

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Medición de la continuidad de la atención intraepisodio en los pacientes que accedieron a la consulta en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08 de Conocoto, a través del Contact Center, en el periodo Enero a Diciembre del año 2016.

PROTOCOLO DE TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER
EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y
SISTEMAS DE SALUD

Autora: Ing. Estad. Érica Paulina Carvajal Cerón
Tutor de tesis: Dr. Pablo Acosta. MPH
Tutor Metodológico: Dra. Rosa Goyes. MPH
Quito, 2017

Agradecimiento

Debo premiar a esos seres que lo han dado todo por mí y aun lo siguen haciendo mis padres amados Gonzalito Froilán y Normita Fabiola, no me alcanzará la vida para devolverles todo lo que me dieron y me dan cada día, a mi flaco por su amor incondicional.

Un agradecimiento muy profundo a las personas que han contribuido constantemente en este trabajo que significa mucho para mí ya que es un paso más para lograr mi sueño y seguir haciendo investigación.

De una manera muy especial a mis queridos amigos, profesores y tutores Pablo Acostas y Rosa Goyes, gracias por haberme acompañado en este crecimiento personal y profesional, sin lugar a duda han sido los mejores guías para culminar este proyecto.

A mis queridos amigos/compañeros en la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información en Salud - Ministerio de Salud Pública, Arturo Noroña, Johana Mozo, Primer Nivel de Atención Zoila Salazar, a mis queridos amigos Cristian Padilla, Silvia Armas, Carmita Pozo, Rossy López, Marco Rocano en la Coordinación Zonal 9, Distrito 17D08, Centro de Salud tipo C - Conocoto, a todo el personal de Salud que día a día colocan un granito de arena y de una muy especial a David Acosta y Giovanni Soto gracias por todo el apoyo incondicional en este trabajo, finalmente a todas las personas que de una u otra han contribuido de forma directa e indirecta para la culminación de esta investigación.

Dedicatoria

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como la oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber».

Albert Einstein

Este trabajo quiero dedicarlo en primer lugar a Dios por haberme proporcionado el mejor de los regalos mi familia.

A mis padres Normita y Gonzalito, cada logro y meta que alcance es por ustedes y con ustedes, son la más grande inspiración que la vida me pudo dar, su ejemplo de honradez, perseverancia, constancia y lucha han inculcado en mi valores que han hecho lo que soy.

A mi más grande amor, mi compañero de aventuras, mi mejor amigo y cómplice, mi Flaco Cristian Alfredo, por cada día darme ánimos, reconfortarme con un abrazo en los momentos difíciles y sobre todo ser el motor que me animaba a culminar lo que empecé y a darme fuerzas cuando sentía que ellas me abandonaban, gracias mi muñeco.

A mis hermanos por ser un ejemplo a seguir, a ciencia cierta puedo decir que también parte de lo que soy es gracias a la bendición de tener guías como ustedes y aun cuando yo creo que ya soy grande ustedes me siguen cuidando y apoyando.

Gracias mi amada Familia esta meta culminada la celebró con ustedes.

Los amo mucho

Érica P. Carvajal. C

Contenido

Resumen.....	11
Abstract	13
Capítulo I.....	15
Antecedentes.....	15
1. Organización del sistema de salud en la Unidad Seleccionada	16
1.2 Entorno del Sistema	16
1.3 Diagnóstico Situacional	17
1.3. 1 Información Demográfica.....	17
Población General	17
Índice de Feminidad	17
Distribución geográfica	18
Grupos de Edad en la Población.....	19
Sectorización por grupos poblacionales (menores de 5 años, escolares, mujeres embarazadas, ancianos.....	20
1.3.2 Sociales.....	21
1.3.3 Características Socio- Económicas y Ocupacionales	22
Indicadores de Pobreza.....	22
Población Económica de la Parroquia.....	22
Bono de desarrollo humano.....	23
Categorías de Ocupación	24
1.3.4 Características Culturales	24
Composición étnica	24
1.3.5 Perfil Epidemiológico del Medio	25
1.3.5.1 Principales causas de Morbilidad	25
Capítulo II.....	27
Planteamiento del Problema	27
Objetivos.....	32
Objetivo General	32

3.1.1 Objetivos Específicos.....	32
3.2 Hipótesis.....	33
Justificación	34
Capítulo III.....	36
Marco Teórico.....	36
2.1 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ONU, Año 2016)	36
2.2 Derechos a la salud de calidad dispuesta en la constitución 2008	36
2.3 Plan Nacional del Buen Vivir (SENPLADES, 2013- 2017)	36
2.4 Derechos del Buen Vivir	36
2.5 Ley Orgánica de Salud	37
2.6 Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.....	37
2.7 Según el Código de la Niñez y Adolescencia:.....	37
2.8 Sistema de Salud.....	37
2.8 Sistema de atención.....	39
2.9 Evento de Salud	39
2.10 Episodio en salud	39
2.11 Primer Nivel de Atención.....	39
2.12 Niveles de Complejidad y Categorías en el primer nivel de atención.....	40
2.13 Funciones del Primer Nivel	40
2.14 Calidad de Atención	41
2.14.1 Criterios de la calidad de Atención.....	41
2.14.2 Integración de la atención	41
2.14.3 Globalidad de la atención	41
2.14.4 Efectividad de la de la atención	42
2.14.5 Continuidad	42
2.14.5.1 Continuidad de la Atención.....	42
2.14.5.2 Tipos de Continuidad.....	42
2.14.5.3 Intraepisodio.....	43
2.14.5.4 Interepisodio.....	43
2.14.5.5 Agendamiento de Citas para la atención en las unidades de primer nivel de atención	43

2.14.5.6 Procedimiento para agendar una cita médica por medio de Contact Center	43
2.14.5.7 Procedimiento para agendar una cita médica por medio del establecimiento	44
2.15 Tipos de Solicitud de atención:	44
2.16 Modelo de Atención MAIS.....	44
2.16.1 Provisión de Servicios en el MAIS.....	44
2.16.2 Ciclos de vida:	45
2.16.3 Grupos Prioritarios.....	45
2.16.3.1 Control del niño sano	45
2.16.3.2 Control del Embarazo.....	46
Capítulo VI.	48
Metodología	48
Tipo de Estudio.....	48
3.3.2 Muestra	48
3.3.3 Tipo de Muestreo.....	49
Poblaciones	49
Criterios de Inclusión	50
Criterios de Exclusión.....	50
Población Personal de Salud	51
3.3.4 Análisis de Variables.....	52
3.3.5 Operacionalización de las variables	52
3.3.6 Plan de Análisis de Datos.....	56
3.3.7 Recolección de Información	56
3.3.7.1 Fase cuantitativa Check List	56
3.3.7.2 Fase cuantitativa Encuesta Telefónica.....	56
3.3.7.3 Fase cualitativa Grupo Focal	57
3.3.8 Aspectos Bioéticos	57
Capítulo V.	59
Resultados	59
4.1.1 Distribución muestra.....	59
4.1.2 Estadísticas descriptivas de la muestra con respecto a la edad del paciente, según agendamiento	60

4.1.2 Comparación de pacientes agendados y pacientes registrados RDACAA y revisión de historias clínicas.....	61
4.1.3 Objetivo I Resultados de Cobertura	62
4.1.3.1 Cobertura de la población de responsabilidad	62
4.1.4 Objetivo II Resultados de Prevención.....	63
4.1.4.1 Control del niño Sano	63
4.1.4.2 Mujeres Embarazadas	64
4.1.5 Objetivo III Resultados de Morbilidad	64
4.1.5.1 Concentración de atenciones subsecuentes en la atención	64
4.1.6 Objetivo IV Resultados de Consecuencias	65
Principales consecuencias de la no asistencia a la cita médica subsecuente programada ..	65
4.1.6.1 Motivos de no asistencia a consultas de Prevención	65
4.1.6.2 Motivos de no asistencia a consultas de morbilidad.....	66
4.1.7 Objetivo V Resultados de Mecanismos para garantizar la continuidad.....	67
4.1.7.1 Grupo Focal	67
4.1.7.1.1 Percepción de la implementación del contact center	68
4.1.7.1.2 Fortalezas que tiene el contact center	69
4.1.7.1.3 Debilidades del contact center que no ha permitido garantizar la continuidad de la atención.....	70
4.1.7.1.4 Mecanismo o método utilizados para resolver los problemas de la continuidad	71
4.1.7.1.5 Mejoras para garantizar la continuidad en los pacientes	72
4.3 Medidas de Asociación e Inferencia.....	73
4.3.1 Hipótesis.....	73
4.3.1.1 3 Prueba T para muestras independientes.....	74
Control del niño sano.....	74
4.3.1.2.3 Prueba T para muestras independientes.....	75
Control del Embarazo	75
Capítulo V.	77
Discusión.....	77
Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones	84
• 6.1 Conclusiones.....	84
• 6.2 Recomendaciones.....	87

Bibliografía.....	89
Anexos.....	92
• Anexo 1.....	92
• Anexo 2.....	92
• Anexo 3.....	92
• Anexo 4.....	92

Contenido de Tablas

Tabla 1.....	18
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	20
Tabla 4.....	20
Tabla 5.....	21
Tabla 6.....	21
Tabla 7.....	21
Tabla 8.....	22
Tabla 9.....	23
Tabla 10.....	23
Tabla 11.....	23
Tabla 12.....	24
Tabla 13.....	24
Tabla 14.....	25
Tabla 15.....	26
Tabla 16.....	27
Tabla 17.....	27
Tabla 18.....	28
Tabla 19.....	40
Tabla 20.....	44
Tabla 21.....	49
Tabla 22.....	50
Tabla 23.....	51
Tabla 24.....	53
Tabla 25.....	59
Tabla 26.....	60
Tabla 27.....	61
Tabla 28.....	62
Tabla 29.....	63
Tabla 30.....	63
Tabla 31.....	64
Tabla 32.....	64
Tabla 33.....	66
Tabla 34.....	66
Tabla 35.....	67
Tabla 36.....	74
Tabla 37.....	75

Contenido de Gráficos

Gráfico 1	16
Gráfico 2	19
Gráfico 3	29
Gráfico 4	38
Gráfico 5	66

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar, si el uso de la herramienta Contact Center implementada por el Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención, en el marco de la estrategia aplicada para alcanzar el mejoramiento en la calidad de atención, influye en la continuidad intra episodio en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto en el periodo enero a diciembre de 2016; para lo cual se realizó una investigación cuantitativa/cualitativa, a través de un estudio retrospectivo de cohorte histórico, correlacional, con base de la revisión de historias clínicas y el registro de la atención por medio del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), el agendamiento de citas médicas por medio de contact center y agendamiento de los establecimientos; se incluyó el análisis de medidas de asociación, correlación y medidas de significancia estadística como intervalo de confianza y valor de p. El tamaño de la muestra sin reemplazamiento, se obtuvo por medio de un muestreo estratificado con afijación proporcional a la muestra, con la construcción de dos estratos a los que denominaremos Grupo A= Pacientes que tuvieron una atención de morbilidad, tamaño de la muestra 190; Grupo B= Pacientes que tuvieron una atención de prevención, tamaño de la muestra 190; el tamaño de muestra total es de 380 historias clínicas de los pacientes que accedieron a la atención ambulatoria en dicho período de tiempo en el Centro de Salud de Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto y el tipo de variables son cualitativas y cuantitativas. El tiempo aproximado del proyecto fue de 3 meses.

Resultados Relevantes

La cobertura de la población de responsabilidad asignada al establecimiento se encuentra alrededor del (95.5%), existe un (4.5%) de población que pertenece a otra zona.

Las concentraciones del control niño sano por cualquiera de los dos tipos de agendamiento se encuentran alrededor de 2; es decir no se ha logrado alcanzar el estándar mínimo de 5, y dista mucho del estándar ideal 12, uno por mes en el primer año de vida.

Las concentraciones en poblaciones de embarazadas, por cualquiera de los dos tipos de agendamiento se ubica alrededor de 4, de la misma forma no se ha logrado el estándar mínimo de 5 controles prenatales.

La concentración de atenciones subsecuentes se encuentra alrededor de 2 ya sea por contact center o por agendamiento en el establecimiento.

Se registra un 9% de atenciones ingresadas al RDACAA, como atenciones efectivas, sin embargo las mismas constan en la HCU como atenciones no asistidas o no se encuentran registradas.

El proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento. De la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del niño Sano, ni en el Control del Embarazo de acuerdo a los pruebas estadísticas realizadas, sin embargo por medio de la investigación cualitativa los profesionales de las salud, en su gran mayoría explican que el agendamiento por contact center si afecta la continuidad y prefieren el agendamiento interno.

Palabras Clave : calidad de atención, continuidad intraepisodio, contact center, agendamiento, atenciones subsecuentes, consulta externa, control del niño sano, control del embarazo, concentraciones.

Abstract

The objective of the investigation was to determine, if the use of the Contact Center tool implemented by the Ministry of Public Health in the first level of attention, in the framework of the strategy applied to achieve improvement in the quality of attention, influences in the continuity intra-episode in the Type C Health Center, District 17D08, Conocoto in the period January to December, 2016; for which a quantitative / qualitative research was carried out, through a retrospective cohort-historical, correlational study, based on the review of medical records and the recording of through the Automated Daily Registry of Ambulatory attentions and Consultations (RDACAA), the scheduling of medical appointments through the contact center and scheduling of the establishments; included the analysis of association measures, correlation and measures of statistical significance as confidence interval and p value. The sample size without replacement was obtained by means of a stratified sampling with proportional affixation to the sample, with the construction of two strata that we will call Group A = Patients who had a morbidity care, sample size 190; Group B = Patients who had a preventive care, sample size 190; the total sample size is 380 clinical records of patients who accessed to ambulatory care in that time period at the Type C Health Center, District 17D08, Conocoto, and the type of variables are qualitative and quantitative. The approximate time of the project was 3 months.

Relevant Results

The coverage of the population of responsibility assigned to the establishment is around (95.5%), there is a (4.5%) population that belongs to another area.

The Concentrations of healthy child control by either schedule are about 2; it has not been able to reach the minimum standard of 5, and is far from the ideal standard of 12, one per month in the first year of life.

The Concentrations in pregnant populations, for either type of scheduling is around 4, in the same way the minimum standard of 5 prenatal controls has not been achieved.

The concentration of subsequent attentions is around 2 either, by contact center or by scheduling in the establishment.

There are 9% of services entered into the RDACAA, as effective attentions, however, they are recorded in the HCU as non-assisted attentions or are not registered.

The process of scheduling medical appointments does not affect the criterion of compliance, the continuity of intraepisodium in the Type C Health Center, the Control of the Healthy Child, or in the Control of Pregnancy according to the statistical tests. However, through qualitative investigations, health professionals, in their great majority, explain that the contact center scheduling does affect continuity and prefer internal scheduling.

Keywords

Quality care, intraepisodium continuity, contact center, scheduling, subsequent attentions, out consultation, healthy child control, pregnancy control, concentrations.

Capítulo I.

