999), apoyado en la fenomenología, la teoría crítica y la psicología profunda, sugiere “reordenar las prioridades que otorguen primacía al crecimiento del individuo, antes que a la productividad de la organización” (Denhardt, 1999:109). Vergara (2010), propone considerar a los individuos no como piezas o engranes de una

estructura organizacional<sup>53</sup>, sino como seres dotados de ambiciones, ideologías, personalidades e intereses (Vergara, 2010:24).

En la perspectiva de crecimiento del servidor público, el gobierno ecuatoriano se encuentra implementando una estrategia enfocada en su formación y capacitación, a través del Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), que para el efecto ha sido designado como la “Universidad de Postgrado del Estado”.

### **2.3.7.1 Estudio: Servidores Públicos en el Ecuador**

Acorde con el análisis precedente, la *expertise*, la competencia, la credibilidad y la calidad del servidor público -el poder de la burocracia según la noción *weberiana*-, tienen una influencia directa en la calidad de aplicación de las políticas públicas. Siguiendo a North (2010), que juzga que “no podemos comprender hacia dónde nos dirigimos si no entendemos antes dónde hemos estado” (North, 2010:146), a continuación se presentan algunos resultados de un estudio auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), efectuado en el año 2003, acerca del Servicio Civil ecuatoriano (Iacoviello y Zuvanic, 2003).

Según sus autoras, al momento de la investigación existieron diversos regímenes jurídicos que afectaban al servicio público e imprimían “un ambiente de fragmentación y autonomía, inercias o resistencias a cambiar las cosas derivadas de una cultura organizativa jerárquica, y alta injerencia política en la gestión de los recursos humanos” (Iacoviello y Zuvanic, 2003:227).

También señalan que no todas las organizaciones públicas cuentan con diseños de puestos y definiciones claras de los perfiles que requieren. Que la ley establece que el

---

<sup>53</sup> Como los consideraron Weber o Taylor.

ingreso a un puesto público será efectuado mediante concurso de merecimientos y oposición, pero que en la práctica no siempre están claros los mecanismos para garantizar la igualdad efectiva y la no discriminación en la selección de personal (Iacoviello y Zuvanic, 2003:232).

Respecto de la gestión de compensaciones y desempeño, encuentran que: las retribuciones variables se establecen por derechos adquiridos y no por vinculaciones con el rendimiento; el rendimiento no está asociado a la estrategia ni a objetivos de la organización; se carece de una cultura de evaluación del desempeño, que no siempre está vinculada con la capacitación, ni con el reconocimiento a los desempeños sobresalientes; el procedimiento obligatorio de medición del rendimiento es aplicado rutinariamente, como un trámite burocrático que tiene que ser cumplido y generalmente es evaluado homogéneamente, para evitar conflictos interpersonales, no como mecanismo de acción orientado a la gestión de los recursos humanos (Iacoviello y Zuvanic, 2003:234).

En torno a la formación y capacitación encuentran que: la actividad formativa responde a acciones aisladas; sólo algunos organismos presentan programas de capacitación anual, pero no se detectan acciones sistemáticas para evaluar su impacto en los resultados de la organización; las personas no perciben que reciben de la organización una capacitación adecuada, que apoye la generación de innovaciones o cambio culturales; la formación generalmente viene dada por la oferta, sin previos diagnósticos fiables de necesidades por parte de la organización (Iacoviello y Zuvanic, 2003:235,237).

Concluyen que: la persistencia de esquemas de administración de personal, unidos a la cultura política, las deficiencias directivas y el clima laboral se manifiestan como

incapaces para responder a las crecientes demandas ciudadanas por servicios de mayor calidad; la ausencia de una política clara en relación a la institucionalidad de la gestión a nivel central de los recursos humanos ha generado una fuerte fragmentación y debilidad en el sistema; la existencia de una cultura autoritaria y poco estimulante para el desarrollo y mejoramiento de los recursos humanos, ha ocasionado inercias y resistencias al cambio organizacional (Iacoviello y Zuvanic, 2003:244).

Entre las recomendaciones que propone el estudio están la construcción de una visión integrada que conciba a los recursos humanos como activos productivos, el diseño de mecanismos e incentivos que promuevan el mérito, y el fortalecimiento institucional del área central de gestión de recursos humanos (Iacoviello y Zuvanic, 2003:245).

#### **2.4 Servicios Públicos**

El análisis de esta sección gira en torno a los servicios públicos que presta el Estado a la sociedad. Para el efecto, se efectúan aproximaciones desde la racionalidad sustantiva -orientada hacia los fines- y desde la racionalidad instrumental -orientada hacia los medios-. En el primer enfoque, se abordan conceptos como valor e interés público, participación y control social, el ciudadano y sus derechos, y se los contraponen, con conceptos que se presentan en el segundo enfoque, como eficiencia y eficacia, calidad y satisfacción, cliente y beneficiario. La sección termina con referencias a lo que se entiende por calidad en los servicios públicos de salud, la mención a una investigación previa de la calidad de los servicios públicos en el Ecuador, y el diagnóstico y las estrategias de mejoramiento de la salud pública en México durante la última década.

## **2.4.1 Lo sustantivo**

### **2.4.1.1 Valor e interés público**

Moore (1998), declara que “la política es el auténtico árbitro del valor público” (Moore, 1998:71)<sup>54</sup>, más tarde en el 2006, el autor distingue tres concepciones diferentes: la primera precisa que “el valor público es igual a la suma de las satisfacciones individuales que pueden ser producidas por cualquier sistema social o política gubernamental”, la segunda, lo que un gobierno “declara como propósito importante a ser logrado”, y la tercera, como “propósitos importantes que pueden ampliar el grado de satisfacción individual del que disfrutaban los miembros de un sistema político”, satisfacción que no puede ser lograda por el mercado y, por ello, “esa comunidad política designa al gobierno para que le ayude a obtenerlo colectivamente, pero para su beneficio individual” (Moore, 2006:15,16).

El mismo autor concluye, que valor público no es “el máximo bienestar (material) para el máximo número de individuos, alcanzado a través del libre mercado”, sino más bien “aquello que nosotros, en tanto individuos, deseamos como condiciones públicas en las cuales nos gustaría vivir, y aquello que colectivamente acordamos que nos gustaría lograr juntos, utilizando el poder del Estado” (Moore, 2006:18).

El interés público es conocido entre los neo institucionalistas como “interés de la comunidad”, “bien común” o “bienestar general”. Según Fesler (1999), para los administradores es algo “nebuloso”, un “ideal” que no puede ser definido con precisión, pero que se percibe cuándo es afectado (Fesler, 1999:146).

---

<sup>54</sup> Moore concibe por primera vez el concepto en su obra: Gestión Estratégica y creación de valor en el sector público (1998).

Por esa característica, Barzelay (1998) previene que invocando el interés público se pueden justificar acciones contrapuestas y “el gobierno a menudo deja de obtener los resultados deseados desde el punto de vista ciudadano, cuando, en su propio seno, cada comunidad profesional está segura de que sus normas definen el interés público”. Por ello el autor sugiere que el “interés público” sea reemplazado por “los resultados que valoran los ciudadanos”<sup>55</sup>, frase que motiva “mayor investigación, argumentación más clara y deliberación más productiva acerca de los resultados que los ciudadanos valoran colectivamente...e implica que, dentro del gobierno, las comunidades profesionales no pueden presuponer lo que valoran los ciudadanos” (Barzelay, 1998:177-178). También recomienda que los administradores públicos generen, al interior y en torno a las organizaciones, “la capacidad de deliberar acerca de la relación existente entre los resultados que valoran los ciudadanos y el trabajo hecho” (Barzelay, 1998:196).

#### **2.4.1.2 Participación y control social**

Conforme Velásquez (1998), el control social de la gestión pública, en tanto forma de participación ciudadana, “es una modalidad de acción colectiva”, mientras que la participación “es un proceso social de intervención en la vida colectiva”, a través de la cual distintos actores “buscan incidir en la orientación del destino común mediante la escogencia de metas compartidas y de los instrumentos idóneos para alcanzarlas” (Velásquez, 1998:273). Para aclarar estos conceptos, a continuación son analizados por separado.

##### **2.4.1.2.1 Participación**

---

<sup>55</sup> Para que no decaiga la deliberación, McCloskey, Bennis y Majone citados por Barzelay, proponen la supresión de una categoría retórica sólo si es sustituida por una idea funcionalmente semejante.

Un incremento de la participación tiene sentido, si como resultado los ciudadanos obtienen una mejor representación de sus intereses y una mayor capacidad de decisión, para que no suceda lo que sugiere el título de la obra de Ballón: Yo participo, tú participas, ¿ellos deciden? (Ballón citado en Lander, 1998:465).

Velásquez (1998) distingue tres tipos de participación: la participación sustantiva, que es posible cuando existe una estructura política favorable y una identidad colectiva sólida, la participación formal o instrumental y la participación reivindicativa o contestataria. En adelante, las referencias del término corresponden al primer tipo.

De acuerdo con Lander (1998), la experiencia en el continente americano parece demostrar contundentemente que para garantizar niveles significativos de participación y control popular sobre la gestión pública, no es suficiente la existencia de mecanismos institucionales. El autor, afirma que “si no se abordan simultáneamente las condiciones económicas y culturales que generan las subordinaciones y exclusiones, se asistirá en forma permanente a una ampliación de la brecha entre la participación contemplada en los instrumentos legales y la participación lograda en términos efectivos” (Lander, 1998:466). Delgado apoya esa posición sosteniendo que “ninguna reforma legal que no esté acompañada por un ajuste de los mecanismos de redistribución de los recursos económicos ...será sólo papel para llenar anaqueles” (Delgado citado en Lander, 1998:466).

Conforme Kooiman, se hace imperativo un nuevo modo de concertación Estado-sociedad, con la creación de contextos en los cuales se encuentre presente el Estado y los diferentes actores interesados (*stakeholders*), cooperando en la formulación y en la ejecución de las políticas públicas (Kooiman citado en Levy, 1998:388). Levy (1999) va más allá, y añade que también se debe procurar “el ensanchamiento de la esfera pública

y la profundización de la democracia a través de la incorporación de actores antes excluidos del juego político” (Levy, 1998:392).

En esos términos, conviene vigilar que la participación social no se convierta en una nueva fuente de exclusión de ciudadanos y minorías sociales sin poder político. En palabras de Bresser Pereira y Nuria Cunill (1998), las presiones que sobre el Estado ejercen grupos revestidos de influencia, imagen social y otros recursos (gremios, cámaras y sindicatos), perjudicando los intereses y/o derechos de las mayorías, equivale a la dicotomía entre los controles sociales público y corporativo, orientados hacia el interés general y el grupal respectivamente (Bresser Pereira; Cunill Grau, 1998:35).

Cabe también considerar la reflexión de Cunill en torno a que la apertura de nuevos espacios públicos no es automática, y más bien depende de “ una serie de condiciones que, entre otras, remiten a transformaciones institucionales y culturales en el aparato gubernamental y al tipo de actor social concernido” (Cunill citado en Nassuno, 1998:343). Al respecto Barreto (1998), sugiere que se debe modificar la cultura y la práctica organizacionales, construyendo “canales de comunicación que permitan una participación efectiva y un control social en las decisiones sustantivas y estratégicas que componen las políticas sociales” (Barreto, 1998:152).

Si las transformaciones culturales, a las que se refiere Cunill, deben iniciarse con cambios en las actitudes y prácticas ciudadanas<sup>56</sup>, entonces la pregunta que surge es, ¿cuáles son las posibilidades reales de que en la actualidad en el Ecuador se genere esa transformación de actitudes y prácticas ciudadanas?

---

<sup>56</sup> Por ejemplo la organización de usuarios de servicios en entidades representativas de sus intereses, que entre otros fines vigilen el buen desempeño burocrático en la prestación de servicios públicos.

Una posible respuesta emerge de la “lógica de la acción colectiva”, según la cual la participación de los actores sociales en la esfera pública, depende del cálculo individual respecto de la relación costos/beneficios esperada de esa acción. De acuerdo con Fontes, la movilización tiene lugar a medida que un interés concreto exija la participación, “los procesos esencialmente reivindicativos no garantizan una participación constante” (Fontes citado en Nassuno, 1998:346).

Otras posibles respuestas, pueden provenir de la vertiente contraria, autores como Hirschman y Stone, sostienen que la acción orientada hacia lo público implica la desaparición de la distinción costos-beneficios, y que “la dinámica de la movilización popular se alimenta a sí misma” (Hirschman y Stone citados en Nassuno, 1998:354), o de la aspiración de un ideal como el que plantea Kohen (1998): “la extensión de la participación y la responsabilidad ciudadanas hacia un ideal donde todo individuo se sienta parte y contribuya al control y la fiscalización de las instituciones democráticas” (Kohen, 1998:374).

#### **2.4.1.2.2 Control social**

El control social es una forma complementaria a los controles administrativos, a través del cual la sociedad puede controlar el desempeño del Estado y de sus instituciones. Formas innovadoras de control social implican poner en práctica en el ámbito micro, novedosos mecanismos de desarrollo institucional, y en la esfera macro, nuevas formas de consolidación democrática.

En la perspectiva micro de los servicios públicos, para Ackerman la información imperfecta de los insumos, los resultados o sus relaciones, y la limitada capacidad del usuario de obtener e interpretar información real del servicio público, justifican alguna

forma de control social que ejerza una mejor vigilancia sobre la calidad del mismo (Ackerman citado en Bresser Pereira y Cunill, 1998:42).

En la línea de los servicios públicos, Nassuno (1998), determina tres requisitos para que un instrumento de control social contribuya a mejorar la eficiencia y la calidad de su prestación pública: i) las informaciones del desempeño burocrático deben provenir de los usuarios finales de los servicios de la entidad, ii) deben existir canales por los cuales los ciudadanos hagan llegar esas informaciones a los políticos y, iii) deben existir instrumentos de gestión que permitan dar respuestas rápidas a las demandas de los usuarios (Nassuno, 1998:343).

Para el cumplimiento del primer requisito, que los usuarios finales informen sobre el desempeño burocrático en la prestación de los servicios públicos, sería necesaria la organización de los usuarios en entidades representativas de sus intereses. En la reflexión de las posibilidades de conformación de esas entidades, conviene meditar sobre los costos que implicaría esa organización de los usuarios.

Según Cunill, estos costos se relacionan con la obtención de información, los costos de oportunidad, los riesgos de persecución y discriminación de los participantes, y los costos de mejorar los servicios prestados. Otras razones por las que los usuarios pueden rehusarse a participar son el choque entre las expectativas y las experiencias vividas, o la necesidad de conocimientos especiales (Cunill citado en Nassuno, 1998:347).

En lo relativo al segundo requisito, el perfeccionamiento de las instituciones políticas permitiría la creación de canales de comunicación entre usuarios de los servicios y políticos, como una nueva forma de contribuir a la eficiencia en la implantación de las políticas de servicio público (Nassuno, 1998:353).

Para lograr el tercer requisito y alcanzar una mayor eficacia y eficiencia en las respuestas que se brinden a las demandas de los usuarios se hace necesario repensar los instrumentos de gestión pública normados, jerárquicos y coercitivos establecidos por el derecho administrativo público. De acuerdo con Cunill, “es claro que frente a procesos extremadamente reglados y/o dominados por jerarquías rígidas, la intervención ciudadana se torna una falacia” (Cunill citado en Nassuno, 1998:347).

Según Przeworski, las instituciones que pudieran derivarse del control social, permitirían elevar la calidad de la gestión pública en los servicios públicos. En sus palabras “la calidad de la intervención del Estado depende del mecanismo mediante el cual el Estado es responsabilizado ante aquéllos en beneficio de quienes se supone que funciona [...] los ciudadanos somos los receptores de estos servicios y tenemos ese conocimiento y, por ende, la necesidad de poner en pie instituciones que permitan obtener y organizar la información agregada de los ciudadanos acerca del funcionamiento de la burocracia” (Przeworski citado en Reilly, 1998:438).

En su carácter macro, el control social y su efecto sobre la atención de necesidades y servicios fundamentales, exige mejorar las condiciones de gobernabilidad y gobernanza. Para Bresser Pereira, la gobernabilidad tiene que ver con la existencia de instituciones políticas que garanticen el control social mediante mecanismos de responsabilidad de políticos y burócratas ante la sociedad. Para Diniz, la gobernanza se refiere a la capacidad para implementar las políticas y conseguir las metas colectivas, mediante mecanismos participativos y plurales (Bresser Pereira y Diniz citados en Vieira, 1998:247). Conforme esos autores, el mejoramiento de las condiciones de gobernabilidad y gobernanza, deben garantizar la vigencia del control social y la participación respectivamente.

#### **2.4.1.2.3 Mecanismos de participación y control social**

Los mecanismos que viabilizan la participación y control de los servicios públicos por parte de los usuarios, “pueden ser entendidos como instrumentos de gestión para garantizar la eficiencia y la calidad en la implementación de las políticas públicas”, pero la importancia de contar con instrumentos de control social en un contexto democrático, radica en el control ciudadano de los resultados y de calidad de los servicios, pues son los usuarios que conocen el desempeño burocrático, los que a través de canales apropiados pueden transmitir a los políticos ese conocimiento, que junto a instrumentos de gestión apropiados, permitan mejorar la calidad de los servicios públicos (Nassuno, 1998:342).

Un elemento que conviene no perder de vista es el incremento de posibilidades de cooptación de las organizaciones sociales por parte del Estado. Según Carvalho y Laniado, se corre el riesgo de una “interlocución orientada hacia la minimización de las demandas y las insatisfacciones, y/o a resolverlas a partir de intereses de opciones gubernamentales (Carvalho y Laniado citados en Nassuno, 1998:352).

Lander (1998), también previene sobre la opacidad de las fronteras entre el control estatal de la acción social por un lado, y la preservación de la autonomía de las organizaciones de la sociedad civil, por el otro (Lander, 1998:463), criterio que comparten Montúfar y Muñoz, quienes sostienen que “Por medio de la participación popular los centros nacionales y transnacionales de poder buscan ganar presencia y control en los niveles locales; incidir sobre las prácticas de los actores en aquellos niveles; y solidificar dinámicas de aprendizaje colectivo y compromisos que trascienden las fronteras y espacios nacionales y cimienten la continuidad de las políticas y programas” (Montúfar y Muñoz citados en Lander, 1998:463).

De acuerdo con el análisis de Velásquez (1998), la motivación de los actores en defensa del interés general y su autonomía son variables clave en los procesos de control ciudadano. En sus palabras, la independencia de los actores sociales respecto al Estado y al sistema político “puede contribuir a fortalecer la esfera pública y a profundizar el régimen democrático”, lo cual no significa minimizar el papel del Estado, al contrario le corresponde “crear una estructura de oportunidad política favorable” que pueda ser aprovechada por “identidades sociales fortalecidas, en condiciones de actuar de forma colectiva y que ejerzan una función de control y crítica de la esfera política” (Velásquez, 1998:274,286).

Aparte del riesgo de cooptación, el mayor problema subyacente que debe resolverse es la representación de las organizaciones de la sociedad civil en los mecanismos de participación y control social, al respecto, sólo queda claro que deberán ser múltiples organizaciones responsables, transparentes y pluralistas. En términos de Chalmers, “una participación significativa no será obra de un liderazgo popular central único sino que será llevada a cabo, en todo caso, por numerosos individuos y organizaciones operando en escenarios muy diversos” (Chalmers citado en Reilly, 1998:418).

También queda claro que el costo de mantener el statu quo en la calidad de los servicios públicos es mayor que el riesgo de una participación social distorsionada y de una espera por transformaciones sociales que requieren cambios culturales políticos de largo aliento, que en palabras de Jelin son “más lentos y difusos que los de cambio institucional” (Jelin citado en Velásquez, 1998:286).

### **2.4.1.3 Ciudadanos y derechos**

#### **2.4.1.3.1 Ciudadanos y ciudadanía**

La importancia de la conformación y fortalecimiento de mecanismos de participación y control social, no se restringe a cuestiones relacionadas con las ganancias en eficiencia y calidad de los servicios públicos, sino que se expande acertadamente a la consolidación del ejercicio de la ciudadanía, entendida como “el usufructo de los derechos sociales de los usuarios”. Permitir a los ciudadanos “el acceso a bienes y servicios de calidad contribuye al fortalecimiento de la ciudadanía al garantizar la concreción de los derechos sociales” (Nassuno, 1998:353-355).

La idea republicana de ciudadanía se asocia con la democracia griega y la república romana, que buscaban las libertades civiles de los que se consideraban ciudadanos. Nassuno (1998) asocia el desarrollo de la ciudadanía a “la integración a una comunidad que define la identidad del ciudadano y que comporta un conjunto de responsabilidades y deberes”, es una visión de la ciudadanía ligada a la idea de interés público, y de los ciudadanos como “cuerpo político” para el ejercicio del control social en defensa de los valores colectivos (Nassuno, 1998:358).

Conforme Bresser Pereira y Nuria Cunill (1998), las condiciones políticas para la construcción de ciudadanía “dependen de la medida en que los individuos desarrollen un sentido de comunidad e incrementen sus niveles de responsabilidad y control social”, mientras que las condiciones materiales “dependen de que los derechos sociales y económicos puedan ser ampliados hacia todos los individuos”. Los autores mencionan que las prácticas sociales fundadas en la solidaridad contribuyen a crear ambos tipos de condiciones (Bresser Pereira y Cunill, 1998:47).

Según Vieira (1998), la construcción de una ciudadanía plena en una sociedad dominada por valores individuales, tiende un puente entre sociedad civil y Estado, busca la integración de la solidaridad con la racionalidad burocrática (Vieira, 1998:218),

persigue, lo que Leca llamó “civilidad”: la actitud individual por el bien público, que la autoconciencia individual esté parcialmente sobre determinada por su autoconciencia colectiva (Leca citado en Vieira, 1998).

Vieira (1998), asevera que “la libertad individual solamente puede ser garantizada en una comunidad cuyos miembros participen activamente del gobierno”, y que, “para asegurar la libertad y evitar la servidumbre, debemos cultivar las virtudes cívicas y dedicarnos al bien común”. En los hechos, la práctica de la ciudadanía dependería “de la reactivación de la esfera pública, donde los individuos pueden actuar colectivamente e involucrarse en deliberaciones comunes sobre todos los asuntos que afectan a la comunidad política”(Vieira, 1998:222).

Sólo mediante el ejercicio de una ciudadanía activa, los mecanismos de la democracia participativa alcanzarían su plena realización. Conforme Chauí, la “ciudadanía pasiva, otorgada por el Estado, se diferencia de la ciudadanía activa en que el ciudadano, titular de derechos y deberes, es esencialmente creador de derechos para abrir nuevos espacios de participación política” (Chauí citado en Vieira, 1998:250). Para Ranson y Stewart, la ciudadanía activa se apoya en “el derecho de saber, de obtener explicaciones, de ser involucrado, de ser escuchado y de ser tomado en consideración” (Ranson y Stewart citados en Levy, 1998:397).

#### **2.4.1.3.2 Derechos**

De acuerdo con Vieira (1998), la ciudadanía es el derecho a tener derechos: de primera generación, civiles –individuales- y políticos -individuales ejercidos colectivamente-, de segunda generación, sociales y económicos, derechos de tercera generación, cuyos titulares son las minorías, las colectividades, el pueblo, la nación, el medio ambiente, la

humanidad, y ahora los derechos de cuarta generación, destinados a impedir la destrucción de la vida (Vieira, 1998:215,216).

Para que las posibilidades constitucionales y legales de participación ciudadana en el control de la gestión pública lleguen a hacerse efectivas, para que los derechos sean cada vez más vastos y lleguen a más amplios sectores de la población, según Jelin, es fundamental “que los ciudadanos conozcan sus derechos y se los apropien para su pleno ejercicio y vigencia, en suma, que interioricen y aprendan sus nuevos roles en democracia” (Jelin citado en Kohen, 1998:377).

Para Oyhanarte, la plena vigencia de los derechos sólo puede alcanzarse cuando los ciudadanos y la sociedad civil organizada desarrollan una actitud responsable de control de la gestión pública, promuevan “un cambio en la dirección de gestar una conciencia colectiva y alerta”, buscando “un eco mediático de las demandas cívicas que persiguen la eficacia de las instituciones en la prestación de los servicios públicos” (Oyhanarte citado por Kohen, 1998:374).

Desde la perspectiva de Kohen (1998), son los ciudadanos los llamados a “activar mecanismos legales e informales de participación no institucionalizados que sean coherentes con la defensa de sus derechos y el ámbito jurisdiccional democrático vigente”. Son los colectivos sociales, las organizaciones y asociaciones de la sociedad civil motivadas por “la participación, la construcción de ciudadanía y el fortalecimiento de la democracia, las que luchan por controlar el poder sin ambición de acceder a él”, las llamadas a ejercer acciones de interés público, “acciones ciudadanas que pretenden hacer valer un derecho cuya violación tiene impacto en la comunidad” (Kohen, 1998:375).

Pero también aquellas organizaciones que mantienen prácticas asociativas y solidarias, las que trabajan en proyectos de desarrollo e inclusión social, las que reivindican los derechos de las minorías, son espacios idóneos de profundización de la solidaridad, lo que Kohen (1998) denomina “ciudadanía social”. Enfatizar la responsabilidad ciudadana sobre el ejercicio de sus derechos puede contribuir a “legitimar sus reclamos para dirigir y auditar las políticas sociales, así como para suministrar servicios esenciales”. (Reilly, 1998:425).

En la formulación y ejecución de las políticas públicas, se hace necesario adoptar un enfoque de derechos humanos, que según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “identifica a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, y a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones” (ONU, 2006:16).

Conforme lo mencionan Ase y Burijovich (2010), el enfoque de derechos permitiría una renovación de la gestión pública, permitiría superar la “visión tecnocrática de esta última, visibilizar el carácter político de la administración pública...y reorientar el diseño de los servicios hacia el efectivo cumplimiento de los derechos humanos” (Ase y Burijovich, 2010:266,267).

#### **2.4.1.3.2.1 El derecho a la salud**

Los servicios públicos de salud deben ser analizados desde el enfoque de los derechos humanos, gran parte del derecho individual y colectivo a la salud se efectúa a nivel de los servicios de salud en hospitales, centros de salud y dispensarios, en las prácticas y prestaciones concretas que reciben los ciudadanos (Ase y Burijovich, 2010:266). Por

tanto, la calidad de los servicios prestados determinará el respeto o la violación de los derechos que asisten a los ciudadanos.

Según Breilh y Tillería (2009), la racionalidad empresarial que gestiona eficientemente los servicios públicos, transforma a la población de “derechohabiente” a “clientela” y convierte el derecho a la salud en una mercancía (Breilh y Tillería, 2009:48). En sus palabras, el derecho a la salud “es un derecho no solamente individual sino esencialmente colectivo” y está “indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan un modo de vivir saludable”<sup>57</sup>, como el trabajo digno, los ambientes sanos y el consumo soberano (Breilh, 2011:40). Se trata de enfrentar el desafío de construir el derecho a la vida y la salud con espíritu crítico, en donde no tiene cabida “el fundamentalismo económico, ni la hegemonía del modelo biomédico, ni el funcionalismo de la vieja salud pública” (Breilh, 2011:47).

Abramovich, sostiene que la adopción de un enfoque de derechos humanos en salud tiene como idea esencial que las políticas e instituciones de salud “se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos” (Abramovich citado en Ase y Buriyovich, 2010:269), perspectiva que genera la obligación a los Estados de promover y proveer el acceso universal a la salud, sin ningún tipo de discriminación (Ase y Buriyovich, 2010:269).

Ase y Buriyovich (2010), destacan que los servicios públicos son el ámbito donde se pone a prueba el cumplimiento de los derechos, donde se presentan grandes desigualdades de acceso para los grupos más vulnerables y en donde la falta de transparencia, la ausencia de controles independientes y mecanismos de rendición de

---

<sup>57</sup> El buen vivir o sumak kausay.

cuentas impiden garantizar a los ciudadanos sus derechos. Por tanto, sostienen que las intervenciones deben ir más allá de lograr mayor eficiencia en la gestión y alcanzar la universalidad de los servicios, deben además incluir acciones positivas hacia los grupos desfavorecidos (Ase y Buriyovich, 2010:274,276).

La insatisfacción ciudadana con los servicios públicos, desde el enfoque de derechos, transforma a los servidores públicos en titulares de deberes con la responsabilidad de producir resultados de valor para la sociedad y de cambiar el control burocrático por la participación y el control social de los ciudadanos. En palabras de Ase y Buriyovich (2010), la Nueva Gestión Pública orientada con el enfoque de derechos debe dirigir sus acciones “ a otorgar poder y a desarrollar nuevas capacidades en los sujetos y no solo a mejorar los niveles de bienestar de las personas”, entendidas como beneficiarios de programas sociales (Ase y Buriyovich, 2010:276).

## **2.4.2 Lo racional**

### **2.4.2.1 Eficiencia, eficacia y efectividad**

Se define primero eficiencia en el ámbito general del sector público, para luego descender el concepto a los servicios públicos. Se termina con una contextualización de la eficacia y la efectividad en estas mismas esferas.

Para Barzelay (1998), el concepto de gobierno eficiente trae consigo el uso de la metáfora “el gobierno es industria”, empero, según el autor, en el gobierno el concepto de interés público no posee las facultades de integración funcional que para la industria tiene el concepto de producto (Barzelay, 1998:179,180). Para Crozier, los servicios eficientes, “tienen que depender de una comprensión cabal (que implica saber escuchar de veras) de los clientes potenciales y reales, lo cual a su vez es impedido por el sistema de mando de la burocracia” (Crozier citado en Nassuno, 1998:348).

Barzelay (1998), radicalmente aconseja eliminar el término eficiencia del léxico administrativo público y aconseja “recurrir a los conceptos interrelacionados de producto o servicio, calidad y valor”, que deben ser definidos desde la perspectiva del cliente, distinguiendo el valor neto, del valor relacionado con los costos (Barzelay, 1998:181). Por tanto la responsabilidad de hacer eficiente al gobierno, es de “los especialistas presupuestarios”, en la idea que el gobierno “debe satisfacer las necesidades de los ciudadanos sin malgastar los fondos de los contribuyentes” (Barzelay, 1998:193).

De acuerdo con Nassuno (1998), puesto que el concepto tradicional de eficiencia –uso óptimo de recursos para obtener beneficios– proviene del sector privado, es necesario redefinir ese concepto en un contexto democrático. En una primera aproximación el autor define la eficiencia en el sector público como “el mejor uso de los recursos para satisfacer el interés público”. Luego, y dado que tanto el monto de los recursos, como los fines de interés público, son decisiones de carácter político, concluye que la eficiencia pública es “la mejor forma de utilizar un monto de recursos definido en el proceso de negociación política para lograr determinados fines también definidos políticamente” (Nassuno, 1998:338).<sup>58</sup>

Hacer el mejor uso de los recursos para garantizar la realización de las decisiones tomadas en la esfera política, según Wanderley Reis, partiría de la construcción de ciudadanía como “un proceso de conquista y expansión de los derechos del ciudadano [...] que incluye el usufructo de los servicios asociados a los derechos sociales”, usufructo que no debe desestimarse, pues debemos “hacer clientes reales para que

---

<sup>58</sup> Y la selección entre fines se orienta hacia la equidad más que a la eficiencia de recursos.

podamos tener ciudadanos en sentido pleno” (Wanderley Reis citado en Nassuno, 1998:338).

Según Aguilar (n.d.), la falta de eficiencia pública deriva de tres factores: la forma burocrática de organización y dirección pública, el carácter monopólico de muchos servicios públicos que mantiene cautivos a sus ciudadanos usuarios, y la politización de la administración pública, que tolera la ineficiencia pero no el escándalo, con rigurosos controles de personal que ocasionan “una cultura del miedo y la resignación. Para sobrevivir los empleados mantienen un bajo perfil...siguen las reglas, pasan la responsabilidad a otros y mantienen sus cabezas agachadas” (Aguilar, n.d.:96.97).

Autores como Crozier, afirman que el excesivo apego a “leyes anacrónicas y rígidas”, puede originar servicios públicos deficientes, con altos costos de producción, y a la vez representar obstáculos para que los servidores públicos puedan innovar, tomar decisiones, y rendir cuentas de su actuación (Crozier citado en Lhérisson, 1999:15).

Acorde con Przeworski, considerar la eficiencia en la implantación de las políticas y en la prestación de los servicios públicos lleva al análisis de la relación de agencia, que se establece entre políticos con gestores públicos. El autor, señala que el nivel de ineficiencia en la delegación es generada por la falta de información sobre el desempeño burocrático y por la carencia de instrumentos que permitan controlarlo (Przeworski citado en Nassuno, 1998:341, 342), en un entorno complejo en donde la autonomía de la burocracia puede conspirar en contra de las acciones en beneficio de la sociedad, y las reglas y los procedimientos se muestran cada vez más insuficientes para dicho control (Rua citado en Nassuno, 1998:342).

El concepto de eficiencia en los servicios públicos es debatible, según Van de Walle y Bouckaert, se debe distinguir la eficiencia de la eficacia (percepciones de los usuarios o de los ciudadanos sobre el rendimiento de un servicio público) y en la medida que exista un acuerdo sobre la calidad que cabe esperar de un servicio público, separar la eficiencia, de la “confianza de los usuarios o de los ciudadanos en sus administraciones públicas o en los empleados públicos” (Van de Walle y Bouckaert citados en Villoria, 2000:154). Lhérisson (1999), para explicar la prioridad de valores como la eficacia, eficiencia o equidad en el sector público, rescata la importancia de la entidad y de los servicios que presta (Lhérisson, 1999:18).

De acuerdo con Aguilar (n.d.), los ajustes para asegurar la eficiencia del aparato público no importan prioritariamente al ciudadano, quien espera eficacia de las acciones estatales, es decir, que sus problemas y expectativas y los de sus grupos y sociedad sean efectivamente atendidos. El autor sostiene que la eficiencia económica gubernamental es sólo un fin intermedio para alcanzar el fin último, un servicio de valor para el ciudadano, o “la eficacia social” (Aguilar, n.d.:85,86). En opinión de Diniz, la eficacia del Estado en la prestación de servicios públicos, no depende del desempeño burocrático, sino más bien de la legitimidad de los fines y de la sustentabilidad política de las decisiones (Diniz citado en Barreto, 1998:146).

Para Thoenig (2006), la *publicness* supone que las organizaciones públicas son un tipo específico de configuración social responsable de dos funciones de producción que la impulsan: i) productos operativos relacionados con la eficiencia, productividad y calidad y, ii) resultados de cambio en la sociedad asociados con la efectividad en la solución de los problemas públicos. Por tanto, la efectividad se refiere a la manera en la

que los productos específicos, bienes o servicios, se vinculan “causalmente con los resultados de las políticas públicas o los impactos sociales” (Thoenig, 2006:240-242).

#### **2.4.2.2 Calidad y satisfacción**

En palabras de Aguilar (n.d.), la calidad emerge como el tema central, el servicio al ciudadano concebido como “cliente” se vuelve la prioridad, la satisfacción o superación de sus expectativas, previamente conocidas y definidas, “es el resultado que debe arrojar la gestión pública y es la manera exigente de evaluar la responsabilidad del gobierno y de su rendición de cuentas”, siendo la economía, la eficiencia y la eficacia “fines intermedios para alcanzar el fin último de generar valor a los ciudadanos mediante servicios de calidad” (Aguilar, n.d.:86).

Villoria (n.d.), señala que la búsqueda de calidad en la prestación de servicios públicos promoviendo la orientación al cliente, a veces ha sido criticada por posiciones que suponen que ello significa devaluar el papel del ciudadano, cuyo valor radica en la participación individual o colectiva que hace que su voz sea escuchada en las distintas fases de las políticas públicas (Villoria, n.d.:50).

En esa orientación, Aguilar (n.d.) afirma que la búsqueda de eficiencia y calidad en la prestación del servicio público, siendo el destinatario y beneficiario último el ciudadano, significa establecer con precisión las especificaciones o propiedades del servicio con referencia directa a las expectativas de los ciudadanos, a su percepción crítica de los servicios, que deben ser primero conocidas y valoradas, y luego normalizadas, por tanto, “las expectativas del ciudadano y no sólo el saber técnico de los funcionarios comienzan a convertirse en la referencia central para establecer los atributos y los estándares que debe cubrir el servicio” (Aguilar, n.d.:87).

Este autor, también considera que la definición de los estándares de servicio y la construcción de los indicadores de desempeño es una tarea decisiva “si se quiere ser relevante, corresponder a las necesidades ciudadanas y evaluar con precisión y justicia el desempeño de unidades administrativas, equipos y personal”. La Carta del Ciudadano inglesa y las demás cartas que le sucedieron en los países de la *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), definían claramente “los estándares de servicio que los ciudadanos podían y debían esperar y exigir del servicio público” (Aguilar, n.d.:88).

También cabe señalar que en la óptica de Aguilar (n.d.), son mayores los esfuerzos por el lado del redimensionamiento y de los ahorros, que por el lado de la innovación de la acción del gobierno para asegurar la calidad del servicio público, “el supuesto éxito en la disminución del déficit público no se ha acompañado de un superávit en la calidad del servicio público” (Aguilar, n.d.:98).

En resumen, para hacer eficiente y responsable al sector público, para mejorar la calidad de los servicios públicos, es necesario hacer uso de la “voz” crítica y demandante de los ciudadanos, en palabras de Aguilar (n.d.), es necesario que exista “participación ciudadana en la elaboración e implementación de las políticas públicas, registro de la voz del ciudadano en sus expectativas y percepciones acerca del servicio público” (Aguilar, n.d.:106).

Para Del Pino y Díaz Pulido (2011), la satisfacción con los servicios es “una actitud muy ligada aparentemente a la experiencia del usuario, está afectada, además por las

características del entorno socioeconómico...por las propias características del usuario<sup>59</sup>... según las políticas de que se trate” (Del Pino y Díaz Pulido, 2011;10).

Para Petracci (1998) en cambio, la medición de la satisfacción del usuario está basada en el paradigma de la confirmación/des confirmación de las expectativas. La satisfacción se produce cuando se confirman las expectativas individuales<sup>60</sup> y la insatisfacción se produce cuando las expectativas del servicio son desconfirmadas. Los factores clave en la determinación de las expectativas son la comunicación boca a boca, las necesidades personales, las experiencias previas de uso, la comunicación externa de los proveedores del servicio y el precio (Petracci, 1998:16,17).

#### **2.4.2.3 Clientes y beneficiarios**

Los términos beneficiario, cliente, usuario y ciudadano, en ocasiones se emplean como sinónimos, pero su carga conceptual en el contexto del presente estudio es significativamente diferente.

