



## Barreras de acceso que presentan los usuarios en el servicio de consulta externa

Barriers to access presented by users in outpatient services

David Alejandro Moreira Briones, Ing. <sup>(1)</sup>

Carlos Andrés Vélez García, Md., Mg. <sup>(2)</sup>

Fernando Marcelo Armijos Briones, Od., PhD. <sup>(3)</sup>

Juan Fernando Coronel Daquilema, Md., Mg. <sup>(4)</sup>

<sup>1</sup>Instituto Superior Tecnológico Portoviejo con Condición Superior Universitario, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Tecnología Superior Universitaria en Emergencias Médicas, Portoviejo – Manabí - Ecuador, Correo: david.moreira@itsup.edu.ec, Código Orcid: 0009-0006-9727-5052.

<sup>2</sup>Instituto Superior Tecnológico Portoviejo con Condición Superior Universitario, Facultad de Ciencias de la Salud, Coordinador de la Carrera de Tecnología Superior Universitaria en Emergencias Médicas, Portoviejo-Manabí-Ecuador, Correo: carlos.velez@itsup.edu.ec, Código Orcid: 0000-0002-4292-9489

<sup>3</sup>Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Escuela de Odontología, Guayaquil-Guayas-Ecuador, Correo: fernando.armijos@uess.edu.ec, Código Orcid: 0000-0002-5500-4768

<sup>4</sup>Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Medicina, Cuenca, Azuay, Ecuador, Correo: juan.coronel@ucacue.edu.ec, Código Orcid: 0000-0002-8164-0418

**Contacto:** david.moreira@itsup.edu.ec

**Recibido:** 30-08-2024

**Aprobado:** 16-11-2024

### Resumen

Conseguir una cita médica en el Hospital del IESS Portoviejo es un proceso que muchos usuarios consideran complicado debido a varios factores. Entre las principales dificultades están la congestión en la plataforma de agendamiento, donde es común que el sistema esté saturado, la falta de disponibilidad de citas en ciertas especialidades, y los largos tiempos de espera, tanto para obtener una cita como para ser atendido. A esto se suman las quejas por la escasez de médicos y recursos en algunas unidades, lo que agrava la situación y genera frustración entre los afiliados. El objetivo de esta investigación fue analizar las barreras de acceso que presentan los usuarios en el servicio de consulta externa en el Hospital IESS de la ciudad de Portoviejo. Este estudio

es de tipo descriptivo, observacional, cuantitativo y de corte transversal, mediante un muestreo probabilístico aleatorizado en las salas de espera se encuestaron a 584 usuarios con un 95% y un 5% de margen de error. La metodología de recopilación de datos fue analizada mediante SPSS, usando ANOVA para identificar diferencias significativas. Además, se aplicaron encuestas a diferentes usuarios de la consulta externa para obtener datos relacionados a las citas medicas con los especialistas. En conclusión, conseguir atenderse de un especialista en la consulta externa, conlleva diferentes problemas sin importa el tipo de afiliación que tenga el usuario.

**Palabras clave:** Servicio, accesibilidad, consulta externa

**Abstract**

<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia>



Getting a medical appointment at the IESS Portoviejo Hospital is a process that many users consider complicated due to several factors. Among the main difficulties are congestion on the scheduling platform, where it is common for the system to be saturated, the lack of availability of appointments in certain specialties, and long waiting times, both to obtain an appointment and to be attended to. Added to this are complaints about the shortage of doctors and resources in some units, which aggravates the situation and generates frustration among members. The objective of this research was to analyze the access barriers presented by users in the outpatient service at the IESS Hospital in the city of Portoviejo. This study is descriptive, observational, quantitative and cross-sectional, using random probabilistic sampling in waiting rooms, 584 users were surveyed with a 95% and 5% margin of error. The data collection methodology was analyzed through SPSS, using ANOVA to identify significant differences. In addition, surveys were administered to different users of the outpatient clinic to obtain data related to medical appointments with specialists. In conclusion, getting help from a specialist in outpatient consultation entails different problems regardless of the type of affiliation the user has.