Antecedentes

Durante el primer y segundo semestre de la Maestría se tuvo la oportunidad de trabajar directamente en el establecimiento de Salud Tipo C, Conocoto, dentro las fases de campo y como parte del trabajo de los módulos se desarrollaron diferentes componentes entre ellos el Diagnostico Situacional de la unidad, esta parte de la investigación permitió conocer la realidad que está viviendo el establecimiento de salud y sobre todo los problemas a los cuales se estaba enfrentando.

Para seleccionar el problema más relevante y que posteriormente seria parte fundamental para el desarrollo del protocolo y la presente Tesis. Se construyó, una matriz de priorización de problemas (por medio del método de Hanlon) y conjuntamente con el equipo designado por el Director de la unidad, y la metodología mediante sesiones de trabajo, se asignaron puntajes a cada uno de los problemas detectados, para finalmente priorizar la continuidad de atención intraepisodio, enmarcado en los indicadores de concentración, cobertura de prevención y promoción y menores de un año y mujeres embarazadas y morbilidades de la población atendida por el Centro de Salud , Tipo C.

La forma de cómo la población accede a estos servicios ha ido modificándose en los últimos años es así que hasta el año 2013, para ingresar a un establecimiento de salud, se requería asistir a la unidad, esperar largos periodos de tiempo para conseguir una cita médica para acceder al servicio. Sin embargo varias instituciones que forman parte del Sistema de Salud no han sido indiferentes a este problema por lo que decidieron realizar cambios a los procesos de agendamiento de los servicios de salud incorporado la gestión de turnos por medio de contact center y agendamiento interno como mecanismo para atender a los clientes/pacientes que desean acceder a una atención ambulatoria en las unidades correspondientes del primer nivel de atención.

El establecimiento presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, además brinda la atención de urgencia y emergencia de acuerdo a su capacidad resolutive, garantizan una referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a las normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. (MSP, Acuerdo Ministerial 0005212,2014, Cap. II, art. 5, p. 6).

El objetivo de incorporar esta estrategia a los servicios de salud, es disminuir los conflictos y reducir la barrera de acceso al servicio de atención ambulatoria, evitando que los pacientes madruguen para obtener un turno, eliminar las colas, es decir disminuir tiempo de espera, y aportar con esta estrategia a que el paciente esté satisfecho, y sobre todo solucionar sus problemas de salud. La atención que es ofrecida por el servicio de salud deber ser continua, integrada, global y efectiva cuando deseamos especificar las características de la atención; no debe limitarse solamente al tiempo designado en la consulta, y sobre todo se entiende que el establecimiento por medio del servicio asume la responsabilidad hasta que se termine el episodio de la enfermedad, o el riesgo al que esté expuesto el paciente, en otras palabras hasta que la recuperación del individuo sea total.

1. Organización del sistema de salud en la Unidad Seleccionada

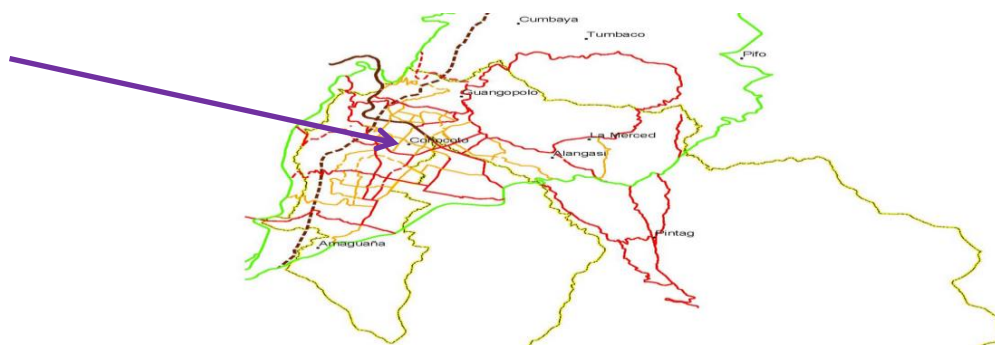
El establecimiento ofrece la siguiente cartera de servicios: medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, odontología, psicología, laboratorio, rayos x, ecografía, entre otros. Dispone de área de emergencia y maternidad de corta estancia las 24 horas, los 365 días del año, dispone de 6 camas.

1.2 Entorno del Sistema

El centro de Salud Tipo C, se encuentra ubicado dentro de la Administración Zonal de los Chillos, sin embargo pertenece al Distrito 17D08 dentro de la nueva administración SENPLADES, área geográfica a ser cubierta se encuentra representada en el siguiente gráfico:

**Área de Cobertura del Centro de Salud, Tipo C- Conocoto
Distrito D1708**

Gráfico 1



Fuente y Elaboración: Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Conocoto.

Las poblaciones que son cubiertas dentro de la atención pertenecen a Amaguaña, Cuendina, Pintag, Tolontag, La Merced, El Tingo, Guangopolo y Alangasí, la población estimada de referencia para ser cubierta es 189,853 habitantes; el promedio de atención se estima que se encuentra alrededor de 1.200 personas diarias.

1.3 Diagnóstico Situacional

1.3. 1 Información Demográfica

Población General

En la unidad Tipo C de Conocoto la población de responsabilidad asignada por medio del Ministerio de Salud Pública es de 63816 habitantes (año 2014), sin embargo dentro de las proyecciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la parroquia de Conocoto se encuentra alrededor de 4.900, Limita al Norte Ciudad de Quito y la Parroquia de Cumbaya, al Sur: la Parroquia de Amaguaña y Cantón Rumiñahui, al este: Parroquias de Guangopolo y Alangasí y el Cantón Rumiñahui Occidente Ciudad de Quito, La superficie aproximada de la parroquia es de 51,46km².

Índice de Feminidad

En cuanto al Índice de Feminidad en la parroquia de Conocoto, calculada con datos del Censo del 2010, este se encuentra alrededor de 107, es decir que por cada 100 hombres en Conocoto hay 107 mujeres.

$$\frac{\text{Número de mujeres en el mismo periodo}}{\text{Número de hombres en el mismo periodo}} \times 100 = \frac{42381}{39691} \times 100 = 106,7 = 107$$

Distribución geográfica

La parroquia de Conocoto está conformada por 24 barrios que se describen a continuación:

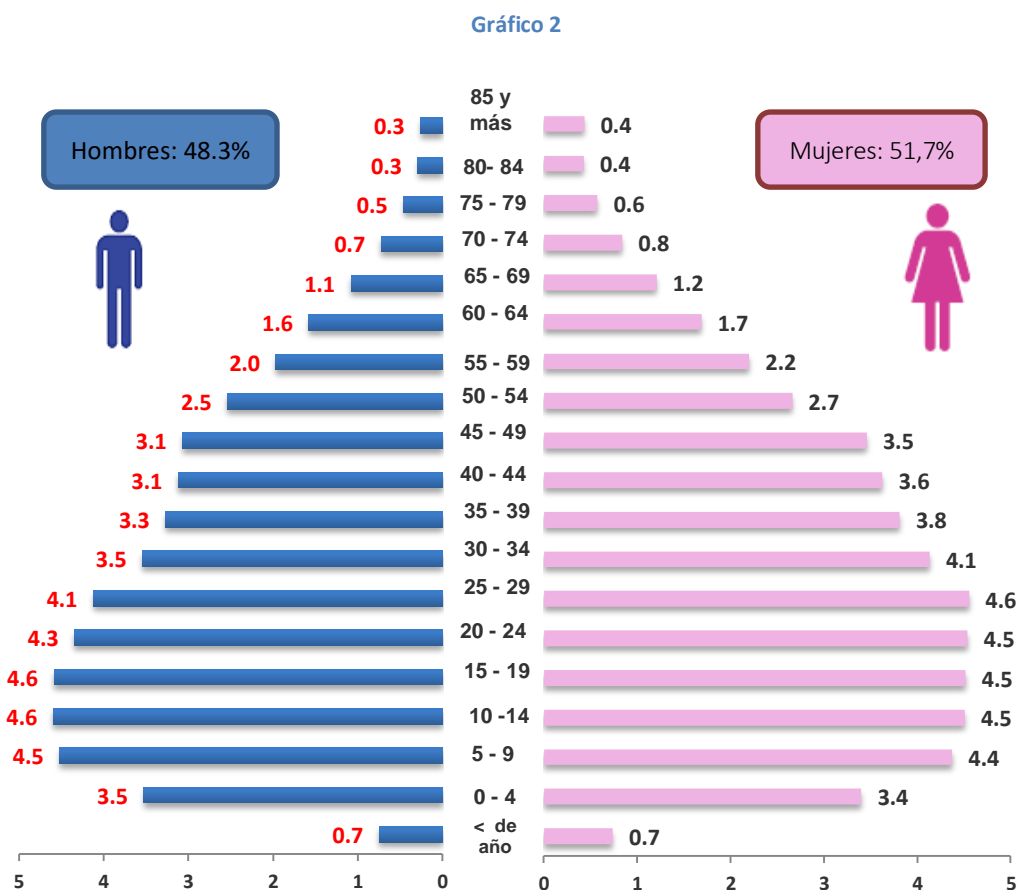
Barrios que conforman la Parroquia de Conocoto
Tabla 1

Barrios		
6 de Diciembre	Los Faiques	San José del Valle
Acosta Soberón	Los Lasallanos	San Juan de Conocoto
Escuela Politécnica	Médicos de Pichincha	San Lorenzo
La Esperanza de Conocoto	Miranda Grande	San Miguel Alto
Hospital Militar	Ontaneda Alto	San Miguel Bajo
Jardines de Conocoto	Pinos Miranda Alto	San Miguel de Chachas
Justicia Social	Puente de Piedra	Santa Rosa
La Salle II	San Andrés de Conocoto	Armenia

Grupos de Edad en la Población

La estructura de la pirámide poblacional en la Parroquia Conocoto de acuerdo a la población asignada se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Distribución de la Población por Grupos de edad



Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

Una base estrecha en la población de menores a 1 año, lo que podría estar asociado a controles de embarazo no efectivos, planificación familiar o mortalidad infantil significativa, entre los principales, (los grupos de edad de 0-4 ; 5-9 ; a 10-14 , 15-19) mantienen un porcentaje isocrónico), sin embargo se tiene una disminución en la población a partir del grupo de edad (20- 24) y esta disminución es constante en los grupos de edad superiores. Los factores que podrían estar asociados a esta disminución, se enmarcan en temas relacionados con la migración es decir al ser una población cuya edad corresponde a población económicamente activa, los mismos buscan mejores opciones al emigrar dentro o fuera del país, adicional se puede incluir la mortalidad, otro factor importante a considerarse es la actualización de la información ya que la misma fue construida con datos del censo 2010, por lo que existe un

periodo de 7 años que no han sido incluidos y existe la probabilidad que la dinámica de la pirámide haya sufrido cambios.

Sectorización por grupos poblacionales (menores de 5 años, escolares, mujeres embarazadas, ancianos)

- La población de menores de 5 años asignada al establecimiento se encuentra dividida de la siguiente manera:

Tabla 2

Menores de 5 años	Población Aproximada
Menores de 1 año	1,104
Niños de 1-4 años	6,533

Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

- La Población de mujeres en la parroquia se encuentra distribuida de la siguiente manera :

Tabla 3

Mujeres	Población Aproximada
Mujeres en Edad Fértil	28,157
Mujeres Embarazadas	1,503

Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

- La Población de adultos mayores en la parroquia se distribuye de la siguiente manera :

Tabla 4

Adultos mayores	Población Aproximada
Mayores a 65 años	5,889

Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

La información fue proporcionada por el Ministerio de Salud Pública al año 2016, estos indicadores de cobertura aparentemente son bajos y son objeto del estudio.

Personas por hogar

El promedio de personas por hogar en la parroquia de Conocoto es 4. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010)

1.3.2 Sociales

Los indicadores en la Parroquia de Conocoto son los siguientes:

Tabla 5

Indicadores de Educación	Porcentaje
Tasa neta de escolaridad primaria:	23,74%
Tasa neta de escolaridad secundaria:	22,28%
Tasa neta de escolaridad superior:	28,61%

Fuente1: Censo de población y vivienda del 2010;
Fuente2: Plan de Desarrollo y Ordenamiento de la Parroquia 2025

Los indicadores de educación en primaria, secundaria y superior en la parroquia de Conocoto se encuentran concentrados en porcentajes alrededor del (23% y 29%).

Tabla 6

Indicadores de Educación	Porcentaje
Analfabetismo	3,6%
Analfabetismo Funcional	9,5%
Analfabetismo Digital	17,4%

Fuente1: Censo de población y vivienda del 2010;
Fuente2: Plan de Desarrollo y Ordenamiento de la Parroquia 2025

Un indicador importante en pleno siglo XXI es el analfabetismo digital, el mismo en la población de la parroquia de Conocoto se encuentra alrededor del (17,4%).

Indicadores de Necesidades Básicas

Tabla 7

Indicadores de Vivienda Propia y Servicios Básicos	Porcentaje
Vivienda Propia	51,23%
Agua Potable	79,1%

Alcantarillado	87,7%
Recolección de Basura	95%
Energía Eléctrica	99,1%
Servicio Telefónico	69,1%

Fuente1: Censo de población y vivienda del 2010;

Fuente2: Plan de Desarrollo y Ordenamiento de la Parroquia 2025

Existe alrededor de un (49%) de la población que no posee vivista propia, el (19,9%) no dispone de agua potable, el (12,3%) no tiene alcantarillado, apenas el 5% no dispone de recolección de basura y finalmente un (0.9%) no posee de energía eléctrica.

1.3.3 Características Socio- Económicas y Ocupacionales

Indicadores de Pobreza

La población en extrema pobreza según el índice de necesidad insatisfecha en la parroquia Conocoto se encuentra alrededor del (10%), mientras tanto el (47%) de la población se encuentra en pobreza.

Índice de necesidad insatisfecha

Tabla 8

Parroquia Conocoto		Población	82,072
Índice NBI	Pobreza	Hogares %	47,0
		Población	8,493
	Extrema Pobreza	Hogares %	10.4
Brecha de Pobreza (%)			5,706
Severidad de la Pobreza (%)			6.5
Incidencia de la Indigencia (%)			800
Brecha de la Indigencia (%)			3.3
Severidad de la Indigencia			4.7

Fuente1: Censo de población y vivienda del 2010;

Fuente2: Plan de Desarrollo y Ordenamiento de la Parroquia 2025

Población Económica de la Parroquia

La población económicamente activa (PEA), población económicamente inactiva (PEI), población en edad para trabajar (PET), en la parroquia Conocoto, se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 9

Año	PEA	PEI	PET
2000	2265	24284	48252
2010	39957	27899	67856

Fuente1: Censo de población y vivienda del 2010;

Fuente2: Plan de Desarrollo y Ordenamiento de la Parroquia 2025

Bono de desarrollo humano

Anteriormente las poblaciones que accedían a los Programas Sociales del gobierno, lo hacían por medio del Bono de Desarrollo humano, hoy en la actualidad se las denominan como poblaciones vulnerables, en la parroquia Conoto, existe un 14% de población vulnerable, de la misma, más del 50% corresponde a población femenina.