Las implicaciones del desplazamiento del ciudadano por el cliente, se constituyen en un elemento importante de debate. Según Richards, “los clientes no están facultados para definir el objetivo público a conseguir,... no están facultados para participar en las macro decisiones políticas”, en tanto actores de legitimación de la acción pública, “solo los autoriza para participar en temas micro” (Richards citado en Lander, 1998:468-469), en palabras de Cunill, los clientes privilegian la transacción privada con los prestadores de servicios y renuncian “a los arreglos democráticos para la solución de los problemas colectivos” (Cunill citado en Lander, 1998:469).

---

<sup>59</sup> Los más instruidos son más críticos.

<sup>60</sup> El servicio se ha comportado de la manera esperada o aún mejor.

Aguilar (n.d.), sostiene que en una dimensión administrativa, en la que el ciudadano es usuario de servicios públicos específicos, éste puede ser entendido como cliente, en tanto recibe los servicios a cambio de sus contribuciones y/o cumplimiento de sus obligaciones, pero también recuerda que, “así como el estado no puede ser reducido a una instancia de servicios públicos, pues tiene más y superiores tareas que la simple prestación de servicios, así también el ciudadano del estado no puede reducirse a un cliente o usuario de servicios, pues su ciudadanía contiene más y superiores cualidades” (Aguilar, n.d.:86).

Smith y Huntsman, proponen que los ciudadanos no sean vistos como clientes sino como dueños de los servicios. Según los autores, el concepto de ciudadano ha tomado diferentes connotaciones, según su capacidad para influir en la definición y distribución de los bienes públicos de consumo social. El ciudadano, en un momento dado puede ser usuario, en otro beneficiario y en otro más cliente. El usuario recibe los beneficios de manera directa, pero no tiene suficiente capacidad para influir en la oferta o demanda de estos bienes. El beneficiario recibe los beneficios y los impactos indirectos de la distribución. El cliente recibe los beneficios directamente pero además tiene la capacidad y los elementos para influir y determinar la oferta y la demanda de dichos bienes (Smith y Huntsman citados en Barzelay, 1998:6).

Denhardt y Denhardt, critican el enfoque del ciudadano como cliente argumentando que contribuiría a pensar que “los clientes de un servicio público son solo sus usuarios y no la sociedad en su conjunto; a dejar de lado a los ciudadanos que no llegan a opinar sobre los servicios por tener limitado el acceso a los mismos” (Denhardt y Denhardt citados en Del Pino y Díaz Pulido, 2011:). En esta misma vertiente, Moore (1998) argumenta

que “el cliente final de la actividad pública no son los individuos, que obtienen servicios...sino los ciudadanos y sus representantes en el gobierno” (Moore, 1998:70).

Con otro enfoque, Van Ryzin y Del Pino (2009), afirman que el cuestionamiento del futuro no será “si el gobierno debería ver los ciudadanos como clientes, sino cómo hacer eso, la manera de hacerlo, de medir la satisfacción de los ciudadanos, analizarla y actuar en consecuencia, de modo que mejoren los servicios públicos y aumente la confianza del público en la administración, sin apartarse de los tradicionales valores de la democracia y del servicio público” (Van Ryzin y Del Pino, 2009:17). Un resumen que sintetizaría la diferencia entre ciudadanos y clientes, colocaría la legitimización política de las acciones administrativas en los ciudadanos, mientras que la legitimización operativa de los servicios públicos vendría de los clientes.

El corolario de los dos enfoques analizados en la provisión de servicios públicos - el sustantivo y el racional-, sería asumir una posición ecléctica, la que Bresser Pereira y Cunill (1998) califican como la apertura de una oportunidad para un cambio de perfil del Estado, hacia “un Estado Social-Liberal”, que proteja los derechos sociales, que sea “más democrático, en tanto que sus actividades estén sometidas al control social”, pero que maneje la provisión de los servicios con “criterios gerenciales de eficiencia” (Bresser Pereira; Cunill Grau, 1998:27).

Adoptar una posición en la producción de servicios públicos en la que se armonice el valor y el interés público con la eficacia en la satisfacción de las necesidades de la población y con la eficiencia en el uso de los recursos escasos, en otras palabras, que compatibilice la eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios con la perspectiva de participación, control social, equidad y salvaguarda del interés público.

### **2.4.3 Servicios públicos de salud**

Siguiendo la línea de Meny y Thoenig (1992), que destacan la identidad que tiene cada servicio público, a continuación se particulariza el análisis a los servicios públicos de salud, y a la calidad de atención como uno de sus determinantes principales.

#### **2.4.3.1 La calidad en los servicios públicos de salud**

Al evaluar la calidad de los servicios públicos, sean de salud o de cualquier ámbito relativo al núcleo social, es necesario considerar además de la naturaleza política, administrativa y técnica de los servicios públicos (Gestión Pública), también su naturaleza humana .

Weill (2010), en referencia a la formulación kantiana de la humanidad como un fin en sí mismo, parte del “imperativo categórico o ley moral”, considerando que en “el diseño de investigaciones científicas que involucren a seres humanos, en el trabajo clínico con pacientes, en el diseño de políticas públicas en general y de salud en particular...por nombrar algunos, el principio de humanidad como un fin en sí tiene, sin duda, un rol fundamental que jugar”, por tanto lo humano no debe ser un tema menor al analizar la calidad de los servicios públicos de salud (Weill, 2010:153).

En la perspectiva de la naturaleza político administrativa de los servicios públicos, el mejoramiento de la calidad de los servicios públicos supone profundos cambios institucionales que trascienden la dimensión de la Gestión Pública, proyectándose a escrutar un nuevo acercamiento Estado-Sociedad, en donde la participación social se configura como un elemento crítico de reivindicación de las demandas sociales, en búsqueda “de la eficiencia y de la calidad propia de los agentes económicos”, pero también de “la democratización del proceso decisorio de las políticas públicas, vista

como condición para asegurar resultados sociales efectivos” (Lopes citado en Barreto, 1998).

Esto configura una ruta de doble vía, por un lado, un Estado incluyente, garante, responsable y optimizador de los derechos sociales, vía prestación de servicios públicos de mayor calidad, catalizador de consensos alrededor de metas de bienestar, y por otro, una sociedad que opere en términos de construcción de ciudadanía política y social, en función del interés público, en palabras de Habermas, que “tenga una participación política activa en la esfera pública o mundo de la vida” (Habermas citado en Vieira, 1998:228).

Los defensores del paradigma posburocrático especulan que los ciudadanos se interesan mucho más por el valor de los servicios públicos y por la calidad, en tanto adaptación a las exigencias del cliente, que por sus costos (Barzelay, 1998:181,193). Algunos formuladores de políticas públicas de salud han compatibilizado sus posiciones con este enfoque, así lo confirman los acercamientos a esta perspectiva de varias autoridades y ciertas políticas de salud pública de México, Colombia y Ecuador.

La Secretaría de Salud de México, sugiere la que denomina la “ruta hacia la calidad” para los servicios públicos de salud: i) identificar las necesidades y las expectativas de los pacientes, médicos y personas relacionadas con el servicio de salud, ii) establecer un sistema de medición de la satisfacción, iii) sensibilizar e involucrar al personal de salud con el Sistema de Gestión de Calidad y, iv) capacitar a los servidores públicos de la Institución, con el Sistema de Gestión de Calidad (Secretaria de Salud, 2006:275).

En Colombia, una de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), prioriza la calidad de los servicios de salud (FESP9), que integra entre sus aspectos “la

implantación de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de sus indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud” (Ministerio de Protección Social, 2009:65). En la misma línea, Blumenthal reconoce que “la atención debe ser sensible a las preferencias y los valores de los usuarios de los servicios de atención en salud, especialmente los pacientes individuales, y que sus opiniones acerca de la atención es un indicador importante de su calidad” (Blumenthal citado por Ministerio de Protección Social, 2009:78).

Por su parte el Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala que “la calidad de la atención en salud es el resultado de una definición adecuada de los contenidos de atención, es decir normas y estándares actualizados y basados en evidencia científica y de la ejecución apropiada de los procesos de la atención a los/as usuarias de acuerdo a esas normas”. Según esta definición, la entidad reguladora de la salud ecuatoriana reconoce dos aspectos básicos de la calidad de la atención: la Calidad Planificada<sup>61</sup> y la Calidad Entregada<sup>62</sup> al usuario (MSP, 2008:14).

De acuerdo con lo expuesto, se observa que en los planteamientos de calidad de los servicios de salud en México y Colombia, la medición de la satisfacción del usuario es el elemento determinante (perspectiva de expectativas o necesidades), mientras que en Ecuador el apego a las normas y estándares es el factor concluyente (perspectiva de especificaciones). Según Petracci (1998), “medir la calidad de un servicio no es una tarea simple. No obstante, es posible obtener información fiable y válida mediante los métodos y sistemas adecuados...los modelos más reconocidos proponen que la calidad

---

<sup>61</sup> La ejecución de la atención de salud deben ceñirse a las normas basadas en la evidencia científica.

<sup>62</sup> Trato interpersonal percibido por el usuario: tiempos de espera, comodidades, limpieza, satisfacción con la atención recibida.

que se percibe de un servicio es el resultado de una comparación entre las expectativas iniciales de una persona y las cualidades del servicio” (Petracci, 1998:9).

Petracci (1998), afirma que el modelo que ha sido más investigado, el SERVQUAL, considera “a la calidad del servicio como el resultado de la discrepancia entre las expectativas y la calidad percibida...a mayor satisfacción del cliente mejor evaluación de la calidad del servicio”. La magnitud de la discrepancia entre “las expectativas formadas a priori y la posterior performance real del servicio, presumiblemente genera la satisfacción o la insatisfacción” (Petracci, 1998:16). Spreng y Olshavsky sugieren comparar la calidad percibida con los deseos del cliente más que con sus expectativas (Spreng et al. citados en Petracci, 1998:16-18), y Woodruff, Cadotte y Jenkins sugieren comparaciones con “normas basadas en la experiencia” más que con expectativas (Woodruff et al. citados en Petracci, 1998:16-18).

Se suma entonces otro elemento al análisis, la Calidad Esperada, que según Petracci (1998), son las expectativas del cliente expresadas en términos de estándares mínimos de aceptabilidad de rendimiento, de aquellos aspectos del servicio que considera importantes. Por tanto la cuestión central en la investigación de la calidad esperada es “determinar con exactitud qué aspectos son considerados importantes en cada servicio en particular e indagar las expectativas” (Petracci, 1998:16-18).

El Ministerio de Protección Social de Colombia presenta un buen acercamiento teórico que compendia las posiciones presentadas. Según esta institución, la efectividad y la seguridad en la atención de salud, conformarían la calidad técnica, mientras que la satisfacción del usuario constituiría la calidad percibida. La integración de la calidad técnica y de la calidad percibida estructuraría la calidad entregada u observada. El

contraste entre la calidad entregada y la calidad esperada (por usuarios, entidades y sociedad) brindaría la medida para evaluar el nivel de calidad de los servicios de salud.

El Gráfico 1. Calidad de los servicios públicos resume la propuesta colombiana con respecto a la calidad de los servicios públicos de salud (Ministerio de Protección Social, 2009:91).

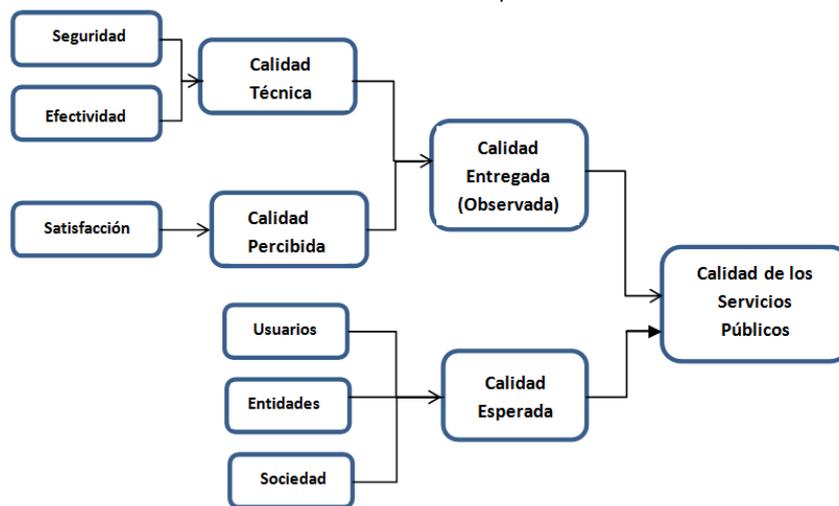


Gráfico 1. **Calidad de los servicios públicos**

**Fuente:** Ministerio de Protección Social de Colombia.

**Elaboración:** Propia.

Con otro enfoque, el Ministerio de Administraciones Públicas de España, citando a Parasuraman, Zeithaml y Berry, señala que las dos perspectivas para la definición de la calidad del servicio, el de cumplimiento de expectativas (necesidades) y el de cumplimiento de especificaciones (estándares), provienen de tres desajustes en el proceso de diseño y prestación del servicio (Gráfico 2.): i) entre lo que perciben las autoridades sobre las expectativas del servicio y lo que realmente esperan los usuarios, ii) en la medida en que el servicio esperado (expectativas) no coincide con el recibido (percibido) y, iii) la diferencia entre los planes de servicio (calidad planeada o programada) y el servicio realmente ofrecido (calidad entregada o realizada). Los dos

primeros abarcan estudios de la calidad percibida por el usuario, mientras que el último es objeto de estudios de la calidad objetiva, generalmente motivo de preocupación de las autoridades (MAP, 2006:8-12).

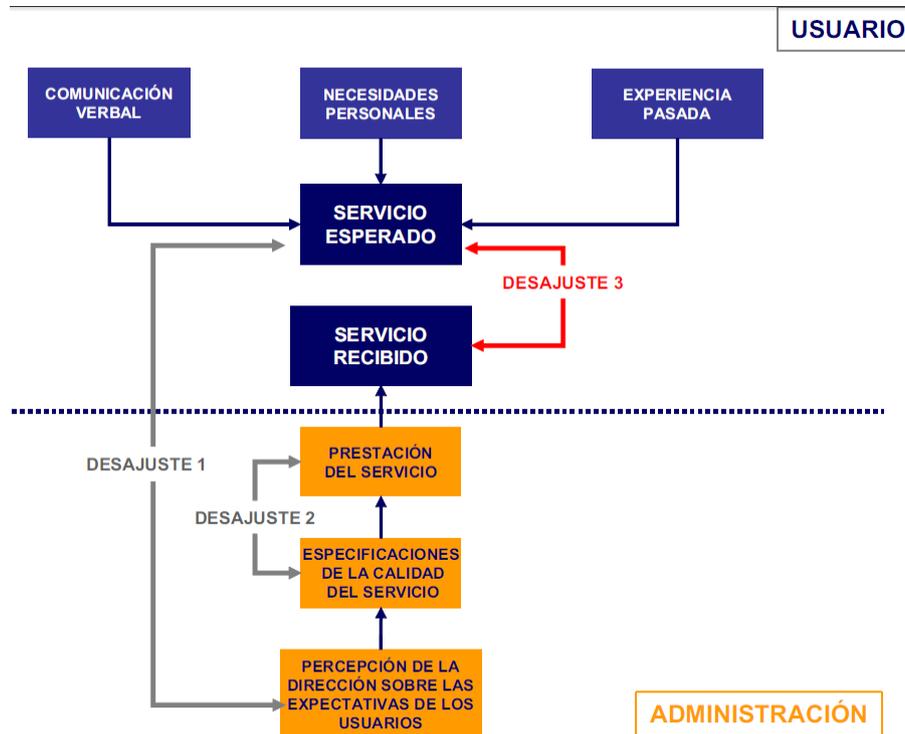


Gráfico 2. Desajustes de la calidad

Fuente: (MAP, 2006:9).

#### 2.4.3.2 Estudio: Calidad de los servicios públicos en el Ecuador

A continuación se trabaja un acercamiento al estudio efectuado por SENPLADES en el año 2009, Aproximación y Análisis: Calidad de los Servicios Públicos, el cual recoge las percepciones de los ciudadanos acerca de los servicios públicos en el Ecuador e incluye investigación primaria de la salud pública. No se trata de realizar un estudio comparativo de resultados<sup>63</sup>, más bien, la intención es complementar la investigación

<sup>63</sup> No factible realizar debido a la diferencia de alcance y al uso de metodologías y técnicas diferentes.

precedente, con una metodología diferente que recoge las percepciones directas de los ciudadanos usuarios de entidades de salud pública específicas.

Ante la ausencia de instrumentos metodológicos y desagregados de seguimiento y evaluación de los servicios públicos, en junio de 2008 se realizó la I Encuesta de Calidad de los Servicios Públicos, como un módulo adjunto a la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) que efectúa regularmente el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. En la ENEMDU se incluyeron 9.174 hogares y 37.869 personas de distintos lugares, pero el módulo de Calidad de los Servicios Públicos se aplicó a 14.938 personas. Las preguntas de este módulo fueron cuantitativas y cualitativas, considerando 15 servicios públicos, entre los que se hallaba el servicio de salud pública (SENPLADES, 2009:7-9).

El objetivo principal del estudio fue construir, con las opiniones y actitudes ciudadanas, una línea base sobre la calidad de los servicios públicos, que permita comparar futuras encuestas tendientes a determinar el efecto de las iniciativas que el gobierno implementa para mejorar la calidad de los servicios públicos. “Conocer desde la población sus necesidades es un elemento clave para la formulación de políticas públicas y para la adecuada toma de decisiones” (SENPLADES, 2009:7).

En una escala de 0 a 10, en la que 0 corresponde a “pésimo” y 10 a “excelente”, el promedio nacional de calificación obtenido para los servicios públicos en general fue de 5.07, siendo el promedio para salud pública, calificado por usuarios y no usuarios de 5.6, en tanto que la ponderación sólo de usuarios fue de 5,81. Existieron diferencias entre quintiles de pobreza y localización geográfica, así el Q1 proyectó 5.99, el Q5 5.53, los usuarios urbanos 5.72 y los rurales 5.99. La puntuación que obtuvieron las instituciones públicas, fue de 4.4 (SENPLADES, 2009:15-27). El análisis de los datos

permitió observar que las calificaciones de calidad para cada servicio público obtuvieron puntuaciones intermedias.

El análisis concluye que, los ciudadanos atribuyen gran importancia a los servicios públicos, pero califican de “mediocre” el funcionamiento de las instituciones públicas, que los principales problemas percibidos son la corrupción, la lentitud en el tiempo de atención, deficiencias comunicacionales, instrucciones poco claras, horarios inconvenientes, la escasa participación, y la complejidad de los trámites. Pero el aspecto al que las personas le dan más importancia es el modo en que funcionarios “poco preparados y groseros” tratan y atienden a la ciudadanía, (SENPLADES, 2009:32,34).

El estudio concibe como recomendaciones: “reformas inmediatas que puedan trascender en el largo plazo”, transitar hacia la universalización en el acceso, un programa de mejoramiento de la gestión pública que incorpore enfoques participativos, mejorar la accesibilidad a los servicios públicos, campañas de valores y principios para las personas responsables de atender al público, información adecuada para los ciudadanos, disminuir los tiempos de espera, optimización de procesos, capacitación y reclutamiento de personal adecuado (SENPLADES, 2009:34).

Se sugiere mayor “calidez” en la atención, empatía, profesionalismo y respeto a los ciudadanos, pero también se pide la creación de un programa de incentivos para los servidores públicos que atienden al público, a fin de promover una cultura de servicio, solidaridad, respeto y honradez (SENPLADES, 2009:34).

Otros planteamientos incluyen: realizar encuestas específicas para cada servicio, especialmente en aquellos que han obtenido calificaciones por debajo del promedio,

para basar la toma de decisiones y acciones en información más objetiva, por último se propone complementar los datos con información cualitativa para buscar las explicaciones de los análisis realizados (SENPLADES, 2009:35).

#### **2.4.3.3 La experiencia de los servicios públicos de salud de México**

Entre 1997 y 1999 se realizó en México un Diagnóstico Basal de Calidad en 1952 centros de salud urbanos y rurales y 214 hospitales de la Secretaría de Salud. Este estudio, reflejó por una parte los siguientes problemas: déficit de abastecimiento de medicamentos, equipamiento médico insuficiente y obsoleto, uso deficiente de expedientes clínicos, poco apego a la normatividad de manejo y control de enfermedades, y carencia de información de los requisitos básicos para garantizar una atención clínica adecuada. Por otra parte, proyectó la percepción que en México no se respetaban los derechos humanos de los pacientes pobres, se hicieron evidentes quejas de falta de amabilidad, así como de falta de información proporcionada por el médico. Además, según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, una de cada cinco personas tenía problemas para sufragar las cuentas del médico, del hospital y las medicinas prescritas.

Los problemas que se detectaron a nivel hospitalario fueron: “variaciones en la calidad técnica e interpersonal de los servicios hospitalarios; la falta de medidas efectivas para garantizar la seguridad de los pacientes; las diferencias en los costos de la atención médica entre unidades e instituciones, y la desigualdad en el acceso a los servicios y recursos hospitalarios” (Secretaría de Salud, 2006:230). Entre los factores que afectaban la calidad técnica estuvieron: los errores médicos y el uso de diferentes procedimientos para un mismo padecimiento (interna y externamente). Entre los que influían en la calidad interpersonal estaban: tiempos de espera prolongados, escasa información de la

enfermedad, el maltrato de pacientes y familiares (usuarios), y la escasa participación de los usuarios en las decisiones sobre su salud.

De este diagnóstico, se desprendió que en esa época los desafíos del sistema de salud mexicano eran alcanzar una mayor equidad, mejorar la calidad de los servicios y dotar de protección financiera a la población mexicana. Actualmente, aunque los desafíos se mantienen, es evidente que existen mejoras significativas en varios aspectos relacionados con estos tres aspectos problemas estructurales. El nuevo sistema de salud “describe una nueva forma de trabajar, con la que se optimizan los recursos, se realizan los procesos de manera eficiente y se mejora el trato al paciente, elevando la calidad de la atención y la productividad de los servicios de salud”, articulando los “procesos clínicos y quirúrgicos tanto hospitalarios como ambulatorios, auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de apoyo a familiares, administrativos, jurídico-legales y de vinculación con el sistema de salud” (Secretaría de Salud, 2006:219).

¿Cuáles han sido las estrategias que el sistema mexicano de salud ha impulsado en la última década para lograr esas mejoras? La respuesta a esta interrogante constituye el cuerpo principal de esta sección. Se establecieron tres estrategias: impulso al cambio, aprendizaje y respaldo, y sustentación, que definen 70 líneas de acción a instrumentarse de manera progresiva hasta el 2025, y que se agrupan en 10 factores: i) códigos de ética, ii) educación sobre, para y de calidad, iii) información, iv) sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua, v) reconocimiento del desempeño, vi) estandarización de procesos, vii) monitoreo de resultados, viii) certificación de individuos y organizaciones, ix) racionalización estructural y regulatoria y, x) participación social.

Entre los objetivos intermedios o instrumentales del Sistema de Salud se establecieron el mejoramiento de la efectividad, eficiencia, accesibilidad y sustentabilidad, así como

la calidad técnica e interpersonal, mientras que sus objetivos fundamentales o intrínsecos promovían: “mejorar la salud de la población, mejorar la respuesta del sistema a las expectativas no médicas de sus usuarios e implementar políticas financieras que protejan a la población de los riesgos de empobrecimiento por motivos de salud” (Secretaría de Salud, 2006:235).

En cada uno de los objetivos fundamentales se definieron indicadores compuestos, por ejemplo el segundo estableció como indicador base el índice de trato adecuado, que evalúa “la manera en que el sistema respeta algunos derechos individuales de sus usuarios, la calidad de las condiciones materiales de las unidades de atención y la capacidad que tienen los usuarios para elegir al proveedor personal e institucional” (Secretaría de Salud, 2006:236).

Entre las principales líneas de acción ejecutadas se menciona la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), un Modelo Integrador de Atención a la Salud, y algunos programas emblemáticos como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, el Seguro Popular y el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES). Otras líneas de acción, enmarcadas en los diez factores, fueron:

Se estableció un Plan Maestro de Infraestructura que integró la información de oferta y demanda de servicios de salud, utilizando parámetros geo referenciados de las unidades médicas y de las carreteras. Se fortalecieron los Hospitales Federales de Referencia, se crearon Hospitales Regionales y Unidades Médicas de Alta Especialidad, se actualizó y formó a directivos del más alto nivel, se mejoró el suministro de medicamentos, se racionalizó la operación y adquisición de equipos, se puso en operación el Banco de

Información Tecnológica<sup>64</sup> que contiene documentos guías y especificaciones técnicas para pacientes y equipos, se evaluaron los programas emblemáticos, y desde el año 2002 se publican los informes “Salud México”, cuya peculiaridad es comparar los resultados logrados por las diferentes entidades territoriales de salud, en lugar de informar solamente sus actividades.

Se desarrollaron Cartas de Derechos de Pacientes<sup>65</sup>, de enfermeras, de médicos, de odontólogos, y un código de conducta del personal de salud, instrumentos que permitieron medir sistemáticamente indicadores de trato digno<sup>66</sup> y de atención médica, y monitorearlos sistemáticamente en el sistema INDICAS cuyo objetivo es “contar con un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión, adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del Sistema Integral de Calidad en Salud”<sup>67</sup>.

Para dar credibilidad a la información que se registra en el INDICAS, se implantó un sistema de Aval Ciudadano y un Observatorio de Desempeño Hospitalario, se instauró el servicio telefónico de acceso gratuito (Calidatel) para conocer las opiniones, quejas y sugerencias de la ciudadanía, se incorporó el enfoque de interculturalidad en la atención a la salud, y hasta el año 2005 habían superado el proceso de Acreditación 1630 unidades que prestaban servicios de salud.

---

<sup>64</sup> La página del Banco de Información Tecnológica es: [www.cenetec.gob.mx/htmls/bits.htm](http://www.cenetec.gob.mx/htmls/bits.htm), consultada el 3 de enero de 2013.

<sup>65</sup> Establecidas como uno de los requisitos para la certificación de establecimientos de salud.

<sup>66</sup> Disponibles en:

<http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicaII.php?P=201302&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&I=i1&C=0&V=0&Submit=Consultar>, consultado el 4 de enero de 2013.

<sup>67</sup> <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>, consultado el 3 de enero de 2013.

Para promover e incentivar la cultura de calidad, se desarrolló el Plan Nacional de Capacitación en Calidad, cuyo propósito fue impulsar a nivel nacional el desarrollo de una cultura de calidad en el personal directivo, los mandos medios y operativos, con énfasis en la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la calidad de formación de médicos durante los ciclos clínicos, y la formación de médicos especialistas para elevar la capacidad resolutoria. A partir del año 2003, se estableció el Foro Nacional de Calidad, y desde el 2002 el Premio Nacional de Calidad y el Premio Baxter al liderazgo de los equipos de alta dirección que impulsan la calidad en los servicios de salud.

Se establecieron Acuerdos de Gestión entre las unidades de salud y las entidades estatales para negociar metas de calidad a cambio de incentivos de mejora de instalaciones y equipos, se implantó un nuevo modelo de gestión para las unidades de atención en salud, y se adoptaron nuevos criterios de evaluación hospitalaria: la satisfacción y la seguridad de los pacientes, la efectividad de las intervenciones médicas y la eficiencia en el manejo de los recursos. Se impulsó la acreditación de las facultades de medicina, se reglamentó el acceso a residencias médicas a alumnos de programas acreditados, y como parte de un Plan Maestro de Especialidades, se incrementó el número de residencias de especialidad y alta especialidad.

Las principales acciones emprendidas por México en el sector salud en este decenio, evidencian que el país apostó por la calidad como uno de los retos del Sistema de Salud y a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como la principal estrategia para enfrentarlo. Para mejorar la calidad de los servicios se consideraron tres caminos: “hacer mejor lo que siempre se hace, crear nuevas formas de hacer lo que debe hacerse, o pensar en lo que nunca se ha hecho” (Secretaría de Salud, 2006:193). Se pensó que el mejoramiento de la calidad de atención en salud no sólo implicaba mejorar

la estructura y los procesos, sino también mejorar la tecnología, los sistemas de información, la formación de los recursos humanos y la articulación de los procesos de planeación y de evaluación.

Tanto en el objetivo general de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: “elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles satisfactorios en todo el país, que fuesen claramente percibidos por la población” (Secretaría de Salud, 2006:200), como en uno de sus objetivos específicos: “proporcionar a los pacientes trato digno y atención médica efectiva, ética y segura, e incorporar a la población en la promoción de la calidad como sujeto activo del proceso de cambio” (Secretaría de Salud, 2006:240), se evidencia el enfoque del sistema hacia el mejoramiento del trato y de la atención médica al paciente.

En este capítulo hemos sintetizado cuatro categorías teóricas relacionadas íntimamente con la investigación: la Calidad, la Administración y la Gestión Públicas, las Políticas Públicas y los Servicios Públicos. En todos los casos, las hemos desglosado en los principales tópicos teóricos, que servirán como guías conceptuales durante la recolección de datos en el trabajo de campo, y en el transcurso de la elaboración e interpretación de resultados, temas que se abordan en el siguiente capítulo.

Como añadido, este capítulo presentó los resultados de tres estudios relacionados con la calidad de los servicios públicos, el proceso de construcción de las políticas públicas, y un análisis de la situación de los servidores públicos, todos con base en el caso ecuatoriano. Incorporó también un estudio acerca de la situación de los servicios públicos de salud en México, con enfoque en la perspectiva de calidad. Ambos elementos servirán como un insumo para las recomendaciones y conclusiones que se presentan en el último capítulo.

### **3 CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

La presente investigación se efectúa bajo el paradigma constructivista interpretativo<sup>68</sup>. Se recolectan los datos explorando las experiencias de los actores, acopiando sus narrativas, realizando investigación documental y observando la cotidianidad de las unidades bajo estudio mediante técnicas de corte cualitativo con el objetivo de responder al interrogante ¿cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios? A continuación se presentan los resultados conforme los distintos “sujetos”<sup>69</sup> investigados y se terminará el capítulo tratando de construir, interpretar y comprender el significado de sus comportamientos, partiendo del análisis de la individualidad subjetiva, sin descuidar la dimensión institucional ni la problemática sistémica.

#### **3.1 Recolección de información**

Los datos se extrajeron durante el año 2013 de documentos e información estadística institucional, registrando los sucesos cotidianos de las unidades bajo estudio y de las experiencias de las autoridades, funcionarios, profesionales médicos, personal de la salud y usuarios que fueron atendidos en los servicios de emergencia hospitalarios. Las técnicas empleadas fueron la investigación documental, observación participante y no participante y otras técnicas de corte cualitativo como las entrevistas estructuradas, semi estructuradas y no estructuradas.

---

<sup>68</sup> Conocido como “interpretativismo” en contraposición al “positivismo”, Corbetta (2007).

<sup>69</sup> “Tipos ideales” de Weber en Corbetta (2007).

Las unidades de estudio, fueron los servicios de emergencia de tres hospitales que están ubicados en el sector urbano de la ciudad de Quito, dos de ellos (Eugenio Espejo y Baca Ortiz) están ubicados en el área céntrica, el primero es de Especialidades y el segundo Especializado (atiende sólo niños/as), a ambos les corresponde el Tercer Nivel de atención, mientras que el tercero (Pablo Arturo Suárez), se encuentra en el área norte de la ciudad y es un Hospital General que presta atención médica de Segundo Nivel.

En las tres unidades se recolectó información secundaria documental, constituida principalmente por estadísticas referentes a resultados de indicadores que son reportados mensualmente en el portal GPR<sup>70</sup>, y encuestas de satisfacción de usuarios que realiza mensualmente el personal del MSP.

En las unidades de salud se privilegiaron fuentes de información primarias configuradas por tres clases de sujetos, o según Corbetta (2007), “tipos ideales”: ( i) autoridades y funcionarios, ii) profesionales y personal de atención de salud y, iii) usuarios. El trabajo de campo se complementó con la recolección de información documental secundaria en dos instituciones relevantes para el estudio, la SNAP y el MSP, en donde al igual que en las unidades de salud, se procuró dar prioridad a las fuentes primarias de información formadas por: i) autoridades y ii) funcionarios.

En el trabajo de recolección de datos se emplearon cuatro tipos de técnicas: i) entrevistas individuales no estructuradas con autoridades y funcionarios, ii) entrevistas individuales semi-estructuradas con médicos/as, enfermeras/os y auxiliares de enfermería, iii) entrevistas individuales estructuradas con los usuarios y, iv) observación no participante y participante.

---

<sup>70</sup> Tasas de morbilidad y de mortalidad, porcentaje de ocupación de camas, número de pacientes atendidos, número pacientes hospitalizados, índice de satisfacción, entre otros.

En cuanto a instrumentos empleados, para la primera técnica se confeccionó una lista de temas relevantes a abordar, para la segunda, se elaboró una batería de preguntas que fueron validadas con funcionarios y autoridades de las unidades de salud, para la tercera, se tomó como base una encuesta guía, que el MSP aplicará en todos los hospitales públicos a partir del año 2014, modificada conforme los objetivos de esta investigación, y para la última se llevó una guía de observación y actuación.

En la aplicación de la técnica de entrevistas individuales estructuradas a usuarios, se efectuó un acercamiento personalizado con cada entrevistado, repreguntando cuando era necesario, pidiendo aclaraciones sobre los motivos de su respuesta, tratando mediante técnicas proyectivas<sup>71</sup> de encontrar el significado de las posturas subyacentes a los interrogantes del cuestionario, esfuerzos que intentaron evitar los sesgos que Van Ryzin y Del Pino (2009) advierten en las encuestas: que sus resultados reflejen predominantemente “las características de los propios encuestados, sus actitudes hacia el gobierno y la administración, en lugar de la calidad y el rendimiento efectivo de las instituciones o del servicio público” (Van Ryzin y Del Pino, 2009:16).

Se realizaron en total 80 entrevistas entre estructuradas, semi estructuradas y no estructuradas. Se proyectaron 40 entrevistas a usuarios, desglosadas en: 25 pacientes - cinco fueron descartadas porque no fueron completadas- y 15 familiares –tres fueron desechadas-<sup>72</sup>. De las 32 entrevistas válidas, 12 fueron a madres de niños/as y 20 a pacientes adultos/as. En total se entrevistaron 18 usuarias (familiares y pacientes) y 14 usuarios hombres. Aunque el objetivo fue mantener un equilibrio de género, el peso se inclinó a favor de las mujeres porque en el cuidado de hijos/as enfermos no se

---

<sup>71</sup> [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102011000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102011000200005&script=sci_arttext&tlng=pt) consultado el 28 de noviembre de 2013.

<sup>72</sup> Se desecharon o descartaron porque fueron completadas al apuro, no se pudieron terminar porque el estado de salud del paciente empeoró durante la entrevista, o fue dado de alta y tenía prisa por irse a casa, o fue trasladado a hospitalización en otro piso, o a exámenes médicos, o fue puesto en custodia policial, o porque sus madres tuvieron que atender sus necesidades y/o llanto (en el caso de los niños/as).

encontraron padres para entrevistar. El balance a favor de pacientes fue intencional. El detalle de las entrevistas por sexo y unidades de salud, se presenta en la Tabla 1.

Entrevistas a usuarios/as por sexo y unidad de salud

Tabla 1. **Entrevistas a usuarios/as por sexo y unidad de salud**

OPCIONES	FRECUENCIAS				TOTAL
	HBO	HEE	HPAS		
0 No contesta	0	0	0		0
1 Mujer	7	6	5		18
2 Hombre	5	4	5		14
3 Otros	0	0	0		0

**Fuente:** Elaboración propia.

Se efectuaron entrevistas a 40 autoridades, funcionarios, personal de salud y expertos, divididas en: siete autoridades (cinco hombres y dos mujeres), siete funcionarios/as (tres hombres y cuatro mujeres), nueve médicos/as tratantes (cuatro hombres y cinco mujeres), seis médicos/as residentes (tres hombres y tres mujeres), seis enfermeras/os (tres hombres y tres mujeres), cuatro auxiliares de enfermería mujeres y una experta internacional en salud.

En general se logró un balance de género como fue el objetivo inicial, excepto para autoridades, en donde al parecer aún existe menor presencia femenina, y para auxiliares de enfermería, en donde la presencia masculina fue nula. El desglose de estas entrevistas se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Entrevistas por sexo, tipo de entrevistado y organización

EN	MT		T		MR		T		E		T		AE		T		F		T		A		T		Ex		T		T		T		T
	H	M	MT	H	M	MR	H	M	E	H	M	AE	H	M	F	H	M	A	H	M	Ex	H	M	Ex	H	M	Ex	H	M	Ex	H	M	
<b>HBO</b>	1	4	5	2	1	3	2	1	3		2	2			1	1	1				1										6	9	15
<b>HEE</b>	2		2	1	1	2		1	1		1	1	1		1															4	3	7	
<b>HPAS</b>	1	1	2		1	1	1	1	2		1	1					2			2									4	4	8		
<b>MSP</b>															3	3	2	2	4										2	5	7		
<b>SNAP</b>															2		2												2	0	2		
<b>ACI</b>																								1	1	1	1	0	1			1	
<b>T</b>	4	5	9	3	3	6	3	3	6		4	4	3	4	7	5	2	7			1	1	1	1	1	1	1	18	22	40			

Fuente: Elaboración propia.

En donde:

- H:** Hombres
- M:** Mujeres
- MT:** Médicos Tratantes
- MR:** Médicos Residentes
- E:** Enfermeras
- AE:** Auxiliares de Enfermería
- F:** Funcionarios
- A:** Autoridades
- Ex:** Expertos
- HBO:** Hospital Baca Ortiz
- HEE:** Hospital Eugenio Espejo
- HPAS:** Hospital Pablo Arturo Suárez
- MSP:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- SNAP:** Secretaría Nacional de la Administración Pública del Ecuador
- ACI:** *Accreditation Canada International*
- EN:** Entidad
- T:** Total

Se incluyeron a las madres de los pacientes, aunque los niños/as tuvieran edad para contestar en forma independiente, porque son un complemento para develar la realidad de los servicios de salud, como señala Gómez, “un juicio óptimo de racionalidad colectiva necesita tener en cuenta la totalidad de los intereses y racionalidades

particulares afectados [...] que son apenas la materia prima que se encuadra dentro de la matriz de racionalidad colectiva” (Gómez citado en Velásquez, 1998:262).