**Keywords:** Service, accessibility, external consultation

## Introducción

La atención sanitaria especializada es una de las más costosas para todos los sistemas de salud en el mundo. De ahí que, desde hace varios años se ha buscado que la atención sanitaria se centre en la Atención Primaria en Salud (1). El objetivo de potenciar la Atención Primaria en Salud es conseguir no solo una reducción en los gastos sanitarios, sino también, que las personas se enfermen menos y que los servicios de salud especializados no se colapsen (2).

Los sistemas de salud latinoamericanos tienen grandes desafíos para poder cumplir los compromisos adquiridos con la salud de sus habitantes. Como, por ejemplo, el déficit del financiamiento de los servicios de salud, en donde aún la mayoría de los países no alcanza la meta de invertir mínimo el 6% del PIB como gasto sanitario público propuesto por la Organización Panamericana de la

Salud (OPAS) (3). Cumplir con sus propias constituciones en donde la mayoría se impone como deber constitucional garantizar un acceso universal a los servicios de salud (4). Además, cumplir con Objetivos de Desarrollo Sostenible, en donde se debe buscar la Cobertura Universal de Salud (5). Debido a esto, los sistemas de salud latinoamericanos se vieron en la tarea de replanificar sus modelos de salud pública para garantizar el derecho a la salud de la población por una parte y financiar ese mismo sistema con iguales o menores recursos para la cantidad de población a la que deben atender, por otra.

En el Ecuador, esa variación del modelo se concretó en 2013, con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (6). En este modelo se dan las pautas para el fortalecimiento de la atención primaria, centrada en la prevención de la enfermedad y la participación de las personas en el diagnóstico y solución de sus problemas de salud. Se establece, además, que la puerta de entrada al sistema de salud ecuatoriano será el primer nivel de atención, destinado a resolver hasta el 80% de los problemas de salud de la población. El otro 20% restante deberá ser resuelto por los hospitales de segundo nivel (básicos y regionales) y tercer nivel (especializados). Al proponer a la Atención Primaria en Salud como la puerta de entrada al sistema sanitario, se intenta establecer, al menos teóricamente, que esta es la única forma de acceder a los hospitales de segundo y tercer nivel (con excepción de los casos de emergencia).

Para cumplir con el objetivo de tener una única entrada, el Ministerio de Salud Pública actualizó el Manual para el Subsistema de Referencia y Contrarreferencia o derivación comunitaria (7). En este se explica como los profesionales de salud del primer nivel deben referenciar a los pacientes con problemas complejos de salud hacia los hospitales y como los profesionales de salud especializados deben regresar a los pacientes (contrarreferencia) para que su tratamiento y recuperación sea supervisado en el primer nivel y así conseguir el cierre del ciclo que rehabilite al paciente.

En teoría, este modelo de atención sanitaria garantizaría el derecho a la salud de la población, prevendría enfermedades y/o

complicaciones y economizaría los recursos limitados del sistema sanitario. Para esta tarea se invirtió en la mejora de la atención primaria antes de poner en marcha la estrategia (8). Los resultados de la estrategia fueron medidos en una primera fase y eran alentadores aún sin llegar a la meta mínima de inversión recomendada en 2017 (9).

Actualmente, no es poco conocido en el Ecuador que el financiamiento del sistema de salud público desde el 2019, disminuyó de forma sustancial, y no solo los recursos económicos sino también los humanos. Fue de esta forma que el sistema sanitario enfrentó la primera embestida de la pandemia por Covid19. Dejando en evidencia lo mal dotados que estaban los hospitales del país por falta de financiamiento y lo mucho que falta para que estén completamente funcionales (10).