Poblaciones Vulnerables, según sexo

Tabla 10

Poblaciones Vulnerables	Hombres	Mujeres	Población
Conocoto	6,611	7,130	13,741
Porcentaje	48.1	51.9	100

Fuente1: RIPS-Ministerio Coordinador de Desarrollo Social-2016

Elaboración: Érica. Carvajal Cerón

Sin embargo existen poblaciones vulnerables que requieren atención prioritaria entre ellas, se encuentran las madres, niños/as adolescentes, adultos mayores, y discapacitados.

Tabla 11

Poblaciones Vulnerables	Población Aproximada
Madres	21,917
Niñas / Niños Adolescentes	29,153
Adultos/as Mayores	5,164
Discapacitados	3,115

Categorías de Ocupación

Tabla 12

Categoría de Ocupación	Personas	Porcentaje
Empleado u obrero del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Juntas Parroquiales	6,196	16.0
Empleado/a u Obrero privado	18,557	47.8
Jornalero/a o peón	1,285	3.3
Patronato/a	1,900	4.9
Socio/a	664	1.7
Cuenta Propia	6,483	16.7
Trabajador/a no remunerado	459	1.2
Empleada Doméstica/a	1,849	4.8
Se ignora	1,411	3.6
Total	38804	100

Fuente: Censo de población 2010. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010)

Con base al Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, la población económicamente activa en mayor porcentaje se encuentra desarrollando una ocupación de empleado/a u obreros privados, y el menor porcentaje lo tiene la ocupación de jornalero/a, o peón.

1.3.4 Características Culturales

Composición étnica

Tabla 13

Autoidentificación	Personas	Porcentaje
Indígena	1,451	2%
Afroecuatoriano/a Afrodescendiente	1,513	2%
Negro/a	206	0%
Mulato/a	932	1%
Montubio/a	852	1%
Mestizo/a	71,729	87%
Blanco/a	5106	6%
Otro/a	223	0%

Total	82072	100
--------------	--------------	------------

Fuente: Censo de población 2010. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010)

Considerando la cultura y las costumbres la población de la parroquia Conocoto por medio del Censo de Población 2010, el 87% ha declarado auto identificarse como mestiza.

1.3.5 Perfil Epidemiológico del Medio

1.3.5.1 Principales causas de Morbilidad

Dentro de las principales causas de morbilidad de los pacientes atendidos y reportados por medio del establecimiento el Centro de Salud Tipo C, según la lista internacional detallada están asociadas a las enfermedades crónicas en el caso de médicos y enfermedades aguda en la atención odontológica.

Diez Principales Causas de Morbilidad Ambulatoria General (Lista Internacional Detallada-CIE-10)

Tabla 14

No. de Orden	Código CIE 10	Causas	Sexo				Número de Casos	Tasa por 1000 Hab.
			Hombre	%	Mujer	%		
1	I10X	Hipertensión Esencial (Primaria)	1,230	7.1	3,217	7.5	4,447	51.97
2	E660	Obesidad debida a exceso de Calorías	447	2.6	2,134	5.0	2,581	30.16
3	N760	Vaginitis Aguda		0.0	2,307	5.4	2,307	26.96
4	B829	Parasitosis Intestinales sin otra especificación	962	5.6	1,201	2.8	2,163	25.28
5	D509	Anemia por Deficiencia de Hierro sin Otra Especificación	993	5.7	909	2.1	1,902	22.23
6	E669	Obesidad no especificada	411	2.4	1,291	3.0	1,702	19.89
7	N390	Infección de Vías Urinarias Sitio no Especificado	100	0.6	1,326	3.1	1,426	16.66
8	E119	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente sin mención de Complicación	340	2.0	1,079	2.5	1,419	16.58
9	J00X	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	537	3.1	595	1.4	1,132	13.23
10	J029	Faringitis Aguda no especificada	441	2.5	531	1.2	972	11.36
Las demás causas de morbilidad			11,867	68.5	28,254	65.9	40,121	66.7
Total Causas de Morbilidad			17,328	100.0	42,844	100.0	60,172	703.16
TOTAL POBLACION:		85,574						

Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

Elaborado por: Estadístico Distrital.

Fecha de análisis: año 2016/1/ Proyecciones de Población 2000 - 2010 INEC - CELADE.

**Diez principales Causas de Morbilidad Ambulatoria General en Odontología
(Lista Internacional Detallada-CIE-10)**

Tabla 15

No. de Orden	Código CIE 10	Causas	Sexo				Número de Casos	Tasa por 1000 hab
			Hombre	%	Mujer	%		
1	K021	Caries de la Dentina	2,430	54.2	4,972	59.2	7,402	86.50
2	K041	Necrosis de la Pulpa	738	16.5	897	10.7	1,635	19.11
3	K050	Gingivitis Aguda	275	6.1	714	8.5	989	11.56
4	K083	Raiz Dental Retenida	309	6.9	461	5.5	770	9.00
5	K020	Caries Limitada al Esmalte	221	4.9	456	5.4	677	7.91
6	K051	Gingivitis Crónica	93	2.1	242	2.9	335	3.91
7	K040	Pulpitis	116	2.6	200	2.4	316	3.69
8	K007	Síndrome de La Erupción Dentaria	109	2.4	109	1.3	218	2.55
9	K054	Periodontitis	27	0.6	51	0.6	78	0.91
10	K046	Absceso Periapical con Fistula	23	0.5	42	0.5	65	0.76
Las demás causas de Morbilidad			141	3.1	249	3.0	390	4.56
TOTAL CAUSAS DE MORBILIDAD			4,482	100.0	8,393	100.0	12,875	150.45
TOTAL POBLACION:			85,574					

Fuente: Estadísticas del Establecimiento 2016

Elaborado por: Estadístico Distrital.

Fecha de análisis: año 2016/1/ Proyecciones de Población 2000 - 2010 INEC - CELADE.

Capítulo II.

Planteamiento del Problema

Durante el proceso de levantamiento de información en los módulos de campo contemplados en el pénsum de la Maestría en Salud Pública se pudo establecer que en los control de niño sano y control de embarazadas y atenciones de morbilidad se presentaban resultados que eventualmente podrían direccionar a que el establecimiento tiene problemas en el cumplimiento de los estándares mínimos expedidos en las y concentraciones de las poblaciones anteriormente mencionadas.

Control del niño sano - Menores de 1 año				
Tabla 16				
Centro de Salud -Tipo C	Población Específica	Primera Consulta	Consulta Subsecuente	Concentración
Conocoto	1,104	1,293	1,742	2,3

Fuente: Estadísticas del Establecimiento del año 2016

De acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud Pública por medio del Programa Local Integral de Salud(PLIS), las visitas al establecimiento de salud como parte del control del niño sano en menores de 1 año , durante su primer año de vida es de un control por mes, en su totalidad 12, la ideal de alcanzar; y como estándar mínimo 5 controles, por consiguiente el Centro de Salud Tipo C, - Conocoto, tienen concentraciones de 2.3 lo que implicaría que la normativa para el estándar mínimo no se está cumpliendo.

Control del Embarazo				
Tabla 17				
Centro de Salud -Tipo C	Población Especifica de Embarazadas	Primera Consulta	Consulta Subsecuente	Concentración
Conocoto	1, 503	1,599	5,410	4,4

Fuente: Estadísticas del Establecimiento del año 2016

Con respecto a la poblaciones de embarazadas la normativa en el Programa Local Integral de Salud (PLIS) y detallado en la Guía de Control Prenatal, se especifica que en el primer nivel de atención las pacientes en periodo de gestación que no tengan riesgo, realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo expedido por la OMS y como estándar ideal un control por mes en los nueve meses (9), sin embargo esta normativa tampoco se está cumpliendo ya que las concentraciones se ubican alrededor de 4.

En cuanto a la Morbilidad el establecimiento presentan concentraciones de subsecuentes ubicados en $1.54 \approx 2$, sin embargo la bibliografía menciona que el estándar de concentraciones en las consultas subsecuentes debe ubicarse alrededor de 2, por consiguiente esta estaría dentro del estándar.

Concentración de Subsecuentes			
Tabla 18			
Centro de Salud -Tipo C	Primera Consulta	Consulta Subsecuente	Concentración
Conocoto	38,968	21,226	1,54 \approx 2

En el año 2013¹, el Ministerio de Salud del Ecuador por medio de Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, implementó de forma progresiva dentro de la prestación de servicios el proceso de agendamiento de citas médicas por medio Contact Center, con el objetivo de reducir la brecha de acceso.

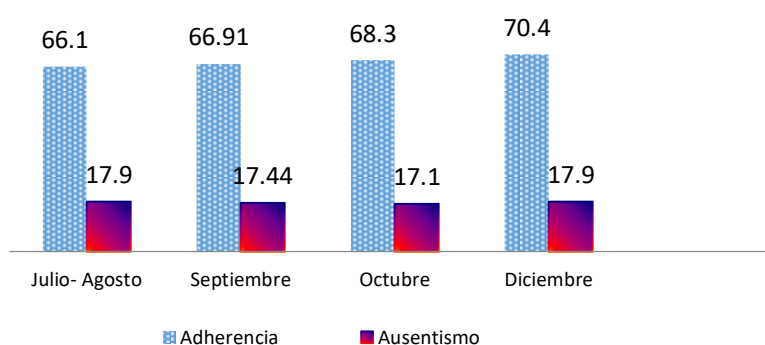
Sin embargo aproximadamente un año más tarde al realizar un análisis univariante de la estrategia de accesibilidad implementada, el informe generado por la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, presentó información significativa con respecto a los índices de adherencia y ausentismo de la población a las citas médicas agendadas para acceder a una consulta de atención ambulatoria, estos resultados correspondían a porcentajes isócronos que se ubicaban alrededor del 17%, desde julio a diciembre del año 2014², a partir de su implementación.

¹ Registro Oficial, 924 Acuerdo ministerial 0003094, "Reglamento General para el procedimiento de agendamiento de citas para la atención de consulta externa en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud" [en línea]. Quito, 5 de abril 2013 [fecha de consulta: 25 diciembre 2016]. Disponible en: <<http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2013/abril/code/20843/registro-oficial-no-927--viernes-05-de-abril-de-2013#3094>>.

² Ministerio de Salud Publico, "La propuesta estratégica integral para los usuarios que por primera o segunda vez no asisten a una cita agendada por contact center - línea 171" [en línea]. Quito, 15 de diciembre del 2013 [fecha de consulta: 15 diciembre 2016]. Disponible en: <<https://www.google.com/search?q=LA+PROPUESTA+ESTRAT%C3%89GICA+INTEGRAL+PARA+LOS+USUARIOS+QUE+POR+PRIMERA+O+SEGUNDA+VEZ+NO+ASISTEN+A+UNA+CITA+AGENDADA+POR+CONTACT+CENTER++L%C3%8DNEA+171&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox->>

Porcentaje de Agendamiento de citas médicas Contact Center – Año 2014

Gráfico 3



Fuente: Tomado de Informe propuesta estratégica integral para los usuarios que por primera o segunda vez no asisten a una cita agendada por contact center - línea 171.

Elaboración: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

El valor de estos indicadores podrían desestimar la estrategia de agendamiento de citas médicas por medio del Contact Center implementada³, sin embargo fue tomada como base para redireccionar y planificar las acciones para corregir los errores que se estaban presentando, en la misma se incluyó el desarrollo de una campaña masiva por medio de mensajes de texto que detallaban lo siguiente :

- USUARIOS QUE NO ASISTEN POR PRIMERA VEZ.” No asistió a su cita médica. Esto no permitió atender a otro paciente. La línea 171 agenda y cancela citas. Haga uso de esta función
- USUARIOS QUE NO ASISTEN POR SEGUNDA VEZ. No asistió por segunda vez a su cita médica. Se analizara el caso para su próxima cita. La línea 171 agenda y cancela citas. Haga uso de esta función.”⁴

b&gfe_rd=cr&ei=5RZwWlrbEYS_-wXZq66oAQ>.

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1508/SOLICITUD%20A%20CNT.pdf>.

³ Ministerio de Salud, Memorando Nro. MSP-DNPNAS-2014-3974-M, “SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PUESTA EN PRODUCCIÓN DE LA PROPUESTA ESTRATÉGICA INTEGRAL PARA LOS USUARIOS QUE POR PRIMERA O SEGUNDA VEZ NO ASISTEN A UNA CITA AGENDADA POR CONTACT CENTER - LÍNEA 171 “. [en línea]. Quito, D.M., 15 de diciembre de 2014. [fecha de consulta: 20 diciembre 2016]. Disponible en: < https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1111/MSP-DNPNAS-2014-3974-M.pdf>.

⁴ Ministerio de Salud, Oficio Nro.MSP-SCC-016-2015, “Implementación y Operación del Servicio de Contact Center para el Ministerio de Salud Pública “[en línea]. Quito, 06 de Marzo de 2015. [fecha de consulta: 1 enero 2017]. Disponible en: < https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1508/SOLICITUD%20A%20CNT.pdf>.

Este mecanismo fue incluido con el objetivo de motivar la asistencia de la población por medio de recordatorios al paciente. Si bien es cierto no se puede actuar en la optimización del agendamiento de citas por medio contact center, es importante conocer los motivos por los cuales esta estrategia no está funcionando, considerando que estos podrían ser claves para entender lo que realmente estaría afectando e impidiendo garantizar la continuidad de la atención y cuál es su efecto en los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención.

La Unidad de Conocoto, dispone de dos métodos de agendamiento, por medio de contact center y agendamiento directo en el establecimiento, sin embargo al ser parte del equipo de observación directa se pudo detectar que este proceso de implementación, no ha sido asimilado totalmente por los profesionales de salud que dan atención y así como los profesionales de admisión.

En la reunión desarrollada con el equipo de salud del establecimiento una de las posibles causas para que no se estén alcanzando los estándares mínimos (CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS EN CONTROL DE NIÑO SANO Y CONTROL PRENATAL), están relacionados al medio de accesibilidad para ingresar al servicio de la unidad en este caso el agendamiento por contact center ya que al no proveer de citas médicas en tiempos razonables, necesarios y pertinentes, el paciente finalmente desiste de solicitar una atención o finalmente acudir a la proporcionada.

De acuerdo al reporte de estadística para el año 2016, se pudo conocer que el nivel de ausentismo de los pacientes que solicitan una cita médica por medio de contact center en el centro de salud tipo C, se ubicó alrededor del (38%), cuando la norma expide que no debe sobrepasar del 10 %.

De la misma manera al comparar las atenciones subsecuentes de morbilidad y atenciones subsecuentes de prevención, éstas son inferiores a las atenciones de primera vez respectivamente en el centro de salud, concluyendo que la continuidad en la calidad de la atención estaría siendo afectada seriamente al no permitir que el evento de salud del paciente sea resuelto en su totalidad.

Por todo lo expuesto anteriormente, existe la posibilidad que las bajas concentraciones en control del niño sano y control del embarazo sumado al porcentaje de ausentismo, y sumado nuevamente al déficit del (40 %) de la población al no disponer de servicio telefónico, estaría afectando negativamente a garantizar la continuidad de la atención, principalmente a la continuidad intraepisodio.