Las entrevistas no estructuradas fueron grabadas en video, con autorización de los participantes. De los archivos de video se extrajeron archivos de audio, mediante el programa *Sound Organizer*, que luego fueron transcritos y convertidos en archivos de texto. Las entrevistas semi estructuradas y estructuradas no tuvieron autorización para ser grabadas, y fueron registradas en sendas notas a mano, que sirvieron luego para elaborar los archivos de texto correspondiente, y en el formato elaborado para el efecto<sup>73</sup>.

Cabe resaltar que debido a la naturaleza del servicio de emergencias, se experimentaron considerables dificultades para la recolección de datos con usuarios y con el personal de salud. Los usuarios son pacientes graves, cuyo delicado estado de salud a ratos imposibilita entrevistarlos. Inclusive cuando son transferidos o dados de alta, su recuperación no es suficiente para sostener un diálogo prolongado y confiable.

A su vez, el personal de salud de emergencia, generalmente maneja un alto sentido de la urgencia, por lo que también su disponibilidad de tiempo libre es muy reducida. Su responsabilidad y saturación laboral es de tal magnitud, que cuando son solicitados deben dejar “todo” y acudir al paciente que se encuentra en riesgo, y cuando termina su labor -que normalmente se extiende fuera de su horario de trabajo- lo que menos desea es sostener un diálogo que retarde su retorno a casa. Por esta razón no se realizaron citas programadas y se suspendieron varias durante el proceso (no se contabilizan las entrevistas suspendidas).

---

<sup>73</sup> Las guías de preguntas para las entrevistas semi estructuradas y el formato de las entrevistas estructuradas se adjuntan en el Anexo 4.

La observación del investigador, convertida en complemento a la información colectada de los informantes, se dividió en dos partes: la observación no participante que fue realizada en las tres unidades de salud estudiadas, con una mayor concentración de tiempo en el Hospital Baca Ortiz, en donde el investigador laboró en jornada completa durante dos meses; y la observación participante del investigador que, obligado por circunstancias fortuitas, permaneció durante un mes en el cuidado de su madre enferma en el Hospital Pablo Arturo Suárez<sup>74</sup>, lapso en el que fue intervenida quirúrgicamente en esta casa de salud por tres ocasiones. Ambas observaciones fueron registradas en bitácoras individuales que permitieron posteriormente recuperar las dinámicas observadas en las unidades médicas.

## **3.2 Resultados**

Los resultados obtenidos para autoridades, funcionarios, profesionales y personal de atención de salud se presentan mediante técnicas básicas de sistematización y de análisis de contenido, mientras que para los resultados de los usuarios se utilizan técnicas para escalas con baterías de preguntas cuyas respuestas son “semánticamente autónomas” y con “autonomía semántica parcial” (Corbetta, 2007:213).

### **3.2.1 Autoridades y funcionarios administrativos**

Las entrevistas efectuadas en torno al sujeto “autoridades y funcionarios administrativos”, por su carácter no estructurado giraron en torno a variados tópicos, sin embargo se procuró que el hilo conductor de las mismas sean los objetivos específicos de la presente investigación, los cuales se convierten en las categorías temáticas de

---

<sup>74</sup> También permaneció a su cuidado durante cuatro meses adicionales en otras tres casas de salud que no son objeto del presente estudio, al cabo de los cuales falleció.

análisis. Se presentan a continuación los criterios relevantes vertidos en torno a estas categorías por autoridades y funcionarios de las cinco entidades estudiadas<sup>75</sup>.

### **3.2.1.1 Políticas de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud.**

A nivel de la Administración Pública central, la SNAP está trabajando en un Programa Nacional de Excelencia (PRONEXE) al que apuesta “toda la casa”, basado en el mejoramiento del servicio al ciudadano, cuyos objetivos son “implementar la capacidad del estado en planificar gestionar y entregar resultados, incrementar la calidad de los servicios públicos, las competencias y conductas del personal para entregar servicios de calidad, incrementar la eficiencia del estado en el uso de alianzas y recursos” (SNAP1, 2012:154-157), y que se desarrolla a través de dos estrategias: una Estrategia Nacional para la eficiencia de la administración pública, y una Estrategia Nacional para la eficiencia de los servicios públicos, de los que se priorizan tres, salud, educación y desarrollo infantil integral (SNAP1, 2012:13-16).

A nivel del órgano rector de la salud en el Ecuador, el MSP, impulsa un cambio en el modelo de gestión de la salud pública, que según MSP02 (2013), posee como pilar básico el equipamiento del talento humano, y como eje transversal la utilización de tecnología y el GPR.

En el año 2011 crea la Dirección Nacional de la Gestión de Calidad, cuya misión es coordinar los estándares de calidad con las diferentes unidades de salud, “garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de servicios de salud que brinda el MSP” (MSP02, 2013:15-16), es decir asegurar “la calidad de los servicios de las

---

<sup>75</sup> Tres unidades de salud (HBO, HEE y HPAS) y dos entidades públicas de regulación y control (SNAP y MSP).

unidades operativas” (MSP01, 2013:20-22) de este ministerio. En palabras de MSP02 (2013), el objetivo clave de la Dirección de Calidad es alcanzar la acreditación internacional hospitalaria, para lo cual y como primer paso se busca el licenciamiento de todas las unidades de salud, mediante la implantación de estándares en diversas áreas, con la expectativa de cambio y mejoramiento en la atención y servicio de salud.

Estos procesos de licenciamiento y de acreditación hospitalaria, a cargo de la Dirección de Calidad, conforman una política de gestión pública, ideada para mejorar los servicios públicos de salud. Tienen la expectativa de “generar una cultura de calidad, eso es lo fundamental, que nuestra mente se acostumbre a trabajar con estándares, con indicadores, con guías, con protocolos, porque esa es la base real de una atención con calidad [...] el proceso de acreditación es supremamente importante, no es el hecho del sello, sino de todo el trabajo que hay que desarrollar atrás” (MSP01, 2013:125-130, 186-188).

En el MSP, la sectorización administrativa de los servicios de salud, se identifica como la política de mejoramiento de la calidad en la gestión pública de los servicios de salud, que modifica la distribución geográfica de los servicios de salud en coordinaciones zonales, direcciones distritales y circuitales. La Dirección de Calidad en las 9 zonas geográficas tendrá “un coordinador zonal de calidad, y como cada zona se divide en 9 distritos, vamos a tener representación a nivel distrital con dos o tres personas que van a ser nuestros coordinadores técnicos en calidad a nivel de los distritos, uno encargado de lo que es la atención primaria y los otros en hospitales de segundo y tercer nivel” (MSP02, 2013:234-240).

También la Subsecretaria de Promoción del MSP señala que existe una política de comunicación para “incidir en el imaginario de las personas” para que el 80% de toda la

problemática de salud se resuelva en el primer nivel de atención, ya que actualmente sucede “todo lo contrario, el 80% está llegando a los hospitales. Entonces estamos haciendo un esfuerzo fundamental para esto, y ahí creo que la campaña educativa es también importante porque es un proceso a largo plazo (MSP03, 2013:83-89).

En el campo de las políticas de capacitación para mejorar los servicios públicos de salud, autoridades del MSP, destacan que “hay una formación continua... hay como más de mil médicos que están seleccionados para trabajar en el postgrado del modelo integral de salud familiar integrado comunitario. Además de eso, también se ha implementado los técnicos de atención primaria (vinculados a todo lo que es el nivel de atención de primer nivel), que son personas que se están formando y que se les está pagando para que se formen” (MSP03, 2013:173-179).

En las unidades de salud hospitalarias, según HPAS1 (2013), una política para mejorar la calidad de la gestión de los servicios públicos es la creación de los “departamentos de gestión de la calidad” mediante disposiciones estatutarias obligatorias en los hospitales. HEE02 (2013), señala que “de acuerdo a lo que norma el estatuto de gestión por procesos de hospitales con resolución 3339 con fecha de septiembre del 2012 se enmarca la unidad de calidad como un proceso asesor de los hospitales mayores a 70 camas” (HEE02, 2013:17-19)

### **3.2.1.2 Percepciones de los usuarios de los servicios de emergencia de los hospitales públicos sobre la calidad de los servicios que reciben.**

El enfoque de calidad en la gestión pública, según la administración pública central, está centrado en el ciudadano: “...que esto parta desde el enfoque del ciudadano, la necesidad del ciudadano, ... estamos partiendo desde esa parte central, que son las

necesidades del ciudadano, las captamos o las vamos a captar, nada de esto se ha hecho” (SNAP1, 2012:167-184), y el mejoramiento de los servicios públicos “...nace desde la necesidades de los ciudadanos y en base a esto se va a hacer, qué actividades se van a hacer, qué componentes deben tener los servicios” (SNAP2, 2013:67-69).

Autoridades del MSP en cambio consideran que la respuesta a la satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de salud debe ser “una propuesta integral de la calidad de atención” que considere todos los elementos técnicos, pero que también se cumplan otros elementos de calidad como “comunicación, información, respeto que haya un consentimiento informado de tal manera que esa relación médico paciente sea como más equitativa... incluso como le da el diagnóstico... y la confidencialidad del dato, que ese quede entre la relación médico paciente” (MSP03, 2013:55-68).

### **3.2.1.3 Alternativas de mejoramiento de la calidad en la gestión pública, en el ámbito de los servicios públicos de salud hospitalarios.**

La Administración Pública Central, básicamente esboza dos alternativas de gestión pública para mejorar la calidad de los servicios públicos: las Cartas de Servicios y el Mapeo de los Servicios. Según la SNAP (2012), la Carta de Servicios es “un documento, es un formato... donde básicamente especificas cuál es el servicio para el ciudadano, y la organización se compromete a dar ese servicio” (SNAP1, 2012:194-197). La SNAP auditaría el cumplimiento de las Cartas de Servicio y la calidad de los procesos, mediante la creación de un Instituto de Calidad, que gestionaría el mejoramiento de la calidad de los servicios públicos en el marco del modelo EFQM.

La segunda alternativa, el Mapeo de los Servicios públicos, plantea “tomar la foto de los servicios actualmente, definir criterios institucionales para priorizar qué servicio se

trabaja primero, identificar qué componentes son importantes en este servicio puntual, definir proyectos de mejora que pueden llevar a un ideal factible, a un servicio mejorado factible, poner el tiempo de compromiso de las autoridades para que vayan mejorándose eso” (SNAP2, 2013:178-183).

El MSP por su parte, propone una solución institucional para mejorar la gestión de la calidad de los servicios públicos, la formación de la Agencia de Calidad de establecimientos de servicios de salud, cuya responsabilidad será generar el Sistema de Garantía de Calidad. Entre sus funciones estarán: asegurar la calidad de los establecimientos de salud de todo el sistema nacional de salud, y los procesos de licenciamiento, acreditación, certificación de profesionales, y el análisis de las quejas y reclamos médicos a nivel nacional (MSP01, 2013:2-7).

Otra alternativa que nace desde el órgano rector de la salud en el Ecuador, es “hacer un esfuerzo importante para trabajar todo lo que es la ética del cuidado... el ministerio está haciendo un esfuerzo de incorporar a personal de salud en las unidades operativas, de tal manera que esperemos que en un corto plazo podamos tener un personal totalmente incentivado, motivado, y bien capacitado no sólo en los temas de la ciencia médica, sino que ante todo, en estos temas de la calidad, de la calidez, que tienen que ver con la posibilidad de verle al otro como si fuera un hermano... en esa relación médica más humana” (MSP03, 2013:97-98, 105-110).

La gestión participativa en el ámbito de la salud también resultó ser identificada, como alternativa válida –aunque germinal- de mejoramiento de los servicios de salud, tanto a nivel ministerial como hospitalario. En un hospital, el Gerente afirmaba respecto a la planificación participativa en salud: “yo diría que esta construcción es una construcción que está iniciando la participación ciudadana en salud es una participación que está

dando sus primeros pasos... que en este caminar nos falta todavía mucho por hacer” (HPAS1, 2013:86-88, 110-111), mientras que en el MSP señalaban que “el reto que tenemos desde el Ministerio de Salud en particular, hasta los demás ministerios, es tener una gestión pública participativa...debemos trabajar en el modelo de diseño del sistema de participación ciudadana de salud” (MSP05, 2013:9-11, 14-15).

#### **3.2.1.4 Acciones para mejorar las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios.**

Desde la SNAP se propone la creación de una plataforma informática que actúe como retroalimentación ciudadana virtual y presencial, que sea alimentada desde las unidades de salud y que consolide la información de sus percepciones, lo que sienten los ciudadanos “cuando oyen Ministerio de Salud, cuando oyen Hospital Baca Ortiz, qué les viene a la mente, esto sería la idea, porque este es uno de los insumos que te sirven mucho en la gestión, saber qué perciben ellos” (SNAP2, 2013:195-203).

En el MSP se identificaba otra iniciativa en curso que ayudaba a mejorar las percepciones de los usuarios respecto a los servicios de salud del Hospital Guayaquil: “la apertura que el Gerente tiene para trabajar con el comité de usuarios, porque él es muy claro en ese sentido, incluso sé que para él es un apoyo, ¿por qué?, porque es la voz del paciente, es la voz del ciudadano que le permite mejorar y trabaja muy, muy de la mano ahí con ellos” (MSP01, 2013:299-302).

En la Dirección de Participación del MSP, están muy claros del rol que juegan los actores sociales en las decisiones de políticas públicas de salud: “En la toma de decisiones en materia de políticas públicas de salud debe existir diversidad y dialogo con diferentes actores, encuentros con distintas posiciones, espacios paritarios y deliberativos que reconozcan las experiencias acumuladas”, ante lo cual anticipan

acciones: “en el territorio se está repensando la institucionalidad con la creación de los Comités locales de salud estructurados con participación ciudadana, pero la preocupación que se advierte es que no hay tanta gente para tanta organización” (MSP06, 2013: 20-26).

En la misma Dirección del MSP, también sugieren considerar que “un nicho importante de trabajo de una participación ciudadana en salud es la sensibilización, si se puede llamar de alguna manera, o la capacitación a los equipos de salud para el reconocimiento de la participación como un derecho. Por otro lado que quede muy claro en ellos (se refiere a los equipos de salud) qué implica una vigilancia, qué implica una veeduría, y todos los otros mecanismos participativos, y con ello quizá generar una menor resistencia a esta interacción entre ciudadanos y Estado” (MSP05, 2013:100-106).

Entre las principales acciones que advierten los expertos canadienses, encargados de la evaluación inicial de los hospitales que están bajo el proceso de acreditación, es no descuidar la preocupación por los usuarios internos, “...para iniciar acciones de mejoramiento, es necesario primero conocer su nivel de satisfacción” (EACI1, 2013:13-14).

Esta preocupación la comparte el Gerente de una de las unidades de salud en estudio: “la calidad pasa mucho por la satisfacción del usuario interno, lo que al final genera satisfacción en el usuario externo, es decir nadie da lo que no tiene, y si el usuario interno no tiene una infraestructura adecuada, no tiene un ambiente de trabajo adecuado, no tiene los equipos adecuados para poder generar los servicios que queremos, obviamente la satisfacción del usuario externo se ve afectada, y la calidad se mide en

función de la satisfacción del usuario, qué tan satisfecho está el usuario de cómo le atendieron en el hospital” (HPAS1, 2013:126-137).

El gerente de un hospital público sugiere iniciar un cambio institucional con una “reorganización orgánica estructural en los hospitales” que permita reestructurar “todos los servicios del hospital, es decir tener responsables de cada servicio y responsables de macro servicios que nos permitan a nosotros ir puliendo procesos, procedimientos, protocolos y por lo tanto llegar a esta gran meta que es la acreditación” (HPAS1, 2013:192-195).

Otras sugerencias de acciones de mejora, se encuentran en los siguientes planteamientos puntuales: “...se organizarán talleres con los líderes para cambiar la forma de pensar de la organización [...] A los internos rotativos se los retiró porque no estaban cumpliendo el proceso reglamentario, no se había asignado un tutor al HBO. Se puede arreglar esas formalidades para contar con su concurso...Todavía no se ha contemplado estímulos que acompañen a las evaluaciones de desempeño, podemos ver formas de extenderles agradecimientos” (HBO02, 2013:12-13, 40-44).

“Capacitación a los profesionales y formación de los nuevos profesionales hacia especialidades que el perfil epidemiológico del país así lo requiera, todo eso está en función de la calidad [...] Creo que nos falta trabajar con el personal, ya en términos de capacitación, actualización en la capacitación, certificación en los conocimientos, cursos, congresos de intercambio de experiencias” (HPAS1, 2013:50-52, 153-155).

Una opción a ello, podría ser la capacitación virtual, “de hecho ya se hizo en el año 2012, se hizo el primer curso de atención primaria de salud materna neonatal, en donde se capacitaron a 800 personas, fue una capacitación virtual” (MSP02, 2013:72-75).

Para cualquier proceso de transformación organizacional, es vital identificar a los gestores del cambio, “nosotros lo que estamos tratando de hacer es formar equipos de confianza es decir identificar aquellas personas que están comprometidas con el hospital, aquellos que están comprometidos con el cambio, para que ellos sean los gestores, en cada una de las competencias de sus áreas, del cambio” (HEE02, 2013:131-134).

### **3.2.2 Profesionales y personal de atención de salud**

Para coleccionar los criterios del sujeto “profesionales y personal de atención de salud” se estructuraron tres categorías temáticas<sup>76</sup>, con las que se confeccionó la matriz de concentrado de información del Cuadro 1, de cada unidad de salud investigada, con cada subnivel de análisis: profesionales médicos, y enfermeras/os con auxiliares de enfermería. Las categorías de análisis fueron: i) problemas y oportunidades de mejora, ii) situación del sujeto en la organización y, iii) participación del usuario en los servicios. El Cuadro 1 revela resultados interesantes:

Criterios que son comunes en las tres unidades de salud para los seis subniveles de análisis, esto significa posturas compartidas por médicos y personal de salud en los tres hospitales, como la necesidad de capacitación especializada, la falta de estímulos al buen desempeño y el deterioro del clima laboral.

Valoraciones que sin observarse en todos los subniveles, podría inferirse que son subyacentes en todos, debido a que sólo faltó su expresión explícita en un subnivel de alguna unidad médica, es el caso de la sensación de maltrato que perciben son objeto los profesionales y el personal de salud por parte de usuarios “agresivos y exigentes”, su

---

<sup>76</sup> Las categorías temáticas dieron lugar a las interrogantes que sirvieron de referencia para las entrevistas semi estructuradas (Anexo 4).

exigencia de “neutralidad” y paridad de derechos para usuarios y servidores de la salud, y su pedido a las autoridades porque asuma su responsabilidad de promoción y educación a los usuarios en las nuevas políticas de sectorización y categorización de la atención de salud.

Posturas que sostienen la mayoría de médicos y enfermeras de las unidades en estudio (tres o más subniveles), como la insuficiencia de personal médico y de enfermeras para atender una demanda creciente, y como consecuencia del mismo determinante, la consiguiente limitación de infraestructura física, y el pedido de fortalecimiento de la atención primaria, para que cumpliendo con su rol contribuya a aliviar “la sobre ocupación” del nivel secundario.

Posiciones que sin ser institucionales, tampoco son compartidas por la mayoría de actores (subniveles). Es el caso de considerar las percepciones de los usuarios para mejorar los servicios, de que las opiniones del profesional y del personal de salud sean tomadas en cuenta en las decisiones de mejoramiento del servicio, de una auto exigencia por un mayor compromiso con el usuario, o más puntuales al servicio de emergencias como la falta de un sistema de diagnósticos específicos para el área de triaje<sup>77</sup>

Finalmente, se encuentran los pedidos y problemas que caen en la esfera institucional, entre los que encontramos temas como, la falta de medicinas, y la proporción médico-enfermera (3:1) en el HPAS, la carencia de internos rotativos del HBO, o la propuesta puntual del HEE para que un canal del Estado grabe la realidad del servicio de emergencias durante las 24 horas de un día.

---

<sup>77</sup> Procedimiento de diagnóstico clínico que se realiza en los servicios de emergencia para determinar la gravedad del paciente, y que los clasifica en cinco tipos, siendo I y II los que revisten mayor gravedad, requieren atención médica inmediata y, IV y V los menos urgentes.

**Cuadro 1. Criterios de profesionales y personal de salud del HBO, HEE y HPAS**

CATEGORÍAS TEMÁTICAS	HBO		HEE		HPAS	
	Profesionales Médicos	Enfermeras/os y auxiliares	Profesionales Médicos	Enfermeras/os y auxiliares	Profesionales Médicos	Enfermeras/os y auxiliares
<b>Problemas y oportunidades para mejor atención</b>	Ideas y parte de decisiones Supresión internos rotativos Eliminaron área capacitación Interactuar Universidad Más capacitación especial Falta de personal Falta organizar referencias Educación en prevención Mejor Atención Primaria, campañas, intercambios médicos. Cantidad por calidad  Faltan subespecialidades Faltan insumos y materiales	Personal escaso, 1:10 (debería 1:3) Infraestructura insuficiente (25-40 Internos eran de gran ayuda. Diagnósticos específicos sistema. Falta capacitación y priorización en centros salud. Cantidad por calidad viene de alto  Falta lazos comunicación cordiales Se quita toma decisiones de mejora. Por una pagan todas. Visión de productividad, prioridad "No perder tiempo"  Falta compromiso y responsabilidad. Generar espacios de convivencia	La RISP ayuda con la descongestión y atención integral. Directrices de sectorización y categorización han creado sobre ocupación, falta espacio físico. Inversión en insumos equipos e infraestructura es buena. Falta software sistemático de diferenciación de los niveles de gravedad. Perseguir el aseguramiento universal y cuidar determinantes de la salud.  Cambio de estilo de vida. Políticas públicas desde las bases.	Infraestructura mejorada y triaje. Sólo hay una enfermera por equipo. Se llevan los médicos a los pisos. Las relaciones personales influyen en el servicio al paciente.  Gente agradece las medicinas.  Hace falta atención segura, "para una migraña se inyecta". Más información del triaje, MSP.  Grabación de Tv Estado realidad Mejor organización de la Red Integral de Salud Pública	Personal insuficiente, calidad se sacrifica por exceso de trabajo. Posgradistas suplen la falta de médicos. Fortalecer rol primario. Sobredemanda por el rol que cumple el nivel primario.  Médico hace de todo y le juzgan por lo que cae fuera de su responsabilidad. Ampliar la infraestructura. Procesos de licenciamiento y  Certificación, falta medicinas. Sistema duro, sólo referidos.	Se hacen evaluaciones. Se elaboran protocolos, guías y manuales clínicos. Déficit de personal y está suspendida toda política de contratación.  Sobrecarga estresa al personal. Delicadeza y respeto al paciente. Trámites burocráticos demoran los pedidos y falta de planificación administradores de inventarios.  Buen liderazgo de enfermería. Personal insuficiente
<b>Opinión de su situación en el Hospital</b>	No existe estímulos si presión Más consideración y equidad Más respeto horario descanso Apoyo tangible, acusaciones  Somos "máquinas de curar" Nos dan "charlas con pistola"  Acusaciones sin fundamento Maltrato por el paciente  Se explota trabajo efectivo Bajar estrés y mejorar ánimo	No incentivos, ni motivación Charlas tediosas y chocan guardias Educación bajo amenazas. Personal cumple porque necesita. Rotación, capacitación Relaciones Humanas.  Descuido del recurso humano, se siente la hostilidad.  Presión con amenazas, quejas, demandas, enfoque en errores.	No existen propuestas de incentivos al talento humano. Falta capacitación, formación, reconocimientos y estímulos.  La motivación sólo es la vocación y convicción del médico.  Ha mejorado el clima laboral, pero falta socializar. Somos humanos.  Más oportunidades de capacitación: 800 pedidos, 4 cupos	No nos dan estímulos. Capacitación con cargo a vacación no está bien. Asignar cargas de trabajo por igual  Fomentar la unión.	No hay retribución por logros. Sí se juzga y sanciona por eventos adversos.  Debemos demostrar la inocencia. Personal insultado no trabaja con agrado. Más charlas y conversatorios.  No mejora quien sobresale. Antes ambiente más agradable	Debería haber reconocimiento a una buena labor. No se permite actividades sociales. Sí se pone atención a incidentes, quejas y denuncias. Falta trabajo en equipo. Vienen al turno, se acabó. Falta solidaridad. Proporción médico-enfermera 3:1. Cada año hacemos FODA y plan de Capacitación, reunión mensual.
<b>Opinión de la participación del usuario</b>	Encuestas bien utilizadas Ser "neutral" en derechos Paciente exigente y agresivo Personal o usuario que eduque Bases para quejarse no insultar  Ley incriminadora, no hay derecho a réplica O: 15' de autoridades: realidad	Gente molesta por el triaje Nosotros desprotegidos Expectativas desmedidas de gente Gente que maltrata y agrede Pensar también en cliente interno  Publicidad oficial contribuye No somos máquinas, nos debemos a un entorno social y descanso. Educar gente prioridad emergencia.	Pacientes inconformes por ser remitidos, falta conciencia. Difusión a cargo de autoridades no de hospitales, vejaciones. Paciente tiene respaldos legales.  No descuidar al usuario interno. Derecho mal informado y mal interpretado, chantaje de los usuarios, falta educarlos.	Pocos son los pacientes que agradecen, más son los reclamos. Actitud negativa del paciente, nos insultan. La gente no comprende el triaje.	Derechos de lado y lado Bueno que de afuera ayuden a ver errores que la rutina no deja ver. Gratuidad sólo para los que necesitan. Gente prepotente educarla desde arriba, informar y promocionar los nuevos servicios.	Saber la percepción del usuario. Mucho poder y ahora somos los maltratados. Por la sobrecarga, el paciente espera y se molesta.  Una buena valoración en los centros de salud ayudaría, para eso se necesita personal capacitación. Un espacio ropa paciente no tiene.

**Fuente:** Entrevistas semi estructuradas a profesionales y personal de salud de los servicios de emergencia del HBO, HEE y HPAS.

**Elaboración:** Propia.

### 3.2.3 Usuarios

Para el sujeto “usuarios”, se configuraron nueve categorías de análisis: i) datos personales, iii) conocimiento de las políticas, iii) tiempos de atención, iv) información recibida, v) atención técnica del personal de salud, vi) trato recibido, vii) confort de los servicios, viii) problemas con el servicio recibido y, ix) satisfacción con el servicio.

Los datos personales revelaron que se respeta la especialización del HBO como hospital de niños pues en los otros no se encontraron pacientes menores a 17 años. En el HBO se observó una mayor concentración de pacientes menores a un año, en el HEE la población mayoritaria de pacientes estuvo entre 18 y 45 años, mientras que en el HPAS los pacientes que superaban los 45 años eran los predominantes.

Otros elementos encontrados en los datos personales es que la población que acude a los hospitales en estudio posee un bajo nivel de educación formal<sup>78</sup>, con una mayoritaria presencia de pacientes que se auto identifican como mestizos. Los tres hospitales atienden a pacientes de provincias y cantones diversos, pero principalmente a pacientes de Pichincha y del cantón Quito, que en su mayor parte son remitidos de otro centro médico<sup>79</sup>, o acudieron personalmente y/o fueron trasladados por su condición emergente.

---

<sup>78</sup> Hasta secundaria incompleta. En el HBO el nivel de estudios fue registrado de los padres del paciente.

<sup>79</sup> De atención de primer nivel como puestos y centros de salud, y hospitales básicos.

En la categoría de políticas, la mayoría conoce las políticas de atención en niveles primario y secundario<sup>80</sup>, y la necesidad de obtener turnos para atención de consulta externa por teléfono. Las opiniones en acuerdo y en desacuerdo con esas políticas están divididas, aunque la aceptación por la última es mayor que por la primera. En cuanto a su inclinación por colaborar para mejorar la calidad de atención que reciben, la mayoría expresa su predisposición<sup>81</sup>, aunque no sabría cómo hacerlo.

En lo referente a tiempos de atención, al ser preguntados sobre el tiempo en que fueron atendidos cuando llegaron por primera vez, la mayoría de pacientes manifiesta que fueron atendidos antes de los 15 minutos, aunque habrían esperado una atención más rápida, la brecha no es mayor<sup>82</sup>. En cuanto a los tiempos que, una vez hospitalizados, se demora el personal de salud en atender una petición de atención, la mayor parte manifiesta que es atendido antes de los 15 minutos, de ellos la mayoría lo fueron antes de los 5 minutos. La expectativa que tenían es una atención más ágil, pero la brecha tampoco es mayor<sup>83</sup>.

Respecto de la información recibida, se señala que los trámites de ingreso fueron fáciles y rápidos, pero llama la atención que la gran mayoría manifiesta que no fueron informados sus derechos como paciente, que la mayoría no conoce el nombre del médico que le atendió, y que más de la mitad de los consultados, no les informaron, o

---

<sup>80</sup> Obligatoriedad de acudir primero a un centro de atención primario para que éste, dependiendo de su evaluación lo remita a un centro de atención secundario o de tercer nivel (hospitales y hospitales especializados).

<sup>81</sup> No tan entusiasta o efusiva.

<sup>82</sup> Anexo 5, preguntas 10 y 11.

<sup>83</sup> Anexo 5, preguntas 12 y 12.1.

no entendieron muy bien acerca de su diagnóstico, los procedimientos médicos que le están aplicando y el efecto de los medicamentos suministrados. Sobre los cuidados que debería tener en casa y su retorno por chequeos de control, también mayoritariamente manifestaron no conocer al respecto.

En cuanto a la calidad de atención técnica que percibieron los pacientes entrevistados, las respuestas a las dos preguntas<sup>84</sup> que reflejan esta categoría, parecerían revelar una aparente contradicción con los resultados de la categoría anterior, pues señalan por una parte que una gran mayoría confía en el diagnóstico y en el tratamiento que le administran los profesionales de la salud, y que la mayoría se siente satisfecha con el tiempo que se toman dichos profesionales para atender sus necesidades clínicas.

En el trato recibido: del profesional médico la mayoría expresa que recibió un trato entre muy bueno y bueno, con alguna tendencia a muy bueno, no existieron personas que lo califiquen de malo. Del personal de enfermería, la mayoría evalúa su trato entre bueno y muy bueno, pero ahora la preeminencia es del bueno y existe una presencia importante de pacientes que lo conceptúa como malo<sup>85</sup>. El personal de vigilancia es evaluado por la mayoría entre bueno y malo<sup>86</sup>, con predominio de bueno. Al personal de admisión y de farmacia la mayoría no lo califica.

En lo referente al confort, la mayoría señala que en los tres hospitales la comodidad es buena, mientras que la limpieza, la iluminación y la señalización son muy buenas. Los

---

<sup>84</sup> Anexo 5, preguntas 28 y 30.

<sup>85</sup> Anexo 5, preguntas 32.

<sup>86</sup> En las entrevistas se explicó que este nivel equivalía a regular.

problemas señalados por los usuarios en el servicio de emergencia de los hospitales bajo estudio, fueron en orden de gravedad: la falta de información médica clara, los tiempos de espera y el trato del personal<sup>87</sup>, aunque también existe un porcentaje significativo que señala no encontrar inconvenientes en los servicios.

En la satisfacción con el servicio, existe equilibrio entre los pacientes que han acudido antes y los que van por primera vez a ese hospital. Entre los primeros, la mayoría manifiesta que el servicio de ahora es mejor que el recibido anteriormente y una gran mayoría coincide en que sí volverían a hacerse atender en ese hospital y que sí recomendarían a un familiar cercano que lo haga.

Existen diferencias entre lo establecido en forma general en las nueve categorías correspondientes a los usuarios, y el comportamiento específico de los mismos en cada unidad de salud. Por citar dos ejemplos, la generalización de la falta de información de diagnósticos y procedimientos médicos aplicados al paciente, no se observa en el HEE, mientras que es más acentuado en el HPAS, o la generalización que la mayoría de usuarios señala que todas las medicinas son gratuitas, en tanto que en el HPAS se observa que la mayoría de pacientes señalan que tienen que comprar algunas medicinas

### **3.2.4 Observación participante y no participante**

Esta técnica, en donde el protagonismo corresponde al sujeto “investigador”, permitió recuperar la dinámica de los hospitales en tres campos: trato del personal de salud a los usuarios (pacientes y familiares), efectividad y seguridad que el personal de salud les

---

<sup>87</sup> Anexo 5, preguntas 41 y 42.

ofrece, y recursos con que cuenta la unidad de salud para atenderlos. El primer campo posibilita rescatar la calidad percibida, el segundo la calidad técnica y el tercero aporta a ambas categorías.

Cabe aclarar que el tiempo de observación del investigador en los hospitales no fue semejante, de mayor a menor tiempo, fueron aproximadamente 60, 30 y 5 días de trabajo en el HBO, HPAS y HEE respectivamente. Asimismo la inmersión personal no fue homogénea. En el HPAS fue profunda, en el HBO intermedia y en el HEE superficial.

Al igual que lo ocurrido con el sujeto “usuarios”, existen diferencias entre lo que se puede afirmar en forma general -en los tres campos de análisis- para todos los hospitales, y lo que se debe particularizar para cada unidad de salud. Más aún, cuando la generalización pueda ser hecha, las percepciones dominantes serán aquéllas del HPAS y HBO, en donde la inmersión y el tiempo trabajado ayudan a dicho cometido.

Iniciando con el campo que se refiere al trato, en los hospitales en estudio generalmente la comodidad de los pacientes es cuidada, no así la de los familiares que deben permanecer junto a ellos por la gravedad y/o la edad del paciente. Se observaron casos en los que el familiar tuvo que dormir en el piso o sentado en una silla junto al paciente, o en donde familiares pernoctan en sillas, en carpas descubiertas a la intemperie, porque son de provincia, no pueden ingresar a la sala de espera por las políticas del hospital, y por su situación económica no pueden hospedarse en un hotel, o quieren estar cerca para turnarse en el cuidado del paciente con otro familiar.

En el campo de la seguridad y efectividad, en ocasiones no existe la suficiente coordinación para administrar las indicaciones de los médicos tratantes y de los especialistas, por parte del personal de enfermería. Esto podría ocasionar efectos en la seguridad de los pacientes dependiendo de la gravedad del caso. El investigador asistió a un caso en que el nutritubo<sup>88</sup>, no había sido implantado, pese a que tres días atrás en la historia clínica constaba la necesidad del procedimiento, durante ese tiempo el paciente no ingirió ningún alimento y su estado desmejoró. Cuando se restituyó la alimentación, la situación del paciente experimentó una notable mejoría.

En el mismo campo de análisis, se observaron casos que los pacientes contrajeron en los hospitales enfermedades distintas a las que tuvieron cuando fueron ingresados, peligro que se advierte en la literatura existente como infecciones intrahospitalarias asociadas con el cuidado de la salud (HAI)<sup>89</sup>, y que no es desconocido para las autoridades de salud<sup>90</sup>. Se citan dos casos: el primero, un paciente es ingresado en área de osteomielitis sin tener aún resultados de exámenes de cultivo de la infección, que confirmen la existencia de la bacteria. Los resultados fueron negativos y bajo el criterio de otro médico, se expuso al paciente a una “infección intrahospitalaria” grave al hospitalizarlo en dicha área. El segundo, una niña con un traumatismo por accidente, fue ingresada a una sala general de emergencias, en donde a criterio de su madre, que resultó ser

---

<sup>88</sup> Tubo por el que se administra alimentación a pacientes que por su estado clínico no pueden hacerlo por propia cuenta, ni con ayuda de familiares.

<sup>89</sup> Por sus siglas en inglés: *Healthcare Associated Infections*. Información disponible en <http://www.cdc.gov/HAI/>, consultada en diciembre 2 de 2013.

<sup>90</sup> MSP01 (2013), “existen una serie de lineamientos alrededor de una política de seguridad del paciente, infecciones nosocomiales, manejo de cateteres intravenosos, el tema de las neumonías nosocomiales por ventilación mecánica...el administrar medicamentos de alto riesgo”.

médico, no se mantenía el aislamiento necesario con otros pacientes que sufrían de neumonía, y se estaba exponiendo a su hija a una infección “nosocomial” severa.

En algunos profesionales médicos existe un conflicto ético profundo: responder al juramento de Hipócrates y luchar por preservar la vida de los pacientes, con todo su potencial, todos los recursos a su disposición y en todas las circunstancias, o “suavizar” esta filosofía cuando los procedimientos clínicos revisten un claro deterioro en la calidad de vida de los pacientes, o el paciente conservará la vida, pero carecerá de movilidad, de conciencia o de ambas, o la vida útil del paciente adulto mayor hace conflicto con el uso de recursos<sup>91</sup> que pueden ser necesitados por otros paciente con más “futuro”. El investigador asistió a una “junta de médicos”, en la que prevaleció el segundo criterio, que dictaminó esperar “que la naturaleza haga su labor”, sin agotar los “todos” que el paciente o los familiares hubieran deseado. Donabedian, también se refiere a esta disyuntiva como un dilema moral, “el médico que desea hacer lo mejor para cada paciente puede estar en conflicto con lo que la sociedad impone como lo mejor para todos” (Donabedian citado en Ministerio de Protección Social, 2009:79).

En el campo de los recursos, como observador no especializado, la impresión general es la existencia en los hospitales de una gran cantidad de equipo médico y de un incremento de profesionales jóvenes que se han incorporado a ejercen su labor médica. Sin embargo, los diálogos cotidianos revelan que existen equipos no utilizados debido a que no existen profesionales que conozcan su funcionamiento, o éstos profesionales son

---

<sup>91</sup> Equipos de cuidados intensivos y especialistas escasos, medicinas de alto costo que deben ser suministradas gratuitamente.

muy escasos. Además, la demanda por servicios de atención médica supera la disponibilidad de profesionales, la prueba es la saturación de trabajo que se observa en los servicios<sup>92</sup>. Es cierto que hay muchos profesionales nuevos, pero muchos antiguos han abandonado la práctica debido a las nuevas disposiciones reglamentarias, en tanto que el número de pacientes por atender sigue creciendo.

Pero también en los tres campos se observaron elementos de carácter positivo. Profesionales y personal de salud que “se la juegan” por sus pacientes, con una verdadera mística de servicio, que en ocasiones arriesgan sus relaciones laborales, increpando a sus colegas por el trato no digno o no seguro que dan a sus pacientes. También se observó que entre los recursos que más valoran los usuarios, está la entrega de medicinas en forma gratuita.

### **3.3 Análisis e interpretación de resultados**

El análisis e interpretación de resultados, según Potter y Wetherell (1987), no sólo es legítima sino esencial en la comprensión de las relaciones sociales. Por ello, en esta sección se utiliza básicamente la técnica del análisis del discurso, con la que se encuentran estrechamente comprometidos estos dos autores.