Con la falta de financiamiento, la desorganización que existe en el sistema de salud ecuatoriano producto de la pandemia y la falta de profesionales en la atención primaria de salud es probable que el país vuelva de lleno, a una salud asistencialista y, que las personas vuelvan a buscar atención de primer nivel en los hospitales. Esto podría resultar en el colapso de estos que, como evidencian algunos autores, no se encuentran en su mejor momento. Además, significaría un aumento en el gasto sanitario por atenciones especializadas que son mucho más costosas. Es por esta razón que se hace necesario identificar como los usuarios están accediendo a los servicios especializados de salud para tomar los correctivos necesarios a tiempo, ahora que se está retomando la normalidad en las consultas externas de los hospitales.

El conocer la forma en la que los usuarios de los servicios especializados de los hospitales públicos del país acceden a estos, podría contribuir a mejorar la forma de agendamiento corrigiendo el acceso inadecuado o impulsando el agendamiento normalizado. En un sistema de salud con falta de financiamiento, en donde se brinda atención de mayor costo, es importante buscar la efectividad en el gasto de los recursos.

La forma establecida para poder acceder los servicios de salud especializados en el Ecuador, están normados por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En

este documento se detalla que, el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y cuando se requiera de un servicio especializado, se debe usar el sistema de referencia y contra referencia para que el paciente acuda al segundo nivel a resolver su problema de salud y retorne para controlar su recuperación en el primero. La finalidad de este proceso no es solo garantizar un orden en el sistema de salud, es sobre todo, para descongestionar los hospitales y economizar en el limitado presupuesto del sistema público (6).

Es posible que, debido a la costumbre entre los usuarios de conseguir “atajos” para poder acceder a las consultas especializadas en los hospitales y evitar el uso del sistema de referencia y contra referencia, incrementa un valor adicional en el costo sanitario. Debido a la falta de evidencia científica sobre este fenómeno en el Ecuador, es que esta investigación busca determinar si existe un “acceso irregular” en el sistema de salud ecuatoriano que pueda incrementar el gasto de bolsillo y por consiguiente la falta de protección financiera y el riesgo de empobrecimiento familiar o catástrofe financiera.

El objetivo de este estudio fue determinar las formas de acceso a los servicios de consulta externa en el Hospital General IESS Portoviejo en el periodo agosto a octubre del 2024.

## **Materiales y Métodos**

La investigación es de tipo descriptiva, con un diseño no experimental, con un enfoque cuantitativo, de corte transversal y prospectivo. Para la recopilación de datos, se emplearon métodos tanto teóricos como empíricos. En primer lugar, se utilizó el enfoque de análisis-síntesis para recabar información bibliográfica proveniente de estudios, protocolos y estándares relacionados con las barreras de acceso de los afiliados en el servicio de consulta externa en el Hospital IESS de la ciudad de Portoviejo. Posteriormente, para el levantamiento de información se utilizó un cuestionario estructurado realizado en EpiInfo, cuestionario con 20 preguntas, teniendo un tiempo de llenado de aproximadamente 6 minutos, el mismo que fue validado en un estudio previo. Fue aplicado en las salas de espera del Hospital

IESS Portoviejo, seguido de esto, los datos recolectados se enviaron a una base de datos centralizada para ser consolidada por vía electrónica.

La población está constituida por 800 afiliados, a través de un muestreo probabilístico, se realizó el trabajo con una muestra de 584 afiliados de la consulta externa, los cuales decidieron participar voluntariamente en el estudio, además, los afiliados fueron encuestados antes de recibir la atención médica en las salas de espera de consulta externa. Se usó una frecuencia estimada de 50%, margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% y una población infinita. La muestra mínima fue de 384 usuarios y, para llegar a este número, se realizaron las encuestas durante aproximadamente 3 semanas. Dentro del hospital, el tipo de muestreo será probabilístico aleatorizado. Es decir, todos los usuarios que estén en la sala de espera de la atención especializada tendrán igual oportunidad de acceder a la encuesta. Los datos serán tabulados en EpiInfo y analizados en SPSS en su versión 25.