Cuando se mencionan las posibles consecuencias del funcionamiento ineficiente del contact center, se incluye principalmente la falta de continuidad en los casos puntuales del control del niño sano y control del embarazo y sobre todo el cumplimiento de los estándares mínimos, incumplimiento de los programas de prevención y promoción de la salud en general y por ende la poca efectividad y eficiencia de las intervenciones, aumento del gasto de bolsillo y en consecuencia desfinanciamiento de la economía en el hogar.

La falta de continuidad en la atención presenta varios problemas: reduce la efectividad (eficacia operativa) de la atención, incrementa costos (al interrumpir o no completar el tratamiento), no se puede conocer el resultado de la intervención, no se dispone de la información necesaria y objetiva para atacar el problema de salud en relación a la efectividad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar cómo influyen los métodos de agendamiento de pacientes en el centro de salud tipo C de Conocoto en el Distrito 17D08 en la continuidad de la atención intraepisodio, en los pacientes que fueron atendidos en el servicio de consulta externa en el periodo comprendido de Enero – Diciembre 2016.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Establecer el porcentaje de los pacientes que solicitaron una cita médica en el al Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto por medio del agendamiento que, pertenecen a la población del área de cobertura, en el periodo de Enero – Diciembre 2016.
- Determinar la concentración de consultas en atenciones preventivas : Control de Embarazo, y Control del niño sano en menores de un año, que solicitaron una cita médica en el establecimiento de salud por medio de los procedimientos de agendamiento, implementados en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016.
- Determinar la concentración de atenciones subsecuentes de en la atención de los pacientes que solicitaron una cita médica en el establecimiento de salud por medio de los procedimientos de agendamiento, implementados el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, en el periodo Enero – Diciembre 2016.
- Identificar las razones por las cuales los pacientes no asistieron a la cita médica subsecuente en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016.
- Identificar las principales consecuencias que se generaron en las personas que no asistieron a la cita médica programada subsecuente dentro del proceso de agendamiento el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero– Diciembre 2016.

- Conocer los problemas operativos que se presenta en los profesionales del Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, relacionados con los procesos de agendamiento.

3.2 Hipótesis

- El proceso de agendamiento de citas médicas, afecta al criterio del cumplimiento de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016

Justificación

Con base al estudio se busca determinar si la continuidad de la atención intra episodio es afectada por los diferentes procesos de agendamiento (contact center y agendamiento en el establecimiento) definidos en la normativa nacional, con el objetivo de beneficiar a la población de responsabilidad de la unidad con la finalidad de proponer ajustes en caso de ser necesario para mejorar los procedimientos internos y de esta forma contribuir a mejorar la calidad de la atención con el objetivo de beneficiar a la población de responsabilidad de la unidad y a los clientes internos (profesionales).

Esto en consecuencia permitirá evitar la pérdida de los pacientes, y sobre todo mantener una secuencia lógica sin interrupciones y permanente de todas y cada una de las acciones que han sido necesarias para proporcionar la atención a un paciente que presentaba problemas de salud a pesar de cambiar de profesionales y poder observar el desarrollo y contribución de los diferentes programas implementados control de niño sano, control embarazo, y la atención de la morbilidad y sobre todo el impacto de los mismos.

Por otro lado esta investigación evalúa las formas de agendamiento (contact center — agendamiento en el establecimiento) en torno a un indicador que es la continuidad de la atención.

Cuando un paciente experimenta la falta de continuidad en la atención dentro de un servicio de salud en un establecimiento, reduce la eficacia de la atención de salud y específicamente incrementa los costos, generándose de esta manera uno de los principales problemas que afecta a América Latina el gasto de bolsillo.

Finalmente la falta de continuidad, no permite que el personal de salud responsable de la atención, conozca el resultado de la intervención que realizó y sobre todo evaluarla para asegurar la calidad de la atención proporcionada.

Al hablar de continuidad en la atención, se incluye también la referencia del paciente de un nivel de complejidad a otro, por ejemplo de un centro de salud a un hospital, esta referencia debe incluir el mismo grado de responsabilidad e información correspondiente del paciente hasta recuperar al individuo totalmente o minimizar el riesgo para devolverlo a su establecimiento de origen.

Conocer los eventos de la implementación del sistema contact en las unidades del Ministerio de Salud Pública, permitirá determinar si se ha cumplido con los objetivos para los cuales fue creado y como está afectando a la calidad de la atención como es el caso de la continuidad intraepisodio de la atención.

Es relevante y significativo determinar por medio de la medición la transformación que ha sufrido la continuidad intraepisodio después de haber sido sometido a una reestructuración de acceso a las citas médicas en los establecimientos del Ministerio de Salud por parte de los pacientes. Se debe mencionar que en la búsqueda bibliográfica no se logró obtener estudios o análisis que se hayan enfocado en este componente, por lo tanto se consideró importante mostrar su realidad, lo que no se puede ver, no se puede medir, y lo que no se puede medir no se puede mejorar.

Capítulo III.

Marco Teórico

2.1 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ONU, Año 2016)

Es importante alcanzar el desarrollo sostenible y para ello es importante y fundamental:

Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

En las últimas décadas se ha tenido avances dentro de indicadores demográficos como por ejemplo en aumentar la esperanza de vida y lo más importante se ha logrado controlar y reducir causas de muerte infantiles y maternas, las más comunes.

Esto se debe entre otros motivos al mejoramiento del acceso al agua limpia y el saneamiento ahora ya no es un privilegio de pocos, sino un beneficio para muchos en la actualidad, se tiene grandes avances cuando se habla de la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA, vacunas, etc.

2.2 Derechos a la salud de calidad dispuesta en la constitución 2008

Constitución Política de la República, Numeral 20, Art. 23, determina a “la salud como un derecho humano y fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que aseguren la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental,...”;

2.3 Plan Nacional del Buen Vivir (SENPLADES, 2013- 2017)

Objetivo 3, “Mejorar la Calidad de Vida de la Población”, 3. 3” Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de salud de atención integral de salud,”, literal f, tiene como una de sus prioridades fortalecer y consolidando al primer nivel de atención, resaltando la coordinación del itinerario del paciente, cuando ingresa al sistema y de esta manera permita el diagnóstico, detección y el tratamiento temprano de las enfermedades⁵.

2.4 Derechos del Buen Vivir

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

⁵ SENPLADES, “Plan Nacional del Buen Vivir”, [en línea], [Ecuador, Quito], [2013-2017], [fecha de consulta: 17 de Enero de 2017], Disponible: <<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>>.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. **Cap. II, Sección 7, Art. 32**

2.5 Ley Orgánica de Salud

“Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad”. **CAPITULO II, Art.9, literal e.**

2.6 Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

“Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.” **CAPITULO III, Art. 7, literal a, b**

2.7 Según el Código de la Niñez y Adolescencia:

Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

2.8 Sistema de Salud

Con un sistema de salud, se logra visualizar la misión, políticas, funciones y requerimientos de información para el cumplimiento y desarrollo de la gestión en salud pública y específicamente para la toma de decisiones que permitan responder a las necesidades de la población y resolver sus problemas de salud.

Los componentes que conforman el sistema de salud son⁶:

Gráfico 4



Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

Cada uno de ellos está directamente interrelacionados y son mutuamente incluyentes, es decir cada uno se alimenta del otro en pro de alcanzar un objetivo, en este caso satisfacer las demandas de la población.

En el caso de la **Provisión**, disponer de servicios de salud que solventen y permitan ejecutar las intervenciones efectivas que necesita la población, cuando y donde la requiera, maximizando los recursos y optimizando los mismos.

En el país para el año 2014 por medio del decreto ministerial 00005212, se expidió la tipología y homologación de los establecimientos del sistema de salud, de acuerdo a los niveles de atención y capacidad resolutoria, los mismos se encuentran distribuidos mediante la siguiente clasificación⁷ :

- Primer Nivel de Atención;
- Segundo Nivel de Atención;
- Tercer Nivel de Atención;
- Cuarto Nivel de Atención
- Servicios de Apoyo, transversales a los Niveles de Atención;

⁶ Puertas Donoso Benjamín, "Ejes de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador", [en línea], [Exposición], [Ecuador, Loja, 2009], disponible en: <<http://www.conasa.gob.ec/docscosavi/exposiciones/002.pdf>>.

⁷ MSP, "MAIS", [en línea], [manual], Ecuador, 2013, [20 de noviembre de 2015], disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

Los establecimientos correspondientes al Primer nivel de Atención son reconocidos como la puerta de entrada al Sistema de Salud, considerando que los mismos se encuentran más cerca a la población, conocen su entorno, ayudan y direccionan a los usuarios dentro de sistema de salud.

2.9 Sistema de atención

El sistema de atención garantiza la atención individual de la familia y la comunidad, la misma puede ser por medio de: citas médicas, triaje, HCU, Ficha Familiar, referencia-contrareferencias, Farmacia, Laboratorio e Imagenología, Admisión, tanto en la atención ambulatoria y la hospitalaria. (MAIS).

2.10 Evento de Salud

“Es el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad. Se entenderán como eventos en salud para efectos del presente decreto enfermedades, lesiones de causa externa, causas de muerte, factores protectores, factores de riesgo, acciones de protección específica y de detección temprana de enfermedades, muestras biológicas o químicas y demás determinantes asociados”⁸.

2.11 Episodio en salud

“Es el período desde la primera presentación de un problema de salud o enfermedad a un proveedor de atención médica hasta la finalización del último encuentro para el mismo problema de salud o enfermedad. Un nuevo episodio comienza con el primer encuentro para la aparición inicial de una enfermedad o recurrencia de una enfermedad después de la enfermedad libre de intervalo.

Desde el punto de vista del paciente, un episodio se extiende desde el inicio de los síntomas hasta su completa resolución.

Se puede subdividir de acuerdo con su curso a lo largo del tiempo:

1. Agudo: (corto plazo) un episodio de cuidado con una duración de cuatro semanas o menos.
2. Subagudo: un episodio de cuidado con una duración de entre cuatro semanas y seis meses.
3. Crónica: (a largo plazo) un episodio que dura seis meses o más”⁹.

2.12 Primer Nivel de Atención

“Es el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro (interfase) entre la población y el sistema de salud “, según la Organización Mundial de Salud (OMS).

⁸Ministerio de Salud Pública, Sistema de Vigilancia en Pública en Colombia. “Información Epidemiológica de los Desplazados en Valle”, [1999], Disponible en :<http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/sdsvalle/Capitulo3_2.htm>.

⁹ Bentzen N (editor). “An international glossary for general/family practice. Fam Pract”, [on line], [glosario], [1995; 12(3):341-69, [Fecha de consulta: 23 de Enero de 2017], Disponible en :< http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/letter_e_f.htm>.

“Tiene como objetivo ser reconocido por la población como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, y contar con servicios de salud articulados en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria para garantizar la continuidad de la atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica, actuando sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población “. (MAIS)

2.13 Niveles de Complejidad y Categorías en el primer nivel de atención

El Ministerio de Salud Pública determino los niveles de complejidad y categorías de los diferentes niveles de atención, dentro de los mismos el Primer Nivel de Atención tiene la siguiente estructura:

Tabla 19

Nivel de Complejidad	Categorías de Establecimientos de salud	Nombre
1º Nivel de Complejidad	I - 1	Puesto de salud
2º Nivel de Complejidad	I - 2	Consultorio general
3º Nivel de Complejidad	I - 3	Centro de Salud A
4º Nivel de Complejidad	I - 4	Centro de Salud B
5º Nivel de Complejidad	I - 5	Centro de Salud C – Materno Infantil y Emergencia

Fuente y Elaboración: Tomado del Acuerdo 00005212

2.14 Funciones del Primer Nivel

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud.
2. Es responsable del cuidado de la salud, individual, familiar y la comunidad: así como prestar los servicios en referencia a la “promoción, prevención de riesgos y problemas de salud, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a la normativa nacional. Incorporar el enfoque de género, intercultural y generacional en las prestaciones y acciones de salud”.(MAIS)
3. Al ser el primer contacto con el sistema de salud, el primer nivel está llamado a disponer, manejar la información necesaria de cada uno de los individuos de su responsabilidad, así como de su familia y de forma general de la comunidad, siempre con el objetivo de responder a sus necesidades y problemas de salud, proporcionar el tratamiento respectivo o la atención requerida; y sobre todo así como remitir esta información al nivel requerido., esta información reposara dentro de la historia clínica o la ficha familiar respectivamente en la unidad.

El establecimiento de Salud de Conocoto, es una unidad de tipo C, de complejidad 5, denominada Centro de Salud C – Materno Infantil y Emergencia.

2.15 Calidad de Atención

Proporcionar atención médica con oportunidad al usuario “... conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.”, Héctor Gerardo Aguirre (2004).

2.15.1 Criterios de la calidad de Atención

Dentro de las características de la calidad de la atención, la organización de los servicios tiene 4 puntos importantes en referencia a la responsabilidad de proporcionar a la población una atención.

La atención debe ser continua, integrada, global y efectiva.

2.15.2 Integración de la atención

La integración de la atención sugiere como punto específico asegurar la actividad preventiva, adicional tiene como objetivo lograr combinar la atención curativa, preventiva, promoción y rehabilitación.

La integración de la atención se concibe en dos formas en tiempo (atención preventiva y curativa al mismo tiempo) y a nivel del personal (por medio de la polivalencia del personal, donde cada miembro del equipo por medio de su comportamiento y responsabilidad integre, varios tipos de atención en referencia a las necesidades).

Al ser integrada una atención, el desarrollo de una actividad aporta significativamente en la mejora de las otras actividades.

2.15.3 Globalidad de la atención

Al hablar de una atención total estamos considerando al individuo desde su totalidad, por lo tanto la respuesta a sus problemas debe incluir la parte individual y comunitaria, ya que no basta curar, se requiere investigar el entorno que rodea al enfermo y entender su problema de salud.

La globalidad incluye la relación de empatía, es decir que el personal de salud sienta como si fuera el un paciente, así el mismo percibe una respuesta a su sufrimiento, sin globalidad en la atención la continuidad se ve afectada.

El objetivo de organizar una atención médica, es principalmente restablecer la salud del individuo, por medio de una prestación continua, global, integrada y eficaz.

2.15.4 Efectividad de la de la atención

La esencia de la organización de la atención médica es fortalecer, mantener, recuperar la salud de los pacientes a través de la prestación de los servicios continua, integrada, global y definitivamente eficaz. La eficacia técnica no es una consecuencia directamente proporcional de una atención global, continua integrada, ya que como resultado esta podría no ser técnicamente eficaz, por lo que se puede concluir que la calidad de la atención se concentra en las características de continuidad, integralidad, globalidad, y no concentrarse como en la actualidad al asociar el tratamiento más sofisticado con el equipamiento más moderno. Sin embargo no se debe descuidar la calidad técnica de la atención.

2.15.5 Continuidad

En la atención primaria el concepto de continuidad, asocia a la relación entre el proveedor de servicios de salud y el usuario o paciente que accede al mismo, sin embargo este proceso con lleva a la atención en los largos episodios de salud o enfermedad durante toda la vida. Adicional incluye conceptos fundamentales a la longitudinalidad de la atención, cuyo objetivo es mejorar la confianza, comunicación y sobre todo la responsabilidad doble vía entre el proveedor del servicio de salud y el paciente.