#### **3.3.1 Autoridades y funcionarios administrativos**

No fueron señaladas explícitamente por las autoridades, pero igual o tanto más importantes que las mentadas, se identifican dos políticas que buscan incrementar el

---

<sup>92</sup> Consecuencia de ello la dificultad encontrada para entrevistarlos.

acceso y la calidad en la gestión de los servicios públicos de salud. La primera es la determinación de la gratuidad de los servicios públicos de salud, y la segunda la categorización de los mismos en primero, segundo y tercer nivel de atención<sup>93</sup>, conjuntamente con las disposiciones para que en cada nivel se acepten sólo pacientes referidos de su nivel inmediato inferior. En correlación con esta política, se genera otra, que busca entregar una atención integral en los servicios públicos de salud mediante la integración de la Red Integral de Salud Pública (RISP) con la Red Complementaria privada, para mejorar “el acceso de la población a los servicios que brinda cada una de las unidades, en cada uno de los niveles” (HPAS1, 2013:33,34).

En la construcción e implantación de las políticas públicas, el tema de los intereses institucionales no resulta un elemento de menor importancia. Como sostienen Meny y Thoenig (1992), “los servicios públicos funcionan como conjuntos de organizaciones plurales” en las que cada una “persigue sus intereses sectoriales y manifiesta su propia visión de lo que es eficaz y racional”, que no tienen una “racionalidad colectiva única” porque, “nadie tiene interés en comunicarse con el otro; cada uno se reserva un margen de autonomía frente a los demás y se protege contra las consecuencias de su forma de actuar” (Meny y Thoenig, 1992:147).

Esto lo confirma SNAP2 (2013), en el caso de la política de calidad de la gestión pública, “bajarlo a la vida real, son cosas interesantísimas... patinamos en esto,

---

<sup>93</sup> Según la Comisión Interinstitucional de la RISP, los niveles están divididos en subniveles: el primero tiene seis: puesto de salud, consultorio general, centro de salud rural, urbano, 12 horas y 24 horas; el segundo cuatro: consultorio médico u odontológico y centro de especialidad, hospital del día, básico y general; y el tercero tres: centro especializado, hospital especializado y hospital de especialidades.

patinamos en la definición general de los servicios, no solo en la parte técnica sino en la parte de intereses... Este tema de la parte de intereses desde el punto de vista de política es muy fuerte” (SNAP2, 2013:237-239,246).

En ocasiones, los intereses particulares suelen retardar o congelar los tiempos de planificación, y en situaciones extremas la pugna por el poder político, o la falta de verdadera voluntad política, o el deseo de figuración, incluso pueden bloquear completamente el ciclo de la política, “ese compromiso real de los Ministros es muy difícil, porque al principio dicen claro sí, sí. Al rato de los ratos te dan largas, no es una prioridad para esta institución, porque digamos, yo estoy en Obras Públicas y me pagan porque haga muchas carreteras, pues me toca hacer carretas. Y la otra cosa aguantemos un chance, y ese es uno de los problemas que afecta también... porque es difícil poner de acuerdo servicios y nombre de instituciones” (SNAP2, 2013:266-271, 281-282).

De las entrevistas a las autoridades y funcionarios, de la observación no participante y de la investigación documental, se deduce que la entidad rectora y reguladora de las políticas públicas, el MSP, se halla en una fase de reestructuración y reinstitucionalización, y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), ha sido reformulado con la inclusión de nuevas políticas públicas de salud como la sectorización, la categorización, la gratuidad, la Red Integral de Salud Pública, el licenciamiento, la acreditación, el enfoque a la atención primaria en salud, las nuevas prioridades de formación en salud familiar y comunitaria, entre otras.

También el sistema de calidad de la salud pública en el Ecuador, se encuentra en proceso de construcción. La unidad encargada de la salud en el MSP tiene sólo dos años de funcionamiento, algunas de las funciones que le serían inherentes como el licenciamiento, las comparte con otras direcciones como la de Normatización y/o la Subsecretaría de Promoción.

Algunas disposiciones constitucionales o legales que estarían a su cargo, apenas han arrancado, por ejemplo la institucionalización de los diferentes parámetros que permitan medir de cierta manera la satisfacción y las necesidades de los usuarios (MSP07:2013). Sin embargo, pronto sus funciones serán transferidas a una nueva institución, la Agencia de Calidad, y muchos procesos iniciarán de nuevo.

Actualmente el sistema de medición de calidad de salud se encuentra fragmentado, cada institución levanta sus encuestas según sus requerimientos propios. Se busca una estandarización a nivel general, en este sentido se está planteando tener como línea base la realización de una encuesta a nivel nacional (MSP07:2013), para la cual los resultados de la presente investigación servirían como un insumo<sup>94</sup>.

Pero como manifestó un médico del HBO, las encuestas deben ser “bien utilizadas”, en palabras de un funcionario del MSP, “sobre esta encuestas lo que estamos pidiendo es, bueno, cuáles son aquellos programas de mejora continua que van a implementar para

---

<sup>94</sup> Según diálogo con la Directora de Calidad del MSP el 16 de diciembre de 2013, puesto que el formulario de las entrevistas estructuradas fue elaborado con base en un borrador de la encuesta que el MSP proyecta aplicar en el 2014.

resolver esos puntos o nudos críticos que los hospitales han encontrado a través de las encuestas...porque aquí lo que nosotros hacemos es básicamente como calidad, es auditar” (MSP07:2013,155-159).

Los hospitales o las unidades de salud, serían los responsables “de ir haciendo este mapeo de su estado de salud, y nosotros de alguna manera vamos tomando esos datos, esos insumos y vamos haciendo el seguimiento” (MSP07, 2013:176-179). Pero como bien lo expresa el funcionario, “el desafío es en realidad la institucionalización de este proceso como tal” (MSP07, 2013:197-198).

Respecto de la participación social en los servicios de salud, se percibe que podría producirse un cierto traslape de funciones entre los comités locales, los comités de usuarios y las veedurías ciudadanas. Como los comités de usuarias se desprenden de la Ley de Maternidad Gratuita -que ya no es pertinente porque todos los servicios de salud son ahora gratuitos-, su sustento legal se ha debilitado, por tanto el MSP está negociando con ellos una redefinición de su normativa.

Por un lado, se advierte cierta indisposición oficial para prolongar su funcionamiento, “si nosotros como ministerio vamos a ser observados, vigilados, desde estas instancias ciudadanas tal vez que nosotros mismos estemos creando, fomentando, y participando pierde objetividad, nos convertimos en juez y parte” (MSP05, 2013:62-65), por otro, el MSP reconoce su labor, “los comités de usuarios efectivamente han hecho vigilancia en las prestaciones de calidad, y otro de los elementos que ellos han trabajado mucho son encuestas de satisfacción de los usuarios. Sin embargo sin una metodología, ni a donde

iban sus resultados... mucho del reto que tenemos ahorita con los comités de usuarios es de establecer procesos, y procesos que queden claros tanto para las personas que conforman parte del comités como para los equipos médicos” (MSP05, 2013:89-98)

Al igual que Tendler quien, con base en experiencias gubernamentales en Brasil, reconoce que “en un avance en cierto modo admirable, la comunidad de especialistas sobre desarrollo ahora entiende que las consultas con el cliente y las presiones derivadas de ese cliente –el ciudadano, el habitante de las pequeñas ciudades, las personas de la base– son claves para perfeccionar el gobierno” (Tendler citado en Navarro, 1998:292), también el MSP reconoce la relevancia del control social, “es importante el control social no solo desde los comités de usuarios, en la misma ley se establece otra serie de mecanismos como veedurías, observatorios” (MSP05, 2013:68-72).

A este reconocimiento estatal, se suma otra disyuntiva expresada por la autoridad de calidad del MSP, “tenemos ya elaborada una encuesta para poderla aplicar en los hospitales, una encuesta de percepción, y estamos encontrando la metodología para hacerlo, porque cuando es el mismo hospital el que evalúa, podemos tener un poquito de sesgo en el resultado que me pueda arrojar... entonces estamos en la metodología de si recurrimos a estudiantes universitarios, o a estudiantes de colegios a los que capacitemos para que nos ayuden aplicando las encuestas” (MSP01, 2013:282-288).

Se podría aprovechar la inclinación favorable oficial, la factibilidad jurídica y la disyuntiva coyuntural de la unidad de calidad, para afinar una metodología, regular el destino y el uso de los resultados de las encuestas, y aprovechar la experiencia y el

capital social acumulado en los comités de usuarios para generar una figura social nueva, compuesta por ciudadanos comprometidos, que lleven a la práctica el mandato constitucional de que las instituciones públicas cuenten con mecanismos de medición de la satisfacción del usuario<sup>95</sup>. Los criterios expresados por las autoridades y funcionarios de la salud, analizados en función de los objetivos de esta investigación, se presentan en

el

Cuadro 2.

Las autoridades y funcionarios de las unidades de salud plantean varias iniciativas aisladas, que integradas en una única estrategia, podrían configurar un instrumento de cambio institucional, uno de cuyos objetivos sería mejorar las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios públicos hospitalarios.

**Cuadro 2. Análisis, criterios autoridades, funcionarios de salud SNAP, MSP, HBO, HEE y HPAS**

<b>Políticas de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud</b>	Incrementar la calidad de los servicios públicos, las competencias y conductas del personal para entregar servicios de calidad.
	Garantizar y asegurar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de servicios de salud de las unidades operativas: licenciamiento y acreditación.
	Sectorización zonal, distrital y circuital. Categorización de los niveles de atención de salud: primaria, segundo y tercer nivel. Campaña de comunicación para priorización del primer nivel.

<sup>95</sup> Artículo 53 de la CRE.

	Formación continua en nuevos campos: salud familiar y comunitaria.
	Creación estatutaria de Departamentos de Gestión de Calidad en hospitales.
<b>Percepciones de usuarios de hospitales sobre la calidad de los servicios.</b>	Enfoque en las necesidades del ciudadano.
	Calidad integral de atención como respuesta a la satisfacción de los usuarios: requisitos técnicos, comunicación, información, respeto.
<b>Alternativas de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los Servicios Públicos de Salud Hospitalarios (SPSH)</b>	Cartas de Servicios (compromisos con el usuario) y Mapeo de los Servicios (diagnóstico y proyectos de mejora).
	Agencia de Calidad: asegurar la calidad de las unidades de salud, los procesos de licenciamiento, acreditación, certificación de profesionales, análisis de quejas y reclamos médicos.
	Ética del cuidado: calidez y relación más humana.
	Reto: planificación y gestión pública participativa de salud, tanto a nivel ministerial como hospitalario.
<b>Acciones de mejoramiento percepciones de los usuarios sobre la calidad de los SPSH</b>	Plataforma virtual para consolidar las percepciones ciudadanas.
	Trabajar de la mano con los usuarios, conocer sus percepciones: comités de usuarios, comités locales, veedurías.
	Capacitación de los equipos de salud en participación, control social
	Preocupación por los usuarios internos.
	Reorganización orgánica estructural en los hospitales: responsables de macro servicios y de servicios, formación por perfiles epidemiológicos, capacitación virtual, incentivos por desempeño, gestión del cambio.

**Fuente:** Entrevistas autoridades y funcionarios de salud de SNAP, MSP, HBO, HEE y HPAS.

**Elaboración:** Propia.

### 3.3.2 Profesionales y personal de atención de salud

Siguiendo a Villacrés (2008), en los resultados obtenidos de este “tipo ideal” se identifican tres niveles que se interrelacionan sistémicamente, macro, meso y micro.

Un nivel macro relacionado con las políticas públicas de regulación, acceso, calidad, oferta y demanda que son aplicadas a los sistemas y a los sistemas de servicios de salud, en el que se ubica la falta de personal médico y de enfermeras, la limitación de la infraestructura y el equipamiento físico, y el fortalecimiento del nivel de atención primaria.

La calidad de la atención sufre cuando el personal manifiesta que la sobrecarga de trabajo le obliga a escoger entre “calidad y cantidad”, “debería haber 3 pacientes por enfermera y acá se atienden a 10. Esto nos estresa mucho en el aspecto físico y emocional” (H1EP1, 2013:4-5). También la calidad de formación de los nuevos profesionales se deteriora por la falta de personal experimentado, “no es suficiente el número de tratantes que ayudan a la formación de residentes. En el triaje es necesario un médico tratante, pero en las noches no se dispone de ninguno (H3MR1, 2013:11-13).

Pese al visible mejoramiento físico experimentado en los hospitales en estudio, aún el equipamiento y el espacio físico resultan insuficientes ante el crecimiento advertido de la demanda<sup>96</sup>. Así lo exterioriza el personal de salud durante las entrevistas: “...hace falta espacio físico en áreas críticas, que se encuentran al límite” (H2MR1, 2013:4-5), advirtiendo el efecto que esas carencias tiene sobre la calidad de los servicios que ofrece la unidad: “La infraestructura ha mejorado mucho, comparado con lo de antes ahora hay un avance grandote, pero pese a que ahora la capacidad de camas es 25, en algunas noches terminamos con 40 pacientes, y nos toca poner a varios en los sillones” (H1EP1,

---

<sup>96</sup> Datos de los departamentos de estadística.

2013:6-8). Por ello manifiestan la necesidad de “Ampliar la infraestructura, incrementar el personal técnico y los equipos para exámenes de apoyo y de diagnóstico: resonancia, para realizar exámenes completos de biometría y química” (H3MT1, 2013:26-28).

Pero también al mismo tiempo que denuncian sus privaciones, los profesionales de la salud plantean soluciones, “...si en los centros de salud se hiciera una mejor priorización, acá vendrían las verdaderas emergencias y no casos que no ameritan” (H1EP1, 2013:29-30), “...fortalecer el rol del nivel primario evitaría la sobredemanda en los hospitales” (H2MT1, 2013:34), y solicitan acciones: “repotenciación de la atención de dichos centros, ampliación de su horario de atención las 24 horas, y la incorporación de personal en las diferentes especialidades (H1MR3, 2013:14-16).

Justifican causalmente su pedido de política pública argumentando que, “...algunas directrices del MSP relativas a la sectorización y categorización de las unidades médicas: la división en zonas, distritos y circuitos, y la creación de niveles de atención, primero, segundo y tercero, ha causado en conjunto conflictos y sobre ocupación en los hospitales” (H2MT2, 2013:1-4), y que por tanto “...la sobredemanda, producto del rol del nivel primario, hace que la razón de ser del área de emergencias, deje de serlo, porque constantemente se atienden afecciones que corresponden a ese nivel” (H2MT1, 2013:17-19).

En el nivel meso, que comprende la administración de las unidades de salud, la articulación interna de sus servicios y la externa entre los niveles de atención, se incluye su percepción de que son objeto de maltrato por parte de usuarios mal informados de las nuevas políticas de salud, su pedido de igualdad de derechos para usuarios y personal de la salud, y su planteamiento de promoción y educación a los usuarios en las políticas de sectorización y categorización de la atención de salud.

Es perceptible, que el nivel de conciencia social en los ciudadanos ecuatorianos ha cambiado en el transcurso de los últimos años. El relativo grado de apertura política a las demandas sociales, el impulso dado por el gobierno ecuatoriano de la “Revolución Ciudadana” a la planificación participativa, la instrumentación de planes y programas sociales,<sup>97</sup> la predisposición normativa al acceso y transparencia de la información gubernamental,<sup>98</sup> la promulgación y vigencia de un marco normativo legal favorable a la participación ciudadana,<sup>99</sup> la relevancia constitucional dada a los derechos de los usuarios,<sup>100</sup> las organizaciones comunitarias y al desarrollo del tejido asociativo,<sup>101</sup> habrían provocado que los ciudadanos se vuelvan más conscientes de sus derechos.

---

<sup>97</sup> Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.

<sup>98</sup> Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, promulgada en el año 2004.

<sup>99</sup> Ley Orgánica de Participación Ciudadana, promulgada en el año 2010.

<sup>100</sup> El artículo 55 de la CRE, señala que los usuarios podrán constituir asociaciones que promuevan información y educación sobre sus derechos y los defiendan ante las autoridades judiciales o administrativas, mientras que el artículo 53 obliga a las instituciones que prestan servicios públicos a incorporar sistemas de medición de satisfacción de usuarios y a poner en práctica sistemas de atención y de reparación.

<sup>101</sup> Ley Orgánica de la Economía Popular y Solidaria y del Sector Financiero Popular y Solidario, promulgada en el año 2011.

Este cambio producido en la gente, si no es conducido apropiadamente, podría originar un empoderamiento contraproducente con los propios intereses y necesidades ciudadanas de aspiración a servicios públicos de salud de calidad. El personal de salud expresa que “...el cambio de sistema ha vuelto a la gente exigente, agresiva, nos denuncian, nos gritan, nos maltratan y hasta nos agreden físicamente, eso contribuye a que se vaya perdiendo en el personal ese sentimiento de condolencia, de solidaridad con el paciente. Está bien eso de meter en la mente la prioridad del cliente, pero quién piensa en los clientes internos, aquí, eso no se ve...” (H1EP2, 2013:21-26).

Con justos argumentos de equidad de derechos, argumentan que, “...el derecho a la salud está mal informado y el mensaje está mal entendido, mal interpretado. Empoderamiento sí, pero con mayor responsabilidad. Se debe juzgar las dos partes, promover derechos para las dos partes. Nosotros también tenemos derecho a que nos respeten, a que no nos agredan. Los comités de usuarios se convierten en comités de quejas, de chantaje” (H2MT2, 2013:35-39).

Pero también ahora el gremio plantea razonamientos causales: “...la falta de información y de campañas publicitarias que difundan el manejo de pacientes en atención primaria y concienticen a los pacientes para acudir a los centros de salud más cercanos... congestiona el área de emergencias y resta tiempo de atención para las verdaderas emergencias” (H1MR3:9-13), y alternativas de solución: “...es necesario educar a la gente y transmitirle información desde arriba. Aunque la demanda espontánea ya no es tanta y ha bajado las referencias, falta informar y promocionar la

forma cómo son ahora los servicios de salud” (H3MR1, 2013:15-17), con acciones puntuales específicas: “...más trabajo en los niveles inferiores: mayor control y supervisiones clínicas para que funcionen las redes de referencia y contra referencia; capacitaciones referidas, extensión del horario de atención a 24 horas y provisión de un emergenciólogo para todos los centros de salud. Para que se pueda entregar mayor calidad de atención, es necesario capacitar al personal de salud de los distintos niveles de atención sobre la importancia de los usuarios en el sistema” (H2MR2, 2013:24-29).

En el Cuadro 3 se resume las posiciones de los profesionales y del personal de la salud de los servicios de emergencia de los hospitales bajo estudio.

**Cuadro 3. Análisis de criterios, personal de salud emergencias: HBO, HEE y HPAS**

<b>MACRO</b>	Falta de personal médico y de enfermeras.
	Limitación de la infraestructura y el equipamiento físico.
	Debilidad del nivel de atención primaria de salud.
<b>MESO</b>	Maltrato por parte de usuarios mal informados de las nuevas políticas de salud.
	Desigualdad de derechos para usuarios y personal de la salud
	Usuarios mal informados de las políticas de sectorización y categorización de la atención de salud.
<b>MICRO</b>	Capacitación especializada insuficiente.
	Ausencia de estímulos al buen desempeño
	Deterioro del clima laboral.

**Fuente:** Entrevistas personal de salud de emergencias del HBO, HEE y HPAS.

**Elaboración:** Propia.

En la misma línea argumental de los profesionales de la salud, SENPLADES (2009) en su investigación sobre la calidad de los servicios públicos, identificó como problema las deficiencias comunicacionales y recomendó que en el caso de políticas nuevas y de gran impacto, es mandatorio entregar información “adecuada” a los ciudadanos.

En el nivel micro, que implica la gestión clínica de los profesionales de la salud en la atención médica, los profesionales y el personal de salud expresan la necesidad de capacitación especializada, la falta de estímulos al buen desempeño y el deterioro del clima laboral.

La calidad del profesional médico es un determinante fundamental en la calidad que perciben los usuarios de la atención que reciben en las unidades de salud. Una autoridad a cargo de las políticas de calidad de la gestión pública en el Ecuador, señalaba con acierto que “en el servicio de medicina podríamos decir que el componente de talento humano es crucial porque el médico o técnico que cura debe ser muy competente, debe ser alguien que sabe de ese tema” (SNAP2, 2013:103-105).

A este respecto, los profesionales de la salud sienten que “...hacen falta más oportunidades de adquirir conocimientos científicos, más capacitaciones, más seminarios”, han experimentado la sobredemanda por cursos de especialización: “Abrieron un postgrado, hubo 800 postulantes para 4 plazas disponibles. En el país se necesita mayor inversión en el personal de salud, la situación económica no le permite a uno financiarse por su cuenta” (H2MR2, 2013:4-8).

La remuneración es un elemento que estimula, pero es menos relevante, en el sentir de los profesionales de la salud, que los estímulos que ofrece la capacitación especializada, la consideración, el buen trato y el reconocimiento a su labor, pero “...lamentablemente no existen estímulos, nadie le felicita o retribuye por sus logros, alguien que le diga que bien, tome esta cartita por lo que hace. Los estímulos emocionales influyen en el desempeño. Una persona que es reconocida se pone la camiseta” (H3MT1, 2013:9-12).

En las unidades bajo estudio se percibe un clima laboral no adecuado al desarrollo y crecimiento personal de los profesionales y servidores de la salud, “las autoridades han prohibido hacer reuniones sociales, no somos robots, no somos máquinas, nos debemos a un entorno social, político y cultural y no únicamente a una responsabilidad laboral” (H1EP4, 2013:33-35), que puede transformarse en un ambiente en donde las actividades laborales se vuelvan un tedio, “...usted tiene que cumplir y cumplir, se exige cantidad y no calidad...si sólo existe presión, el personal cumple sólo porque necesita trabajar...” (H1EP2, 2013: 28-29,13-14). Se puede explicar el comportamiento de cierto personal de salud, cuando manifiesta que va al trabajo por cumplir, como la expresión del concepto de dialógica de Etkin (2000), la subordinación de las razones de existencia<sup>102</sup> a las razones de subsistencia<sup>103</sup>.

---

<sup>102</sup> Deseos o sentimientos relacionados con el desarrollo personal, expectativas y motivaciones personales.

<sup>103</sup> Estructura, normas y procedimientos que estipula un contrato laboral.

Este comportamiento advertido en algunos actores<sup>104</sup>, resulta peligroso dadas las aspiraciones de transformación organizacional que mantienen otros, pues como lo advierte la teoría crítica, la autorreflexión y la autocrítica del servidor público son básicas para esos procesos de cambio. Una actuación del personal de salud en la “lógica de lo apropiado” que Ostrom (1991) revelaba -adecuando sus acciones a las apropiadas para su rol, en las circunstancias dadas y de acuerdo con las normas institucionales-, no haría sino endurecer el ostracismo institucional que intenta mantener el statu quo.

Nuevamente en el nivel micro, las soluciones nacen desde los mismos afectados: innovadoras, “revolucionarias”, y adaptadas a la realidad ecuatoriana: “...en el país se podrían crear centros científicos de todas las enfermedades, pues el médico en las comunidades está en contacto con un mayor número patologías”, o de sentido común como “... llegar al personal, establecer lazos de comunicación cordiales, un trato digno, saber si existe conformidad o inconformidad con el trabajo” (H1EP2, 2013:14-16), generando “... espacios de convivencia, un día para charlas, para manejar el estrés, bajar la presión, hacer vida social...” (H1EP4, 2013:32-33).

Muchas iniciativas de mejoramiento de la calidad de atención han surgido en las propias unidades como resultado de los esfuerzos de autoridades, profesionales y personal de salud. Los médicos por ejemplo, expresan que “...se ha levantado y mejorado los

---

<sup>104</sup> Según un funcionario, HEE02 (2013), “todo se hacía porque lo tenían que hacer y se limitaban pues a cumplir con las actividades que estaban acostumbrados sin ver más allá, sin ser proactivos sin generar expectativas de cambio de mejora muy reacios al cambio”

procesos, se ha revisado protocolos, se ha efectuado una reestructuración de horarios, se ha establecido un nuevo régimen rotativo para mejoramiento de la atención en áreas críticas, se ha conformado comités de auditoría médica, de docencia e investigación, de estadística, de calidad y de asuntos sociales para mejorar el clima de trabajo” (H2MT1, 2013:10-14).

Otras, originadas en el personal de enfermería, refieren: “...diseñamos protocolos y estándares de enfermería, para verificar el cumplimiento de las campañas se elaboraron listas de chequeo. Se lleva un libro de control de pacientes ingresados a Observación y Valoración, así como de los que están en estado crítico, aunque no hay registros del tratamiento de esos enfermos. Se diseñaron y aplicaron encuestas de percepción de los usuarios y se organizaron reuniones de mejora continua... se elaboró una Guía práctica de prevención de úlceras por presión..., se diseñó el Manual de atención al paciente crítico en emergencias...se disminuyó el tiempo para tomar signos vitales, antes se demoraba de 30 a 50 minutos, ahora debe hacerse máximo en 5 minutos...presionamos con las evaluaciones...” (H3EP1, 2013:2,17).

Todas las iniciativas mencionadas, sin duda han impactado en el mejoramiento de la atención que se brinda al usuario y en su percepción de la calidad que recibe en los servicios de salud que demanda. Empero, en ambos casos, en las formuladas por médicos y en las señaladas por enfermería, se advierte una tendencia al mejoramiento de la calidad técnica y sus componentes, la seguridad y la efectividad, con escasa dedicación a satisfacer las deficiencias en la calidad interpersonal que reveló el estudio

de SENPLADES (2009), eran las preocupaciones mayoritarias de los usuarios de los servicios públicos de salud en el Ecuador.

### **3.3.3 Usuarios**

En los pacientes de los hospitales estudiados se reproduce la diversa configuración étnica del Ecuador. Las edades de los pacientes encontrados en las unidades de salud, podrían revelar una tendencia a especializarse en servicios de adulto y de adulto mayor para los hospitales HEE y HPAS respectivamente.

El bajo nivel de educación declarado por los usuarios en las entrevistas, el nivel socio económico de los pacientes, percibido durante la observación participante y algunas frases recogidas como respuestas a la pregunta de por qué volvería:, “somos de bajos recursos y no voy a dejar morir a mi hijo”, volvería “por el costo de la salud”, “falta de dinero, pero ya hay más tratamientos”, “somos pobres y aquí tenemos medicinas gratis, radiografías gratis”, denotarían una resignación a volver por su condición económica subyacente, confirmando el prejuicio de la relación pobreza-hospital público.

Sin embargo, las percepciones que están de acuerdo con algunas políticas públicas de mejoramiento de la atención de salud (preguntas 14 y 15) del actual gobierno ecuatoriano , el propio sentir del investigador cuando llevó a un familiar cercano en estado grave a un hospital público, así como algunas impresiones recibidas durante las entrevistas: “los médicos son buenos” “no me puedo quejar, es la primera vez en un hospital público”, “la atención está a la altura de hospitales de Estados Unidos”, “es un

hospital muy completo”, “la atención es más rápida que en una clínica”, hacen pensar que entre las motivaciones para usar un hospital público y regresar a él, no sólo está la gratuidad, sino también la capacidad resolutive de las unidades médicas, la calidad de los profesionales y la infraestructura hospitalaria, que van cambiando conforme crecen las iniciativas por mejorar la calidad de los servicios.

Los resultados de las entrevistas que señalan la falta de información como el principal problema en el servicio, son coherentes con los resultados de la categoría información recibida, en donde se destaca la carencia informacional del derecho a la salud que sufren los ciudadanos y los derechos y deberes que como paciente le asisten<sup>105</sup> y le obligan.

Como observador no participante, el investigador sólo detectó en el servicio de emergencia del HEE un elemento pasivo de comunicación de dicho mensaje. Durante las entrevistas sólo un usuario hizo alusión a sus derechos: “tenemos confianza en llegar, tenemos derechos”. Indirectamente los resultados expresan el reclamo del usuario al derecho de ser parte de las decisiones que afectan su salud, al expresar su predisposición a colaborar en el mejoramiento de la calidad de atención que reciben, aunque no sabría cómo hacerlo.

En esta categoría, cabe señalar que durante la observación participante, el investigador acusó el retiro de familiares cuando los profesionales o el personal de enfermería pasan “visita”. Luego del chequeo de varios médicos y del diálogo de ellos en términos

---

<sup>105</sup> Ley 77, artículos 5, 6 y 7.

médicos frente al paciente, generalmente no se entrega una información detallada de su estado y de los resultados de su “visita” a sus familiares o al mismo paciente. Si algún miembro de la familia se encuentra presente, y si lo solicita, la información es escueta y con alto contenido técnico. Si los familiares no se encuentran presentes, o no piden información, posteriormente no es fácil ubicar a los médicos, porque como revelaron las entrevistas, la mayoría desconoce sus nombres, y si lo averiguan, éstos ya que se encuentran en consulta o en otros procedimientos médicos que los hace inaccesibles.

Puede argumentarse a favor de los médicos que esta asimetría de información es necesaria por la falta de conocimiento médico del paciente y/o de sus familiares, por el tiempo que llevaría explicar a cada paciente (o familiar) en términos comprensibles su dolencia, tiempo que es un recurso escaso en unidades de salud con sobre demanda<sup>106</sup> y falta de profesionales, pero como lo demuestran los resultados, el paciente hospitalario ahora espera más información médica para sentirse satisfecho.

Del resultado obtenido en el HPAS -la mayoría señala que tienen que comprar algunas medicinas-<sup>107</sup>, se podría colegir una situación de escasez de medicamentos en el HPAS ocasionada por: i) factores temporales de carácter externo e interno o, ii) una situación recurrente fruto de condiciones organizacionales específicas .

Las evidencias encontradas en la investigación, inclinan a pensar que la causa de esta escasez se halla en la segunda situación. Las observaciones dadas por algunos pacientes

---

<sup>106</sup> Percepción confirmada por autoridades hospitalarias, HPAS1 (2013), “la demanda supera la oferta hay una sobredemanda y eso afecta en la satisfacción de los usuarios”

<sup>107</sup> Situación también vivida por el investigador en la observación participante.

relativas a cierta lentitud de los trámites de ingreso, criterios de médicos que afirman sufrir sus consecuencias: “ahora existen medicamentos, pero aún faltan y nos toca hacer malabares para conseguirlos” (H3MR1, 2013:1-2), y señalamientos de ineficiencia administrativa dados por el personal de enfermería<sup>108</sup>, conducen a tal aseveración.

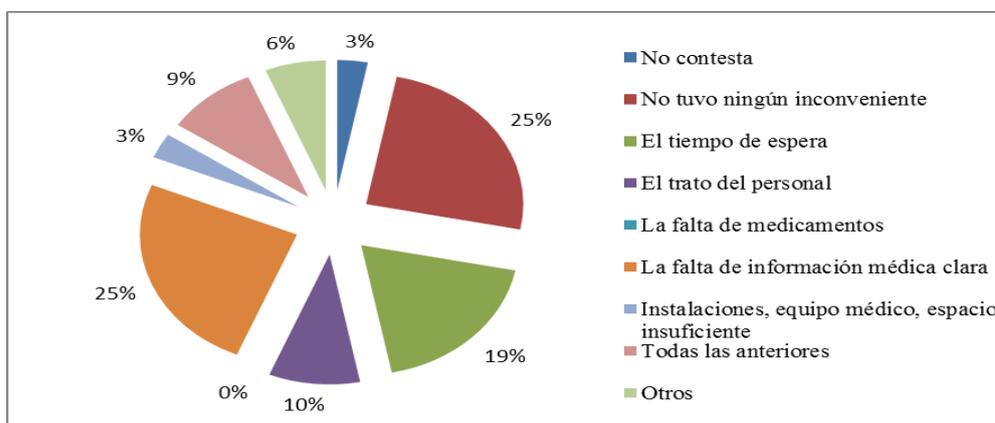
La observación participante, los datos estadísticos documentales recogidos y testimonios de profesionales de la salud evidencian el crecimiento de la demanda<sup>109</sup> y la “sobre ocupación” en los servicios de salud de emergencia de los hospitales públicos, característica que estaría opuesta a los resultados de algunas categorías recogidas con los usuarios. En ocasiones la demanda sobrepasa la capacidad física y humana de las instalaciones y del personal. Pacientes diagnosticados como “graves” son acomodados en pasillos, y/o son atendidos en tiempos prolongados. Estas circunstancias, llevan a la reflexión de que muchas respuestas de aceptación y satisfacción pueden ser inducidas por la presencia del paciente en el ambiente hospitalario. Estudios con usuarios fuera de la influencia del entorno, como el de SENPLADES (2009), evitarían esa posible distorsión.

---

<sup>108</sup> H3EP1 (2013), “...los trámites burocráticos en la parte administrativa demoran los pedidos de equipos y materiales. Se requieren memorandos, firmas de coordinadores, administradores, secretarías, jefes. Al trámite engorroso de compras, se suma la falta de planificación de los administradores de inventarios y la falta de presupuestos”.

<sup>109</sup> La demanda ha sufrido un considerable crecimiento por múltiples factores, entre ellos la actual política de gratuidad del gobierno ecuatoriano, las políticas de descentralización territorial (zonas, distritos y circuitos) y la categorización de las unidades de salud (primero, segundo y tercer nivel).

Pese a las mayoritarias respuestas satisfactorias de atención, trato del personal y confort de las instalaciones, algunas contestaciones a la pregunta: ¿por qué volverían?, y los resultados de la categoría inconvenientes más graves, que se observan en el Gráfico 3, podrían revelar algunos problemas subyacentes. Entre las frases que merecen atención se encuentran: “tienen todo a pesar de todo”, “me siento bien, tiene que ser paciente no más”, “la atención en general es buena”, “no hay más donde atiendan, aquí me demoro un poco pero me atienden”, “a pesar de ser gratuito, el trato es algo bueno” “volvería porque aquí le saben la enfermedad”. Los testimonios del investigador narrados en la sección 3.2.4, junto con algunas afirmaciones de los profesionales y del personal de la salud, permiten triangular la validez de los resultados del Gráfico 3, así como la influencia del ambiente hospitalario en el comportamiento del paciente durante la entrevista.



**Gráfico 3. Inconvenientes percibidos con respecto a la atención de salud en los servicios de emergencia del HBO, HEE y HPAS**

**Fuente:** Entrevistas estructuradas a usuarios de los servicios de emergencia del HBO, HEE y HPAS.  
**Elaboración:** Propia.

Además, como se deduce de varias entrevistas y de las experiencias observadas durante la estadía en las unidades de salud, existen diferencias en el trato de un doctor a otro, de una enfermera a otra, de un funcionario a otro. Una misma persona puede a veces comportarse en distinta forma dependiendo de su estado de ánimo. Un médico mexicano, sostenía, “los pacientes son atendidos en forma diferente entre una institución y otra, entre hospitales de una misma institución y entre médicos de un mismo hospital, sin que se haya determinado quiénes están en lo correcto” (Elías-Dib, 2009:88). El dilema de un usuario, en una entrevista en la que el investigador le pide una calificación, o que adopte una postura sobre un servicio, es: ¿a quién califico, al que me trató bien o al que me trató mal?, el salomónico promedio no revela nada, sólo oculta realidades.

Bajo estas consideraciones, conviene reflexionar sobre la utilidad de los datos recogidos en las unidades médicas mediante encuestas y entrevistas a los usuarios de los servicios públicos de salud, en las unidades de salud. Partiendo de que el objetivo es conocer las necesidades y las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios que reciben, para mejorarlos, es necesario afinar los procedimientos metodológicos y tratar de averiguar, no solamente si está satisfecho, y en qué medida, con los servicios que recibe, sino también qué factores (categorías) determinan su satisfacción, el grado en que lo hacen, y su percepción de las políticas de salud que le afectan.

En este capítulo se presentó la metodología de recolección de datos, los resultados que se obtuvieron de las entrevistas con los actores, y como producto de la observación del investigador, así como el análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Los resultados de las autoridades y funcionarios fueron analizados con base en los objetivos específicos de la investigación. Los resultados de los profesionales y personal de la salud, fueron clasificados con base en tres categorías temáticas y seis subniveles (Cuadro 1), y su discurso interpretado y sintetizado bajo la óptica de Villacrés (2008), en tres niveles macro, meso y micro. Por último los resultados de los usuarios fueron clasificados e interpretados según las nueve categorías en las que se agruparon las 47 preguntas del formulario de la entrevista estructurada. Todos estos elementos servirán como materia prima para la elaboración de las propuestas y las conclusiones, objeto del siguiente y último capítulo.

#### **4 CAPÍTULO IV: EL FUTURO**

Para determinar cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales, en este capítulo se presentan primero algunas observaciones del investigador y varias recomendaciones extraídas de los criterios expuestos por autoridades, personal de salud, funcionarios y usuarios durante el trabajo de campo, que han sido contrastadas bajo el prisma del marco teórico construido.

En la idea que el presente trabajo entregue un aporte que supere las recomendaciones puntuales, se utiliza los insumos anteriores, se añade la perspectiva de las mejores prácticas encontradas, y los resultados de investigaciones previas para desarrollar algunas propuestas específicas que permitirían vislumbrar un mejor futuro en la construcción de políticas de gestión pública y en la prestación de servicios de salud por parte del Estado.

El capítulo, y el trabajo investigativo terminan con algunas conclusiones, que reflejan la naciente tendencia ciudadana por democratizar el proceso de las políticas públicas y por ampliar su capacidad para influir en la calidad de los servicios públicos que recibe.

#### **4.1 Recomendaciones**

Entre las observaciones del investigador, recogidas durante su trabajo investigativo, conviene señalar las siguientes.

En la ejecución de políticas de calidad en la gestión pública – como la implantación del modelo europeo de calidad EFQM en la administración pública -, o de políticas de calidad de los servicios de salud – como los procesos de acreditación hospitalaria con el modelo *Qmentum* -, existe el peligro de realizar una adopción acrítica, sin una reducción sociológica previa, de técnicas y modelos ajenos a la cultura ecuatoriana.

En el Ecuador, la aplicación práctica de mecanismos de participación y control social existentes en el marco jurídico, se encuentra en una fase inicial. La previsión legal aún no garantiza el efectivo usufructo ciudadano de disposiciones normativas vigentes, relacionadas con la democratización de las fases de construcción, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

En el ámbito hospitalario, los cambios organizacionales se inician con iniciativas normativas. A pesar de todo el ambiente normativo favorable a la participación y al control social, en este país no existen disposiciones reglamentarias específicas que faculten el control ciudadano en la gestión de servicios públicos hospitalarios.