Como criterios de inclusión se estableció: Las personas afiliadas del Hospital IESS Portoviejo que se encontraban en las salas de espera de consulta externa y que firmaron el consentimiento informado. Se garantizó la anonimización de los encuestados y el correcto uso de la información suministrada, únicamente para intereses científicos e investigativos; todo ello con la intención de proteger la fiabilidad de los datos obtenidos.

Criterios de exclusión: Las personas que se encontraban en sala de espera y de forma voluntaria no aceptaron responder la encuesta y por ende, no firmaron el consentimiento informado.

La variable dependiente fue el tiempo aproximado en que los pacientes de los hospitales consiguen su cita para el médico especialista, desde el momento que sintió la necesidad hasta el día de la cita, medido en días. Al ser una variable cuantitativa discreta, se pretende utilizar pruebas de normalidad (histograma, Kolmogórov-Smirnov) y de Homocedasticidad para garantizar la correcta utilización de ANOVA. Para algunas variables que no tuvieron una distribución normal, se aplicó la corrección de Welch y la prueba Pos Hoc de Games Howell.

## Resultados

Se encuestaron a un total de 584 personas, representando un 65% más de la muestra calculada. En la tabla 1 se describen las características de la población que formó parte de la investigación. Se muestra un predominio del sexo femenino en la participación, una edad promedio de 43 años. Se esperaba una mayor participación de habitantes de la zona urbana como efectivamente aconteció. Además, el nivel de instrucción de la mayoría de los participantes estuvo encasillada entre el secundaria y tercer nivel, propio de los afiliados a la seguridad social del país.

Tabla 1. Sexo

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	230	39,4%
Femenino	354	60,6%
TOTAL	584	100%

En la tabla 1 es posible observar que las mujeres asistieron con mayor frecuencia a las citas con especialistas. Este comportamiento era el esperado, al ser las

mujeres quienes con mayor frecuencia se hacen cargo de llevar a sus hijos a la atención médica y tener un mayor cuidado de su salud con respecto a los hombres.

Tabla 2. Edad promedio de los usuarios de servicios médicos especializados del hospital IESS Portoviejo.

Alternativa	Media	Desviación Estándar
Edad	43,7	17,1

En la tabla 2, se obtuvo el promedio o media aritmética de la edad de los participantes del estudio. Debido a que esta variable fue recolectada como número de años cumplidos al momento de la cita médica, es decir, una variable cuantitativa, no se establecieron rangos y se obtuvo el promedio. Como se

puede observar, la edad promedio de los usuarios del servicio de citas médicas especializadas en el Hospital IESS Portoviejo, es mayor a los 40 años. Este comportamiento era esperado, al ser las personas más jóvenes quienes menos uso hacen de los servicios médicos.

**Tabla 3.** Área de Residencia N (%)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	382	65,4%
Rural	202	34,6%
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>100%</b>

En la tabla 3, es posible evidenciar una mayor frecuencia de visitas médicas especializadas de las personas que viven en la zona rural. Este comportamiento es

regular, debido a que, las personas que viven en las cercanías al hospital tienen mayor facilidad al hospital.

**Tabla 4.** Nivel de Instrucción N (%)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	8	1,4%
Primaria	117	20%
Secundaria	229	39,2%
Tercer Nivel	190	32,5%
Cuarto Nivel	40	6,8%
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>100%</b>

En la tabla 4, se observa que el nivel de instrucción con mayor porcentaje es el de

secundaria, debido nivel de educación que vivos en el país.

**Tabla 5.** Quintil de ingresos N (%)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1	128	21,9%
2	94	16,0%
3	113	19,3%
4	116	19,9%
5	133	22,8%
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>100%</b>

En la tabla 5, se puede observar el porcentaje de pobreza de los usuarios que acuden a una cita médica con algún especialista.

**Tabla 6.** Promedio de espera de los usuarios de servicios médicos especializados del hospital IESS Portoviejo.

Alternativa	Media	Desviación Estándar
<b>Promedio de tiempo de espera</b>	<b>44,5</b>	<b>53,7</b>

En la tabla 6, se puede visualizar el tiempo que un usuario tiene que esperar para conseguir su cita médica, se obtuvo el

promedio o media aritmética del tiempo de espera de los participantes del estudio.