“La continuidad asegura que la atención sea de calidad y de calidez por parte del equipo de Salud (Mercenier, 1997, p. 55)

2.15.5.1 Continuidad de la Atención

En la atención primaria se debe considerar una característica importante, esta debe ser continua y no debe centrarse solamente al momento de la atención o la consulta, sino que se debe garantizar que el servicio sea responsable del individuo hasta que finalice el episodio de la enfermedad o del riesgo que se presente en el transcurso.

2.15.5.2 Tipos de Continuidad

Cuando se habla del proceso de seguimiento al paciente, considerando la historia natural de la enfermedad desde cualquiera de sus amitos y circunstancias, la continuidad en la atención puede ser:¹⁰

¹⁰Rodríguez-Contreras R, et al, “La continuidad interepisodios en atención primaria de salud: propuesta de un indicador”,[1993],[Bol Of SanitPanam]

2.15.5.3 Intraepisodio

Es el seguimiento de los pacientes en referencia al tiempo de evolución del episodio de la enfermedad o hasta que el problema de salud fuera resuelto en la atención.

2.15.5.4 Interepisodio

En este caso la información se acoge a los intervalos entre enfermedades de eventos pasados y esta puede ser por medio de la revisión de la historia clínica.

2.15.5.5 Agendamiento de Citas para la atención en las unidades de primer nivel de atención

La norma expedida publicada por el Ministerio de Salud Pública, expresa que toda persona que resida en el territorio ecuatoriano sin importar si posee un seguro de salud, está afiliado a uno, puede acceder y solicitar una atención médica por medio del servicio de agendamiento de citas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención.

Para acceder al mismo se dispone de dos mecanismos de ingreso al establecimiento: cita médica a través del número telefónico 171 denominado contact center y las citas médicas acercándose directamente al establecimiento de salud.

2.15.5.6 Procedimiento para agendar una cita médica por medio de Contact Center

La normativa para agendamiento por medio de contact center, detalla los pasos son los siguientes, desde el teléfono se debe digitar 171, cuando la operadora le responde le solicita que proporcione el número de cedula, área o especialidad que requiere (Medicina General, Odontología, Obstetricia, Psicología, o calificación para personas con Discapacidad).

Posteriormente se le entrega la fecha y hora de la cita, adicional puede solicitarse que se envíe un mensaje de texto con la información.

Con la información proporcionada se geo referencia el área de cobertura, se identifica el establecimiento responsable, y la cita médica solicitada es proporcionada, con el objetivo de direccionar al paciente al centro de salud que de acuerdo a la cobertura de responsabilidad, se encargará de proveer su servicio de salud.

La Normativa del Ministerio de Salud Pública dispuso estándares de agendamiento para este tipo de establecimiento, los mismo se encuentran concentrados en un (75%) por medio de contact center y el (25%) por medio de agendamiento en el establecimiento.

2.15.5.7 Procedimiento para agendar una cita médica por medio del establecimiento

Dentro de procedimiento para agendar una cita médica por medio del establecimiento, el usuario debe acercarse directamente al establecimiento, al área de admisión o estadística y obtener la cita.

La investigación se concentrara en la continuidad intraepisodio, ya que esta nos permite conocer la evolución del paciente y sobre todo si su problema de salud fue resuelto o no.

2.16 Tipos de Solicitud de atención:

Para acceder al servicio de salud del establecimiento existen 4 tipos de solicitudes en general, sin embargo la principal es por medio de contact center:

Solicitudes de Atención

Tabla 20

Trámite	Requisito
Solicitud de atención programada (contact center)	De preferencia conocer su número de cédula de Identidad y ciudadanía
Solicitud de atención espontánea	De preferencia presentar un documento de identidad y seguir las indicaciones dadas por el personal del Establecimiento de Salud para una próxima atención
Solicitud de atención de emergencia	De preferencia presentar un documento de identidad y seguir las indicaciones dadas por el personal del Establecimiento de Salud para una próxima atención
Solicitud de atención preventiva en las actividades extramurales	De preferencia presentar un documento de identidad

Elaborado por: Tomado de la página web del Ministerio de Salud Pública/Programas y Servicios/Atención integral de servicios de Salud: disponible en: <http://www.salud.gob.ec/atencion-integral-de-servicios-de-salud/>.

2.17 Modelo de Atención MAIS

El Modelo de Atención Integral de Salud apunta a desarrollar intervenciones que respondan y estén orientadas a obtener los resultados que aporte positivamente, y sobre todo a trabajar directamente con las familias y de esta manera crear y fortalecer los medios de relacionarse, contemplado lo importante y el aporte significativo que tiene conocer el entorno del individuo y de esta manera responder a las necesidades de las personas, las familias y finalmente la comunidad para mejorar su calidad de vida.

2.17.1 Provisión de Servicios en el MAIS

La provisión de los servicios está relacionada con la oferta de los servicios integrales e integrados, con el objetivo de garantizar la continuidad en la atención, la priorización en los grupos de atención se sustenta de acuerdo a los siguientes criterios:

- Necesidades requeridas de acuerdo al ciclo vital correspondiente en los individuos y la familia

- Por medio de la Constitución de la República, donde se establece la priorización de los grupos.
- Finalmente de acuerdo a las condiciones a las que están expuestos considerando el riesgo laboral, ambiental y social.

2.17.2 Ciclos de vida:

Se proporciona a las personas y sus familias una atención integral incluyendo el enfoque de género dentro de la provisión de servicio, en relación a su necesidad y su grupo etario.

2.17.3 Grupos Prioritarios

El artículo 35 en la Constitución Ecuatoriana en el artículo 35, determina que: niños, niñas y Adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, recibirán atención prioritaria en los servicios públicos y privado.

2.17.3.1 Control del niño sano

El control del niño sano dentro del MAIS, corresponde a un grupo prioritario y un ciclo de vida importante, hace referencia a las visitas médicas frecuentes y periódicas a los servicios de salud de los niños en su primer año de vida (1-11 meses), ya sean en establecimientos públicos o privados. Tiene como objetivo primordial evaluar el crecimiento y desarrollo que tienen los niños y niñas en los 12 primeros meses y de esta forma detectar a tiempo las anomalías congénitas.

El nivel mínimo eficiente de controles 5:

- Control del Niño sano recién nacido(7 días)
- Control del Niño sano 3 meses
- Control del Niño sano 6 meses
- Control del Niño sano 9 meses
- Control del Niño sano 12 meses

Se utilizará el cuadro de procedimientos de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Durante los controles del niño sano, se debe utilizar los patrones de crecimiento del niño/a, para determinar los indicadores de crecimiento, estado nutricional: estatura /longitud para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico/edad.¹¹

2.17.3.2 Control del Embarazo

El cuidado de la paciente en el embarazo se encuentra dentro de los grupos prioritarios que debe ser entendido de una forma temprana, oportuna, frecuente e integral, aporta significativamente a disminuir el riesgo de las complicaciones y finalmente la muerte ya sea materna como del recién nacido fortalece la adecuada atención del parto y en otro sentido, robustece las condiciones favorables de salud tanto para las madres y sus hijos/as, además reduce la incidencia de discapacidad de causa congénita.

“El control prenatal óptimo en los embarazos de bajo riesgo, según la Organización Panamericana de la Salud comprende un mínimo de 5 chequeos por profesional de salud calificado (médico u obstetriz)¹² y el estándar ideal de 9, es decir una por cada mes durante el periodo de gestación, es decir el nivel mínimo eficiente de controles 5:

- Control prenatal en las primeras 20 semanas
- Control prenatal entre las 22 y 27 semanas
- Control prenatal entre las 28 y 33 semanas
- Control Prenatal entre las 34 y 37 semanas
- Control Prenatal entre las 38 y 40 semanas

El primer control debe durar aproximadamente 40 minutos y los siguientes restantes 20 minutos, Sin embargo en el caso de las pacientes embarazadas que se realicen su primer control de forma tardía, el tiempo de atención será de 30 minutos mínimo.

Cumplir los controles prenatales no garantiza la calidad de la atención, los mismos en cada visita necesitan incluir un conjunto de actividades y procedimientos con las embarazadas que permitirán al personal de salud del establecimiento, identificar los factores de riesgo y las posibles enfermedades que puedan afectar el normal desarrollo del embarazo y del recién nacido.

En el caso de tener pacientes embarazadas con riesgo la frecuencia de controles prenatales será establecida por el profesional de la salud de forma individual y considerando a los factores de riesgo presentes.

¹¹ MSP, “ Normas de Atención a la Niñez 2011”, [Guía], [Quito- Ecuador], [2011], [pág. 24], [Fecha de consulta 23 de marzo de 2017], disponible en :<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

¹² MSP , [Control Prenatal -Guía de Práctica Clínica], [Guía], [Quito- Ecuador], [pág. 8], [Fecha de consulta 23 de marzo de 2017], disponible en :<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Para el Ministerio de Salud Pública, la atención a la salud materno-infantil es una prioridad, y en primera instancia la prevención de las complicaciones en el embarazo en relación a una atención adecuada y con base a un diagnóstico oportuno.

“Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal”.

Capítulo VI.

Metodología

Tipo de Estudio

La investigación corresponde a una cuantitativa /cualitativa, a través de un estudio retrospectivo de cohorte histórico, por medio de un diseño correlacional, que permita medir la relación de los pacientes que solicitaron una cita médica en el establecimiento de salud por medio de contact center y agendamiento interno en la continuidad de la atención intraepisodio. Se incluye también dentro de la investigación un componente cualitativo para identificar los problemas operativos que se presenta en los profesionales del Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, relacionados con los procesos de agendamiento y la llamada telefónica a pacientes que tuvieron problema de agendamiento

3.3.2 Muestra

Para la fase cuantitativa se obtuvo una muestra de los pacientes que fueron atendidos entre enero a diciembre de 2016, a través de agendamiento, de acuerdo a las atenciones de prevención y atenciones de morbilidad registradas por medio del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), para el efecto se aplicó un nivel de confianza del 95%, con un error de 0,05%.

Formula y cálculo

$$n = \frac{\sum_i^L N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N} \sum_i^L N_i P_i Q_i} \quad E = \frac{d^2}{Z_{1-\alpha/2}^2}$$

Donde:

- Z = nivel de confianza 95% -> Z=1,96
- L = número de estratos en que particionamos la muestra
- i = índice que se refiere a un estrato desde donde se parte, y puede estar comprendido desde 1 y L estratos.
- P_i =proporción dentro de cada uno de los estratos.
- Q_i =proporción 1 -P_i

- E = margen de error aceptado 0.05%
- W_i = peso que el estrato tiene en la muestra, y su función es permitir afijar el tamaño de la muestra proporcionalmente en cada estrato.
- Se asume variabilidad máxima ya que no se dispone de experiencias en con otros estudios $p=0.5$; $q=0.5$

**Cálculo de Muestra por Grupos (Estratos) de Atención
Centro de Salud de Tipo C
Distrito 17D08, Conocoto
Año 2016**

Tabla 21

Atenciones Ambulatorias	Contact Center 2016	P_i	Q_i	$P_i Q_i$	$N_i P_i Q_i$	W_i	n_i
GRUPO A I Morbilidad	19641	0.5	0.5	0.250	4910	0.5	190
GRUPO B II Prevención	19640	0.5	0.5	0.250	4910	0.5	190
Total	39281				9820	100	380
Fuente: CONTAC CENTER 2016 Elaboración: Érica. P. Carvajal C							

3.3.3 Tipo de Muestreo

Se aplicó un Muestreo Estratificado con afijación proporcional a la muestra, para determinar la muestra y selección aleatoria simple hasta completar la respectiva muestra:

* Grupo A - Población que accedió por medio del agendamiento de la consulta externa para una atención de morbilidad.

* Grupo B - Población que accedió por medio del agendamiento de la consulta externa para una atención de prevención.

Poblaciones

Dentro de la investigación se determinó dos tipos de población: Población de Pacientes y el Personal de Salud de la unidad.

Criterios de Inclusión

La población a estudiarse la conformaron los pacientes que accedieron al servicio de consulta externa por medio de contact center el Centro de Salud De Tipo C – Conocoto, Distrito 17D08, Conocoto, desde Enero – Diciembre 2016.

Los pacientes que participaron en el estudio fueron los que cumplieron el siguiente criterio de inclusión.

- a) Haber accedido al establecimiento para ser atendido en el servicio de consulta externa por medio de agendamiento.

Criterios de Exclusión

Los pacientes que no participaron en el estudio fueron los que cumplieron con el siguiente criterio.

- b) Haber accedido al establecimiento para ser atendido en el servicio de consulta externa por medio de la demanda espontánea.

A los pacientes incluidos en la muestra, que no asistieron a su cita subsecuente planificada, pasaron a formar parte de grupo a quienes se les realizó una encuesta telefónica para conocer los motivos por los cuales el paciente no asistió a la cita subsecuente planificada ya que no cumplieron continuidad de la atención con la finalidad de conocer cómo se resolvió el episodio, los consentimientos informados reposan en el área de admisión.

Las pacientes que accedieron a una atención en su totalidad en el establecimiento de salud son de 73.243 para el año 2016:

**Producción Ambulatoria
Centro de Salud de Tipo C
Distrito 17D08, Conocoto
Año 2016**

Tabla 22

Producción Ambulatoria	Atenciones 2015	%
Primeras Morbilidad	38.968	0.5
Primeras Prevención	34.275	0.5
Total	73.243	100
Fuente: Producción del Establecimiento de Salud 2016 Elaboración: Érica. P. Carvajal C		

Se tomó como referencia la información del establecimiento de salud correspondiente al servicio de consulta externa para el año 2016 con respecto a la totalidad de atenciones, en cuanto a la información de citas médicas solicitadas por medio de contact center, esta se encuentra disponible en el mismo período anual Enero-Diciembre de 2016 y corresponde a (39, 281), sin embargo se debe mencionar que no se encuentran diferenciadas en atenciones preventivas y morbilidad.

Considerando este tipo de estructura, dentro de la metodología aplicada para obtener la densidad de las citas médicas preventivas y de morbilidad en los pacientes que accedieron al servicio de consulta externa por medio de contact center año 2016, se calculó la variación de las atenciones primeras preventivas y primeras de morbilidad correspondientes al año 2016, de la producción ambulatoria de la unidad y con base a este porcentaje se estimó el requerimiento de las atenciones de morbilidad y prevención de los pacientes que accedieron a una atención en el Centro de Salud de Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016 por medio de contact center, se asume la hipótesis que la tendencia se mantiene en referencia a la atenciones registradas en la siguiente estructura:

**Citas Médicas
Centro de Salud de Tipo C
Distrito 17D08, Conocoto
Año 2016**

Tabla 23

Citas Médicas	%	Contact Center 2016
Primeras Morbilidad	0.5	19,641
Primeras Prevención	0.5	19,640
Total	100	39,281
Fuente: Producción CONTAC CENTER 2016/Establecimiento de Salud Elaboración: Érica. P. Carvajal C		

Población Personal de Salud

Se aplicó la técnica de grupos focales al personal de salud que proporciona atención en el servicio de consulta externa en Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto con el objetivo de conocer su percepción sobre la efectividad que ha tenido el contact center en la continuidad de la atención.