La característica cultural de no actuar sin el respaldo de una norma, inmoviliza, previene y erige barreras a iniciativas innovadoras que tratan de cambiar el *statu quo* de comportamientos y procedimientos. Aún el mandato constitucional, sin la

correspondiente obligación legal y reglamentaria, corre el peligro de volverse “letra muerta”.

Los hospitales son entidades con una cultura jerárquica poco proclive a transformaciones y cambios organizacionales radicales. Cualquier propuesta de cambio, que pretenda tener éxito en el ambiente hospitalario, debe iniciarse con el apoyo político de actores claves implicados.

A continuación se presentan algunas directrices, que surgieron de la interpretación de criterios expresados en el transcurso de la investigación por autoridades, funcionarios, médicos, personal de salud, pacientes y familiares, y que luego fueron moduladas a la luz del marco teórico desarrollado.

Sensibilizar a la opinión pública de la importancia de la apropiación ciudadana de los derechos<sup>110</sup> y obligaciones como usuarios de los servicios de salud, pero igualmente de la trascendencia de promover el respeto a la dignidad y a los derechos de los funcionarios, de los profesionales y del personal que está al cuidado de la salud.

Fomentar en la opinión pública en general, y en los usuarios de los servicios públicos de salud en particular, una cultura de participación ciudadana activa, de rendición de cuentas y control social, como instrumentos de cambio para mejorar la calidad de los servicios que el Estado entrega a los ciudadanos.

---

<sup>110</sup> Está en proceso de lanzamiento una campaña de promoción de derechos y deberes en salud de los ciudadanos ecuatorianos por parte del MSP.

Promover en las redes que tutelan temas participativos y en las organizaciones que defienden la participación y el control social, la necesidad de disponer de normas jurídicas que faculten la participación y el control ciudadano en la gestión de servicios públicos hospitalarios en el Ecuador<sup>111</sup>.

Formular políticas públicas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, incluyendo en su definición las necesidades y expectativas de los usuarios y del personal dedicado a la atención de la salud, y en su ejecución, formas de lograr su adhesión y apoyo<sup>112</sup>.

Establecer un ejercicio de “racionalidad comunicativa”, a través de una estrategia de comunicación masiva oportuna y persuasiva con los ciudadanos, organizaciones y medios de comunicación para transmitir la razón de ser de la aplicación de las nuevas políticas públicas de salud, sus beneficios, ventajas y potenciales problemas.

Incluir en los planes de comunicación internos de los hospitales públicos campañas de promoción de los derechos ciudadanos, de los derechos de los funcionarios de la salud y de información de las nuevas políticas públicas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Desarrollar mecanismos de consulta a los usuarios de los servicios públicos de salud para conocer su percepción sobre los resultados y los impactos que provocan las

---

<sup>111</sup> Por ejemplo en el nuevo Código de la Salud y su reglamento conexo que está en proceso de elaboración legislativa y que se prevé promulgarlo en el año 2014.

<sup>112</sup> H2MT2 (2013), “Que las políticas públicas de atención tomen en cuenta el criterio de las bases y no sólo de los que mandan”.

políticas públicas de salud que se aplican en procura de mejorar la calidad de los servicios de salud<sup>113</sup>, tratando de diferenciar en sus percepciones lo deseable de lo deseado<sup>114</sup>, las diversas visiones relacionadas con la características variables de los informantes y la gama de niveles de compromiso que tienen los prestadores individuales.

Promover la institucionalización de la política de calidad del sector de la salud ecuatoriana, con ejes y líneas de acción concretas, que congregate iniciativas aisladas en una estrategia integral en materia de control, aseguramiento y garantía de calidad en las unidades públicas de atención de salud<sup>115</sup>, y que aproveche la coyuntura política favorable hacia la calidad de los servicios públicos<sup>116</sup>.

Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad<sup>117</sup>, con enfoque en el usuario interno y externo, direccionamiento a la mejora continua de los procesos clínicos y seguridad del paciente, que sea común para los 44 Hospitales públicos que se encuentran en proceso de acreditación y que facilite su avance en dicho proceso, aumentando sus probabilidades de acreditación en los plazos previstos.

---

<sup>113</sup> H3EP1 (2013), “Permitirá expresar la percepción del usuario, para saber lo que en verdad quiere y no entusiasmarnos con lo que creemos que quiere”.

<sup>114</sup> Según Golembiewski (1999), lo “deseado” se refiere a ciertas preferencias que pueden ser variables e incluso contradictorias en el tiempo, mientras que lo “deseable” destaca un enfoque orientado hacia los fines, es decir el ejercicio de las prácticas o políticas que contribuyen a esos fines.

<sup>115</sup> A la manera de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en México.

<sup>116</sup> HPAS1 (2013), “yo creería que estamos en un momento político y técnico alineado de frente a la calidad de los servicios de salud en el país”.

<sup>117</sup> Como el que se detalla en la sección 4.2.3.2.1.

Fomentar, consolidar e institucionalizar en los hospitales, un modelo de atención de inconformidades de usuarios -derivadas de la atención médica y del trato recibido-, que considere la disponibilidad de infraestructura -espacio físico- y personal –un funcionario dedicado a la atención de quejas y reclamos-, pero también la factibilidad de cambios estatutarios –atribuciones necesarias para realizar un seguimiento de las novedades, desde su denuncia hasta su solución-, que coadyuve a la credibilidad de la práctica médica, tanto de los profesionales de la medicina como de las unidades de salud<sup>118</sup>.

Crear una mayor oferta de formación y capacitación clínica especializada<sup>119</sup>, promover mecanismos de capacitación innovadores como el *e-learnig*, y/o tutorías virtuales mediante técnicas de telemedicina. Además procurar una mayor promoción en las unidades de salud de las ofertas de formación y capacitación del MSP<sup>120</sup>.

Incluir en los planes de capacitación internos de los hospitales, propuestas que a más de impartir conocimientos, busquen modificar actitudes y generar valores de confianza, deliberación y solidaridad entre las autoridades, el personal de salud y los usuarios.

Promover el compromiso de los hospitales para valorar al personal de atención a la salud que en ellos trabaja, dotándolos de incentivos y motivaciones acordes con su

---

<sup>118</sup> Está siendo aplicada en uno de los hospitales bajo estudio.

<sup>119</sup> En las entrevistas se refirió que en ocasiones existen cientos de postulantes para cubrir pocos cupos.

<sup>120</sup> En la mayoría de casos los profesionales entrevistados refirieron falta de oferta, pero desconocían las propuestas de capacitación de la Dirección de Normatización del MSP para el segundo nivel de atención de salud.

desempeño, buscando su desarrollo humano y profesional en forma permanente, y procurando mantener un clima laboral de respeto a las actividades que desempeñan<sup>121</sup>.

Mejorar algunos de los elementos clínicos que son factores determinantes de la calidad de los servicios de salud: incremento de la cantidad y calidad de información técnica disponible<sup>122</sup>, impulso al desarrollo de la investigación clínica, mayores facilidades tecnológicas de diagnóstico, entre otros.

Estandarizar los procedimientos que se efectúan en el triaje de emergencias de los hospitales, procurando que el criterio para hospitalizar pacientes tenga componentes más objetivos. Dada la carga de trabajo y la presión existente en dichas áreas, deben existir más ayudas objetivas sistemáticas -como sistemas informáticos clínicos especializados- que apoyen el diagnóstico médico en el triaje<sup>123</sup>.

Diferenciar explícitamente en el formato de encuestas estandarizadas que el MSP aplicará en el 2014, a la calidad técnica como una de las categorías de análisis, incluyendo un mayor número de preguntas relacionadas con esa temática e insertándola como uno de los inconvenientes de atención que el usuario priorizará.

Emplear en las unidades que prestan servicios públicos de salud hospitalarios, técnicas de cambio organizacional que fomenten el conocimiento, como la adaptación y el uso

---

<sup>121</sup> H2MR2 (2013), “Comunicar a la comunidad que somos seres humanos, que tenemos necesidades”.

<sup>122</sup> Según criterios de profesionales médicos, mediante bancos de guías y protocolos clínicos para servicios específicos como emergencias.

<sup>123</sup> H2MT2 (2013), “La estructuración del triaje para clasificar las patologías ayuda mucho, sin embargo el software que utiliza el MSP no es sistemático para la diferenciación de los niveles de gravedad y depende de la experticia del médico tratante el catalogar la situación de un paciente”.

de categorías conceptuales emergentes o de nuevos instrumentos de gestión<sup>124</sup>, y de mecanismos políticos destinados a lograr la colaboración de los actores implicados en los procesos de cambio.

Socializar las recomendaciones y las propuestas de la presente investigación, para generar un debate que permita insertarlas en la agenda política de los decisores, alojarlas en el imaginario de acciones factibles y beneficiosas de los ejecutores, y alcanzar el empoderamiento y percepción favorable de los receptores de las políticas de mejoramiento de los servicios públicos de salud hospitalarios<sup>125</sup>.

#### **4.2 Propuestas de mejor futuro**

Las propuestas que se plantean son el resultado de combinar los resultados de la labor *in situ* del trabajo de campo con los procesos inductivos y deductivos del análisis teórico, en la construcción de una plataforma empírico-analítica, enmarcada en un paradigma pos burocrático, constructivista de gestión pública que apuesta por una transformación organizacional, concebida en relaciones evolucionadas entre autoridades, funcionarios y ciudadanos, en prácticas administrativas cotidianas inspiradas en la antigua escuela de las Relaciones Humanas, pero proyectadas en teorías y categorías conceptuales renovadas, que otorgan primacía al ser humano como individuo y como integrante de sociedades sensibles a nuevas nociones de interés público.

---

<sup>124</sup> El Gobierno Abierto y el Six Sigma Hospitalario son ejemplos de uno y otro.

<sup>125</sup> Nagel (1999), sostiene que para que los hallazgos de una investigación sean utilizados por los tomadores de decisiones, es necesario que sea válida, que se comunique bien, que no tenga una oposición fuerte y que cuente con el apoyo sustancial de un grupo de interés.

Por una parte, cabe destacar la importancia que han adquirido en Ecuador algunas instituciones de la sociedad civil, consagradas en la Constitución y vinculadas al control de la gestión pública como veedurías y asambleas, así como el uso recurrente de algunos mecanismos constitucionales de la democracia directa, asociados a la defensa de los derechos individuales y colectivos: consulta popular, referéndum, revocatoria del mandato, o de ciertas acciones de interés público como el de hábeas corpus. Por otra parte, es evidente el desuso, o el mal uso por parte de la sociedad ecuatoriana de otros instrumentos constitucionales de control social, como los consejos consultivos, los observatorios, los cabildos populares, la iniciativa popular normativa, el derecho a la silla vacía, o las acciones públicas de protección, de protección extraordinaria, de incumplimiento, de hábeas data, y de acceso a la información pública.

Esta realidad sugiere que en Ecuador el avance de la democracia participativa ha recorrido mayor camino en ámbitos como los mecanismos de transparencia en la gestión pública y los de defensa de algunos derechos individuales y colectivos, mientras que algunos instrumentos de control social para proteger los derechos públicos, no han sido aplicados con la misma frecuencia que los anteriores, o, no han sido bien utilizados, o bien, no han sido utilizados en absoluto<sup>126</sup>. Dado ese contexto ecuatoriano y la actual tendencia global caracterizada por la emergencia de sociedades crecientemente democráticas, el mejoramiento de los servicios públicos exige la necesidad de proponer

---

<sup>126</sup> Es el caso de ciertos Consejos Consultivos conformados por representantes del Estado y de la sociedad civil, como el Consejo Consultivo de la Producción, del cual el investigador formó parte en el bienio 2011-2012, que en dos años de funcionamiento sólo sesionó por cinco ocasiones y no aportó sustantivamente en la formulación o ejecución de la política pública de transformación productiva.

alternativas de gestión y control social, en tanto nuevas formas de relación Estado-sociedad, en una suerte de lo que Bresser Pereira y Nuria Cunill (1998) llamaron “Estado Social-Liberal”, que sea eficiente pero democrático, gerencial pero protector y respetuoso de los derechos y control sociales.

En esa perspectiva, de acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación y en concordancia con los objetivos propuestos al inicio de la misma, a continuación se plantean propuestas y acciones de mejoramiento de la calidad en la gestión pública de los servicios de salud hospitalarios que mejorarían las percepciones de los usuarios acerca de la calidad de los servicios que reciben, de acuerdo a los niveles que sugiere Villacrés (2008). Nivel macro con una propuesta institucional que aportaría a la calidad en la gestión pública de los servicios de salud, nivel meso con tres propuestas que incidirían sobre la calidad en la gestión de los servicios públicos de salud hospitalarios, y nivel micro con un planteamiento de acciones que impactarían en la percepción de calidad que tienen los usuarios de tales servicios. El carácter de la investigación inclinó el peso de los resultados hacia los niveles meso y micro, por tanto el mayor detalle de las propuestas se sesga a estos dos niveles, en donde se desarrollaron los escenarios del estudio de caso.

#### **4.2.1 En lo macro: calidad en la gestión pública de los servicios de salud**

Por una parte, existe una política de calidad de la Gestión Pública que fue desarrollada en el gobierno ecuatoriano de la “Revolución Ciudadana”, que tuvo su mayor evolución en el transcurso del bienio 2012-2013, y en la que figuran como actores principales la

SNAP y el Ministerio Coordinador del Conocimiento y Talento Humano (MCCTH). A pesar de los avances logrados, la formulación e implantación de la política de calidad en la administración pública ha sufrido algunos retrasos ocasionados principalmente por los cambios de las máximas autoridades institucionales y los cargos de confianza –por tanto de libre remoción- vinculados a ellos<sup>127</sup>, así como por la diversidad de entidades con intereses institucionales individuales<sup>128</sup>, en ocasiones con atribuciones superpuestas.

Por otra parte, el MSP planea la creación de una Agencia de Calidad para los establecimientos de servicios de salud. En la previsión de que esta iniciativa institucional evite los problemas de agente-principal, de inestabilidad de funcionarios, y de conflictos de intereses que ha experimentado la SNAP, se plantea una propuesta que otorgaría a dicha Agencia, la libertad y las facultades de acción necesarias para desarrollar e implantar un Sistema Integral de Calidad de los Servicios de Salud públicos, sin los obstáculos propios de la administración burocrática.

#### **4.2.1.1 Contrato fiduciario: MSP-Agencia de Calidad**

La Agencia de Calidad se convertiría en agente fiduciario con derechos de propiedad política para ejercer autoridad sobre la calidad de los servicios públicos de salud, bajo

---

<sup>127</sup> SNAP1 (2012), “...altísima rotación de jefes, no hay continuidad”.

<sup>128</sup> SNAP2 (2013), “diferente alcance... diferentes departamentos de gestión, donde cada uno ha empujado como ha podido, entonces vamos, yo saco mis proyectos,...yo saco los míos [...] una de las preguntas que sale es quién va a llevar la banderita, quién va a salir en las fotos, soy yo o el otro Ministro, porque si es el otro Ministro yo ya no voy”.

un reconocimiento explícito de sus atribuciones específicas, que evite conflictos de funciones con otros organismos del Estado y optimice la ejecución de los procesos.

La fiducia otorga al “agente” poder de decisión, en función del cumplimiento de la función pública encargada, y le proporciona actuación independiente de presiones políticas, aportando credibilidad y confianza social a los compromisos de su “principal”, el político. El contrato fiduciario se confecciona libre de cláusulas pormenorizadas, supervisión cerrada y puede conceder premios al agente por logros predeterminados (Aguilar, n.d.).

En este caso el principal, el MSP, otorgaría al agente, la Agencia de Calidad, el encargo de formular e implantar un Sistema Integral de Calidad de los Servicios de Salud en todas las unidades públicas de salud ecuatorianas en un lapso determinado, cuidando incluir en el proceso, como lo señala Vergara (2010), a todos los actores “apropiados”, que serían los Coordinadores zonales, distritales y circuitales de calidad del MSP (si se mantiene sus figuras), las autoridades de las unidades, las organizaciones de la sociedad civil con intereses afines, y los usuarios organizados de los servicios, entre otros.

#### **4.2.2 En lo meso: calidad en la gestión de los servicios públicos de salud hospitalarios**

Observando los resultados del capítulo anterior, parecería que los intereses de autoridades y personal de salud son irreconciliables. Los primeros, con un enfoque racional, persiguiendo efectividad, resultados, predispuestos al control y la supervisión.

Los otros, reclamando consideraciones, mejores condiciones e incentivos labores, un trato más humano. Las siguientes propuestas, se direccionan a mejorar la calidad en la gestión de los servicios públicos de salud hospitalarios, e intentan encontrar caminos para conciliar esas posiciones, hacer responsables a las unidades de salud públicas de la calidad de los servicios que ofrecen, y al mismo tiempo mejorar las condiciones y la satisfacción de los artífices y destinatarios de los servicios: los seres humanos.

Dos propuestas instrumentales y un planteamiento sustantivo podrían ayudar en tal cometido: el primer instrumento dirigido a obtener el compromiso de mejoramiento de la atención de salud, por parte de las unidades públicas de salud y de su personal, ante las autoridades (Contrato de Gestión), y el segundo, encaminado a volver explícito ese compromiso ante el ciudadano y el personal de salud, por parte de las unidades prestadoras de servicios (Cartas de Compromiso).

Ambos tienen una doble vía, en el primero el compromiso de las autoridades por generar condiciones favorables para el mejor desempeño de las unidades de salud, y en el otro el compromiso ciudadano de respetar las instituciones, las organizaciones y sus disposiciones. Ambos también tienen un eje transversal, el respeto al funcionario. El uno, creando condiciones de promoción de desarrollo personal y profesional, y entornos laborales adecuados a la dignidad humana, y el otro respetando y reconociendo la labor que hace el personal de salud en su beneficio.

El planteamiento sustantivo, aprovecharía la predisposición de las autoridades, el marco jurídico favorable existente en el Ecuador y la existencia de un colectivo social

experimentado en el trabajo con el sector salud (los comités de usuarios), para crear y regular una figura social nueva, que se ha denominado “Veedurías Ciudadanas Hospitalarias”, compuesta por ciudadanos comprometidos en el trabajo social en salud, que entre otras cosas llevaría a la práctica el mandato constitucional de velar por la satisfacción de los usuarios de los servicios públicos.

Entre las funciones que cumplirían los veedores estarían la educación de los usuarios, y la difusión y promoción en las unidades de salud de las nuevas políticas de sectorización y categorización en la salud, de los derechos de los usuarios y de los derechos de los servidores públicos. Con el cumplimiento cabal de esta labor, más un esfuerzo legal para explicitar los derechos que les asisten a los profesionales y al personal de salud en su labor, esta propuesta daría cumplimiento a las aspiraciones planteadas por los actores de la salud en el nivel meso analizadas en la sección 3.4.2.

Los resultados obtenidos con los usuarios destacan la carencia comunicativa del derecho a la salud que asiste a los ciudadanos como pacientes, así como de los deberes que les obligan. También indirectamente tales resultados expresan su reclamo al derecho de ser parte de las decisiones que afectan su salud, al confirmar su predisposición de colaboración en el mejoramiento de la calidad de atención que reciben, aunque no saben cómo lo harían. La figura social del veedor proporcionaría una alternativa de respuesta a ese cómo.

#### **4.2.2.1 Contratos de gestión: Ministerio de Salud Pública-Hospitales**

Barreto (1998), establece que el contrato de gestión es un instrumento que asocia responsabilidad y compromiso, propicia la autonomía administrativa y vincula la transferencia de recursos a un sistema de evaluación de desempeño que se basa en el cumplimiento de metas y resultados previamente acordados. Tales resultados deberían combinar prudentemente la búsqueda de eficacia, eficiencia y calidad, con compromisos de respeto, equidad, inclusión y participación social, que podrían ser suscritos, como una manera de mitigar los problemas de agencia, entre las unidades de salud (agentes) y el MSP como organismo del cual dependen (principal).

Para López (1997), los componentes mínimos que debe tener un contrato de gestión son: la Carta de Misión, que orienta la acción de la organización y “establece la misión institucional y la estrategia global”, el Contrato, en donde se determina “los compromisos entre las partes, las diferentes metas y medios para atenderlos, el sistema de incentivos y sanciones, los plazos para atender esas metas, las formas de revisión del contrato”, y el Sistema de acompañamiento que permite evaluar los resultados de las acciones del principal y del agente, mediante un “conjunto de indicadores previamente definidos” (López, 1997:114,115).

En el Ecuador, la Ley Orgánica del Servicio Público promulgada en el año 2010, establece un componente de remuneraciones variable vinculado al desempeño<sup>129</sup>, que apunta en la dirección de dotar al servidor público de un mayor grado de

---

<sup>129</sup> Procedimiento reglamentado en la norma para el pago de la remuneración variable por eficiencia, vigente para el sector público ecuatoriano a partir del 1 de enero del año 2012.

responsabilidad y productividad. También la Norma Técnica de Evaluación del Desempeño emitida en el año 2010 determina que los usuarios podrán, a través de quejas documentadas, incidir en un porcentaje de evaluación del servidor que presta servicios públicos.

Pese a existir los señalados argumentos jurídicos, funcionarios administrativos de las unidades de salud investigadas, manifestaron que el pago de remuneraciones variables no se realiza en los hospitales porque aún no se encuentra autorizada por el MSP (HBO02, 2013:28-30). En otra unidad de salud en cambio, las quejas se procesan y solucionan, sin que tengan injerencia sobre la evaluación del personal afectado<sup>130</sup>.

Al vincular la transferencia de recursos, al cumplimiento de leyes de aplicación obligatoria sin la “venia” del órgano rector, o al privilegiar los derechos ciudadanos sobre el espíritu de cuerpo burocrático, los contratos de gestión pueden convertirse en valiosos catalizadores de comportamientos positivos en el servicio público, impulsando el cumplimiento de leyes que se identifican en el argot popular como “letra muerta”.

#### **4.2.2.2 Cartas de Compromiso: Hospital-Ciudadano y Hospital-Personal**

Las cartas de compromiso con el ciudadano usuario de los servicios de salud, podrían ser empleadas como un medio de reconocimiento y legitimidad social que establece patrones de desempeño de los servicios públicos de salud que los ciudadanos usuarios deberían esperar de las unidades prestadoras de dichos servicios. En ellas, de acuerdo con Petracci (1998), se detallaría claramente lo que cada hospital -en relación con los

---

<sup>130</sup> Recopilación documental del investigador.

recursos que dispone- podría ofrecer, de modo que los usuarios sepan qué pueden esperar y cuáles son los derechos y garantías que deben exigir.

También se debería desarrollar cartas de compromiso con el usuario interno, equipadas de compromisos de doble vía: de los funcionarios y del personal médico con la organización, que explicitan los compromisos derivados de sus responsabilidades, y de la unidad de salud con su personal, que evidencia el compromiso institucional para tratarlos con dignidad, dotarlos de los incentivos y motivaciones acordes con su desempeño, y buscar su desarrollo humano y profesional en forma permanente. Se advierte la importancia de esta vía, debido a que constituye uno de los elementos que evidencia mayores falencias en las unidades de salud investigadas.

#### **4.2.2.3 Veedurías Ciudadanas Hospitalarias**

En Ecuador, a partir de la vigencia de la nueva Constitución de 2008, se ampliaron los canales de participación, principalmente mediante el ejercicio de procesos de consulta e iniciativa ciudadanas, pero aún hace falta diversificar las formas de intervención social a través de la activación de formas innovadoras de participación y control social. Las Veedurías Ciudadanas Hospitalarias<sup>131</sup> podrían constituirse en una de esas nuevas formas sociales participativas.

La política de salud es una política concentrada que afecta claramente la vida de una parte mayoritaria de la población, características que según Nassuno (1998) permitiría predecir un relativo interés de los usuarios para conformar entidades que representen sus

---

<sup>131</sup> Nombre dado por el investigador.

intereses en el área de los servicios públicos de salud, aunque por tratarse de un proceso social, el período de conformación podría extenderse<sup>132</sup>.

Este relativo interés bien canalizado, sería la punta del ovillo que a nivel hospitalario permitiría conformar una veeduría ciudadana a partir de usuarios y/o ex usuarios de los servicios públicos de salud, cuyo fin fundamental sería garantizar que se cumplan las expectativas de calidad y se satisfagan las necesidades de los usuarios de los servicios de salud. Este instrumento de control social cumpliría dos de los requisitos que Nassuno (1998), señala como necesarios para que contribuya a mejorar la calidad de la prestación de servicios públicos: que la información del desempeño burocrático provenga de los usuarios y sea canalizada adecuadamente a los tomadores de decisiones. El tercero, relativo a los instrumentos, es materia de la siguiente propuesta.

El periplo investigativo ha determinado que la institucionalidad del Sistema Ecuatoriano de la Calidad está direccionada al control de la calidad de los productos y servicios prestados por el sector privado. No se ha encontrado en la normativa, una institucionalidad específica para el control de los servicios públicos, situación que dejaría al ciudadano ecuatoriano a merced de la actuación discrecional de los gestores públicos. No se ha identificado en el Plan Nacional de Calidad, o en algún otro instrumento oficial, directrices específicas y concretas para incorporar en los servicios

---

<sup>132</sup> MSP05 (2013), “al ser un proceso social no es inmediato tendremos que ver resultados en el mediano y largo plazo, pero sí, como muy animados en que la salud fundamentalmente toca la vida de las personas, entonces creemos que si puede ser un detonante importante para hacer conciencia con la ciudadanía sobre los derechos de la salud”

públicos sistemas de medición de la satisfacción de los usuarios, tal como establece la norma constitucional.

Las funciones que cumplirían las veedurías no deberían contraponerse, sino no más bien complementar a las que desempeñarán los Comités locales de salud que el MSP está conformando a nivel de distritos<sup>133</sup>. Algunas de las funciones que cumplirían los veedores, en la línea de “escuchar” al usuario<sup>134</sup>, podrían ser: la educación de los usuarios, la difusión y promoción en las unidades de salud de las nuevas políticas de salud que se están implantando y que les están afectando (sectorización y categorización entre otras)<sup>135</sup>, la socialización de los derechos de los usuarios<sup>136</sup> y de los derechos del personal de la salud, la capacitación a los ciudadanos, especialmente a los usuarios, sobre su responsabilidad de intervenir en los servicios públicos, el seguimiento al cumplimiento de las demandas y necesidades de los usuarios, la generación de información a políticos y a la opinión pública sobre el desempeño burocrático en la prestación de servicios de salud, el traslado de las expectativas y necesidades de los usuarios a las instancias decisorias que fijan las propiedades del servicio de atención de salud, la medición de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud<sup>137</sup> y su difusión a la opinión pública, la evaluación de la gestión hospitalaria mediante la

---

<sup>133</sup> Información entregada durante las entrevistas con funcionarios de la Dirección de Participación del MSP.

<sup>134</sup> Premisa fundamental del paradigma pos burocrático de Barzelay (1998).

<sup>135</sup> Un médico entrevistado sugirió esta labor, H2MT2 (2013), “Se puede hacer un proyecto con usuarios que enseñen a usuarios sus derechos, el cumplimiento de las normativas”.

<sup>136</sup> La investigación evidenció que esta es una labor que no se realiza, excepto por la presencia de carteles que difunden algunos mensajes en ciertos hospitales.

<sup>137</sup> El Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, INCAS 2009 señala que el sistema de salud colombiano ha implantado sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud.

revisión del cumplimiento de metas establecidas entre las unidades de salud y los usuarios<sup>138</sup>, la capacitación al personal de salud que labora en el servicio en materia de derechos, trato digno al usuario, entre otras.

Otras funciones, así como la manera de estructurar las veedurías, podrían surgir de las mejores experiencias desarrolladas en realidades similares a la ecuatoriana. Un ejemplo podrían ser los Comités de participación Comunitaria en Salud colombianos que vigilan las tarifas, el desempeño de los funcionarios, la administración de los recursos, la tramitación de las quejas y los reclamos de los usuarios, o también las veedurías ciudadanas de salud colombianas que controlan los servicios en términos de cobertura, eficiencia y calidad, en función de prioridades del plan de salud de la comunidad de un territorio específico (Ministerio de Protección Social, 2009).

Otra buena referencia podría ser el Aval Ciudadano, mecanismo por el cual las autoridades de salud mexicanas facultan a organizaciones e individuos de la sociedad civil a visitar las unidades de salud para avalar la transparencia de los indicadores de trato digno, la veracidad de los informes, difundir la carta de los derechos de los pacientes, promover su cumplimiento con respeto, identificar las necesidades, expectativas y sugerencias de los usuarios, generar corresponsabilidad -en la mejora de la calidad- en el personal que presta los servicios, verificar las condiciones de las

---

<sup>138</sup> Plasmadas en compromisos tangibles como la “Carta de Compromiso con el Ciudadano”, propuesta en el apartado 4.1.2.2.

instalaciones, elaborar y dar seguimiento a las Cartas de Compromiso<sup>139</sup> (Secretaría de Salud, 2006).

Situaciones de maltrato al paciente o a sus familiares,<sup>140</sup> como no recibir atención emergente por parte del personal de enfermería porque el paciente no figura entre los que están bajo su cuidado, permitir que una madre pase la noche recostada en el piso junto a su hijo/a enfermo, o que un padre pernocte en una silla, en una carpa descubierta, sometido a la intemperie de la noche, porque no tiene donde hospedarse, desea estar junto a su hija enferma y no puede ingresar porque la política del hospital no permite la permanencia de más de un familiar por paciente, podrían ser presentadas a la veeduría y canalizadas por ésta a las autoridades institucionales y/o a los órganos de control ciudadano pertinentes, para que arbitren medidas correctivas en beneficio de los usuarios.

Por supuesto que la institucionalización de una figura de esa naturaleza se inicia con la generación de instrumentos jurídico-institucionales, cuyo desarrollo puede partir de dos vertientes<sup>141</sup>: i) la voluntad política de las principales autoridades del sector: MSP, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y otras autoridades del nivel ejecutivo, o ii) la iniciativa de amplios sectores sociales como las organizaciones defensoras de derechos humanos, académicos vinculados con sectores sociales,

---

<sup>139</sup> Las sugerencias ciudadanas se traducen en planteamientos de mejora del servicio, que luego de un análisis y negociación se plasman en compromisos para la unidad de salud.

<sup>140</sup> Que fueron detectadas durante la investigación.

<sup>141</sup> Conforme las formas predominantes de construcción de políticas públicas que se han dado en Ecuador, según Mejía et al. (2009).

observatorios ciudadanos –como el Observatorio en Salud y Ambiente de la Universidad Andina Simón Bolívar-, asociaciones que defienden los derechos ciudadanos como las de defensa del consumidor, entre otras. Cuanto mayor sea el grado de participación de organizaciones de la sociedad civil que tengan un marcado interés público, menor será el riesgo político de injerencia de organizaciones o individuos con intereses gremiales, corporativos, o particulares.

Desde la primera perspectiva, es necesario que esta propuesta se inserte en el abanico de soluciones disponibles que tienen las autoridades y permanezca en ese repositorio el mayor tiempo posible<sup>142</sup>. Uno de los posibles caminos para que ello ocurra es la presentación a las autoridades políticas del sector de los resultados y propuestas de la investigación, e invitación a las mismas autoridades y a la sociedad civil a foros de presentación de resultados de investigaciones, que como la presente interesan a objetivos institucionales en particular y a la ciudadanía usuaria de servicios públicos en general.

Con el segundo enfoque, la búsqueda de concretar esta posibilidad de expresión social en las instancias hospitalarias debería, iniciar con la creación o actualización de un sistema de información de potenciales organizaciones participantes, cuyo interés común sea la defensa de los derechos ciudadanos. Según Kohen (1998), los ciudadanos organizados son los llamados a ejercer acciones ciudadanas para hacer valer sus

---

<sup>142</sup> Para Vergara (2010), mientras más tiempo se encuentre una solución en la agenda de las soluciones posibles, más posibilidades tendrá de ser utilizada, y para ello será menester modificar las soluciones disponibles en las instancias decisorias de la organización.

derechos, a activar mecanismos legales e informales de participación que sean coherentes con sus derechos y el ámbito jurisdiccional democrático vigente. En la perspectiva de Vergara (2010)<sup>143</sup> y de practicar la predica, el siguiente paso sería socializar a esas organizaciones la propuesta para tomar decisiones de forma y fondo en la creación de la Veeduría Ciudadana Hospitalaria, incluyendo los intereses de todos los actores “apropiados”, bajo un liderazgo político “apropiado”, que podría ser proporcionado por el Ministerio regulador del sector (MSP). No está por demás insistir en que sería necesario aprovechar la coyuntura de la existencia de un colectivo social ciudadano comprometido y con experiencia en el trabajo en el área de la salud (los comités de usuarios) que podría fungir como catalizador de este proceso social.

Sin embargo cabe alertar sobre la posibilidad de que la veeduría se convierta en un fin y no en el medio para el ejercicio de la participación y el mejoramiento de los servicios, que la participación se torne en instrumento de tutela estatal, que la termine transformando en una plataforma de legitimación de las autoridades, que los veedores no tengan independencia para criticar, que sus principales motivaciones provengan de intereses partidistas, que su legitimidad se vea disminuida por no plasmar las aspiraciones de la gente en soluciones concretas, que su baja representatividad minimice

---

<sup>143</sup> “Las buenas decisiones políticas deben ser justificadas no por sus resultados, sino por la forma en que se toman”.

su capacidad de interlocución con las autoridades, o que la limitación de sus recursos técnicos y económicos mermen el alcance de sus acciones<sup>144</sup>.

¿Cuáles son las posibilidades reales de que en el Ecuador, se genere este tipo de prácticas ciudadanas? Aproximaciones a posibles respuestas destacan que en la actualidad en este país, existen factores de tipo coyuntural<sup>145</sup> cuyo carácter favorecería la consolidación de iniciativas que promuevan una participación más activa en la formulación y ejecución de las políticas públicas, como forma válida de real inclusión social.

#### **4.2.3 En lo micro: calidad en la gestión de los servicios de salud hospitalarios**

El énfasis de la presente propuesta de investigación se concentra en el ámbito organizacional. Designada como “Cambio organizacional de Hospitales”, al igual que las anteriores, tiene su fundamento en los resultados obtenidos en los planteamientos de los tres sujetos investigados: autoridades y funcionarios, profesionales y personal de salud, y usuarios.

Como se trata de una propuesta de cambio organizacional integral, que tiene como objetivo mejorar la calidad de los servicios públicos de salud en los hospitales (ver Gráfico 1), que incluye mejorar las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios públicos hospitalarios, agrupa en una estrategia unificada, coherente y

---

<sup>144</sup> MSP06 (2013), “Existe el riesgo latente de la cooptación, pero cuando no se respete la autonomía de los usuarios, la crítica debe ser fuerte”.

<sup>145</sup> Analizados en la sección 3.3.2.

sistematizada las acciones propuestas por las autoridades relativas al último objetivo de la investigación (ver

Cuadro 2), los planteamientos del nivel micro de los profesionales y del personal de salud: capacitación especializada, estímulos al buen desempeño y mejoramiento del clima laboral, y un abordaje específico a los inconvenientes más graves de los servicios, detectados en los resultados obtenidos con los usuarios: falta de información médica, tiempos de espera y trato que recibe.

#### **4.2.3.1 Cambio organizacional de Hospitales**

Para Barreto (1998), una mayor autonomía en la asignación de recursos, en la selección de las soluciones a determinados problemas, o la modificación de un estatuto jurídico institucional no puede traducirse en un mejoramiento de la calidad de los servicios si no va acompañada de una mayor competencia gerencial, de instrumentos de gestión apropiados y de una capacidad instalada adecuada para realizar las actividades esenciales del nuevo modelo institucional. Según Morales (2011), la preocupación por el personal es la clave para una mejor gestión y un mejor desempeño, lo cual traería consigo una mejor calidad de los servicios y un mayor impacto en la salud de la población. En el Gráfico 4 se combinan los criterios de los dos autores.

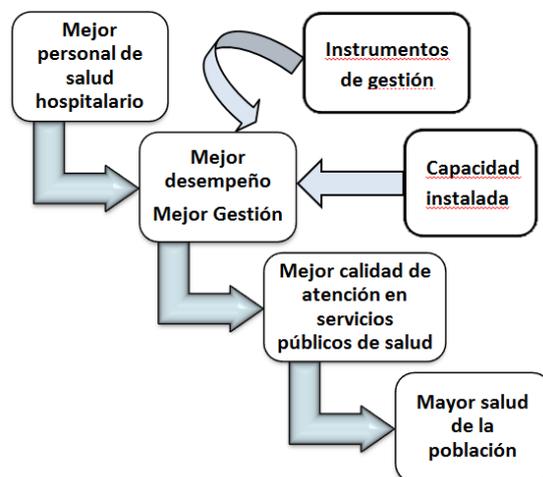


Gráfico 4. **Relaciones causales en los servicios públicos de salud**

**Fuente:** Morales (2011) y Barreto (1998).

**Elaboración:** Propia.

Por un lado, el uso del paradigma constructivista para la transformación de la Gestión Pública con base en cambios organizacionales inspirados en la escuela de las Relaciones Humanas, con un enfoque humanista, que concibe al ser humano como eje de preocupaciones y transformaciones,<sup>146</sup> hace que esta propuesta se concentre en desarrollar al máximo el valor del personal de salud hospitalario público, como medio para lograr una mejor gestión de las autoridades hospitalarias y un mejor desempeño del personal que brinda los servicios de salud en estos centros de atención, y con ello mejorar la percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de los servicios de salud que reciben. En este campo se inscriben iniciativas de desarrollo personal y profesional del personal de salud, incentivos y premios valorados por los actores, no

<sup>146</sup> Al igual que propone el Consenso de Santa Cruz llevado a cabo en Bolivia en el año 2003: transformar el sujeto para que transforme el sistema.

contrarios a su lógica, como “premiar” al mejor desempeño laboral aumentando sus horas laborales, y añadiendo más responsabilidades<sup>147</sup>, el mejoramiento del clima laboral eliminando prácticas como la educación bajo amenaza de sanciones, estrechando los vínculos laborales para que no se necesite exigir sino sugerir -sin menoscabar el cumplimiento-, cambiando la cultura del error-castigo por el error-aprendizaje, respetando los derechos básicos de descanso, alimentación y socialización que tienen los profesionales y el personal de la salud, en definitiva considerando su condición humana.

Por otro lado, la investigación ha recorrido -en la realidad hospitalaria ecuatoriana- el primer paso de la “ruta de la calidad” planteada por la Secretaría de Salud (2006) de México: identificar las expectativas de los pacientes, médicos y autoridades relacionadas con el servicio de salud. La propuesta consiste en completar la ruta, aprovechando los recursos<sup>148</sup> que los tres hospitales bajo estudio tienen destinados para su acreditación de calidad hasta junio de 2015, compaginando las rutas de la *Accreditation Canada International* y de la administración de salud mexicana, con los insumos obtenidos de los sujetos estudiados en la presente investigación.