**Tabla 7.** ¿Quién le mencionó el especialista que necesitaba? N (%)

<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia>



Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Decisión propia	192	32,8%
Familiar/amigo en el hospital	35	6%
Médico general	331	56,7%
Otro especialista	26	4,5%
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>100%</b>

En la tabla 7 observamos que el mayor porcentaje de esta pregunta lo tiene la opción de medico general, que líneas generales

cumple con las normativas, antes de una cita con un especialista el médico general debe realizar la interconsulta.

**Tabla 8.** ¿Cómo accedió a la cita por la que viene el día de hoy? N (%)

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Agendamiento	234	40%
Familiar/amigo en el hospital	92	15,8%
Médico general/ especialista	252	43,2%
Alguien en el hospital	6	1%
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>100%</b>

En la tabla 8, seguimos observando que en esta pregunta se cumple las normativas en gran porcentaje las citas médicas con los especialistas se dieron por un agendamiento previo y por citas subsecuentes que les dio tanto el médico general como el especialista. En la tabla 9, se realizaron desgloses de los datos específicamente para el Hospital General IESS de Portoviejo. Aquí se pudo

observar que los usuarios que residían en áreas urbanas experimentaban tiempos de espera más cortos. Las diferencias en los tiempos de espera para otras variables, como el nivel de instrucción, la forma de acceso, la toma de decisiones sobre el especialista necesario y el quintil de ingresos, resultaron ser estadísticamente significativas según la prueba ANOVA.

**Tabla 9.** Comparación del tiempo promedio para acceder a las citas médicas especializadas en el Hospital General IESS Portoviejo mediante las pruebas de Mann Whitney y ANOVA (n 584).

		Media	U †	P-valor	Rango promedio	
<b>Sexo</b>	Masculino	40,86	36476	0,060	274,69	
	Femenino	47,2			301,46	
<b>Área de residencia</b>	Urbana	40,57	30619	0,000	271,66	
	Rural	52,12			331,92	
		Media	F ‡	P-valor	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
<b>Instrucción</b>	Ninguna	43,88	6,05	0,000	13,4	74,35
	Primaria	49,68			39,94	59,43
	Secundaria	49,39			41,62	57,16
	Tercer nivel	39,95			32,77	47,13
	Cuarto nivel	23,98			15,76	32,19
<b>Forma de acceso</b>	Agendamiento	47,72	96,218	0,000	41,63	53,81
	Ayuda amigo/familiar	24,66			16,03	33,3

	Por medico/especialista	49,83			42,2	57,45
	Alguien en el hospital	5,5			3,22	7,78
	Decisión propia	37,89			30,98	44,8
<b>Decisión de ir al especialista</b>	Familiar/amigo	33,23	3,208	0,028	20,81	45,64
	Médico general	48,17			42,08	54,26
	Otro especialista	63,15			35,85	90,45
<b>Quintil de ingresos</b>	1	48,59			39,59	57,6
	2	50,59			39,04	62,14
	3	43,81	4,361	0,002	34,71	52,9
	4	52,04			38,62	65,47
	5	31,23			24,82	37,65

Se refiere al estadístico U de Mann Whitney con un nivel de significancia de 0,05

Se refiere al estadístico F de la prueba de ANOVA unifactorial con un nivel de significancia de 0,05.

Sin embargo, no todas estas diferencias se mantuvieron significativas en la prueba post hoc de Games-Howell que se muestra en la tabla 10. Por ejemplo, se encontró que el agendamiento a través de un amigo o familiar podría acortar el tiempo de espera en hasta 25 días en comparación con aquellos que agendaban a través de un

médico general o incluso con un agendamiento subsecuente por otro especialista. Además, aquellos que pertenecían a un quintil de ingresos más alto experimentaron tiempos de espera menores, con una diferencia de hasta 17 días en comparación con el quintil de ingresos más bajo.