El grupo focal estuvo conformado por (11) profesionales de la salud que prestan la atención en consulta externa : (9) Mujeres y (2) Hombres, con respecto a las edades en las que se encuentran los participantes (7) de ellos pertenecen al grupo de edad de adultos jóvenes(25-30 años) y 4 pertenecen al grupo de edad adultos(35 y 65 años).

- c) El perfil de los participantes se encontró distribuido de la siguiente manera (2) son Médico Generales, (2) Médicos Odontólogos, (2) Médicos Familiares, (2) Obstetrices, (1) Psicólogo, (1) Médico Pediatra, (1) Médico Especialista en Discapacidades.

3.3.4 Análisis de Variables

Sí bien es cierto las variables incluidas en la Operacionalización son todas importantes y fueron estudiadas, las que constituyen el punto clave en la investigación corresponden con el área de procedencia del paciente de donde solicitó la atención por medio de contact center, tipo de consulta subsecuente, ya que estas nos permitirán comprobar el grado de asociación entre la accesibilidad por medio de las citas de contact center y el cumplimiento del criterio de calidad de atención la continuidad, las variables que se incluirá en el análisis de correlación, es el ingreso del paciente por medio de contact center con la cita subsecuente, para conocer si aporta o no a garantizar la continuidad de la atención.

- Variable dependiente(Número de cuentas médicas subsecuentes) independiente (tipo de agendamiento)

3.3.5 Operacionalización de las variables

Tabla 24

Objetivos	Variable	Concepto	Escala	Tipo de Variable	Indicador
<p>Determinar cómo influye los métodos de agendamiento de pacientes en el centro de salud tipo C de Conocoto en el Distrito 17D08 en la continuidad de la atención intraepisodio, en los pacientes que fueron atendidos en el servicio de consulta externa en el periodo comprendido de Enero – Diciembre 2016.</p>	<p>Agendamiento</p>	<p>Corresponde al método de agendamiento por el cual los pacientes solicitan una cita médica en el establecimiento de salud</p>	<p>1. Contact Center 2. Agendamiento en el Establecimiento</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Densidad de ingreso de los pacientes al establecimiento de salud, por medio de contact center y agendamiento</p>
<p>Establecer el porcentaje de los pacientes que solicitaron una cita médica en el al Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto por medio del agendamiento que, pertenecen a la población del área de cobertura , en el periodo de Enero – Diciembre 2016</p>	<p>Área de Residencia</p>	<p>Corresponde al lugar de residencia donde el paciente tiene su domicilio</p>	<p>1. Amaguaña 2. Cuendina 3. Pintag 4. Tolontag, 5. La Merced 6. El Tingo 7. Guangopolo 8. Alangasí 9. Otra zona</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Porcentaje de pacientes de acuerdo a su área de residencia</p>

Determinar la concentración de consultas en atenciones preventivas : Control de Embarazo, y Control del niño sano en menores de un año, que solicitaron una cita médica en el establecimiento de salud por medio de los procedimientos de agendamiento, implementados en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016	Atenciones Preventivas Atenciones Subsecuentes	Número de citas médicas subsecuentes en relación a su primera cita de atención	Discreta 1. Primera 2. Subsecuente	Cuantitativa	Concentraciones Atenciones Subsecuentes Tasas de Atenciones en Re consulta Concentraciones de Atenciones Preventivas a)Control de Embarazo b) Control de Nino sano en menores de 1 año
Determinar la concentración de atenciones subsecuentes de en la atención de los pacientes que solicitaron una cita médica en el establecimiento de salud por medio de los procedimientos de agendamiento, implementados el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, en el periodo Enero – Diciembre 2016.	Atenciones Subsecuentes	Número de citas médicas subsecuentes en relación a su primera cita de atención	Discreta	Cuantitativa	Concentración de Atenciones Subsecuentes
Identificar las razones por las cuales los pacientes no asistieron a la cita médica subsecuente en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016	Motivos por los cuales las personas que no asistieron a la subsecuente	Características de los motivos por los cuales , el paciente no asistió a la cita subsecuente	Nominal	Cualitativa	Porcentaje de los principales razones por los cuales el paciente no asistió a la cita subsecuente programada
Identificar las principales consecuencias que se generaron en las personas que no asistieron a la cita médica programada subsecuente dentro del proceso de agendamiento el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero– Diciembre 2016.	Consecuencias en las personas que no asistieron a la subsecuente	Describe como solucionaron el evento las personas que no asistieron a la consulta	1. No le gusto la atención 2. Me enviaron a otra unidad del MSP 3. No solucionaron mi problema de salud 4. No fue necesario asistir , ya que soluciono su problema 5. Prefirió recurrir a la	Cualitativa	Porcentaje de los principales consecuencias que se generaron en las personas que no asistieron a la cita subsecuente

			farmacia 6. Prefirió recurrir a médico privado 7. Otros		
Conocer los problemas operativos que se presenta en los profesionales del Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, relacionados con los procesos de agendamiento.	Mecanismo	Métodos utilizados para eliminar la barrera del acceso al servicio y garantizar la continuidad de la atención.	Nominal	Cualitativa	Principales mecanismos utilizados por el personal de salud que proporciona la atención en la consulta externa, para eliminar la barrera del acceso al servicio y garantizar la continuidad de la atención.

3.3.6 Plan de Análisis de Datos

El plan de análisis, se desarrolló por medio de estadística descriptiva e Inferencial, con medidas de centralización, dispersión, Prueba T para muestras independientes.

Las variables cuantitativas se analizaron a través de diagramas de dispersión, histograma, diagrama de tallo y hoja. Para medir la relación se utilizó pruebas de dos colas, test de student, análisis de variancia, correlación de Pearson.

Las variables cualitativas se analizaron a través de tablas de contingencia, frecuencias, Gráficos de sectores. Para medir la asociación se utilizó las pruebas e chi-2 y niveles de significancia.

En el caso de los grupos focales al ser unas respuestas abiertas, éstas fueron analizadas desde su contexto y para la conformación de indicadores globales se agruparon de acuerdo a su coincidencia.

La información fue procesada por medio del Software Estadístico SPSS, R.

La construcción del instrumento Check list, se la realizó en e l Software Visio 2010.

3.3.7 Recolección de Información

3.3.7.1 Fase cuantitativa Check List

El método de recolección de información para la fase cuantitativa se desarrolló por medio de dos instrumentos un Check list (Anexo1) y una Encuesta telefónica (Anexo2).

Mediante el Check list se obtuvo información relevante y primordial y por medio de la revisión de la información de las historias clínicas de las personas que accedieron a los servicios de consulta externa por medio de agendamiento, sumado a la revisión de la atención consolidada por medio de del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), se realizaron los respectivos cruces de información requeridos y planteados dentro de la investigación.

La información recolectada con el primer instrumento, sirvió para generar una base de datos, la misma que fue cruzada con la información que se obtiene del Registro Diario de Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), para de esta manera dar seguimiento al número de visitas durante en el año de los pacientes en el Centro de Salud Tipo C a partir de la fecha de ingreso a una primera atención.

3.3.7.2 Fase cuantitativa Encuesta Telefónica

La encuesta que aplicada a todos los pacientes que fueron agendados a una cita subsecuente y no asistieron a la misma y de los cuales se obtuvo información del teléfono o referencia de numero de celular, se la realizó vía telefónica y se aplicaron 4 preguntas relacionadas a los motivos por

los cuales no asistieron , a la misma se le adjunto el consentimiento informado, donde se resaltar  que la participación del paciente fue aceptado vía telefónica, el documento reposa en la unidad dentro de los términos de confidencialidad y detalla los puntos que fueron explicados telefónicamente al paciente, entre ellos cual fue el objetivo del estudio, el derecho de aceptar o no participar, que no existe riesgo, y sobre todo la importancia de sus respuestas ya que fueron valiosas para la investigación y sobre todo la protección de la confidencialidad ya que los indicadores manejados serán a nivel global no individual (Anexo 2, 4).

3.3.7.3 Fase cualitativa Grupo Focal

Guía de entrevista grupo focal, permitió conocer la percepción y mecanismo que utilizan los profesionales de la salud que proporcionan la atención para eliminar la barrera del acceso al servicio de consulta Externa. Se formularon 5 preguntas asociadas al continuidad intraepisodio de la atención, las mismas de acuerdo a su contexto cualitativo fueron procesadas íntegramente a base a las respuestas de cada uno de los profesionales, las mismas que fueron grabadas y posteriormente transcritas, solo en aquellas cuyo caso las respuestas eran homogéneas, se construyeron resultados generales por medio de porcentajes, de la misma forma por seguridad y temor a sufrir represalias por expresar sus puntos de vista se tomó la decisión de omitir los nombres de los profesionales y solo se menciona su profesión (Anexo 3).

3.3.8 Aspectos Bioéticos

- La investigación se alimentó de la información de las historias clínicas, no involucra directamente a los pacientes que signifique correr riesgos, de la misma forma en marco de las leyes de confidencialidad implementadas por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Censos, se respetar  la confidencialidad de los datos obtenidos y que los mismos no serán expuestos de forma individual sino de forma global.
- En el caso de los pacientes que no asistieron a la cita médica subsecuente programada y que fueron parte de la población a la que se les aplicó la una encuesta corta vía telefónica, se incluye el consentimiento informado que resalta que la participación del paciente fue aceptado vía telefónica, este consentimiento reposar  en la unidad dentro de los términos de confidencialidad y detalla puntos específicos que fueron explicados telefónicamente al paciente, cual es el objetivo del estudio, el derecho de aceptar o no participar en la investigación, que no existe riesgo, y sobre todo lo importante que son las respuestas proporcionadas, lo valiosas que son para la investigación y la confidencialidad de las mismas ya que se manejan indicadores globales no individuales.
- Para los grupos focales con el personal de salud, se aplicó el respectivo consentimiento.

- Se solicitó la autorización respectiva a las autoridades del Hospital.

Capítulo V.

Resultados

Se analizaron 380 historias clínicas, mediante una muestra estratificada sin reemplazamiento; donde el estrato 1, denominado Grupo A son las atenciones preventivas y el estrato 2 denominado Grupo B son las atenciones de morbilidad.

4.1.1 Distribución muestra

El comportamiento de la muestra tomada se encuentra construido de la siguiente manera:

Distribución muestra de prevención y Morbilidad

Tabla 25

Grupo de Edad		Muestra de atenciones de Prevención				Muestra de atenciones de Morbilidad			
		Sexo de paciente		Total	Porcentaje	Sexo del Paciente		Total	Porcentaje
		Hombre	Mujer			Hombre	Mujer		
Niñez	Menor a 1 año	11	10	21	11.1	4	2	6	3.2
	De 1 año a 4 años	8	6	14	7.4	12	7	19	10.0
	De 5 año a 9 años	8	6	14	7.4	15	6	21	11.1
Adolescencia	De 10 año a 14 años	7	7	14	7.4	7	3	10	5.3
	De 15 año a 19 años	2	19	21	11.1	4	7	11	5.8
Adulto joven	De 20 año a 39 años	5	66	71	37.4	14	42	56	29.5
Adulto	De 40 año a 64 años	8	20	28	14.7	15	37	52	27.4
Adulto Mayor	65 años y más	3	4	7	3.7	5	10	15	7.9
Total		52	138	190	100.0	76	114	190	100.0

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

El (96.5%) de la población en la muestra en prevención se encuentra concentrada entre las 0 y 64 años, y la diferencia corresponde a la población de adulto mayor, en cuanto a la distribución por género el (27,4%) son hombres y el (72,6%) son mujeres.

Mientras tanto en la muestra de morbilidad, el (92,3%) de la población se encuentra concentrada entre las 0 y 64 años y la diferencia (7.7%), le corresponde a la población de adulto mayor, en cuanto a la distribución por genero el (40%) son hombres y el (60%) son mujeres.

4.1.2 Estadísticas descriptivas de la muestra con respecto a la edad del paciente, según agendamiento

Tabla 26

Estadísticas Descriptivas			Muestra Prevención		Muestra Morbilidad	
			Valor	Std. Error	Valor	Std. Error
Edad años paciente	Contact Center	Media	22.50	1.683	34.51	1.773
		5% Media recortada	21.19		34.21	
		Mediana	20.00		34.00	
		Varianza	337.083		436.976	
		Desviación Std.	18.360		20.904	
		Mínimo	0		0	
		Máximo	76		76	
		Kurtosis	.252	.440	-1.086	.408
	Agendamiento en el Establecimiento	Media	24.07	1.957	19.41	2.668
		5% Media recortada	23.23		17.80	
		Mediana	23.00		16.00	
		Varianza	271.866		363.007	
		Desviación Std.	16.488		19.053	
		Mínimo	0		0	
		Máximo	73		74	
		Kurtosis	.141	.563	0.500	.656

Con respecto a la edad en los pacientes que fueron parte de la muestra en prevención la edad máxima se encuentra en 76 y la edad mínima en 0 en los pacientes que ingresaron por contact center (están incluidos los menores de un año), a diferencia de los pacientes que ingresaron por agendamiento donde la edad mínima es cero (incluye días recién nacidos) y la máxima 73 años.

En la muestra de morbilidad la edad máxima se encuentra en 76 años en pacientes que ingresaron por medio de contact center y 74 años por medio de agendamiento en el establecimiento, sin embargo se debe mencionar que en los dos tipos de agendamiento la edad mínima es cero (incluye días recién nacidos y menores de 1 año).

La media recortada es una medida que permite eliminar los off layers, en este caso la media de edad para prevención en contact center es de (21,1) y en morbilidad es de (34,2), sin embargo por

medio de agendamiento en el establecimiento la edad promedio es menor a 24 en las dos muestras.

4.1.2 Comparación de pacientes agendados y pacientes registrados RDACAA y revisión de historias clínicas

Tabla 27

Tipo de atención	Medio de Accesibilidad	Atenciones ingresadas en RDACAA	Desglose de Atenciones registradas en RDACAA parte de la muestra revisadas en HCU		
			Atenciones Efectivas en HCU	Atenciones no Efectivas que constan en HCU	Atenciones no efectivas que no constan en HCU
Atenciones Preventivas	Contact Center	190	69	33	17
	Agendamiento en el establecimiento		49	20	2
Atenciones Morbilidad	Contact Center	190	80	48	11
	Agendamiento en el establecimiento		29	15	7
Total		380	227	116	37
Porcentaje		100%	59.7%	30.5%	9.7%
			100%		

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

Al realizar el cruce de las dos bases de datos(agendamiento y RDACAA) con la verificación de la atención en historia clínica se pudo determinar que el 7% (28) de atenciones agendadas por contact center no asistieron pero fueron registradas en el RDACCA como efectivas incluyendo el diagnostico CIE- 10 en prevención (Z000;Z001;Z300;Z3001; Z3003;Z006;Z016;Z024; Z027;Z357;Z390;Z630;Z719;Z736) y en morbilidad (E782;I10X;J00X;K050; N390;S800), a diferencia de las atenciones por medio de agendamiento en el establecimiento donde el 2.%(9) de atenciones, presenta este problema de registro en RDACAA.