---

<sup>147</sup> HIMR2 (2013), “si trabajas bien, tienes que venir a ayudarnos más”.

<sup>148</sup> Humanos, tecnológicos, sociales, políticos y económicos.

El siguiente paso de la ruta de la calidad consiste en establecer un sistema de medición de la satisfacción<sup>149</sup> de los usuarios internos y externos, para lo cual servirían las respuestas a varias de las preguntas aplicadas en los formularios de entrevistas semi estructuradas y estructuradas aplicadas a los actores de los hospitales bajo estudio<sup>150</sup>. Aplicando este paso permanentemente, con una frecuencia semestral -por la dificultad de recolección de datos-, se estaría dando un real cumplimiento a la disposición constitucional ecuatoriana. En este momento, esta propuesta se entrelaza con la anterior, puesto que los veedores podrían constituirse en los instrumentos de medición, naturalmente logrando una modificación jurídica que les permita ejercer una labor permanente.<sup>151</sup>

Los siguientes pasos de la ruta de la calidad consisten en sensibilizar, capacitar e involucrar a las autoridades, personal de salud y servidores públicos de las unidades de salud con un Sistema de Gestión de Calidad<sup>152</sup>. El plan de acción propuesto por la firma canadiense para la acreditación de los hospitales ecuatorianos incluye procesos de educación en calidad para personal y autoridades, pero también capacitación en habilidades técnicas para el personal de salud, para lo cual enfatiza en la inversión necesaria en el recurso tiempo para las sesiones educativas.

---

<sup>149</sup> Que sea más real que el índice de satisfacción que se usa hoy, el cual consiste en calcular el porcentaje de personas que contestan afirmativamente a la pregunta de si está satisfecho con el servicio de salud brindado.

<sup>150</sup> Formularios disponibles en el Anexo 3.

<sup>151</sup> Actualmente la veeduría tiene un inicio y un fin.

<sup>152</sup> La Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad en su artículo 50 contempla la educación y la capacitación para generar una cultura de la calidad en todas las organizaciones públicas.

Los actores revelaron que aparte de la capacitación en el dominio del conocimiento técnico, también valoran una formación del sentido humanitario, lo que Morín (2011) denomina “benevolencia con el prójimo”. Temas como la comunicación humana, interculturalidad, derecho sanitario, normativa de salud, relaciones humanas, deberían incluirse.

En este ámbito la investigación reveló posiciones antagónicas de autoridades y personal de salud. Por una parte las primeras desean imponer un modelo caracterizado por la oferta, fijando temáticas y horarios, mientras que los segundos piden que sus necesidades sean consideradas en los planes de capacitación, a lo que añaden la insuficiencia de oferta de capacitación relevante<sup>153</sup>.

La presencia de un liderazgo “apropiado”<sup>154</sup> podría conciliar las posiciones, construyendo un plan de capacitación orientado a mejorar la calidad técnica y la calidad interpersonal, que sea válido para las dos partes, que considere las necesidades institucionales, pero que también respete los intereses profesionales del personal de la salud, que optimice los escasos recursos económicos que disponen las unidades hospitalarias, pero que también advierta la distribución de tiempo libre que dispone el personal de salud que labora en ellas.

---

<sup>153</sup> Aunque, Iván Palacios Director de Normatización del MSP presentó en un seminario internacional de salud efectuado en el IAEN en julio de 2013, una variedad de propuestas de formación y capacitación para el primero, segundo y tercer niveles de atención en salud: formación de médicos y enfermeras en salud familiar y comunitaria, formación de técnicos de atención primaria en salud (TAPS), construcción de hospitales asistenciales docentes, diplomado en gerencia de servicios de salud, maestrías en cuidados paliativos y economía de la salud, posgrado en neonatología y neurocirugía, capacitación y certificación en emergencias, entre otras.

<sup>154</sup> El término corresponde a Vergara (2010).

La formación de un Sistema de Gestión de Calidad que incluya un Plan de Calidad como lo proponen las organizaciones mexicana y canadiense, está fuera del alcance de la presente propuesta, empero se delinea a continuación un instrumento de gestión de calidad que incluye varias de las recomendaciones que la Acreditadora canadiense sugiere para el proceso de acreditación hospitalaria.

#### **4.2.3.1.1 *Six Sigma* Hospitalario<sup>155</sup>**

La búsqueda de una mejor gestión de las unidades de salud y un mejor desempeño del personal que en ellas labora, conforme se observa en el Gráfico 4, amén de trabajar con el personal, también debería emplear instrumentos apropiados de gestión que aporten al logro de una mejor calidad en los servicios públicos de salud. El *Six Sigma* se considera un enfoque evolucionado de la calidad total y la mejora continua, una cultura de calidad concebida para incrementar los resultados de los esfuerzos de mejora, que sintoniza los procesos operativos y de gestión con las necesidades y los requerimientos de los clientes (usuarios).

La implantación de un instrumento de gestión de calidad como *Six Sigma*, se iniciaría en los hospitales con la decisión política de cambio institucional de sus principales autoridades, en las unidades de salud estudiadas, la decisión estaría a cargo de los Gerentes y Directores Médicos. Los resultados de esta investigación y la necesidad de acreditarse podrían ser los impulsores de tal decisión.

---

<sup>155</sup> La presente propuesta se fundamenta en el enfoque de Molteni y Cecchi (2005), en su obra: El liderazgo del Lean Six Sigma.

El siguiente paso, sería definir los objetivos que se desean alcanzar con esta iniciativa, los posibles beneficios, pero también los potenciales riesgos. La capacitación de las autoridades y directores, la conformación de un equipo que lideraría la iniciativa y la identificación de los potenciales proyectos de mejora, forman parte de esta etapa. Los proyectos de mejora se derivan de la identificación de los procesos actuales y del conocimiento de los requerimientos críticos, que provienen de los criterios de autoridades, personal y usuarios. La medición del desempeño actual de esos requerimientos define la brecha que va a ser cerrada con los proyectos de mejora. Los resultados de la presente investigación servirían para medir el desempeño actual de los servicios de emergencia en los tres hospitales que fueron objeto de estudio. Los proyectos de mejora, una vez alcanzado el consenso de autoridades y personal podrían ser una combinación de los resultados de los inconvenientes más graves del servicio que definieron los usuarios: información médica, tiempos de espera y trato al paciente, y de las aspiraciones que plantearon los profesionales y personal de salud: capacitación laboral adecuada, mejor clima laboral y estímulos apropiados.

El establecimiento de la estrategia para los cambios que permitiría cerrar las brechas, conforma el siguiente paso. Comunicación, capacitación, reconocimiento, evaluación y seguimiento -de los niveles de satisfacción tanto de los clientes internos como externos-, incentivos, promociones, cambios en los procedimientos y en los criterios de toma de decisiones, así como la revisión de políticas internas, son parte de las acciones que se incluyen en esta estrategia. Otra importante tarea en esta etapa, es la formación de la

estructura de gestión y los equipos de calidad Six Sigma que trabajarían en los proyectos de mejora. Para ello, se designaría y capacitaría a los líderes, a los responsables y al personal que prestaría el soporte operativo<sup>156</sup>.

El siguiente paso, consiste en el desarrollo de los proyectos críticos de mejora seleccionados que aplicarían la metodología DMAMC (Definir-Medir-Analizar-Mejorar-Controlar)<sup>157</sup>. En la definición (D) se investigarían las necesidades de los usuarios internos y externos (parte de los resultados de esta investigación), se mapearían los procesos y se identificarían los indicadores de salida de dichos procesos; en la medición (M), se validaría el proceso de medición, se lo estandarizaría, se recolectaría los datos y se determinaría el desempeño de los procesos a mejorar; en el análisis (A) se determinarían las causas de las brechas de desempeño de los procesos y se establecerían los objetivos de mejora; en la mejora (M) se plantearían soluciones, se seleccionaría una alternativa aceptable que sea viable y se implantaría con ella un piloto; en el control (C) se monitorearía el proceso mejorado, se verificarían las mejoras, se documentarían y comunicarían los cambios y los nuevos procedimientos, y se expandiría la mejora y la cultura Six Sigma. Como se observa, varios de esos pasos han sido dados con la presente investigación, pero aún faltan muchos otros, que sólo pueden darse contando con la voluntad política de las autoridades hospitalarias.

---

<sup>156</sup> El instrumento los denomina *Champion, Black Belt y Green Belt respectivamente*.

<sup>157</sup> DMAIC por las siglas en inglés: *Define, Measure, Analyze, Improve, Control*.

Las propuestas anteriores navegan entre lo sustantivo<sup>158</sup> y lo racional<sup>159</sup>, entre lo macro<sup>160</sup>, meso<sup>161</sup> y lo micro<sup>162</sup>, y entre los objetivos específicos tercero y cuarto de esta investigación. En general son una apuesta al desarrollo integral de las capacidades del personal de la salud, al reconocimiento pleno de su función gravitante en el desempeño de las políticas públicas, y a la confianza en un mayor compromiso del servidor de la salud por la equidad y el bien público.

Como corolario de las propuestas planteadas, se aspira a que la naciente y creciente conciencia ciudadana, sea acicate suficiente para aprovechar el momento político y la normativa jurídica favorable, transformando propuestas como las del presente estudio en acciones concretas, pues como sostiene Gramsci (1974), es necesario no sólo buscar “la perfección lógica del concepto, las grandes ideas” sino “intuir simultáneamente la idea y el proceso real de actuación...se juzga por lo que se hace, no por lo que se dice” (Gramsci, 1974:133,134), dictamen que en términos bíblicos se identifica como, “por sus frutos los conoceréis” (Mateo 7:16).

### **4.3 Conclusiones**

La investigación confirmó el supuesto de que las políticas que apuntan a mejorar la calidad en la gestión pública en el ámbito de los servicios de salud, escasamente toman

---

<sup>158</sup> Veedurías y Cartas de Compromiso.

<sup>159</sup> Cambio organizacional, Compromisos de Gestión y Contrato Fiduciario.

<sup>160</sup> Contrato Fiduciario.

<sup>161</sup> Cartas de Compromiso y Contratos de Gestión.

<sup>162</sup> Veedurías y Cambio organizacional.

en cuenta las percepciones que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales.

Las declaraciones vertidas por los protagonistas de la investigación, autoridades, funcionarios, expertos del campo de la salud, profesionales de la medicina, personal de atención de la salud, pacientes y familiares demuestran que en las instituciones con responsabilidad sobre las políticas de calidad en la gestión pública de salud, no se utilizan mecanismos de participación de los ejecutores y de los sujetos objeto de las políticas, en la formulación de sus aspectos sustantivos. La observación no participante y el análisis del entorno del sector de la salud, llevan a concluir que un núcleo estratégico político, junto a una élite tecnocrática, son responsables de la definición de los elementos centrales.

Las necesidades, expectativas y percepciones evaluativas de los usuarios y de los profesionales y personal dedicado a la atención de la salud, no se insertan aún en la agenda estatal que busca mejorar los servicios públicos de salud. No se encontró una participación ciudadana activa sustancial en el ámbito hospitalario, salvo experiencias referidas aisladas.

En las unidades de salud hospitalarias no existen mecanismos de captación de la percepción que tienen los usuarios sobre los resultados de las nuevas políticas públicas. Las autoridades no aplican mecanismos de monitoreo y evaluación de las nuevas políticas de mejoramiento de la calidad de los servicios públicos de salud hospitalarios, que consideren la percepción que tienen los usuarios de su aplicación.

Durante la fase de ejecución de las políticas de mejoramiento de los servicios de salud hospitalarios, no se detectaron esfuerzos sostenidos para ganar la adhesión, colaboración, apoyo y empoderamiento de los usuarios, de los profesionales y del personal dedicado a la atención de la salud.

Existe escaso conocimiento en los usuarios de los derechos que le asisten como paciente, y en los profesionales y personal de la salud, de sus derechos como ciudadanos. Los mecanismos internos hospitalarios de difusión de los derechos ciudadanos y de los derechos de los funcionarios, profesionales y personal que está al cuidado de la salud, son reducidos.

El objetivo general del estudio, que busca investigar cómo pueden las políticas de calidad en la gestión pública de los servicios de salud mejorar la percepción que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios públicos de salud que reciben en los hospitales, se logra con las respuestas encontradas a cada uno de los objetivos específicos planteados.

El primero, que pretende identificar políticas relevantes de mejoramiento de calidad en la gestión pública de los servicios de salud, desarrolladas por el gobierno ecuatoriano de la “Revolución Ciudadana”, las posturas de sus principales actores y su influencia en la calidad percibida por los usuarios de los servicios públicos hospitalarios, ha sido respondido por las autoridades y funcionarios del MSP, y por las autoridades, funcionarios, personal de atención de salud y usuarios, de las unidades de salud estudiadas.

Políticas como la gratuidad de los servicios, la sectorización zonal, distrital y circuital, la categorización de los niveles de atención de salud en primero, segundo y tercer nivel, priorizando acciones al primer nivel, la consolidación de la Red Integral de Salud Pública (RISP), el licenciamiento de unidades de salud, la acreditación de los hospitales, la institucionalización de la calidad de los servicios mediante la creación de la Dirección de Calidad en el MSP y los Departamentos de Gestión de Calidad en los hospitales, el direccionamiento de la formación a nuevos campos como la salud familiar y comunitaria, han sido mencionadas por los actores como políticas determinantes en la calidad de atención en los servicios de salud hospitalarios.

La gratuidad de los servicios de salud, la sectorización, la categorización de los niveles de atención y el fortalecimiento de la RISP han sido señaladas por los actores como las políticas más influyentes en la demanda, “sobre ocupación”, “descongestión” y calidad de la atención de los servicios públicos de salud a nivel hospitalario. Sin embargo, se encontró que en los usuarios de los servicios públicos de salud a nivel hospitalario, no existe un conocimiento adecuado de estas nuevas políticas públicas, que tienen gran influencia en el mejoramiento de los servicios: su razón de ser, sus beneficios, sus mecanismos de aplicación, sus ventajas y sus potenciales problemas.

Tampoco se encontró evidencias de que en el Ecuador exista una estrategia nacional de calidad, que integre las políticas que promueven la calidad de los servicios públicos de salud, que fije directrices comunes y promueva iniciativas globales, en materia de control, aseguramiento y garantía de calidad de los servicios de salud, en todas las

entidades prestadoras públicas. Aunque conviene destacar que algunas funciones de la Dirección de Calidad del MSP caminan en ese rumbo. De igual forma no se encontró evidencia de que en este país exista un sistema común de gestión de calidad a nivel hospitalario, que proponga un enfoque en el usuario interno y externo, y un direccionamiento a la mejora continua de los procesos clínicos y a la seguridad del paciente. La iniciativa de acreditación de los hospitales también camina en esta senda.

Los criterios de autoridades, analizados conforme los objetivos específicos de la investigación, revelan la preocupación por estrategias comunicacionales más efectivas de las nuevas políticas, un acercamiento a las necesidades del usuario y a una gestión pública participativa de la salud, y la intención de una reorganización orgánica estructural en los hospitales, que incluye un enfoque en los usuarios internos, en su formación, capacitación e incentivos, y en proyectos específicos de mejora.

Entre las posturas de los principales actores, se destaca el rol de los profesionales y del personal que brinda la atención de salud, quienes durante la investigación manifestaron como principales preocupaciones la falta de información al usuario sobre las políticas de salud, la inequidad e irrespeto de sus derechos, el maltrato que experimentan por parte de los usuarios, la insuficiente capacitación especializada, la falta de estímulos e incentivos al buen desempeño y el deterioro del clima laboral. A nivel macro, también mencionaron problemas de carácter estructural como la escasez de personal médico y de enfermería, la insuficiencia de infraestructura física ante la sobre demanda, y la debilidad del nivel de atención primaria.

Estas posturas denotan en el ámbito de los servicios hospitalarios de emergencia, una falta de preocupación por el desarrollo integral del usuario interno, los servidores de la salud no refieren un clima laboral necesario para su desarrollo profesional y personal. Se percibe una cultura de alejamiento del personal con sus autoridades, marcada por pretensiones contrapuestas de motivación e incentivos, por parte de unos, y demandas de productividad y resultados, por parte de otras.

Las facilidades y oportunidades que tienen los profesionales de la salud en los hospitales no cubren sus expectativas de formación y capacitación. Existe una demanda insatisfecha de capacitación especializada clínica por parte de los profesionales de la salud. El número de protocolos y guías clínicas, así como las facilidades tecnológicas de diagnóstico disponibles en las áreas de urgencia de los hospitales, no cubren las necesidades de los profesionales y del personal de salud que labora en ellas.

El segundo objetivo, que busca establecer las percepciones, que tienen los usuarios de los servicios de emergencia hospitalaria pública, sobre la calidad de los servicios que reciben en esas unidades de atención, encuentra su cumplimiento en los problemas señalados por los usuarios en el servicio de emergencia de los hospitales bajo estudio, y que en orden de mayor a menor gravedad fueron: la falta de información médica clara, los tiempos de espera, y el trato del personal, aunque también existió un porcentaje significativo (25%) que señaló no encontrar inconvenientes en los servicios.

El tercero, que propone construir una propuesta con alternativas de mejoramiento de la calidad en la gestión pública, en el ámbito de los servicios públicos de salud

hospitalarios y el cuarto objetivo que dictamina elaborar una propuesta con acciones que contribuyan a mejorar las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios que reciben en los hospitales públicos, son satisfechos con propuestas detalladas que se elaboran a partir de los planteamientos, posiciones y sugerencias de los actores, resumidas en párrafos anteriores. Un extracto de las propuestas y acciones que se plantean es el siguiente.

Una propuesta institucional, que la Agencia de Calidad se convierta en un Agente fiduciario que gestione un Sistema Integral de Calidad de los Servicios de Salud; una propuesta participativa con tres instrumentos de gestión: las Veedurías Ciudadanas Hospitalarias, las Cartas de Compromiso Hospital-Ciudadanos-Personal de Salud, y los Contratos de Gestión MSP-Hospitales, herramientas que servirían de interfaz para conciliar posiciones enfrentadas de autoridades, personal de la salud y usuarios; y una tercera propuesta a nivel operativo, que convierte la intención de reforma estructural hospitalaria en una propuesta de cambio organizacional con acciones concretas, como el Six Sigma Hospitalario, para mejorar la percepción de la calidad de los servicios de salud que reciben los usuarios de los hospitales públicos.

La mayor dificultad que se presentó en el desarrollo de la investigación, por un lado se genera a partir de la propia naturaleza del trabajo que efectúan los profesionales médicos y el personal de atención de salud en los servicios de emergencia de los hospitales. La alta demanda por servicios emergentes de salud, la falta de personal y el estado de los pacientes que asisten a esas unidades, hacen que los servidores de la salud

mantengan permanentemente un frenético ritmo de trabajo que apenas les deja tiempo para sus necesidades básicas, y que al final de sus horarios de trabajo -muchas veces extendidos- sólo les quede los deseos urgentes de regresar a casa.

El trabajo del investigador tuvo que adaptarse a esa limitación temporal obligada. Por otro, el delicado estado de salud de los pacientes que se encuentran en estos servicios, restringe la predisposición de los mismos para sostener diálogos prolongados. Estas circunstancias limitaron la prueba de instrumentos antes de su aplicación, y la validación de resultados con los propios actores, como constaba en la planificación inicial del investigador.

Aunque las percepciones de calidad de los usuarios también se ven influenciadas por aspectos de orden clínico, dado el carácter de la investigación, sus objetivos, las técnicas utilizadas, y las limitaciones del investigador, los resultados del estudio se inclinan a la calidad interpersonal, sin abordar observaciones de elementos clínicos correspondientes a la calidad técnica con mayor detalle.

Por ello, sería útil realizar investigaciones de carácter interdisciplinario que incluyan instrumentos de medición de la calidad técnica, que permitan la evaluación de la efectividad de la atención médica y la seguridad, desde la perspectiva y los valores del paciente. También complementaría la presente investigación, adelantar investigaciones en el nivel de atención primaria, que permitan conocer la percepción sobre la calidad de servicios que están recibiendo los usuarios que acuden a las unidades de salud de este nivel.

Las conclusiones de esta investigación son coincidentes con el estudio de la calidad de los servicios públicos de SENPLADES (2009), en las percepciones de los usuarios que refieren deficiencias comunicacionales, tiempos de espera y trato por parte del personal, aunque ese estudio encontró como más grave el último factor, mientras que ahora el primero se presenta como el más importante. También ese estudio encontró escasa participación en la gestión pública de la salud y limitaciones en los procesos clínicos, el primero también ahora detectado y señalado, y el segundo expresamente no abordado en el presente estudio.

Con el estudio del servidor público de Iacoviello y Zuvanic (2003), coincide en la apreciación de un clima laboral no estimulante al desarrollo de los “recursos humanos”, propicio para inercias y resistencias al cambio, aunque difiere en la consideración de tales recursos como “activos productivos”.

Finalmente, con la investigación de las políticas públicas de Mejía et al., (2009), es concordante en que el éxito de las políticas en ciertas ocasiones no depende de reformas legales, sino más bien de cambios en instituciones y prácticas informales. No es coincidente en cambio, con las conclusiones de una presencia de actores con gran poder de veto, ausencia de un servicio civil de carrera y falta de un sistema judicial independiente, porque en esos tres aspectos las condiciones del Ecuador en la última administración presidencial han cambiado sustancialmente.

Este trabajo adquiere significado, en la medida que logre insertarse en las políticas públicas de mejoramiento de los servicios de salud, en tanto que las autoridades

estatales de la salud aquilaten su rol de legitimación en la ejecución efectiva de políticas públicas que beneficien a la mayoría de la población, y en el apoyo que ofrezcan a mecanismos sociales que garanticen su responsabilidad pública.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros, *papers*, revistas

1. AEVAL, Agencia de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. (2007). *El Marco Común de Evaluación. Mejorar una organización por medio de la autoevaluación*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.
2. Aguilar, L. (n.d.). Nueva Gestión Pública. En *Material didáctico del curso de modernización y reforma del Estado* (pp. 64–132). Andalucía: Universidad Internacional de Andalucía (UNIA).
3. Aguilar, L. (1997). Introducción. En *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas* (pp. 13–34). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
4. Aguilar, L. (2006). *Gobernanza y Gestión Pública*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
5. Arellano, D., y Cabrero, E. (2005). La Nueva Gestión Pública y su teoría de la organización: ¿son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizaconal público. *Gestión y Política Pública*, XIV-3, 599–618.
6. Ase, I., y Buriyovich, J. (2010). Una Nueva Gestión Pública en salud: de la búsqueda de la eficiencia a la garantía de derechos. En *La medición de derechos en las políticas sociales* (1a ed., pp. 265–294). Buenos Aires: Editores Del Puerto.

7. Barreto, M. I. (1998). Las organizaciones sociales en la reforma del Estado brasileño. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 115–155). Buenos Aires: CLAD.
8. Barzelay, M. (1998). *Atravesando la burocracia. Una nueva perspectiva de la Administración Pública* (p. 252). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
9. Bozeman, B. (1998). Introducción: dos conceptos de gestión pública. En *La gestión pública. Su situación actual* (p. 546). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
10. Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>
11. Breilh, J. y Tillería, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador* (p. 191). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
12. Bresser Pereira, L. y Cunill Grau, N. (1998). Entre el Estado y el mercado. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 25–56). Buenos Aires: CLAD.
13. Campbell, J. L. (2002). Ideas, politics, and public policy. *Annual Review of Sociology*, 28, 21–38.
14. CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. (2009). Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 56-57 (ICAP), 363–387.
15. Claude, G. (1974). *Historia del pensamiento administrativo* (p. 217). México, D. F.: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

16. Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. (p. 422). Madrid.: Mc-Graw-Hill
17. Crosby, P. B. (1979). *Quality is free*. New York: Mc-Graw-Hill.
18. Crosby, P. B. (1994). *Completeness* (p. 275). Santafé de Bogotá: McGraw Hill Interamericana, S. A.
19. De León, P. (2011). Una revisión del proceso de las políticas: de Laswell a Sabatier. En *Proyecto de Modernización del Estado* (p. 763). Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado.
20. Del Pino, E. y Díaz Pulido, J. M. (2011). Lecciones aprendidas desde la experiencia española de análisis de la percepción ciudadana de los servicios públicos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (49), 1–15.
21. Denhardt, R. (1999). Teoría de la administración pública: el estado de la disciplina. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 90–125). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
22. Elías-dib, J. (2009). Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Academia Mexicana de Cirujía*, 77(2), 87–88
23. Etkin, J. (2000). *Política, gobierno y gerencia de las organizaciones. Acuerdos, dualidades y divergencias*. (p. 411). Buenos Aires: Prentice Hall.
24. Fesler, J. (1999). El Estado y su estudio: el todo y las partes. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 138–152). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

25. Gabor, A. (1991). *Deming. El hombre que descubrió la calidad. Cómo W. Edwards Deming introdujo la revolución de la calidad*. Barcelona: Ediciones Juan Garnica S.A.
26. Golembiewski, R. (1999). El comportamiento y la teoría de la organización en el sector público: perspectivas de los problemas molestos y del progreso real. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 185–220). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
27. Goodsell, C. (1999). Nuevos problemas en la administración pública. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 632–649). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
28. Gramsci, A. (1974). *Pequeña antología política. Libros de confrontación. Serie: Filosófica*. Barcelona: Editorial Fontanella.
29. Iacoviello, L. y Zuvanic, L. (2003). Síntesis del diagnóstico Caso Ecuador. En *Informe sobre la situación del Servicio Civil en América Latina* (pp. 227–249). Quito: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
30. Ingram, H. (1999). La implementación: una reseña y un marco que se sugiere. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 591–613). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
31. International Accreditation Canada (2010). *Servicios de emergencias. Normas* (p. 45). n.d.
32. Ishikawa, K. (1992). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa* (p. 209). Colombia: Editorial Norma, S.A.

33. James, P. (1997). *La Gestión de la Calidad Total. Un texto introductorio* (p. 352). Madrid: Prentice Hall Iberia.
34. Jurán, J. M. G. (1993). *Manual de control de calidad*. Madrid: McGraw Hill/ Interamericana de España, S. A.
35. Kaufman, H. (1999). El fin de una alianza: la administración pública en los años ochenta. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 617–631). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
36. Kohen, B. (1998). Poder Ciudadano y las acciones de interés público. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (pp. 361–383). Buenos Aires: CLAD.
37. Lander, E. (1998). Límites actuales del potencial democratizador de la esfera pública no estatal. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 447–486). Buenos Aires: CLAD.
38. Levy, E. (1998). Control social y control de resultados: un balance de los argumentos y de la experiencia reciente. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 385–400). Buenos Aires: CLAD.
39. Lhérisson, H. (1999). Estudio Introductorio. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (pp. 7–26). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
40. Lloréns, Francisco; Fuentes, M. del M. (2006). *Gestión de la Calidad Empresarial. Fundamento e implantación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
41. López, F. (1997). *Contrato de Gestión: viabilidad en la administración pública del Ecuador. Un estudio estratégico para su implementación*. Fundación Getulio Vargas.

42. Majone, G. (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas* (p. 240). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
43. MAP, Ministerio de Administración Pública (2006). *Guía de orientación para la realización de estudios de análisis de la demanda y de encuestas de satisfacción* (p. 99). Madrid: Subdirección General de Calidad de los Servicios.
44. Marando, V.; Florestano, P. (1999). La administración intergubernamental: el estado de la disciplina. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 379–415). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
45. Mejía, A., Araujo, M. C., Pérez, A. y Saiegh, S. (2009). Agentes con poder de veto, instituciones frágiles y políticas de baja calidad. En *Por el ojo de una aguja: la formulación de políticas públicas en el Ecuador* (pp. 31–117). Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
46. Meny, Y., & Thoenig, J. C. (1992). *Las políticas públicas* (p. 271). Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
47. Ministerio de Protección Social. (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, INCAS Colombia 2009* (p. 369). Bogotá, D.C.: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, SOGC.
48. Molteni, R. y Cecchi, O. (2005). *El liderazgo del Lean Six Sigma. Para entender cómo se implementa, paso por paso* (2ª ed., p. 477). Buenos Aires: Macchi.
49. Moore, M. H. (1998). *Gestión Estratégica y creación de valor en el sector público*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

50. Moore, Mark H. (2006). Creando valor público a través de asociaciones público-privadas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (34), 1-22.
51. Morales, M. (2011). *La Calidad de los Servicios Públicos □: Reformas de Gestión Pública en Chile ( 1990-2009 )*. FLACSO, Sede México.
52. Morín, E. (2011). *La vía*. Madrid: Paidós.
53. Moyado, F. C. (2010). Gestión de Calidad. En *Biblioteca Básica de Administración Pública Vol. 7* (p. 219). México, D. F.: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
54. MSP, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno - Neonatal. Quito: Proyecto de mejoramiento de la atención en salud, HCI/USAID.
55. Nagel, S. (1999). Evaluaciones opuestas de los estudios de políticas. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 539–590). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
56. Nassuno, M. (1998). El control social en las organizaciones sociales en Brasil. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 333–359). Buenos Aires: CLAD.
57. Navarro, Z. (1998). Democracia y control social de fondos públicos. El caso del “presupuesto participativo” de Porto Alegre (Brasil). In Paidós (Ed.), *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 291–332). Buenos Aires: CLAD.
58. North, D. (2010). Los andamios que el ser humano erige. En *Biblioteca Básica de Administración Pública Vol. 5. Organización e instituciones* (p. 245). México, D. F.: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.

59. Olías de Lima, B. (2001). *La Nueva Gestión Pública* (p. 401). Madrid: Pearson Educación, S.A.
60. ONU, Organización de las Naciones Unidas. (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado Octubre 14, 2013, de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
61. OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe* (p. 365). Washington, D.C.: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
62. Osborbe, D. y Gaebler, T. (1994). *La reinención del gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
63. Ostrom, E. (1991). Rational choice and institutional analysis: Toward complementary. *American Political Science Review*, 83, 237–243.
64. Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas* (p. 816). México, D. F.: FLACSO, Sede Académica de México.
65. Petracci, M. (1998). La medición de la calidad y la satisfacción del ciudadano-usuario de servicios públicos privatizados. Buenos Aires: Instituto de Administración Pública.
66. Potter, J., y Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage Publications.

67. Rainey, H. (1999). Gerencia pública: desarrollos recientes y perspectivas actuales. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 221–255). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
68. Ramírez, E.; Ramírez, J. (2011). Génesis y desarrollo del concepto de Nueva Gestión Pública. En *Administración Pública*2 (pp. 60–108). México, D. F.: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
69. Ramirez-Alujas, A. V. (2010). Innovación en la Gestión Pública y Open Government (Gobierno Abierto): Una Vieja Nueva Idea (Innovation in Public Management and Open Government: An Old New Idea). *Revista Buen Gobierno*, 9 (Julio-Diciembre), 1–35. Recuperado de <http://papers.ssrn.com/abstract=1820326>
70. Ramos, A. (1996). *A redução sociológica*. Río de Janeiro: Editorial UFRJ (libro electrónico).
71. Reilly, C. (1998). Redistribución de derechos y responsabilidades: ciudadanía y capital social. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 403–445). Buenos Aires: CLAD.
72. Rohr, J. (1999). La ética en la administración pública: un informe sobre el estado de la disciplina. En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 153–182). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
73. Secretaria de Salud. (2006). *Democracia y cambio estructural en salud: Hacia una política social de Estado*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

74. SENPLADES, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). Aproximación y Análisis: Calidad de los Servicios Públicos. *Análisis de coyuntura*, (Junio 2), 5–38.
75. Tamayo, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En *La nueva Administración Pública* (p. 347). Madrid: Alianza editorial, S. A.
76. Thoenig, J. C. (2006). El rescate de la publicness en los estudios de la organización. *Gestión y Política Pública*, XV (2), 229–258.
77. Van Ryzin, G. y Del Pino, E. (2009). Cómo escuchar, cómo aprender y cómo responder: las encuestas ciudadanas como una herramienta para la reinvenición del gobierno. *Papeles de Evaluación y Calidad* (Diciembre), 1–27.
78. Velásquez, F. (1998). La veeduría ciudadana en Colombia: en busca de nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 257–290). Buenos Aires: CLAD.
79. Vergara, R. C. (2010). Organización e Instituciones. En *Biblioteca Básica de Administración Pública Vol. 5. Organización e instituciones* (p. 245). México, D. F.: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
80. Vieira, L. (1998). Ciudadanía y control social. En *Lo público no estatal en la reforma del Estado* (1ra. ed., pp. 215–255). Buenos Aires: CLAD.
81. Villacrés, N. (2008). Buen gobierno en salud: un desafío de todos. En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina* (pp. 25–45). Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

82. Villoria, M. (n.d.). Cultura de la legalidad y buen gobierno. En *Material didáctico del curso de modernización y reforma del Estado* (pp. 134–174). Andalucía: Universidad Internacional de Andalucía (UNIA).
83. Waldo, D. (1999). Una teoría de la administración pública significa en nuestra época también una teoría de la política. En *Academy of Management Journal* (3ra., pp. 126–137). México, D. F.
84. Waters, W. (2008). Introducción. En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina* (pp. 9–21). Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
85. Weber, M. (2006). *Sociología del poder: los tipos de dominación* (p. 246). Madrid: Alianza editorial, S. A.
86. Weill, V. (2010). Kant y la validez universal de la ética. En *Ética y justicia sanitaria en situaciones de catástrofe* (pp. 145–155). Santiago de Chile.: Sociedad chilena de Bioética.
87. Wildavsky, A. (1999). Introducción: ¿Administración sin jerarquía, burocracia sin autoridad? En *Administración Pública. El estado actual de la disciplina* (3ra., pp. 35–42). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

### **Páginas WEB**

1. [www.whitehouse/open](http://www.whitehouse/open) Memorando de Gobierno Abierto en el Portal de la Casa Blanca (USA).
2. <http://papers.ssrn.com/abstract=1820326> Innovación en la Gestión Pública y Open Government (Gobierno Abierto).

3. [http://gpr.administracionpublica.gob.ec/gpr\\_ecuador/n1](http://gpr.administracionpublica.gob.ec/gpr_ecuador/n1) GPR de hospitales Ecuador.
4. <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/> Indicadores de salud México.
5. [www.cenetec.gob.mx/htmls/bits.htm](http://www.cenetec.gob.mx/htmls/bits.htm) Banco de Información Médica México.
6. <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicaII.php?P=201302&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&I=i1&C=0&V=0&Submit=Consultar> Indicadores trato digno México.
7. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf> (Breilh, 2011).
8. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf> (ONU, 2006).
9. <http://papers.ssrn.com/abstract=1820326> (Ramirez-Alujas, 2010)
10. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102011000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102011000200005&script=sci_arttext&tlng=pt) Subjetividad y procesos cognitivos.
11. <http://www.cdc.gov/HAI/> *Healthcare Associated Infections*.

### Entrevistas<sup>163</sup>

- |    |       |                       |
|----|-------|-----------------------|
| 1. | H1MT1 | Médico/a tratante HBO |
| 2. | H1MT2 | Médico/a tratante HBO |
| 3. | H1MT3 | Médico/a tratante HBO |
| 4. | H1MT4 | Médico/a tratante HBO |

---

<sup>163</sup> En algunas entrevistas no se referencia el nombre del entrevistado, ya que no existe autorización del mismo para revelar su identificación.

<b>5.</b>	<b>H1MT5</b>	Médico/a tratante HBO
<b>6.</b>	<b>H1MR1</b>	Médico/a residente HBO
<b>7.</b>	<b>H1MR2</b>	Médico/a residente HBO
<b>8.</b>	<b>H1MR3</b>	Médico/a residente HBO
<b>9.</b>	<b>H1EP1</b>	Enfermera/o principal HBO
<b>10.</b>	<b>H1EP2</b>	Enfermera/o principal HBO
<b>11.</b>	<b>H1EP4</b>	Enfermera/o principal HBO
<b>12.</b>	<b>H1AE1</b>	Auxiliar de enfermería HBO
<b>13.</b>	<b>H1AE2</b>	Auxiliar de enfermería HBO
<b>14.</b>	<b>H1AD1</b>	Administrativo/a HBO
<b>15.</b>	<b>H2MT1</b>	Médico/a tratante HEE
<b>16.</b>	<b>H2MT2</b>	Médico/a tratante HEE
<b>17.</b>	<b>H2MR1</b>	Médico/a residente HEE
<b>18.</b>	<b>H2MR2</b>	Médico/a residente HEE
<b>19.</b>	<b>H2EP1</b>	Enfermera/o principal HEE
<b>20.</b>	<b>H2AE1</b>	Auxiliar de enfermería HEE

- 21. H3MT1** Médico/a tratante HPAS
- 22. H3MT2** Médico/a tratante HPAS
- 23. H3MR1** Médico/a residente HPAS
- 24. H3EP1** Enfermera/o principal HPAS
- 25. H3EP2** Enfermera/o principal HPAS
- 26. H3AE1** Auxiliar enfermería HPAS
- 27. SNAP1** Ing. Felipe Velasco. Coordinador de Calidad de la Subsecretaría de Innovación de la SNAP
- 28. SNAP2** Ing. Felipe Velasco. Coordinador de Calidad de la Subsecretaría de Innovación de la SNAP.
- 29. MSP01** Dra. Ivonne Martínez. Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud del MSP.
- 30. MSP02** Dr. Luis Valdivieso. Coordinador de Calidad de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud del MSP.
- 31. MSP03** Dra. Zaida Betancourth. Subsecretaria de Promoción del MSP.
- 32. MSP04** Dr. Francisco Jaramillo. Coordinador del Distrito 17D02.