**Tabla 10.** Comparación de las diferencias en el tiempo de espera a las citas médicas entre los grupos en donde hubo diferencias significativas en la prueba de ANOVA (n 584)

Referencia para análisis post hoc Games-Howell	Diferencia de medias	P-valor	Intervalo de confianza al 95%		
			Límite inferior	Límite superior	
<b>Nivel de instrucción</b>					
	Ninguna	-19,9	0,603	-65,99	26,19
	Primaria	-25,709*	0,001	-43,35	-8,07
	Secundaria	-25,418*	0,000	-42,09	-9,75
Cuarto nivel					
	Tercer nivel	-15,978*	0,033	-31,1	-0,85
<b>Forma de acceso</b>					
Ayuda amigo/familiar	Agendamiento	-23,059*	0,000	-36,88	-9,24

Por medico/especialista	-25,162*	0,000	-40,22	-10,11
Alguien en el hospital	19,163*	0,000	7,57	30,76

## Quintil de ingresos

	1	-17,361*	0,018	-32,73	-2
	2	-19,357*	0,034	-37,74	-0,97
	3	-12,572	0,171	-28,04	2,9
5					
	4	-20,810*	0,048	-41,53	-0,09

\* Señala las diferencias estadísticamente significativas al 0,05.

## Discusión

Estos datos proporcionan un contexto global, pero es fundamental analizar la situación regional, como en el caso de Perú, donde el sistema de salud público también opera con un sistema de referencia entre niveles de atención. En un estudio relacionado con la atención de consulta externa en hospitales para niños con parálisis cerebral, se determinó que la mediana de espera para terapia física era de dos meses (11). En Chile, se comparó el tiempo de espera entre la atención presencial y la telemedicina en la especialidad de dermatología, y se encontró que la espera por una atención presencial promediaba casi 342 días (12). Estos resultados resaltan dos aspectos significativos: en primer lugar, que los tiempos promedio en Ecuador son similares a los de países vecinos y, en segundo lugar, que el tipo de intervención es un factor determinante en el tiempo de espera, dependiendo de la cantidad de especialistas disponibles y la demanda.

En el contexto ecuatoriano, es alarmante que aproximadamente el 20% de los usuarios se encuentren en el cuartil que ha esperado más tiempo para obtener una cita médica. Estas largas esperas han sido ampliamente destacadas en informes de prensa y televisión (13–15), que han resaltado el problema y, en algunos casos, han informado sobre las graves consecuencias que enfrentan algunas personas debido a estas largas esperas (14). Los factores que contribuyen a estos tiempos de espera

prolongados pueden incluir la falta de personal médico, problemas de infraestructura, escasez de medicamentos y condiciones especiales de los usuarios, entre otros. Un estudio realizado por (16) en uno de los hospitales de tercer nivel más importantes del país identificó posibles causas de demoras en la asignación de turnos. Estas causas se dividieron en problemas internos, externos y relacionados con los pacientes, destacando la falta de un sistema informático, la ausencia de especialistas y el desconocimiento del proceso entre los pacientes. También enfatizaron en el acceso no normatizado como una de las principales causas de demora, un hallazgo que se correlaciona con los resultados presentados en esta investigación.

La discusión sobre el tiempo de espera y el acceso a servicios públicos especializados en Ecuador puede trazar paralelos con estudios realizados en otras regiones, ya que el contexto específico de Ecuador no se proporciona en los documentos. El consenso general en la literatura es que los tiempos de espera y el acceso a los servicios están influenciados por una variedad de factores, incluida la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico y la disponibilidad de servicios locales (17–19). Curiosamente, si bien los documentos no abordan directamente la situación en Ecuador, destacan que los residentes rurales a menudo enfrentan tiempos de espera más largos y costos personales más altos cuando acceden