4.1.3 Objetivo I Resultados de Cobertura

4.1.3.1 Cobertura de la población de responsabilidad

Tabla 28

Medio de accesibilidad	Procedencia		Total
	área de cobertura	otra área	
	Frecuencia	Frecuencia	
Contact Center	244	14	258
Agendamiento en el Establecimiento	119	3	122
Total	363	17	380
Porcentaje	95.5	4.5	100

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

De la muestra analizada el mayor porcentaje de la población que ha ingresado al establecimiento para solicitar una atención de salud corresponde a la zona de cobertura, ya sea que haya accedido por medio contact center o agendamiento en el establecimiento, sin embargo dentro del contact center se tiene el mayor ingreso de población de otra zonas.

4.1.4 Objetivo II Resultados de Prevención

Agendamiento de atenciones de Prevención citas subsecuentes

Tabla 29

Grupos de Edad		Agendamiento de atenciones de Prevención					
		Agendamiento Contact Center		subtotal	Agendamiento en el establecimiento		subtotal
		Asistió a Subsecuente			Asistió a Subsecuente		
		Sí	No	Sí	No		
Niñez	Menores de 1 año	13	5	18	3	0	3
	De 1 año a 4 años	3	3	6	4	4	8
	De 5 año a 9 años	4	5	9	2	3	5
Adolescencia	De 10 año a 14 años	5	5	10	3	1	4
	De 14 año a 19 años	6	6	12	8	1	9
Adulto Joven	De 20 año a 39 años	28	14	42	22	7	29
	De 40 año a 64 años	9	8	17	6	5	11
Adultos Mayores	Más de 65 años	1	4	5	1	1	2
Total	Total	69	50	119	49	22	71

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

Las atenciones en grupos de edad por medio de contact center solicitadas y asistidas correspondiente al (36.1%) y son superiores a las citas por medio de agendamiento (25.7%).

4.1.4.1 Control del niño Sano

Tabla 30

Atenciones	Contact Center	Agendamiento en el establecimiento	Total
Primeras Atenciones	17	3	20
*Atenciones Subsecuentes	36	6	42
Concentraciones	3.1≈3	3	3.1

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

*Nota Técnica: Las atenciones subsecuentes, es la sumatoria de todas las subsecuentes registradas

Al analizar las concentraciones de niño sano podemos observar que no existe diferencia entre los tipos de agendamiento, cabe mencionar que de la misma manera en ninguno de los dos casos se está cumpliendo la norma establecida por el Ministerio de Salud en cuanto al control mínimo que corresponde a 5 y dista mucho del estándar ideal 12 controles es decir uno por mes dentro del primer año de vida.

4.1.4.2 Mujeres Embarazadas

Tabla 31

Medio de accebilidad	Contact Center	Agendamiento en el establecimiento	Total
Primeras Atenciones	12	9	21
*Atenciones Subsecuentes	36	30	66
Concentraciones	4	4.3 ≈4	4.1 ≈4

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21,

*Nota Técnica: Las atenciones subsecuentes efectivas, es la sumatoria de todas las subsecuentes registradas

En las atenciones por medio de contact center y agendamiento, cuando se hace referencia a poblaciones de embarazadas, no existe diferencia entre los medios de agendamiento en cuanto a las concentraciones ya que mantiene el mismo valor por ambos métodos.

4.1.5 Objetivo III Resultados de Morbilidad

4.1.5.1 Concentración de atenciones subsecuentes en la atención

Tabla 32

Atenciones	Contact Center	Agendamiento en el Establecimiento	Total
Primeras atenciones	127	47	174
*Atenciones Subsecuentes	169	67	236
Concentraciones	2.3 ≈2	2.4≈2	2,3≈2

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21.

**Nota Técnica: Las atenciones subsecuentes efectivas, es la sumatoria de todas las subsecuentes registradas hasta la 5 subsecuente, a partir de la sexta subsecuente no se incluyó en el cálculo del indicador ya que hacen referencia a otras patologías a la principal y diagnósticos de enfermedades crónicas.*

No existe diferencia entre las concentraciones de subsecuentes entre las citas médicas de pacientes que ingresaron con alguna morbilidad por contact center y los pacientes de agendamiento en el establecimiento.

4.1.6 Objetivo IV Resultados de Consecuencias

Principales consecuencias de la no asistencia a la cita médica subsecuente programada

Los objetivos de medir la coberturas es conocer si la población están accediendo a los servicios sanitarios que necesitan, dentro de los mecanismos para facilitar el ingreso al sistema de salud, es ubicar un establecimiento dentro de un área geográfica al alcance de toda la población de responsabilidad (accesibilidad geográfica), sin embargo es importante analizar el contexto del por qué, si el paciente tiene disponible casi todos los mecanismos para acceder a la red pública del sistema de salud, solicitar una atención para resolver su problema de salud y mantenerse hasta completar el tratamiento, simplemente la población la descarta y no la sigue utilizando.

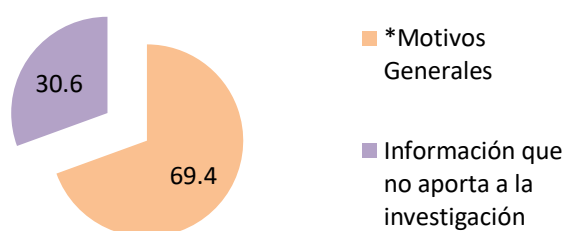
Como parte del marco de investigación los pacientes que registraron la no asistencia a una cita subsecuente en las Historias Clínicas Únicas, conformaron el grupo de estudio a quien se le realizó una encuesta telefónica con el objetivo de conocer los motivos por los cuales no asistieron a la cita subsecuente preventiva y de morbilidad.

4.1.6.1 Motivos de no asistencia a consultas de Prevención

Aproximadamente de las 190 Historias Clínicas Únicas correspondiente a la muestra de atenciones de prevención, 72 corresponden a las personas que no asistieron a una cita subsecuente, de los cuales 50 (69.4%) al ser revisados por medio de la HCU, dentro de su epicrisis no tenía registrado una cita subsecuente no disponía de número de teléfono para ser contactado y fue categorizado como motivos generales por consiguiente las llamadas telefónicas se realizó a los 22 pacientes que si tenían registrado teléfonos y corresponde al (30.6%) y fue categorizado como información que no apporto a la investigación.

Motivos para no asistir a la cita médica subsecuente

Gráfico 5



*Motivos Generales: dentro de los motivos generales se detalla principalmente que no existe la solicitud de una cita subsecuente por parte del profesional, la atención no consta dentro de la HCU.

Se debe mencionar que para esta parte de la investigación, se presentaron limitantes que no permitieron obtener los resultados esperados, de los 22 casos de pacientes que no asistieron a la cita subsecuente y los cuales formaban parte del grupo a quienes se les realizó la encuesta telefónica un 86,4%(19), presentaron problemas asociadas con la calidad de información en la HCU que no aportó a la investigación, apenas el 13,6% (3) dio a conocer que fue referido a su casa a otra unidad o accedió al seguro de salud general cuando se le preguntó el motivo de su inasistencia a la cita subsecuente.

Análisis de la información que no aportó a la investigación

Tabla 33

Categorías de respuestas en la llamada	Casos
*Información que no aporta a la investigación	19
Es Afiliada el Seguro Social / Referencia a otra Unidad o casa	3
Total	22

Fuente: Información levantada para la investigación vía telefónica

Elaborado por: Érica P. Carvajal C.

Fecha de análisis: Mayo – Junio 2017

***Nota Importante:** La información que no aporta a la investigación está asociada a las siguientes categorías: no disponibilidad de número telefónico para la llamada del paciente, información errónea en los números de teléfono al momento de la llamada, la llamada no fue efectiva, es decir no fue contestada (la misma se realizó por tres ocasiones en días diferentes).

4.1.6.2 Motivos de no asistencia a consultas de morbilidad

Motivos para no asistir a la cita médica subsecuente

Tabla 34

Motivo de no asistencia	Casos
*Motivos Generales	43

Información recolectada no aporta a la investigación	38
Total	81

Los pacientes que no asistieron a una cita subsecuente fueron 81, sin embargo mediante la revisión de HCU EL 53.1%(43), de los pacientes no tenían registrado una cita subsecuente por parte del profesional , o su cita estaba registrada en RDACAA pero no estaba registrada en la HCU, ,no tenía disponible su número telefónico este sin número de motivos fue categorizado como motivos generales, al 46.9 %(38), formo parte de los pacientes quienes se les realizó la encuesta telefónica, sin embargo la información recolectada después del análisis no aporta a la investigación sin embargo se la detalla a continuación.

Análisis de la información que no aporó a la investigación
Tabla 35

Categorías de respuestas en la llamada	Casos
Referencia a otra unidad	2
Ya no fue necesario acudir	1
Información recolectada no aporta	35
Total	38

***Nota Importante:** La información recolectada que aporta a la investigación está asociada a las siguientes categorías: no disponibilidad de número telefónico para la llamada del paciente, información errónea en los números de teléfono al momento de la llamada, la llamada no fue efectiva, es decir no fue contestada (la misma se realizó por tres ocasiones en días diferentes), respuestas no asociadas a las categorizadas.

De la misma manera que en la muestra de prevención, se presentaron limitantes que no permitieron obtener los resultados esperados, de los 38 casos de pacientes que no asistieron a la cita subsecuente y los cuales formaban parte del grupo al cual se les realizó la encuesta telefónica el 92%(35), presentaron problemas asociadas con la calidad de información en la HCU que no aporta a la investigación ,apenas el 8% (3) dio a conocer que fue referido a su casa a otra unidad o se sintió mejor y ya no requirió acudir a la cita subsecuente.

4.1.7 Objetivo V Resultados de Mecanismos para garantizar la continuidad

4.1.7.1 Grupo Focal

Parte de los objetivos en esta investigación están relacionados directamente con la recopilación y el análisis de las experiencias proporcionadas por los profesionales de la salud y sobre todo que los hallazgos sean direccionadas hacia la toma de decisiones.

Dentro de este contexto en el grupo focal se obtuvo información de los principales mecanismos utilizados para garantizar la continuidad de la atención con los siguientes componentes:

4.1.7.1.1 Percepción de la implementación del contact center

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, 2 de ellos específicamente profesionales de Obstetricia expusieron que el agendamiento por medio de contact center ha cumplido su objetivo para eliminar la barrera de acceso, sin embargo al hablar de la continuidad de la atención todos coinciden en que no aporta significativamente al mejoramiento de la continuidad de la atención por ejemplo: consideran principalmente que las citas médicas subsecuentes son proporcionadas en periodos de tiempo de uno, dos, y tres meses, o que antes madrugaban y se manejan por agendamiento interno sin embargo a la final eran atendidos el mismo día, por medio de contact center se demora más la consulta, no se puede dar seguimiento a pacientes de forma inmediata, finalmente se considera una complicación en el tema de la atención de las discapacidades.

Pregunta 1 ¿Cuál es su percepción de cómo ha influido la implementación del contact center como mecanismo para eliminar la barrera de acceso y mejorar la continuidad de la atención?

(1) “Desde sicología sí es importante que la atención sea continua y los pacientes tienen una atención una vez al mes, una vez cada dos meses desde que llaman al contact center sería importante que la atención sea cada 15 días”. **(Profesional de Psicología)**

(2) “Cuando estábamos trabajando con el contact center, sí había continuidad, se enviaban o se venían a la consulta y nosotros daban un turno, decíamos sabe que tiene que agendar o llamar hoy mismo al 171 para agendar la cita a pediatría y casi siempre regresaban al mes, después cuando ya había una cantidad de gente ya no regresaban al mes, regresaban al mes y medio y luego había casos que regresaban a los dos meses y como pediatría se saturaba, pues ya se iban a medicina general y así era ya todo el tiempo, y sí había niños que les veíamos cada dos meses menores de un año”. **(Profesional de Medicina, Pediatría)**

(3) “Por el contact center se demora más la consulta los pacientes por lo general viene o dicen que les dan la cita en tres meses muchas veces no cuentan con la cita pronto”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(4) “Bueno la continuidad depende de la patología también de que venga el paciente la mayoría que es por controles generales me parece bien, pero si hay una debilidad en donde en enfermedades crónicas, el paciente se necesita estabilizarle sería 8, 15 días no es posible porque el call center de los que me han mencionado los pacientes es que al mes le dan una cita y hay pacientes que no, bueno en pacientes estables podría esperar ese mes, haya pacientes en que no”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(5) “Si es bueno porqué, pero no es para la continuidad de las pacientes, el call center si ha eliminado en cierta parte la, en eso de que los pacientes no tenían tanto acceso a la atención si ayudado en gran parte”. **(Profesional Obstetrix)**

(7) “Hay veces que se necesitan realizar un seguimiento inmediato a los tres días y 24 horas incluso y que no se puede realmente nosotros medicina al menos no se puede casi no podemos generar”. **(Profesional de Medicina General)**

(8) “Bueno realmente hay veces que pensamos que estábamos mejor sin el 171, cuando había un agendamiento interno de la institución del centro de salud, claro había unas colas pero el paciente venía veces madrugaba pero se iba atendido ese mismo día o máximo sino había disponibilidad para ese día de paso repartíamos para el día siguiente en esos dos días el paciente iba atendido”. **(Profesional Odontología)**

(9) “El 171 digamos de inicio me imagino que fue una buena intención, pero que es lo que pasa, el momento que el paciente pide su cita, es generalmente en lo que es odontología, el momento que él tienen ya una dolencia, tiene una urgencia odontológica, generalmente algo le está molestando, generalmente no llama por chequeo, digamos en porcentaje alto es cuando siente dolor, especialmente en los dientes, entonces qué pasa si es que le dan para 15 días, para tres semanas, para un mes, o simplemente inclusive le dicen que no hay citas que vuelva a llamar al otro día al otro día como me consta que así es, es extemporáneo el rato que ya le toca la cita o que le toca llegar a su cita pues él o ya lo soluciono su problema o ya no duele y generalmente por asuntos de su trabajo, de su tiempo, ya no es tan relevante asistir a esa consulta por qué ya no tiene la urgencia que tenía, cosa que no sucedía antes, cuando venían a tomar su turno el día, el momento que necesitaban, ellos se acercaban a ser atendidos ese momento, obviamente había el otro tipo de problemas colas y todo eso que pienso que se podría canalizar de otra manera”. **(Profesional Odontología)**

(10) “A mi modo de ver ha sido más bien una complicación, especialmente en el tema nuestro de discapacidades, es una desinformación al usuario viene totalmente desorientados entonces acá nos toca más bien volver a reestructurar eso y re agendar para volver atenderles, entonces a mi modo de ver no, se está complicando el tema”. **(Profesional de Medicina Especialidad Discapacidades)**

4.1.7.1.2 Fortalezas que tiene el contact center

De los 9 profesionales de la salud entrevistados por medio del grupo focal, 2 (5%) respondieron que el contact center presenta fortalezas como por ejemplo: la reducción de los tiempos de espera ya que el paciente no tiene que esperar mucho, que el sistema está más organizado, y sobre todo que pueden asegurarse que la paciente regrese en una fecha específica con los exámenes solicitados.