33. **MSP05** Ana Lucía Torres. Técnica de la Dirección Nacional de Participación del MSP.
34. **MSP06** Ximena Salcedo. Técnica de la Dirección Nacional de Participación del MSP.
35. **MSP07** Silvina Gernaert. Responsable del área de encuestas de la Dirección de Calidad del MSP.
36. **HBO02** Ing. Pablo Villamar. Jefe del Departamento de Recursos Humanos del Hospital Baca Ortiz
37. **HEE02** Ing. Francisco Durán. Responsable Unidad de Calidad del Hospital Eugenio Espejo.
38. **HPAS1** Dr. Francisco Contreras. Gerente del Hospital Pablo Arturo Suárez.
39. **HPAS2** Dr. Francisco Contreras. Gerente del Hospital Pablo Arturo Suárez.
40. **EACI1** Sam Kearns. Líder de *Accreditation Canada International*.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Transcripción de entrevista semi estructurada seleccionada:

#### 1. Código H1MT4

**Fecha:** 22-Agosto-2013

**Hora:** 17:00

- 1) Una mayor población genera una mayor demanda que no puede ser atendida con la misma propuesta de recursos humanos o inclusive con menos personal. Bajo esas circunstancias aumenta el estrés laboral, de querer abarcarlo todo y no poderlo, se intenta subir el número de pacientes atendidos incrementando la carga laboral, lo que no compensa el insuficiente número de médicos que existen para cubrir la demanda, con lo cual disminuye necesariamente la calidad de atención, o se trata de aumentar la cantidad de pacientes atendidos sin importar la calidad de atención prestada.
- La suspensión de los internos rotativos les niega una capacitación adecuada, que les evitaría cometer errores, es necesario asociar las patologías que se estudian en la teoría con la práctica, la teoría sin la práctica no funciona. En el país existe una alta población infantil, con qué experiencia van a ir a la rural si se les ha negado la práctica en un hospital como el HBO. Cómo exigirles calidad si se ha cohibido su educación en lugar de estimularla.
- Con los pos gradistas se hizo todo un proceso de selección sin concluir con su contratación, se dice que no hay recursos, no es cierto, si los hay cuando se trata de otros gastos, todo es una mentira, una farsa.

18 Hay limitaciones para capacitaciones, no hay permisos para cursos de  
19 actualización, ni con cargo a vacaciones. Hay cursos en el hospital, pero no se  
20 puede asistir, por el tiempo que no se tiene.

21 2) No existen incentivos, sólo carga y carga sin estímulos... a nosotros nos utilizan  
22 para dar una imagen, pues no hay retribución de ningún tipo. Sólo debemos  
23 cumplir con el horario, atender, atender, sacarnos el turno como sea. A veces no  
24 se tiene tiempo ni para comer, debería haber por lo menos, cada dos horas diez  
25 minutos para respirar. No hay profesionales que estén dispuestos a venir con  
26 tanta carga.

27 Los profesionales somos seres humanos que necesitamos mayor respaldo y  
28 consideración, trabajamos noches, días, feriados, a veces 28 horas seguidas sin  
29 derecho a dormir, con una alimentación de la peor y sin compensación de ningún  
30 tipo, los que elaboran los horarios no tienen en cuenta eso.

31 A los profesionales nacionales se les debe pagar equitativamente con los méritos  
32 de los profesionales extranjeros. En otros países a nuestros médicos no les dejan  
33 ni siquiera topar al paciente, peor aún para pagarles el doble que a los médicos  
34 nacionales de allá, sólo aquí existe tanta gente extranjera que practica con  
35 nuestro pueblo.

36 3) Los centros y sub centros de salud no cumplen con su función, pues no disponen  
37 de médicos, solo de auxiliares, no hay atención de emergencia, no hay buena  
38 evaluación, no disponen de un buen transporte de pacientes, se despachan turnos  
39 a dos meses. Se debe buscar que al hospital acuda el paciente que amerite, los  
40 otros nos entretienen y nos quitan un tiempo valioso para atender a los que sí  
41 necesitan atención de emergencia de tercer nivel y no consulta externa.

42 El área física es reducida para la demanda y no se tiene todas las  
43 subespecialidades, o no se cumple todos los requisitos que un hospital de tercer  
44 nivel debería tener, por ejemplo no existe la subespecialidad de cirugía vascular,  
45 cada médico debería tener por lo menos dos capacitaciones profesionales al año.  
46 Si no existen especialistas se debe mandar a los profesionales a formarse al  
47 exterior para que a su regreso puedan cubrir esos requerimientos.

48 Falta educación y cultura en la población, existe descuido por parte de los  
49 padres, niños que son atendidos por desnutrición, por traumas.

50 4) La información que da el gobierno de servicios que no posee, hace que la gente  
51 sea cada vez más altanera y agresiva, se dice que la medicina es gratuita, pero yo  
52 te ofrezco y busca quien te dé, no hay insumos, materiales, los medicamentos  
53 están limitados a dos o tres productos de mala calidad, y si recetamos para  
54 compra externa se nos sanciona, si no hay medicamentos, nos toca poner la cara  
55 y (los usuarios) nos dicen de todo, para los profesionales no existe protección  
56 por parte del Estado.

57 No se debe maltratar a los médicos, es un maltrato no poder expresarse, debería  
58 haber libertad de expresión, no debemos ser sometidos ni amenazados, nadie  
59 puede decir nada porque mañana esta fuera del hospital.

60 5) Aumento de personal; que se labore 6 horas; se respete los días de descanso; se  
61 capacite al personal; se amplíe el espacio físico.

## ANEXO 2: Transcripción de entrevista no estructurada seleccionada<sup>164</sup>

### 2. Código: SNAP1

**Fecha:** 9 – Agosto - 2012

**Hora:** 6:04 pm.

1 *I: Buenas tardes, por favor quisiera que nos comente en forma general, ¿cuál ha*  
2 *sido el rol que ha jugado la SNAP, y cuál será el papel que en el futuro asumirá*  
3 *esta Institución en el mejoramiento de la calidad de la Gestión Pública?*

4 **E:** Tienes ahí un mundo de temas, estos son unos indicadores internacionales  
5 (señala una diapositiva), es una de las cosas que se toma como base para decir  
6 bueno, vamos trabajando sobre esto, lo importante es la eficiencia de la calidad de  
7 la administración pública, el presupuesto consolidado del Estado alcanza el 38% del  
8 PIB en el 2011, el sector publico emplea el 21% de los trabajadores en el Ecuador,  
9 es un aparato pesado que tiene que tiene que ir mejorando. Hay una resolución  
10 hecha por SENPLADES, quien se encarga de la planificación, la resolución es del  
11 Consejo Nacional de Planificación enviada en enero del 2012, se dispone que la  
12 Secretaria Nacional de la Administración Publica, que es esta oficina, presente al  
13 Presidente (se refiere al Presidente de la República) el detalle de las siguientes dos  
14 estrategias: una Estrategia Nacional para la eficiencia de la administración pública,  
15 y una Estrategia Nacional para la eficiencia de servicios públicos, que se priorizan,  
16 son tres: salud, educación y desarrollo infantil integral, se supone que ahí es donde  
17 hay que empezar. A continuación la iniciativa es en una primera fase, la  
18 estructuración de este modelo R, modelo de reestructura, en función de cambio

---

<sup>164</sup> **I:** Investigador; **E:** Entrevistado

19 institucional, que se viene trabajando, se ha reducido personal del sector público, se  
20 viene trabajando el tema de Gobierno por Resultados, es este software de una  
21 consultora mexicana, y ahí viene este tema de ingresos de proyectos, indicadores  
22 que dan seguimiento a los proyectos, identificación de los procesos que están mejor  
23 y que están peor, éstos se llaman comatosos. En este esfuerzo, de lo poco que yo he  
24 visto, no es que tengas una información muy confiable, digamos dentro del sistema  
25 informático, los criterios que se han utilizado para ver qué tan importantes son, o  
26 que tan bien están los procesos no son necesariamente estandarizados y ahí hay un  
27 trabajo por hacer en depuración de información. Como la gente se comporta como  
28 le mides, también hay la tendencia a querer que tus indicadores estén en verde  
29 siempre y entonces esto hace que no sean útiles. Se hizo esta automatización del  
30 proceso de compras públicas del INCOP, que más... ah! la estructuración de la  
31 coordinación estratégica de las instituciones públicas. En la segunda fase es donde  
32 nos encontramos, esto que dice Programa Nacional de Excelencia (PRONEXE),  
33 probablemente no es el nombre definitivo, pero ese es el programa central aquí, es  
34 donde estamos apostando toda la casa básicamente, todas las áreas del SNAP se  
35 están enfocando en trabajar en este programa, que estaría basado en el  
36 mejoramiento del servicio al ciudadano, estamos tomando como una de las vías, ya  
37 te muestro más adelante, el modelo de calidad total EFQM europeo, de donde salen  
38 las unidades estratégicas por procesos, buscamos hacer Benchmarking con otros  
39 países que han implementado esto.

40 *I: ¿Con que países están haciendo Benchmarking actualmente o cómo piensan*  
41 *hacerlo?*

42 **E:** Hay un acercamiento inicial, de hecho desde hace un par de años con España, se  
43 han tomado algunos modelos, hay experiencia en Chile en aplicación de esto, en el  
44 Salvador también hay algo. Ahora bien, los premios nacionales de calidad por  
45 ejemplo, el de México y el de Uruguay son muy similares, siempre tienes en estos  
46 modelos, o el japonés o el europeo o el modelo gringo, el *Malcom Bridge*, muy  
47 similares, y los premios nacionales de calidad son una adopción, o una leve  
48 modificación de estos. Lo que se está planteado como una alternativa aquí es, no  
49 adaptarse sino adoptar el modelo europeo, pensando que eso nos va a permitir  
50 mantenerlo actualizado con mayor facilidad, que si localizamos o hacemos alguna  
51 reforma, que nos impida que eso se mantenga al día, porque hay comités en el  
52 mundo que mantienen actualizados estos estándares, entonces quisiéramos o  
53 estaríamos empujando hacia allá, que nos vayamos subiendo a parámetros  
54 internacionales que se van actualizando por sí mismos, las certificaciones,  
55 calificaciones y todo, las que se armen o las iniciativas que se estén armando. Que  
56 más..., una tercera fase es el gobierno central y los Gobiernos Autónomos  
57 Descentralizados, temas de gobierno electrónico en la siguiente etapa más  
58 adelante..., han hecho algunas evaluaciones, se hizo el despliegue de la herramienta  
59 GPR en 72 entidades, entre octubre del 2010 y junio del 2012, ahí salieron los  
60 informes que se llaman OIR (Observaciones Implicaciones y Recomendaciones),  
61 ahí tienes básicamente observaciones que suelta la consultora que implementa el  
62 sistema y el equipo que implementa el sistema, sobre qué no está funcionando bien,  
63 las organizaciones hacen propuestas de mejora y nosotros básicamente le vamos  
64 dando seguimiento a eso, les vamos diciendo: a ver, tu propuesta es mejorar, ataca  
65 o no a la observación de la consultora y para cuándo, que fue, que fue, porque  
66 tienes mucho un tema de..., son una reuniones llenas excusas, largas, en las que

67 todo mundo dice es que estuve en comisión de servicio, es que no sé qué, pero la  
68 función nuestra es dar un seguimiento a la gestión, en la estructura tenemos unos  
69 ministerios coordinadores que son ocho, que coordinan a otros 32 del gobierno  
70 central

71 *I: ¿Y, tengo entendido que ustedes están sobre la cabeza de los coordinadores?*

72 **E:** Sí..., lo que tratamos es más bien ser una etapa final, una última instancia de  
73 intervención, el seguimiento a esos compromisos los va dando cada entidad en  
74 línea, se va haciendo desde abajo con supervisión de su ministerio coordinador, o  
75 sea estos 8 ministerios lo que hacen es coordinar la ejecución de estos planes y  
76 proyectos, y si no se logra destrabar entonces entramos nosotros a ayudar a ver qué  
77 opción hay, o porque se ha quedado el tema. Otro ejercicio que hicieron el año  
78 anterior fue esta evaluación de madurez institucional de 14 instituciones, tomaron el  
79 modelo EFQM como base y lo adaptaron un poco, lo modificaron un poco.  
80 Conversando con las organizaciones este es un tema que ahora se decide, deshacer  
81 digamos, justamente se quiere adoptar el modelo Q (de calidad), que más..., de ahí  
82 sale entonces una fotografía parecida al modelo de calidad, donde no hay mucha  
83 evolución de nuestra entidades, ya vamos viendo los problemas principales  
84 detectados del diagnóstico de iniciativas de calidad a los servicios públicos hecha  
85 posteriormente, que básicamente es una encuesta de temas más o menos  
86 anecdóticos, no es una medición per se, es un tema de qué se empleó, en qué están  
87 mejor, qué problemas tienen, entonces ahí salen, sale un informe de resultados de  
88 que tienen problemas en tales y cuales tramites, en 14 instituciones otra vez. Los  
89 temas a los que queremos enfocar la mejora son los del modelo europeo y entonces

90 esos son los 5 pasos que aparecen a la derecha (liderazgo; estrategia; personal;  
91 alianzas y recursos; procesos, servicios y productos).

92 *I: Quizás, el tema que yo te mencionaba al final, la preocupación por los*  
93 *ciudadanos, ¿entraría en el punto 5 como los servicios o productos?*

94 **E:** Sí, y los resultados hacia el ciudadano. El modelo tiene dos partes, esto es sólo  
95 la parte izquierda, la información base tomada a través de la problemática, que  
96 estamos puliendo ahora para la presentación, tenemos muchas láminas de las que  
97 hablamos del mismo problema, ahora tenemos estos dos días (habla de los dos días  
98 que restan a la fecha de la entrevista para hacer una presentación al Presidente de la  
99 República). Esta es una encuesta realizada por el SENPLADES sobre el análisis de  
100 calidad de los servicios públicos, este es el informe del *World Forum* que vimos  
101 hace un rato, una evaluación de Naciones Unidas de dónde está el país, de ahí para  
102 sacar un poco de luces, un poco siguiendo la línea de lo que hace Australia o  
103 Panamá, en donde ellos miran estos indicadores y van mejorando los que están peor  
104 en comparación con estos países.

105 *I: ¿Esta encuesta está colgada en los documentos de SENPLADES, porque ellos*  
106 *tienen varios documentos colocados en la página WEB, y lo mismo esta evaluación*  
107 *de madurez electrónica, quizás está en la página de las Naciones Unidas?*

108 **E:** Sí, claro es un estudio de las Naciones Unidas, es un documento internacional  
109 público de cómo están los gobiernos electrónicos en el mundo, entonces se toma  
110 como base. Como resultados, así brevemente, de lo que sacan de la evaluación de  
111 madurez de las instituciones: 70% de las instituciones priorizadas no cuentan con  
112 sistemas de gestión, rotación alta de los directivos, cambios estructurales

113 frecuentes, estructuras organizacionales pesadas en relación con los empleados,  
114 problemas de liderazgo. En estrategia, se mide la madurez en estrategia siguiendo  
115 básicamente el modelo europeo EFQM, ahí tienes el promedio nacional de 7,51 en  
116 escala de 1 a 20, hay unas poquitas que están bien, la mayor parte están en rojo,  
117 cultura incipiente de medición de resultados, planificación al margen de un análisis  
118 de necesidades presentes y futuras, de grupos de interés, o sea no hay enfoque, cada  
119 uno dispara hacia donde quiere dispararse, carencia de administración ejecutiva de  
120 portafolios y programas, solo dos de las 14 cuentan con planificación de la  
121 modernización e innovación, que más..., administración de proyectos baja, una  
122 administración de riesgos también baja, en personal..., la planificación estratégica  
123 del talento humano: una evaluación del desempeño subjetiva, concentrada en el  
124 castigo, gerencia de procesos de desvinculación del personal, altísima rotación de  
125 jefes, no hay continuidad. Ahí hay un dato que si mejoramos un poquito la  
126 eficiencia, el beneficio sería interesante (261 millones), un tema de manejo de  
127 recursos, no tienes inventarios, en el anterior del personal no tienes perfiles de  
128 cargos totalmente implementados, no tiene procesos definidos en la mayor parte de  
129 la organizaciones, lo que tienes es una distribución de actividades dentro de cada  
130 departamento, silos que se ponen ahí. El modelo GPR, el software GPR, está  
131 basado o tiene una estructura funcional puramente, son actividades dentro de silos,  
132 no son procesos. Que más tienes aquí, madurez de gestión de recursos, también otra  
133 vez bajan los indicadores. Cómo estamos en gobierno electrónico, eso sale en este  
134 reporte que está mencionado antes, ahí estamos en el puesto 95 en el 2010 y en el  
135 puesto 102 en el 2012, estamos bastante abajo como puedes ir viendo, pero no  
136 necesariamente significa que hemos bajado por falta de iniciativas, quizá porque ha  
137 habido un cambio en los indicadores, es lo que la gente de comunicación nos

138 explica, no fue culpa nuestra cambiaron los indicadores, además los otros han  
139 avanzado más, es una información relativa. Que más tenemos aquí, estos son en el  
140 GPR los famosos procesos comatosos, si la mayor parte de procesos está en esa  
141 área de comatosos...

142 *I: Esa conclusión (está en pantalla y dice: “Ninguna de las 14 instituciones*  
143 *priorizadas cuentan con una administración de procesos suficiente. Los servicios*  
144 *son lentos y de baja calidad: 42% de todos los procesos con bajo o muy bajo*  
145 *desempeño”)* de la administración de procesos también luce interesante.

146 **E:** Que más..., esa es la encuesta de SENPLADES, acá los datos de la izquierda del  
147 servicio público que no funciona muy bien, y después el estudio realizado en el  
148 2011 por esta oficina, que saca que más o menos se mantienen los mismos  
149 problemas en el servicio: trámites excesivos, trámites lentos, falta de integración,  
150 QUIPUX excesivos, mucha formalidad.

151 *I: De la investigación que realizó esta oficina en el año 2011, ¿existen*  
152 *documentos, me imagino...? (El investigador trata de obtener evidencia*  
153 *documental).*

154 **E:** Sí, un documento que lo revisé hace poco, es un tema anecdótico, no es una  
155 medición formal, el estudio de SENPLADES ese sí es un estudio fuerte, este otro lo  
156 único que tengo información es esto que aparece aquí a la derecha y está..., no es  
157 mucho más lo que obtienes en el informe ese, realmente no hay una cosa realizada  
158 adicionalmente interesante. Que más..., el Ecuador firma este convenio que es la  
159 Carta Iberoamericana de Calidad de la Gestión Pública y entonces de ahí nace la

160 idea de que vamos alinearnos al modelo europeo, al EFQM que cumple esos  
161 principios, y lo que queremos es alinear nuestras iniciativas hacia esos principios.

162 *I: Esto fue en el 2008, ¿la firma de la carta, fue en el año 2008?*

163 **E:** Sí en el 2008. Los objetivos estratégicos del PRONEXE son esos cuatro que  
164 están ahí: implementar la capacidad del estado en planificar gestionar y entregar  
165 resultados, incrementar la calidad de los servicios públicos, las competencias y  
166 conductas del personal para entregar servicios de calidad, incrementar la eficiencia  
167 del estado en el uso de alianzas y recursos, esto está en el documento que constituye  
168 a la SNAP, en el acuerdo número..., no eso está tomado del GPR, ya te doy el  
169 número de los documentos legales, hay un documento legal de constitución que  
170 manda esos objetivos para la Secretaria Nacional de Administración Pública,  
171 entonces estamos tomando eso para alinear los principios de la CLAD con esos  
172 objetivos, con las estrategias que estamos tomando.

173 *I: En noviembre (2012) hay un Seminario Internacional de la Administración*  
174 *Pública del CLAD en San Andrés, y uno de los paneles es de calidad, por si les*  
175 *interesa, es en los primeros días de noviembre...*

176 **E:** Buenazo, ya me voy a informar. Ok, esa es la parte interesante, digamos es la  
177 parte en la que estamos centrados, tenderemos que esto parta desde el enfoque del  
178 ciudadano, la necesidad del ciudadano, hay muchas entidades que vienen  
179 trabajando desde el tema de calidad, claro todos son el rector de calidad  
180 (metafórico): tienes el MIPRO por un lado, que está en sector privado, pero  
181 también dice, nosotros deberíamos tener esto acá. SENPLADES tiene en su  
182 documento de creación unas atribuciones que dicen que deben hacer cargo de eso,

183 el Ministerio de Relaciones Laborales, coordinado por el Ministerio Coordinador  
184 del Talento Humano, está haciendo este tema que se llama calidad en el servidor  
185 público, sí. Y si bien está absolutamente..., cuando hemos visto las normativas y  
186 hemos analizado los formatos que usan, el cómo están trabajando, (vemos que) está  
187 centrado en el servidor y cómo el servidor presta el servicio. Lo que nosotros  
188 estamos manejando como discurso no es solamente la actitud del servidor o la  
189 competencia que tenga el servidor para prestar el servicio, hay algunas otras cosas  
190 adicionales que hacen un servicio de calidad, es ahí donde queremos entrar nosotros  
191 y decir buenazo ustedes están con este tema de recursos humanos, adelante, hagan  
192 planes de carrera, definan perfiles, formen a la gente, ayúdenles a crecer, para que  
193 apoyen en esa parte al cumplimiento del servicio ofrecido, sí. Entonces estamos  
194 partiendo desde esa parte central, que son las necesidades del ciudadano, las  
195 captamos o las vamos a captar, nada de esto se ha hecho, como te digo nada de  
196 esto está aprobado todavía, habrán unos mecanismos que utilicemos para captar  
197 esto (en determinación de necesidades), serán encuestas, serán conversaciones con  
198 las mismas organizaciones, porque la mayor parte de servicios ya se prestan.  
199 Después de esto, diseño o levantamiento del servicio público, usando aquí,  
200 pretendiendo usar aquí, o pensar que no nos falte nada, todo lo que tendrá que tener  
201 un servicio público para que no te llegue a pasar lo que te pasa, que es que se puso  
202 una escuela y no ha habido techo, se puso aula y no hay computadores, una falta de  
203 planificación, entonces lo que planeamos hacer es reunirnos todas la áreas, las dos  
204 Subsecretarías la de Calidad de Gestión y Seguimiento, y la de Innovación y  
205 Gestión Estratégica para que haya el marco legal. La carta de servicios es un  
206 documento, es un formato que se suele usar en esta normativa europea, la usan en  
207 algunos países, citamos como ejemplos las de España, Colombia, en Chile hemos

208 visto algunas, donde básicamente especificas cuál es el servicio para el ciudadano,  
209 la organización se compromete a dar ese servicio, tales son los horarios, tanto  
210 cuesta, los derechos del ciudadano. Desarrollar las capacidades institucionales, qué  
211 va a ver, qué recursos vas a necesitar ahí, qué temas de comunicación, todos esos  
212 recursos, controles, mecanismos de comunicación con el ciudadano, cómo se van a  
213 dar, tecnologías de información, prestación y soporte de servicios, alianzas  
214 estratégicas. La idea es, de acá, donde se definen las políticas, podamos hacer entre  
215 todas la áreas, si quieres, unas metodologías y formatos que puedan utilizarse en  
216 línea en los ministerios, y aplicarse al rato que se va a sacar un nuevo servicio o  
217 levantar uno, claro que nosotros vamos a estar ahí, pero se va a trasladar (el servicio  
218 a la web). En el segundo paso queremos que todo eso se aplique, sí, vamos a lanzar  
219 el servicio a campo, tendremos un piloto de inicio, todavía no está definido en que  
220 entidad, pero vamos a arrancar con un piloto, y entonces que todo lo de arriba se  
221 logre aplicar en el lanzamiento, en la siguiente etapa del monitoreo seguimiento y  
222 medición, tanto al productor del servicio, y a los procesos que lo gestionan, a los  
223 procesos que lo logran, entonces aquí estaríamos pensando en hacer auditoría de lo  
224 que dicen las Cartas de Servicio y auditoria de procesos, sí. Entonces hacemos  
225 mejoramiento y hacemos innovación y adopción de certificaciones y acreditaciones  
226 propias del sector, en temas de calidad alineados, y alineados a la metodología  
227 europea de mejoramiento. Que más..., la institucionalidad se está discutiendo  
228 todavía y ahí estamos pensando básicamente en crear un instituto que se haga cargo  
229 de esto, en el que entre las áreas y logren gestionar la mejora de la organización,  
230 basados en el sector público, como te mostré, eso es lo más importante de hecho.  
231 Eso es básicamente lo que tengo.

**ANEXO 3: Transcripción de resultados del diagnóstico preliminar de la Accreditation Canada International al Hospital Eugenio Espejo.**

**Fecha:** Agosto 19 de 2013

**Hora:** 10:00 am.

1 **G<sup>165</sup>:** *Buenos días, este hospital ha estado en el proceso de inicio de este sistema de*  
2 *acreditación. Primero tenemos que agradecer la colaboración de todos y cada uno*  
3 *de los participantes en este proceso, agradecer a las señoras que vienen de*  
4 *Accreditation Canada y que hoy nos van a presentar los resultados, unos*  
5 *resultados que como dijimos en la reunión preparatoria es una foto inicial sobre la*  
6 *cual vamos a ver las oportunidades de mejora, vamos a ver lo que tenemos que*  
7 *mejorar para llegar a la acreditación del más alto nivel. Hay la voluntad política,*  
8 *como habíamos dicho este es un compromiso presidencial, hay el apoyo de las*  
9 *autoridades ministeriales y también de las autoridades de esta institución para que*  
10 *esto llegue al mejor de los términos en los que podamos ver. Así es que sin más, yo*  
11 *daré paso a las técnicas de Accreditation Canada, que nos den los resultados que*  
12 *han encontrado en nuestro hospital.*

13 **L:** *Buenos días, estaré empezando este proceso de acreditación, mi nombre es Sam*  
14 *Kearns soy la líder del equipo. Y el otro miembro del equipo es Mark Arkis,*  
15 *primero vamos a revisar las observaciones generales del informe del estado de la*

---

<sup>165</sup> **G:** Gerente del Hospital Eugenio Espejo; **L:** Líder del equipo de acreditación de Accreditation Canada International.

16 preparación de la institución. Se nota que hay un fuerte compromiso para el proceso  
17 de acreditación por la autoridades de la institución, se nota a través del  
18 departamento de calidad, que ya han empezado la revisión de procedimientos y  
19 mejoras que se pueden realizar, ambas (se refiere a ella y la otra técnica) hablamos  
20 con pacientes y se nota que tienen una gran satisfacción con la atención que reciben  
21 en el hospital, se nota que hay un volumen que está creciendo a través del número  
22 de visitas de los pacientes, también como un hospital de atención médica  
23 especializada se nota que las instalaciones son un poco antiguas y puede ser que  
24 necesiten una remodelación. Otro punto, es que la creación del departamento de  
25 calidad es muy importante para este proceso de acreditación, en términos de las  
26 observaciones específicas se nota que la gerencia del hospital, tanto como el  
27 Ministerio de Salud Pública apoyan este proceso de acreditación. El reconocimiento  
28 del hospital como un centro nacional de atención médica especializada también es  
29 muy importante, también se nota que han desarrollado ciertos indicadores en  
30 términos de la gestión administrativa, se me olvidó mencionar que la señalización  
31 en todas las instalaciones está muy buena, también la creación del departamento de  
32 calidad como mencioné, y también que a través del departamento de calidad que  
33 está impulsando el desarrollo de manuales, normas y procedimientos en todas las  
34 áreas del hospital. En términos de las oportunidades para mejorar lo primero que  
35 se nota es la necesidad de continuar la renovación de la estructura física del  
36 hospital.

37 La debilidad financiera también es muy importante, siempre hay una necesidad de  
38 fondos para realizar estos pasos, también es importante que sigan adquiriendo  
39 nuevos equipos para mantener su estatus como un hospital de atención médica

40 especializada, como hay mucha demanda para atención médica es importante que  
41 tengan el número de personal adecuado para satisfacer la demanda, y como hay  
42 muchos pacientes y mucha demanda también es importante que se mantengan las  
43 facilidades necesarias para satisfacer esta demanda.

44 Y se nota que sería muy beneficioso que se tenga un sistema de historiales médicos  
45 electrónicos. Primero quiero hablar sobre la prestación de servicios, se nota que  
46 tienen directrices establecidas sobre las practicas técnicas, también tienen un equipo  
47 multidisciplinario que trabajan muy bien juntos, el flujo de los pacientes en el  
48 hospital se ha mejorado notablemente con el tema de desarrollo de la unidad de  
49 emergencia, la mejora de la unidad de emergencia y eso también en trabajo  
50 conjunto con el departamento de nutrición. Una unidad que se debe mejorar es la de  
51 prestación de servicios a los pacientes, hay que tomar en cuenta proteger la  
52 dignidad del paciente, se debe proteger la dignidad del paciente porque por ejemplo  
53 en el área de terapias, terapia intensiva vemos que es un área totalmente abierta es  
54 un área que no tiene cortinas y cuando se está realizando el aseo de algún paciente,  
55 está totalmente descubierto y todas las personas que entran al área de terapia  
56 intensiva pueden ver al paciente totalmente expuesto o desnudo.

57 El tema de la sala de aislamiento, entramos al área de aislamiento en terapia  
58 intensiva y vimos que no hay cuartos o habitaciones apropiadas para cierto tipos de  
59 aislamiento, me gustaría puntualizar que en el área de aislamiento ustedes no tienen  
60 una especie de sala pequeña o un cuarto previo a entrar al área de aislamiento,  
61 donde se puedan cambiar las ropas al entrar y al salir, este es un área que debe ser  
62 totalmente estéril, que no haya ninguna posibilidad de se transfieran gérmenes hacia  
63 afuera o hacia adentro. En el área de cuidados intensivos vimos que tienen un serio

64 problema con el tema de la capacidad en el área de aislamiento, vimos en el área  
65 general que había dos pacientes que deberían estar en el área de cuidados intensivos  
66 pero en la parte de aislamiento y estaban en el área general. En cuanto a los  
67 dispensadores del anti-bacterial, tienen muchos en el área de cuidados intensivos,  
68 pero necesitan más, muchos de los dispensadores que vimos de alcohol y gel no  
69 servían, donde se intentó lavarse las manos o intentó desinfectarse las manos,  
70 habían muchos que estaban descompuestos, deben ponerse en la entrada y salida de  
71 cada una de las aéreas, tanto quirófano como área de cuidados intensivos en la  
72 salida y entrada se deben poner los dispensadores de gel, porque ella (se refiere a su  
73 ayudante) intentó ayer al salir del área de cuidados intensivos lavarse las manos con  
74 alcohol y gel y no pudo.

75 En cuanto al uso del medicamentos, cada paciente tiene un perfil de medicamentos,  
76 lo cual es muy bueno porque se trabaja en conjunto con el departamento de  
77 farmacia, la enfermera, le llega el pedido, trabajan al perfil del pedido del paciente  
78 y de ahí se lo envía nuevamente al pedido de enfermería. Las enfermeras trabajan  
79 en base a este perfil del paciente.

80 Tienen cuatro aéreas de farmacia, un área de farmacia principal que está súper  
81 poblada tiene demasiadas cajas, vimos que habían también cajas en el piso lo cual  
82 se debe corregir. Estas cuatro áreas que ustedes reconocen son el área de farmacia  
83 de quirófano, farmacia de emergencia, farmacia de consulta externa y el área  
84 principal. El hecho de tener una farmacia en quirófano y otra farmacia en  
85 emergencia realmente es bastante útil.

86 Los felicito por haber elaborado los porcentajes, procedimientos, y algunas normas  
87 y protocolos pero realmente me incita a que busquen la aprobación a estos  
88 protocolos, que ya se están dando dentro del hospital.

89 La mayoría de los estándares de calidad de *Accreditation Canada* están basados en  
90 la seguridad del paciente. Se deben eliminar de las unidades de enfermería todos los  
91 recipientes con cloruro de potasio, porque ustedes son clínicos, y ustedes saben que  
92 una mala administración de cloruro de potasio en un medicamento intravenoso  
93 puede definitivamente o instantáneamente matar a un paciente.

94 Todas estas mezclas de medicamentos intravenosos se deben hacer en el área de  
95 farmacia, el tema del cloruro de potasio se debe tener una marca, una cruz roja a  
96 través de la cual los farmacéuticos sepan que esto es un producto altamente nocivo  
97 o altamente tóxico y así mismo deben tener una lista de los medicamentos de alta  
98 alerta donde se sepa que con esos medicamentos hay que tener sumo cuidado al  
99 hora de manejarlos.

100 Volviendo al tema del cloruro de potasio, este se debe mezclar en las fundas de  
101 soluciones intravenosas y se debe hacer en un área estéril, en esa misma área se  
102 debe tratar la parte de nutrición parenteral con personas especializadas en esto, con  
103 personas que deben estar vestidas desde la forma bloqueada para evitar  
104 contaminaciones y evitar males mayores para los pacientes.

105 Como pueden ver realmente todo esto es concerniente al control de infecciones, así  
106 como al de seguridad de los pacientes. He visto muchas irregularidades en el tema  
107 de farmacia, pero quisiera centrarme principalmente en farmacia de consulta

108 externa, si ustedes tuviesen la posibilidad de ingresar a la farmacia de consulta  
109 externa ahí estarían realmente sorprendidos.

110 El principal problema que vimos en farmacias fue el problema de la  
111 superpoblación, está demasiado llena la farmacia, tenían un inventario bastante  
112 largo, las cajas están apiladas hasta el techo pero principalmente la parte que más  
113 me llamó la atención fue el hecho de la salida de emergencia contra incendios, la  
114 salida de emergencia contra incendios estaba en la parte trasera, está cerrada por la  
115 parte de afuera entonces es imposible salir por estas unidades de emergencia.

116 En cuanto al tema de equipos e instalaciones me gustaría felicitarlos por las  
117 adquisiciones nuevas de equipos que han hecho, es algo muy bueno y se han  
118 profundizado más en el tema, pero realmente esto ha ayudado a tener un mejor flujo  
119 del paciente en el hospital.

120 También les felicito por tener un ingeniero en cuanto a seguridad industrial que sea  
121 parte del departamento de control de calidad esto es algo que les va ayudar  
122 enormemente en su trayecto,

123 Hemos visto que como dije anteriormente tienen bastante equipamiento nuevo, pero  
124 profundizando un poquito más en el tema, solamente les digo que ustedes van a  
125 tener que renovar más equipos para poder llegar en cuanto a la tecnología a tener  
126 los estándares de calidad de un hospital especializado.

127 En cuanto al movimiento de personal y suministros, primeramente voy hablar de  
128 los ascensores; tienen 5 ascensores de los cuales hay 3 que están marcados como  
129 acceso público o que son ascensores limpios y dos de ellos que son para todo  
130 aquello que es desechos y ropa sucia. Si ustedes deciden que estos tres ascensores

131 son para ropa limpia, personal y los otros dos para la parte de desechos o ropa  
132 sucia u objetos contaminados esto se debe respetar a cabalidad, se debe respetar el  
133 uso de cada uno de los ascensores.

134 En cuanto a la lavandería y a los carros de transportación o la cesta de  
135 transportación de ropas, tenemos entendido que hay varios colores y que se  
136 diferencian así su uso, hay carros rojos, carros negros, y carros blancos eso está  
137 muy bien, pero el fundamental problema que están enfrentando es que no tienen  
138 suficientes carros para cubrir la necesidades, lo otro es que al no existir la suficiente  
139 cantidad de carros para enfrentar sus necesidades, están llenando demasiado los  
140 carros, los de ropa sucia o ropa limpia, y eso corre el riesgo que la ropa se caiga en  
141 el transcurso de la sala a la lavandería y principalmente los carros no tienen tapas,  
142 se deben tapar.

143 Cuando ustedes reciben un dispositivo o alguna herramienta que dice de uso  
144 simple, realmente lo que quiere decir es eso, que solamente es de uso simple,  
145 entendemos que a veces el hospital por ahorrar dinero, y eso ocurre en muchos  
146 hospitales, por ahorrar dinero usan este tipo de herramientas y las vuelven a utilizar,  
147 pero eso no es apropiado y están corriendo un alto riesgo, pongo el ejemplo de los  
148 tubos usados para la ventilación artificial que se re usan y se re usan, eso no debería  
149 ser.

150 En cuanto a los contenedores de corto punzantes, tienen contenedores de corto  
151 punzantes muy pequeños, deben ser un poco más grandes y de forma tal que tengan  
152 un sistema que si la enfermera o algún personal echa alguna aguja o alguna jeringa  
153 dentro del contenedor de corto punzante, no sea capaz de meter la mano

154 nuevamente, que la mano no ingrese para evitar que se corten y así cuidamos la  
155 seguridad del personal.

156 Y ahora vamos hablar sobre el control de infecciones, los felicito por tener un  
157 nuevo departamento de control de infecciones, es un departamento que está  
158 trabajando bastante, que conoce todos los problemas que está teniendo el hospital,  
159 está trabajando en conjunto con todas las unidades de enfermería, visita los pisos y  
160 los servicios regularmente, y realmente los quiero felicitar por tener un equipo tan  
161 comprometido como lo que tienen actualmente.

162 También los quiere felicitar por el programa que tienen a partir del 2012 de manejo  
163 de administración de antibióticos esto es un trabajo que realmente está dando frutos  
164 y es gracias al trabajo conjunto de las enfermeras, con los doctores y el departamento  
165 de farmacia.

166 Otro tema a tocar es el de la higiene de las manos, se comentó que todo el personal  
167 del hospital sabe y tiene conocimiento de los procedimientos para lavarse las manos  
168 eso es algo muy positivo es algo muy bueno y me gustaría felicitarles por ello, pero  
169 deben hacer más énfasis en el tema y hacer seguimiento en que las personas estén  
170 haciéndolo apropiadamente. Me gustaría incitar o recomendar al departamento de  
171 control de infecciones que trabajen en el tema de poner posters, de poner afiches,  
172 donde se expliquen los pasos de los procedimientos para un buen lavado de manos,  
173 esto ayudaría al personal del hospital, ayudaría a los pacientes, y ayudaría también  
174 a los familiares de los pacientes que visitan el hospital, y que también se están  
175 llevando consigo para sus casas esta información, que ayuda a la higiene de las  
176 manos.

177 En cuanto a los quirófanos y al área de terapia intensiva, hay temas que se deben  
178 tomar muy en cuenta y es el tema de la reconstrucción porque hay serios problemas  
179 de diseño tanto en quirófano como en área de cuidados intensivos. También en  
180 cuidados intensivos y en todo el hospital, educar a las personas a usar  
181 apropiadamente los dispositivos o las ropas para evitar contaminaciones, así se está  
182 protegiendo al paciente y se está protegiendo el personal.

183 El tema por el cual puse la construcción en este reporte, es porque se deben  
184 asegurar que cuando hay contratistas externos al hospital trabajando en temas de  
185 construcción dentro del hospital, se debe garantizar que estas personas sigan las  
186 reglas y sigan los protocolos del hospital para poder evitar infecciones, porque  
187 ellos deben tener en cuenta que esto es un hospital y trabajar bajo las de seguridad  
188 que tienen ustedes como institución.

189 El último tema, el tema de lavandería por el cual sabemos que las personas de  
190 lavandería tienen bien separado lo que es la ropa sucia, la ropa limpia y entienden  
191 por qué deben hacer estos procedimientos.