a servicios especializados en comparación con sus contrapartes urbanas. Esto se debe a factores como la distancia de viaje, la pérdida de ingresos, y la necesidad de acompañantes (18). Además, la disponibilidad de servicios locales reduce significativamente estas cargas (18,19). En el contexto de las ciudades latinoamericanas, la rápida urbanización sin una inversión adecuada en infraestructura ha dado lugar a diversos desafíos, incluidos servicios públicos ineficientes. Esta disparidad entre zonas urbanas y rurales también es evidente en el contexto australiano más amplio, donde los residentes rurales y remotos experimentan niveles más bajos de prestación de servicios de salud (20). En resumen, si bien los artículos no proporcionan evidencia directa sobre Ecuador, sugieren que los residentes urbanos probablemente tengan mejor acceso a servicios públicos especializados y tiempos de espera más cortos en comparación con los residentes rurales. Esto es consistente con las tendencias globales donde las áreas urbanas, debido a mayores densidades de población y mejor infraestructura, tienden a ofrecer servicios de atención médica más fácilmente disponibles. Los hallazgos de estos estudios podrían extrapolarse para inferir que podrían existir patrones similares en Ecuador, donde los residentes urbanos podrían enfrentar tiempos de espera más cortos para servicios especializados. Los datos de este estudio corroboran esta situación, como se observa en la sección de resultados, los residentes de las áreas rurales tienen un tiempo mayor de espera, dejándolos en situación de vulnerabilidad. Esta población a sido históricamente relegada y, con los resultados de esta investigación es notorio que el tiempo de espera para acceder a los servicios médicos especializados se suma a una larga lista de necesidades insatisfechas.

El fenómeno en el que las personas que programan citas médicas con la ayuda de un amigo o familiar que trabaja en hospitales públicos en Ecuador experimentan tiempos de espera más cortos que aquellos que siguen el proceso de programación estándar se puede atribuir a mecanismos de acceso informal dentro del sistema de atención médica (21). Este sistema informal permite un acceso acelerado, evitando el sistema habitual de referencia y contrarreferencia,

que suele requerir más tiempo. Curiosamente, esta situación no es exclusiva de Ecuador. Se han observado patrones similares de acceso informal y trato preferencial en otros sistemas de atención sanitaria. Por ejemplo, se ha descubierto que los pacientes privados en hospitales públicos de Nueva Gales del Sur, Australia, reciben un tratamiento prioritario en comparación con los pacientes públicos, lo que lleva a tiempos de espera más cortos (22). Esto sugiere que las redes informales y los factores socioeconómicos pueden influir en el acceso a los servicios de salud, creando disparidades en los tiempos de espera. En resumen, los tiempos de espera reducidos para quienes aprovechan las conexiones personales en los hospitales públicos de Ecuador resaltan una ruta de acceso informal dentro del sistema de salud, que contrasta con el proceso de derivación formal, y a menudo más lento (21). Esta situación refleja problemas más amplios de inequidad e ineficiencia que pueden afectar la prestación de servicios de salud, como lo evidencian patrones similares en otros contextos internacionales (22). Abordar estas disparidades es crucial para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. Este fenómeno de acceso preferencial basado en conexiones personales no se limita a Ecuador, sino que es un problema que afecta a diversos sistemas de salud. La existencia de estas rutas informales de acceso puede socavar la confianza pública en el sistema de salud y exacerbar las desigualdades existentes en la atención médica. Es fundamental que los responsables de las políticas de salud aborden estas disparidades mediante la implementación de medidas que promuevan la transparencia, equidad y la eficiencia en la asignación de recursos y servicios de salud.

## Conclusiones

El vivir alejado del hospital dentro de la investigación está considerado como un aspecto físico que limita el acceso a los servicios de salud especializados en el área de consulta externa del Hospital General IESS Portoviejo. De igual forma, el nivel de instrucción y económico, factores sociales que está asociados a un mayor tiempo de espera.

El tiempo promedio para acceder a una cita médica de especialidades en el Hospital IESS Portoviejo fue de 44,7 días.

Dada la investigación el tiempo idóneo que se dio para acceder a una cita médica es de 30 días.