192 Ahora vamos hablar un ratito sobre la vida laboral, se nota que el personal es muy  
193 cálido y comprometido y eso resulta en la satisfacción de los pacientes. Y para  
194 seguir mejorando la experiencia de todo el personal se recomienda hacer una  
195 encuesta sobre la satisfacción del mismo personal, a través de esta encuesta el  
196 departamento de calidad puede financiar los factores para las condiciones de trabajo  
197 y las necesidades del personal, también se recomienda que haya un programa de  
198 reconocimiento del personal. Voy a mencionar unos puntos que ya mencioné sobre  
199 liderazgo y cultura del hospital: ya mencionamos el liderazgo que tienen a través  
200 del Ministerio de Salud Pública y la gerencia del hospital, que ya han cumplido la

201 primera evaluación del estado de preparación de la institución. Se recomienda que  
202 una de las oportunidades para mejorar sea que hagan capacitación sobre el proceso  
203 de acreditación para todo el personal, para que entiendan cómo es el proceso y los  
204 motivos para hacer la acreditación.

205 Y como parte de la *Acreditación Canadá*, vamos a estar con ustedes a través de  
206 todo el proceso, para mejorar sus experiencias y participar con ustedes en cada paso  
207 del proceso. También se recomienda que el departamento de calidad realice un  
208 programa de manejo de riesgos, otro punto que mencioné anteriormente es la  
209 señalización que se ha realizado en todo el hospital, y se nota que a través del uso  
210 de medios sociales, la reputación del hospital ha mejorado en los últimos años, se  
211 nota que uno de los puntos de oportunidades de mejora es que hay una necesidad  
212 por un sistema electrónico de información sobre la salud para manejar la  
213 información mejor. También se recomienda que el departamento de calidad  
214 establezca un plan de comunicación sobre el proceso de acreditación.

215 Ahora vamos hablar sobre cinco puntos que tiene que ver como se hace una cultura  
216 de la mejora de calidad. Primero es la visión para obtener la acreditación, segundo  
217 la planificación estratégica que incluye todo el personal, hay una necesidad de  
218 comunicar los logros de la institución, además es importante que construyan un  
219 plan sobre la implementación de la acreditación y las recomendaciones que se  
220 presenten posteriores, otro punto son las capacidades del hospital, primero es  
221 importante que haga una inversión en la formación, dirección y las estrategias  
222 definidas para que todo el personal tenga nuevas capacidades, también es  
223 importante que se capaciten en el fortalecimiento de equipos.

224 También es muy importante que tengan los recursos humanos adecuados para  
225 satisfacer la demanda y obtener la acreditación, en términos de los incentivos, es  
226 importante que se enfoquen en la comunidad para mejorar la institución,  
227 seguramente quieren ser reconocidos a nivel internacional como una institución  
228 acreditada, y eso se refleja en las experiencias positivas de los pacientes, a través  
229 de este proceso van a desarrollar mejores procesos y van a tener mucho orgullo en  
230 el trabajo que realizan.

231 Los recursos que necesitan para realizar este proceso, primero el tiempo siempre es  
232 importante que tengan el tiempo para dedicarlo a este proceso, también necesitan  
233 equipos y los suministros para realizar el trabajo, y desde ahora es importante que  
234 establezcan equipos de autoevaluación en todos los departamentos del hospital, y  
235 este es el plan de acción en general. Voy a ver los puntos principales:

236 Primero el desarrollo de un plan de calidad, la identificación de equipos internos de  
237 acreditación y los requisitos que necesitan cumplir para obtener la acreditación en  
238 cada departamento. La asignación de los equipos de acreditación, la creación de un  
239 comité de gestión de calidad, una capacitación para todo el personal y los líderes de  
240 los equipos. También la definición de procedimientos y cronogramas para la  
241 implementación de las recomendaciones que van a nacer de este primer informe  
242 que se llama la evaluación del estado de preparación, y de allí celebrar los logros  
243 que realicen.

244 Entonces los próximos pasos es que los evaluadores van a entregar este primer  
245 informe sobre la evaluación del estado de la institución, de ahí van a realizar una  
246 teleconferencia con la gerencia y los líderes de acreditación para contestar cualquier  
247 duda que tienen, muchas gracias.

248 **G:** Bueno gracias a Sam y a Ben por el informe que nos han dado, creo que hay  
249 que resaltar algunos temas yo diría el compromiso de cada uno de las personas  
250 que trabajaron con el equipo de acreditación, lo pusieron como lo dijimos en la  
251 reunión preparatoria diciendo la verdad como está el hospital, y solo así podemos  
252 mejorar, creo que este informe arroja oportunidades de cambio desde aprender a  
253 lavarnos las manos, hasta adquirir equipos de la más alta tecnología. Esto nos  
254 involucra a todos, a todos y cada uno de nosotros, todos en diferentes niveles,  
255 desde los compañeros que hacen la limpieza, sin tratar de menospreciar a ellos,  
256 hasta todos los compañeros que hacen las cirugías de más alto nivel, todos estamos  
257 comprometidos en este cambio. También comprometerles a las autoridades del  
258 Ministerio de Salud, que esto implica una fuerte inversión en el hospital, sí, como  
259 ustedes ven las recomendaciones para tener el nivel que nosotros aspiramos, el  
260 nivel de acreditación a nivel de diamante que queremos, porque ese es el objetivo  
261 que nos hemos propuesto, hace falta mucha inversión, lo importante es que aquí  
262 estamos comprometidos en hacer. Gracias por venir, en 21 días estará el informe  
263 detallado de la acreditación, esta presentación nos la van a dejar circulando y en  
264 21 días nos dan el informe y mientras tanto nos estaremos comunicando con cada  
265 uno, porque ya tenemos tareas, en formar los equipos de autoevaluación.

266 No era con preguntas y con intervenciones esta reunión por el pedido de las  
267 acreditadoras, nosotros nos reuniremos con cada uno de los equipos, les  
268 agradecemos su presencia, muchas gracias.

## **ANEXO 4: Banco de preguntas de entrevistas semi estructuradas y de entrevistas estructuradas.**

### **Entrevistas semi estructuradas**

- 1) ¿Cuáles son las iniciativas de mejora que han causado mayor impacto positivo o negativo en el servicio de emergencias?
- 2) ¿Cuáles han sido o cuáles serían los estímulos que se deberían ofrecer al personal de médicos para que se sientan motivados a prestar un mejor servicio al paciente?
- 3) ¿Cuáles son las principales situaciones que dificultan brindar un servicio de calidad al paciente?
- 4) ¿Qué le parecen las iniciativas del MSP de incluir la voz del paciente en las acciones de mejoramiento de los servicios de salud?
- 5) ¿Qué se debería hacer en el servicio de emergencias para mejorar la atención prestada?

### **Entrevistas estructuradas**

## Instrumento: Percepción de la calidad de atención al usuario/a

### 1) Datos Personales

**1. SEXO (Contesta el encuestador)**

1. Mujer 2. Hombre

**2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? (Se anota el número)**

**3. ¿CÓMO SE AUTOIDENTIFICA?**

1. Blanco/a 2. Negro/a 3. Mestizo/a 4. Indígena 5. Otro/a

**4. ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL IDIOMA QUE HABLA?**

1. Nativa 2. Castellano 3. Extranjero

**5. ¿EN QUÉ PROVINCIA VIVE USTED? (Escribir textualmente)**

**6. ¿EN QUÉ CANTÓN VIVE USTED? (Escribir textualmente)**

**7. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS?**

**8. ¿CUÁNTO TIEMPO SE DEMORÓ DESDE QUE SALIÓ DE SU CASA HASTA QUE LLEGÓ A ESTE HOSPITAL?**

1. Menos de 30 minutos 2. De 31 minuto a 2 horas 3. Más de 2 horas.

### 2) Calidad, Tiempo de Atención y conocimiento de las políticas

**9. ¿CÓMO OBTUVO SU TURNO PARA RECIBIR ATENCIÓN?**

1. Fue remitido de otro centro médico 3. Fue trasladado de urgencia  
2. Acudió personalmente 4. Otros (explique cuál)

**10. ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ DESDE QUE LLEGÓ AL HOSPITAL HASTA QUE FUE ATENDIDO? (Pregunta abierta, colocar el tiempo en minutos)**

**11. ¿CUÁNTO TIEMPO CREE QUE USTED DEBERÍA ESPERAR DESDE QUE LLEGA AL HOSPITAL HASTA SER ATENDIDO? (Pregunta abierta, colocar el tiempo en minutos)**

**12. ¿EN SU ESTADÍA, CUANDO SOLICITA AYUDA, QUÉ TIEMPO PASA HASTA QUE ES ATENDIDO? ¿EN QUE TIEMPO LE GUSTARÍA SER ATENDIDO? (Preguntas abiertas, colocar los tiempo en minutos)**

**13. ¿SI PUDIERA COLABORAR CON EL HOSPITAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE SE DA A LOS PACIENTES, CUÁNTO LE GUSTARÍA COLABORAR? 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO**

1. 2. 3 4.

**14. ¿CONOCE UD. QUE PARA SER ATENDIDO EN UN HOSPITAL PRIMERO DEBE IR A UN CENTRO DE SALUD? Si la respuesta es afirmativa, ¿CUÁNTO CONCUERDA CON ESA DISPOSICIÓN? 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. NO ESTÁ DE ACUERDO**

1. 2. 3 4. 5.

**15. ¿CONOCE UD. QUE PARA SER ATENDIDO EN LA CONSULTA DE UNA UNIDAD DE SALUD DEBE OBTENER UN TURNO POR TELÉFONO? Si la respuesta es afirmativa, ¿CUÁNTO CONCUERDA CON ESA DISPOSICIÓN? 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. NO ESTÁ DE ACUERDO**

1. 2. 3 4. 5.

### 3) Información recibida

**16. ¿DENTRO DEL HOSPITAL, LE COMUNICARON SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS COMO PACIENTE?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**17. ¿CONOCE EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE ATENDIÓ?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**18. ¿CUANDO INGRESÓ LE DIERON INFORMACIÓN SOBRE LOS TRÁMITES QUE DEBÍA HACER PARA SER ATENDIDO? Si contesta afirmativamente ¿LA INFORMACIÓN DADA LE FUE ÚTIL?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. NO LE DIERON 6. EXPECTATIVA**

1. 2. 3. 4. 5. 6. Expectativa

**19. ¿LE DIERON INFORMACIÓN SOBRE LO QUE TENÍA? Si la respuesta es afirmativa preguntar ¿DE LO QUE LE EXPLICARON, CUÁNTO ENTENDIÓ USTED?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. NO LE DIERON 6. EXPECTATIVA**

1. 2 3. 4. 5. 6. Expectativa

**20. ¿LE DIERON INFORMACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE LE REALIZARÍAN? Si la respuesta es afirmativa preguntar ¿DE LO QUE LE EXPLICARON, CUÁNTO ENTENDIÓ USTED?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. NO LE DIERON 6. EXPECTATIVA**

1. 2. 3. 4. 5. 6. Expectativa

**21. ¿USTED ESTUVO DE ACUERDO O CONSINTIÓ PARA LA REALIZACIÓN DE ESOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS?**

**23. SI EL MÉDICO LE RECETÓ ALGÚN MEDICAMENTO, ¿LE INFORMÓ SOBRE POSIBLES CONSECUENCIAS NEGATIVAS O CONTRAINDICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**24. ¿LE INFORMARON SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR EN CASA CUANDO SALGA DEL HOSPITAL?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**25. ¿YA SABE SI VA A REQUERIR UNA CONSULTA DE CONTROL?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**26. ¿LE INFORMARON CUÁNDO, Y QUÉ HACER CUANDO REGRESE PARA UN CONTROL?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

#### **4) Atención del profesional de la salud**

**27. ¿DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA, QUÉ TAN AMABLE ES EL TRATO DEL MÉDICO TRATANTE QUE LE EXAMINA?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. EXPECTATIVA**

1. 2. 3. 4. 5. Expectativa

**28. ¿QUÉ TAN SATISFECHO SE SIENTE USTED CON EL TIEMPO QUE SE TOMA EL MÉDICO PARA ATENDER SUS NECESIDADES?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. EXPECTATIVA**

1. 2. 3. 4. 5. Expectativa

**29. ¿CUÁNTO CONSIDERA USTED QUE LOS MÉDICOS Y/O ENFERMERAS RESPETAN SU PRIVACIDAD?: 1. NADA 2. POCO 3. ALGO 4. MUCHO 5. EXPECTATIVA**

1. 2. 3. 4. 5. Expectativa

**30. ¿SIENTE CONFIANZA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUE LE DAN?**

1. Si 2. No 3. Expectativa

**31. ¿RECIBE GRATUITAMENTE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETAN?**

1. Si
2. No tienen los medicamentos
3. Algunos
4. Expectativa

#### **5) Trato del Personal del Hospital**

\*A continuación le voy a leer una serie de personas que trabajan en este Hospital. Le pido que califique el trato que recibe de ellos. Si no tuvo o no tiene contacto con alguno de ellos seguiremos con el siguiente. La calificación del trato es la siguiente:

**1. MUY MALO 2. MALO 3. BUENO 4. MUY BUENO 5. NO TUVO CONTACTO 6. EXPECTATIVA**

**32. PERSONA DE ADMISIONES (Quién le dio el turno, le abrió la historia clínica, le pidió la cédula)** 6. Expectativa

**33. MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE LE ATIENDE** 6. Expectativa

**34. ENFERMERAS O AUXILIARES DE ENFERMERÍA** 6. Expectativa

**35. PERSONAL DE VIGILANCIA** 6. Expectativa

**36. PERSONAL DE FARMACIA** 6. Expectativa

#### **6) Confort de los Servicios Generales**

\*A continuación le voy a leer algunos temas del servicio de emergencias del Hospital. Le pido que los califique con la siguiente escala:

**1. MUY MALO 2. MALO 3. BUENO 4. MUY BUENO 5. EXPECTATIVA**

**37. COMODIDAD** 6. Expectativa

**38. LIMPIEZA** 6. Expectativa

**39. ILUMINACION** 6. Expectativa

**40. SEÑALIZACION (Rótulos dentro de la unidad)** 6. Expectativa

#### **7) Problemas en el Servicio**

**41. ¿CUÁL FUE O ES EL PRINCIPAL INCONVENIENTE CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOSPITAL? (Pregunta semiabierta)**

1. No tuvo ningún inconveniente (Sigue a la pregunta 42)
2. El tiempo de espera
3. El trato del personal
4. La falta de medicamentos
5. La falta de información médica clara
6. Instalaciones, equipo médico, espacio insuficiente
7. Todas las anteriores
8. Otros (Diga cuál)

**42. (Solo para quienes contestaron que tuvieron algún problema en la pregunta anterior) ¿CUÁL FUE O ES EL SEGUNDO INCONVENIENTE MÁS GRAVE CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOSPITAL? (Pregunta semiabierta)**

1. No tuvo ningún otro inconveniente
2. El tiempo de espera
3. El trato del personal

- 4. La falta de medicamentos
- 5 La falta de información médica clara
- 6. Instalaciones, equipo médico, espacio insuficiente
- 7. Todas las anteriores
- 8. Otros (Diga cuál)

**8) Satisfacción con el Servicio recibido**

**43. ¿HA VENIDO ANTERIORMENTE A ESTE HOSPITAL? En el caso de que la respuesta sea afirmativa preguntar, ¿CÓMO CALIFICARÍA LA ATENCIÓN RESPECTO A SU VISITA ANTERIOR?**

- 1. No he venido antes
- 2. Peor
- 3. Igual
- 4. Mejor
- 6. Expectativa

**44. ¿USTED VOLVERÍA O NO VOLVERÍA A ATENDERSE EN ESTE HOSPITAL?** 1. Si

2. No

**45. ¿POR QUÉ VOLVERÍA O NO VOLVERÍA A ATENDERSE EN ESTE HOSPITAL? (Pregunta abierta, escribir textualmente)**

**46. ¿RECOMENDARÍA USTED ESTE HOSPITAL A UN FAMILIAR CERCANO?**

- 1. Definitivamente no
- 2. Probablemente no
- 3. Probablemente sí
- 4. Definitivamente sí

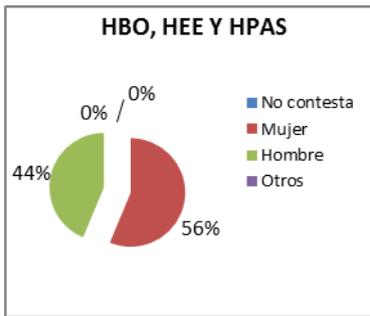
**47. ¿POR QUÉ (Repetir la respuesta de la pregunta anterior) RECOMENDARÍA ESTE HOSPITAL A UN FAMILIAR CERCANO? (Pregunta abierta, escribir textualmente)**

En todas las preguntas 0 corresponde a: No sabe, no contesta

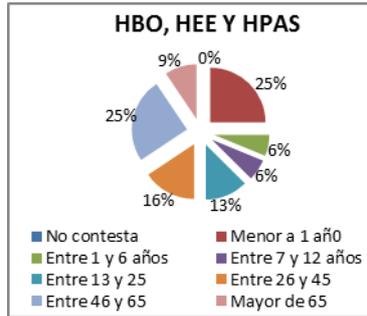
FECHA:..... HOSPITAL:.....

CIUDAD: ..... CANTON:..... PROVINCIA:.....

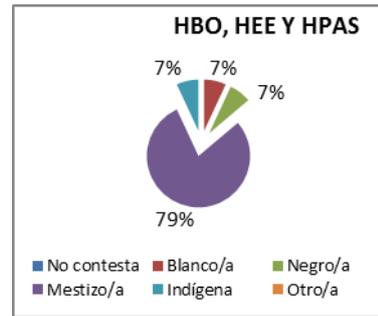
**ANEXO 5: Gráficos de entrevistas estructuradas**



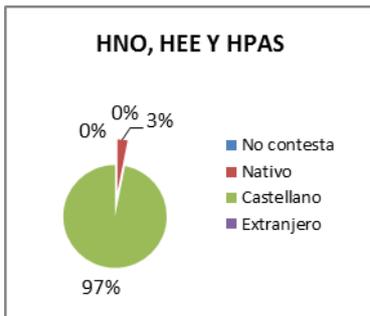
**Pregunt 1**



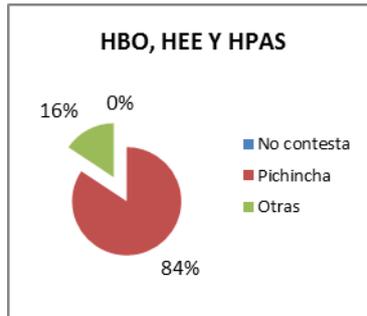
**Pregunt 2**



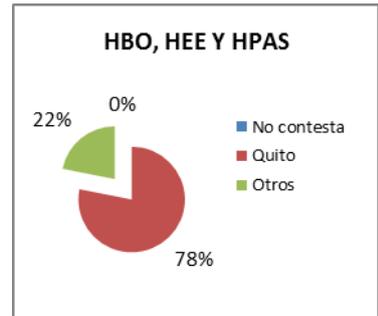
**Pregunt 3**



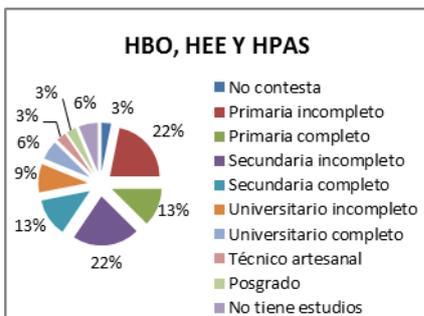
**Pregunt 4**



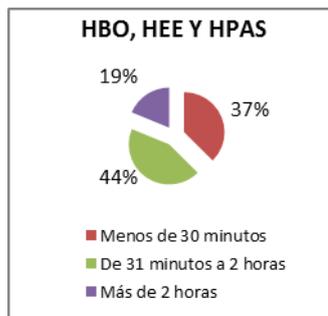
**Pregunt 5**



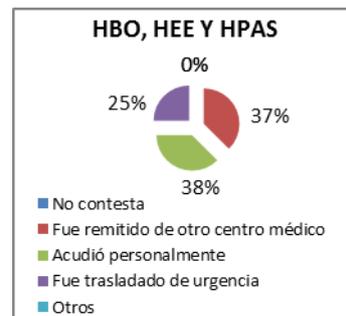
**Pregunt 6**



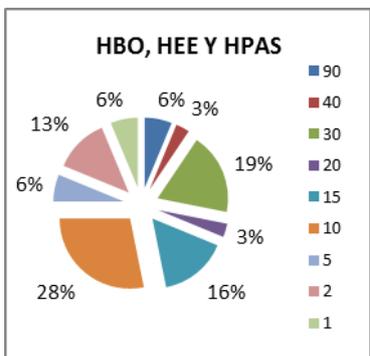
**Pregunt 7**



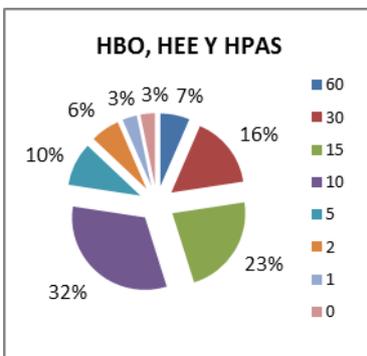
**Pregunt 8**



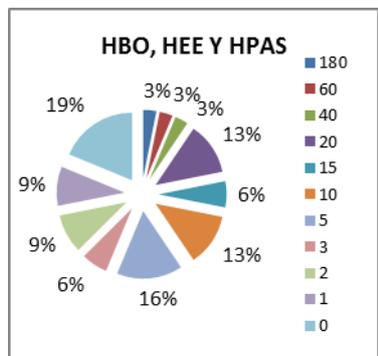
**Pregunt 9**



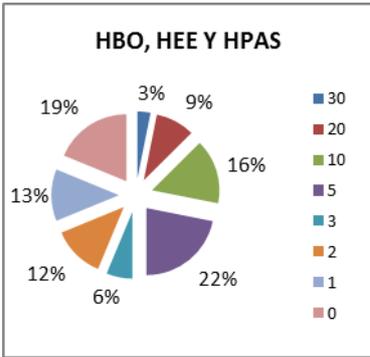
**Pregunt 10**



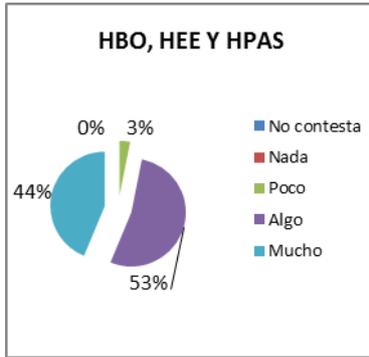
**Pregunt 11**



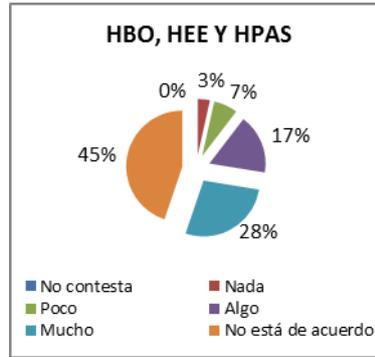
**Pregunt 12**



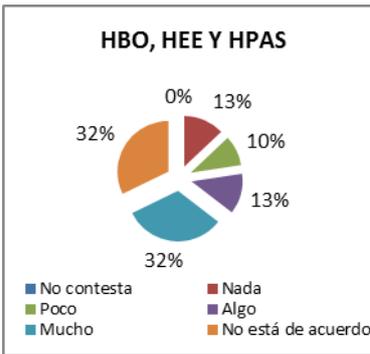
**Pregunta 12.1**



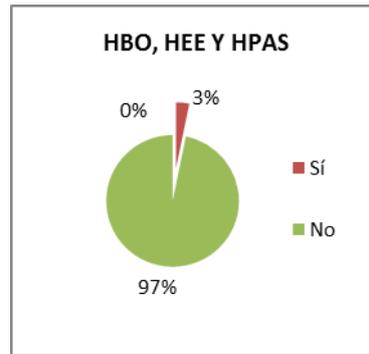
**Pregunta 13**



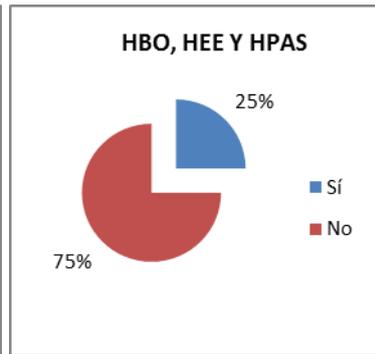
**Pregunta 14**



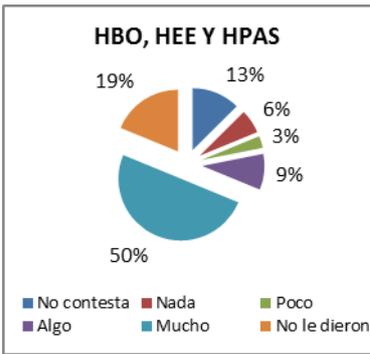
**Pregunta 15**



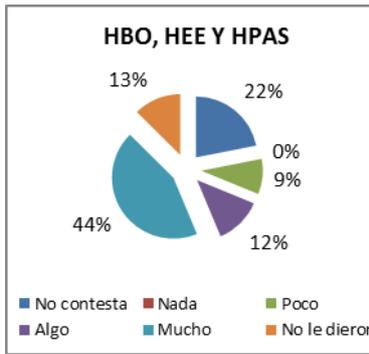
**Pregunta 16**



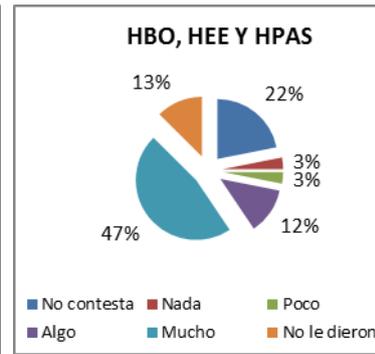
**Pregunta 17**



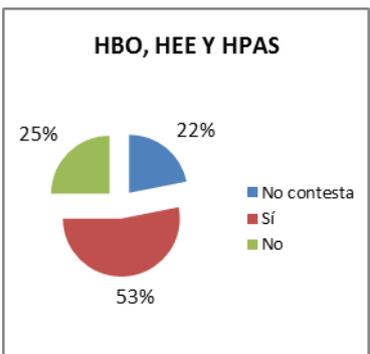
**Pregunta 18**



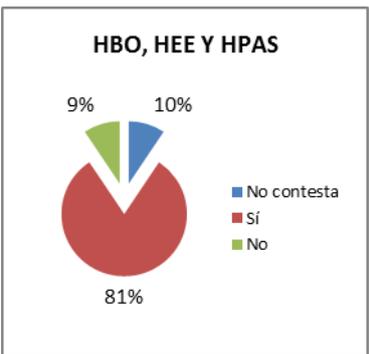
**Pregunta 19**



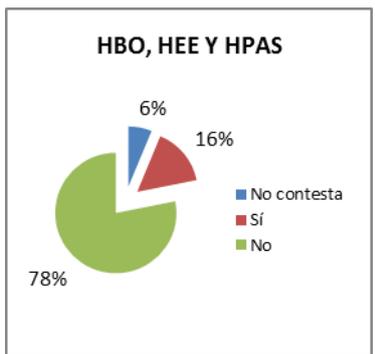
**Pregunta 20**



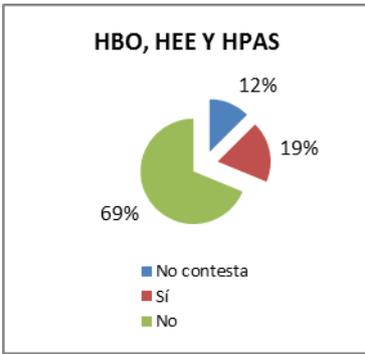
**Pregunta 21**



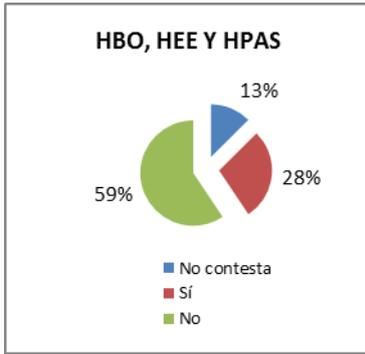
**Pregunta 22**



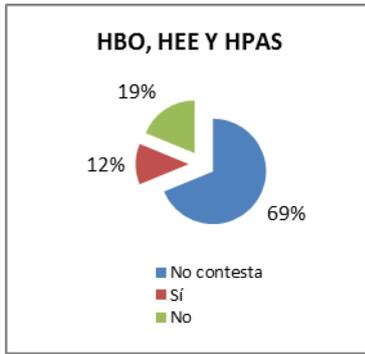
**Pregunta 23**



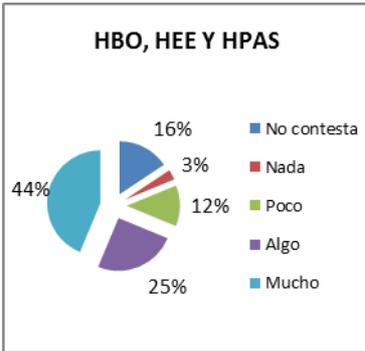
**Pregunta 24**



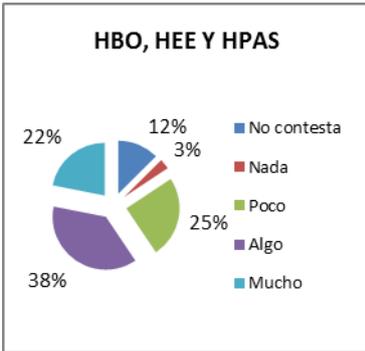
**Pregunta 25**



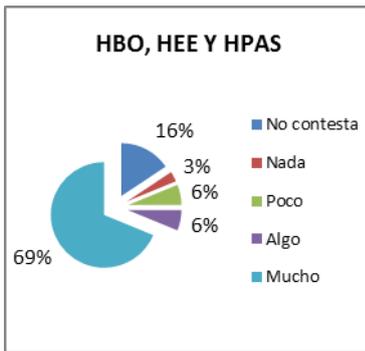
**Pregunta 26**



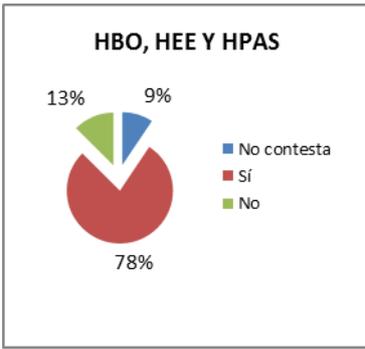
**Pregunta 27**



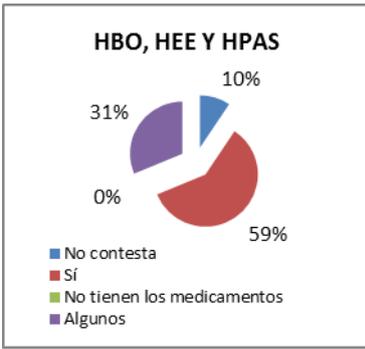
**Pregunta 28**



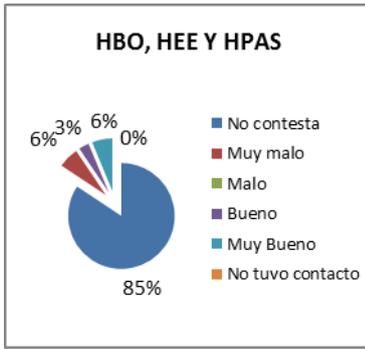
**Pregunta 29**



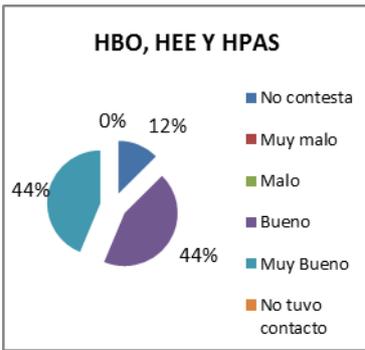
**Pregunta 30**



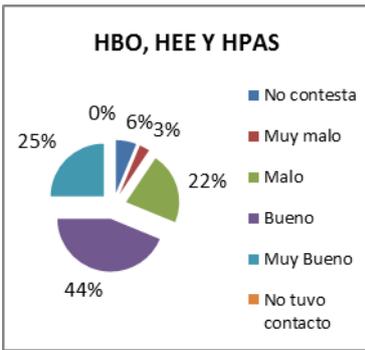
**Pregunta 31**



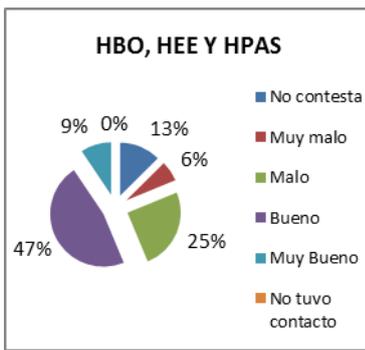
**Pregunta 32**



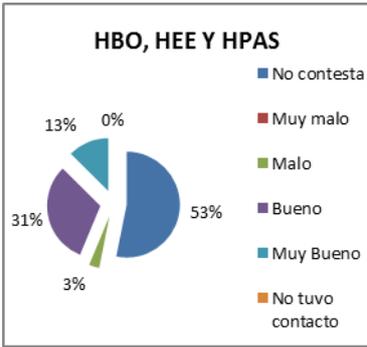
**Pregunta 33**



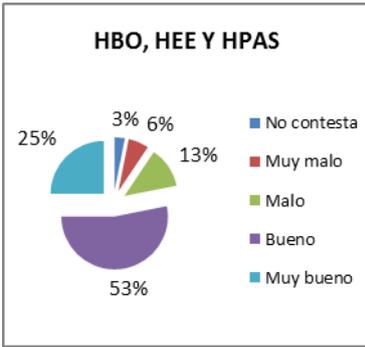
**Pregunta 34**



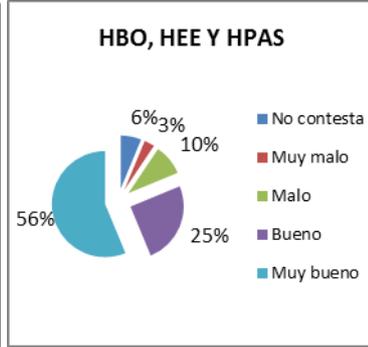
**Pregunta 35**



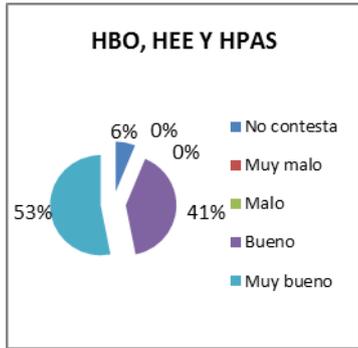
**Pregunt 36**



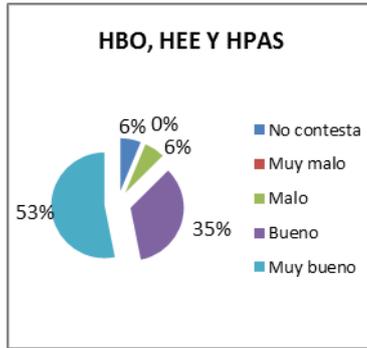
**Pregunt 37**



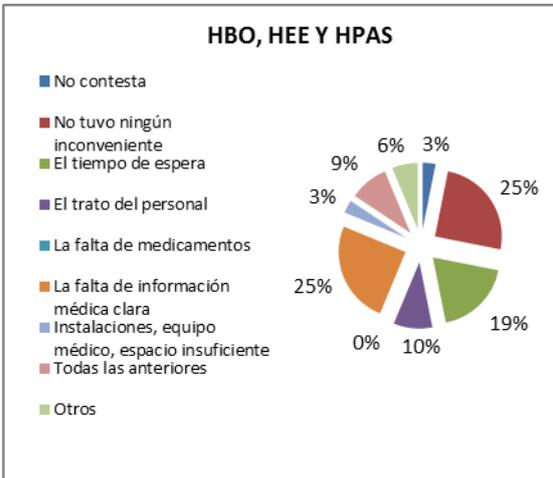
**Pregunt 38**



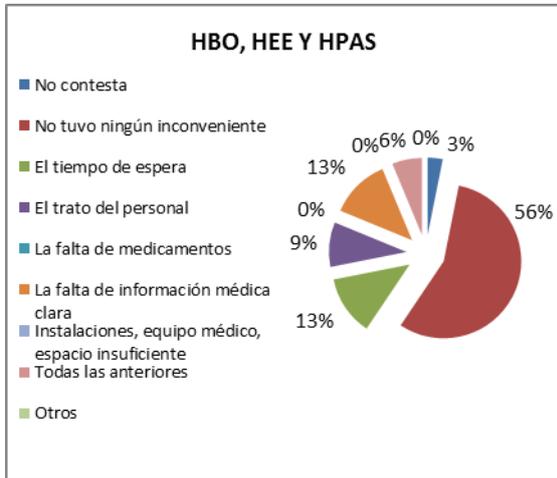
**Pregunt 39**



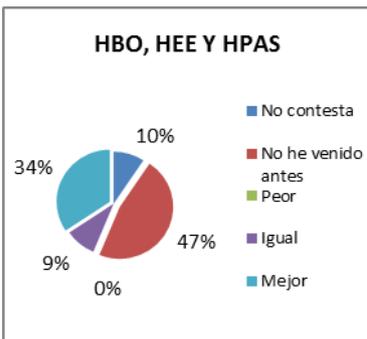
**Pregunt 40**



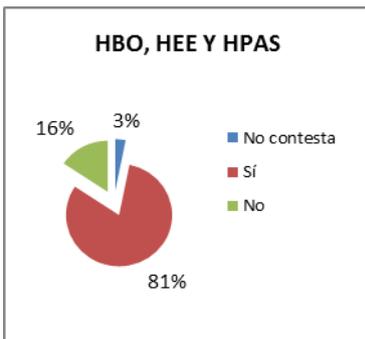
**Pregunt 41**



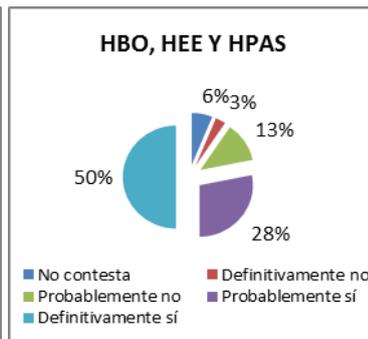
**Pregunt 42**



**Pregunt 43**



**Pregunt 44**



**Pregunt 46**