## Referencias bibliográficas

1. OMS. WHA58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. 2005.
2. Couttolenc B, Dmytrazcenko T. Serie de estudios ÚNICO 2: La estrategia de Atención Primaria de Brasil. 2013;
3. Pan American Health Organization - PAHO. Health financing in the Americas [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 3]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178>
4. ISAGS. Sistemas de Salud en Suramérica. UNASUR, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro; 2012. 27–29 p.
5. World Health Organization. La financiación de los sistemas de salud. 2010.
6. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Quito; 2013.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Del Subsistema De Referencia, Derivación Contrareferencia, Referencia Inversa Y Transferencia Del Sistema Nacional De Salud. Vol. SNGSP-DNN, Ministerio de Salud Pública - MSP. 2013. 1–35 p.
8. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [cited 2018 Dec 16];53:s177–87. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lang=pt)
9. Jiménez Barbosa WG, Granda Kuffo ML, Ávila Guzmán DM, Cruz Díaz LJ, Flórez Parra JC, Mejía LS, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Univ Salud. 2017 May 4;19(1):126.
10. Lucio R, López R, Leines N, Terán JA. El Financiamiento de la Salud en Ecuador. revistapuce. 2019 May 3;
11. Vila Paucaraja JR, Espinoza IO, Guillén D, Samalvides F. Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en consulta externa de neuropediatría en un hospital peruano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 Oct 1;33(4):719–24.
12. Aragón-Caqueo D, Arceu Ojeda M, Aragón-Caqueo G, Zamora Aragón K, Tom Montalva D, Gatica Monsalve JL. Comparación del tiempo de espera de atención dermatológica mediante el uso de teledermatología y derivación presencial. Piel. 2020 Apr 1;35(4):220–4.
13. RTS. Pacientes de IESS se quejan por demoras en citas médicas - RTS siempre contigo. 2022.
14. Primicias. Hasta seis meses de espera por una cita médica en los hospitales públicos. 2021;
15. El Universo. Quejas de pacientes del IESS en Quito por demoras para reagendar citas | Ecuador | Noticias | El Universo. 2022 May;
16. Gómez P, Rivera J. Un problema social: tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín. Estudios de la Gestión Revista Internacional de Administración [Internet]. 2019 Mar 14 [cited 2023 Apr 2];5:121–46. Available from: <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/eg/article/download/1198/1121?inline=1>
17. Claudia Sanmartin JMB and CNM. Determinants of Unacceptable Waiting Times for Specialized Services in Canada. Healthcare Policy [Internet]. 2007 Feb 15;2(3):0. Available from: <https://www.longwoods.com/product/18679>
18. Rankin SL, Hughes-Anderson W, House AK, Heath DI, Aitken RJ, House J. Costs of accessing surgical specialists by rural and remote residents. ANZ J Surg [Internet]. 2001 Sep 1;71(9):544–7. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1622.2001.02188.x>
19. Dew A, Bulkeley K, Veitch C, Bundy A, Gallego G, Lincoln M, et al. Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote areas. Disabil Rehabil [Internet]. 2013 Aug 1;35(18):1564–70. Available from: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.720346>
20. Bourke S, Harper C, Johnson E, Green J, Anish L, Muduwa M, et al. Health Care Experiences in Rural, Remote, and Metropolitan Areas of Australia. Online Journal of Rural Nursing and Health Care. 2021 May;21(1):67–84.

21. Briones MA, Velásquez AB, Santos RZ, Rodríguez MS. The Reality of Scheduling Specialized Medical Appointments in Public Hospitals in Manabí, Ecuador. *Revista de Gestão Social e Ambiental* [Internet]. 2024 May 6 [cited 2024 Jun 24];18(9):e06640. Available from: <https://rgsa.openaccesspublications.org/rgsa/article/view/6640>
22. Johar M, Savage E. Do Private Patients have Shorter Waiting Times for Elective Surgery? Evidence from New South Wales Public Hospitals. *Economic Papers: A journal of applied economics and policy* [Internet]. 2010 Jun 1;29(2):128–42. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1759-3441.2010.00058.x>