Pregunta 2: ¿Cuáles cree usted que son las fortalezas que tiene el contact center que están permitiendo garantizar la continuidad de la atención?

(1) “Los pacientes son atendidos a la hora a la que ellos le dan, a una hora exacta vienen una media, 20 minutos antes a la atención no tienen ningún problema para recibir la atención por parte del profesional, ellos tienen una buena atención”.

(Profesional de Psicología)

(2) “Mas organización, o sea si es más organizado el sistema eso si, por que ya no se ven las filas e normas que hacían los pacientes por madrugar y coger un turno”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(3) “La accesibilidad es muy fácil cualquier persona puede llamar del celular del convencional a pedir un turno, o sea ese mismo momento, tengo entendido que tienen todo el horario para hacerlo y lo hacen nunca el call center ha dicho no hay turnos a mí me parece más la accesibilidad del sistema”. **(Profesional de Medicina General)**

(4) “Entonces yo pienso una de las fortalezas, se ha disminuido tiempos de espera, porque antiguamente tenían que venir madrugar coger el turno y esperar hasta que les toque , había que esperar muchísimo tiempo ,otra fortaleza haya más orden organización en la atención”. **(Profesional de Medicina General)**

(5) “El otro también por ejemplo es en lo que es la continuidad de la atención, si es buena porque así nos aseguramos que la paciente venga tal fecha con los resultados de los exámenes , por ejemplo necesitamos que el paciente venga con un examen emergente en 8 días , en ocho días le damos la cita y en la mayoría de los casos si sabe haber la cita”. **(Profesional Obstetiz)**

4.7.1.3 Debilidades del contact center que no ha permitido garantizar la continuidad de la atención

En referencia a las debilidades que presenta el contact center, los profesionales de la salud coinciden en factores asociados a la falta de personal para solventar el requerimiento en la demanda de atención, ya que se carga al personal existente y anteriormente colapso de tal manera que en pediatría por ejemplo en niños menores de un año se llegó a proporcionar una atención en periodos de dos meses, la asignación de turnos estrictamente son extendidos por periodos de tiempo extensos y esto estaría afectando directamente a pacientes con enfermedades crónicas ya que deben ser revisados en 8 y 15 días y a través del sistema de contact center los turnos son asignados para un mes; a este proceso también se incluye la falta de seguimiento al mismo paciente ya que las atenciones son asignadas por números de consultorios y no por profesionales, en este contexto el sistema de igual manera no permite discriminar la necesidad de atención con base a la urgencia o grupo prioritario del paciente.

Pregunta 3¿Cuáles cree usted que son las debilidades que tiene el contact center que no ha permitido garantizar la continuidad de la atención?

(1) “Había muchos pacientes y el contact center ya no abastecía y eso que aquí hay algunos consultorios pero en cambio había apenas uno de pediatría entonces no había el espacio suficiente para ver a tantos niños”. **(Profesional de Medicina, Pediatría)**

(2) “No hay muchos turnos para la consulta, faltaría personal”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(3) “Podría ser que no discrimina mucho los tipos de paciente, por ejemplo una personas por decirle de 20 años puede llamar a decirle a necesito un turno pero al venir acá para abrirle la historia y tomarle algunos datos domiciliarios de la paciente no discrimina si el turno es para medicina general o para revisión de embarazo, si han venido una personas justamente con esas quejas”. **(Profesional de Medicina General)**

(4) “Pero si hay una debilidad en donde en enfermedades crónicas, el paciente se necesita estabilizarle serian 8, 15 días no es posible porque el call center de los que me han mencionado los pacientes es que al mes le dan una cita y hay pacientes que no, bueno en pacientes estables podría esperar ese mes, haya pacientes en que no. Esa sería una debilidad que no haya a lo mejor una alternativa de poder dar una cita lo más pronto posible dependiendo de la patología y del paciente”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(5) “Más se podría hablar de las debilidades, porque no hay continuidad de las pacientes nosotros, ya por ejemplo aquí hacemos el agendamiento para tener continuidad en nuestras pacientes que gestantes o planificación familiar agendamos un turno nos ponemos de acuerdo con estadística, agendan un turno al mes y así para hacer una continuidad sí, eso”. **(Profesional Obstetiz)**

(6) “Sería que justamente esto del seguimiento, el seguimiento en enfermos crónicos y adultos mayores, no se puede realizar el tiempo que queremos”. **(Profesional de Medicina General)**

(7) “Se congestiono toda la atención a los pacientes y ahora cada que llaman o nos les contestan o si les contestan, llame dentro de una semana llame dentro de 15 días y el paciente para pues para 15 días no aguanta con el dolor, porque eso más la idiosincrasia de nuestro pueblo de nuestros pacientes, eso acudir cuando estoy con dolor y cuando llamo quiero que me den turno si es posible para hoy, mañana para pasado manan máximo ,pero eso no es la realidad del 171, ni de las instituciones que

4.1.7.1.4 Mecanismos o métodos utilizados para resolver los problemas de la continuidad

Uno de los mecanismos o métodos que han utilizados los profesionales para resolver los problemas que se han presentado en el establecimiento durante la atención es la creación de agendamiento interno, realizan llamadas telefónicas al paciente y la gestión directa del médico tratante con el área de admisión y Estadística para asignar un turno disponibles, estas alternativas son utilizadas por la mayor parte de los profesionales que prestan la atención en el servicio de consulta externa y que participaron en el desarrollo del grupo focal, se debe resaltar que dentro de los profesionales que hacen una práctica diaria de captación de pacientes y se encargan específicamente de agendar, y buscar un turno exclusivo para garantizar las continuidad son las Obstetrices en los grupos prioritarios de mujeres embarazadas.

Pregunta 4¿Qué mecanismo o método ha utilizado usted para resolver los problemas presentados que no han permitido lograr garantizar la continuidad?

(1) “Siempre estoy insistiendo llamen al contact center 171, para que les den el servicio, a veces les digo también hay pacientes que llaman para a veces ya tienen un turno cambiar el turno, para dejar el turno quizás o postergar el turno y ahí hay la posibilidad que a un paciente le puedan nuevamente reagendar ese turno, los pacientes lo han hecho o sino buscamos alternativas y procesando con admisión para que le puedan dar el turno”. **(Profesional de Psicología)**

(2) “Ahora nos manejamos agendamiento propio”. **(Profesional de Medicina, Pediatra)**

(3) “Nosotros agendamos a los pacientes y los atendemos mandamos a ver la historia clínica el día que los agendamos y ese mismo día los atendemos”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(4) “Por ejemplo como se tiene los datos de los pacientes se les llama insistiéndoles a que vuelvan ehh como es la primera paciente en mi caso siempre mando exámenes especialmente si son para valoración quirúrgica y no es necesario que por ejemplo los pacientes acuden aquí con un turno necesariamente en call center o admisión en o abajo en agendamiento sino que yo les llamo solo para revisión de exámenes y si ameritaran o no la referencia yo le haría sin necesidad de turno”. **(Profesional de Medicina General)**

(5) “Darle una previa cita , yo ahí sí poniéndole ahí en que tiempo necesito verle nuevamente”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(6) “Para resolver el problema nosotros igual para la continuidad de los pacientes para garantizar de que la paciente gestante más nosotros nos basamos en las gestantes , eh nosotros agendamos una cita con estadística mas no usamos call center con ellas, en pacientes que ya digamos para papa Nicolau, para exámenes adicionales que se les manda para otra morbilidad llame al 171 y si vienen , se e agenda estadística para que no vuelva a llamar a call center porque no les dan continuidad , nosotros agendamos a parte”. **(Profesional Obstetrix)**

(7) “Nosotros como mecanismos que tenemos para solucionar esto, es por ejemplo ayudarle a la paciente como le decía llamándole a las pacientes , decirle sabe que señora, en este momento se le puede ayudar nos acercamos a estadística y vemos un turno libre que hay en ese día para que le agenden ara ese día a la paciente y se le llama a la paciente tal fecha y tiene la cita nuevamente reagendando la cita , pero no es que la paciente va a perder su turno se le va a reagendar la cita , con la ayuda de estadística”. **(Profesional Obstetrix)**

(8) “Para solventar los problemas que tenemos con el contact center , lo que hago es un agendamiento interno , pero no durante la hora de atención , sino fuera de mi tiempo de atención y sin consultorio muchas veces ,así le podemos hacer , si es que queremos nosotros de nuestra parte solventar los problemas que tienen los pacientes “. **(Profesional de Medicina General)**

(9) “Dar citas el momento que vienen los pacientes, citas internas a los pacientes que necesitan continuación de tratamientos”. **(Profesional de Odontología)**

(10) “ Aca a los pacientes, manejamos una agenda interna en el área de discapacidades”. **(Profesional de Medicina, especialidad Discapacidades)**

4.1.7.1.5 Mejoras para garantizar la continuidad en los pacientes

En referencia a las mejoras que los profesionales de salud consideran relevantes y que según su punto de vista pueden aportar de manera positiva para garantizar la continuidad en los pacientes que han accedido al servicio de consulta externa por medio de contact center se encuentran el acceso al establecimiento por medio del agendamiento, acceso a las demás especialidades, software interconectado, citas programadas, disponibilidad de citas asignadas, análisis del requerimiento de tiempo de atención de acuerdo al paciente.

Pregunta 5 ¿Cómo podría mejorar y garantizar la continuidad en los pacientes que han accedido al servicio de consulta externa por medio de contact center?

(1) “El trato como las personas o los profesionales del contact center les dan la atención, yo estoy hablando de la parte de psicología la mayoría hay pacientes que están con depresión, ansiedades una palabra o un trato que no es justo y el paciente necesita o quiere escuchar, eso puede afectar, siempre tiene que ser de una manera, palabras que le hagan sentir la paciente”.

(Profesional de Psicología)

(2) “Para mi mejor es el agendamiento”. **(Profesional de Medicina, Pediatría)**

(3) “Lo que pasa es que hay diversas cosas hay diversas cosas nosotros tenemos muchos consultorios de medicina general entonces el paciente no siempre le sale la cita para el mismo consultorio, lo que nosotros hacemos es llamar al paciente y mandamos a ver la historia clínica para continuar con el tratamiento con el paciente eso es lo único que podemos hacer por el momento”. **(Profesional de Medicina Familiar)**

(4) “Justamente estaba pensando ayer por que tengo un pacientito que a lo mejor el call center tuviera una mayor información sobre los números de consultorios que hay, ya tienen el número de consultorio pero a que se dedica ese consultorio más información y a lo mejor si dar la facilidad en un acceso a través del call center de especialidades también por ejemplo ginecología, por ejemplo medicina familiar” **(Profesional Medicina Familiar)**

(5) “Que una vez que llaman al call center por ejemplo es que deben tener me imagino los datos de los pacientes, entonces si por ejemplo llaman hoy que es 25 que se termina el control nosotros decirle señora llame al 171, y dígame sus datos completos y que su cita le agenden para el siguiente 25 de junio”. **(Profesional Obstetiz)**

(6) “Todos nos quejamos en el tiempo de la atención, que no alcanza por ejemplo en un control primera vez a veces nos pasan a al consultorio de aca, que no es como estos de morbilidad y llega una embarazada que no sabía que estaba embarazada ,justamente la norma son 49 minutos aun control prenatal primera vez ,en 20 minutos tenemos que hacer lo que más podemos, también es el tiempo de la atención de un paciente a otro”. **(Profesional Obstetiz)**

(7) “Yo pienso que hay turnos no se están asignados ,a veces hay turnos como libres o debería dejarse más turnos libres para demanda espontanea , pero que sean usados el mismo día de las personas que no ha podido coger turnos que sean asignados el mismo día , no se si n un nuevo consultorio o dejarlos de la lista de contact center más turnos libres para demanda espontanea que si hacen falta”. **(Profesional de Medicina General)**

(8) “Que se haga el seguimiento de los turnos agendados para ver si el paciente va, nooo ha venido agotar todos los mecanismos aseguramos que al paciente venga y eso es con recordatorio y después de la fecha de la cita comprobar si vino o no”. **(Profesional de Odontología)**

(9) “Tendría que tener un control informático, tendrían que tenerles en la base de datos a los pacientes , con número de historia porque no pueden dar así al que solicite sin tener un registro de quien realmente es y cuantas veces asistido al servicio también otro punto les dan estas para dos o tres especialidades el mismo día es una complicación el asunto de las historias a menos que se vuelva a todo en línea podría implementar”. **(Profesional de Odontología)**

(10) “Habilitar aquí dentro de la institución a lo interno un sistemas de citas programadas, que no tengan nada que ver con nuevamente con reagendarse con el 171, mejorar esa parte de hecho hay pero que mejorar”. **(Profesional de Medicina, Discapacidad)**

4.3 Medidas de Asociación e Inferencia

4.3.1 Hipótesis

- El proceso de agendamiento de citas médicas, afecta al criterio el cumplimiento de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, Distrito 17D08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016.

Para la comprobación de la hipótesis dentro de la investigación se aplicó la Prueba T para muestras independientes la misma permite compara las medias o proporciones de dos grupos de casos. En

este caso se quería comparar las atenciones subsecuentes dentro del control del niño sano y control del embarazo con el tipo de agendamiento

4.3.1.1 3 Prueba T para muestras independientes

Control del niño sano

Tabla 36

Prueba T en Controles del Niño Sano									
Criterio de Continuidad	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error Std. de la diferencia	95% de Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	7.798	0.014	0.726	14	0.480	0.769	1.060	-1.503	3.042
No se ha asumido varianzas iguales			1.022	5.334	0.351	0.769	0.752	-1.129	2.667

Fuente: Información establecimiento de salud
 Elaborado por: Érica P. Carvajal C.
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Ho: El proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento, de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del niño sano.

Ha: El proceso de agendamiento de citas médicas, si afecta al criterio el cumplimiento, de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del niño sano.

La prueba paramétrica T para muestras independientes, presenta un nivel de significación crítico de (0.480) ; el mismo deber ser contrastado contra 0.05; sí mayor a 0.05 , se acepta la Ho; en este caso es mayor por lo tanto se concluye que la prueba estadística no es significativa , es decir que no se puede confirmar que existen diferencias significativas entre los dos grupos por consiguiente el proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento, de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del niño sano.

Si bien es cierto se aceptan las hipótesis de control del niño sano, en referencia a que no existe diferencia entre los agendamiento sea contact center y agendamiento en el establecimiento

cuando hablamos de garantizar la continuidad en el control del niño sano, se debe resaltar que por medio de la parte cualitativa de la investigación los profesionales de la salud entrevistados mencionan que sí se ha visto afectada.

4.3.1.2.3 Prueba T para muestras independientes

Control del Embarazo

Tabla 37

Prueba T en Controles de Embarazo									
Criterio de Continuidad	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error Std. de la diferencia	95% de Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianza iguales	.000	.990706	.091	16	0.929	0.150	1.653	-3.355	3.655
No se ha asumido varianza iguales			.091	15.380	0.929	0.150	1.646	-3.351	3.651

Fuente: Información establecimiento de salud
 Elaborado por: Érica P. Carvajal C.
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2017

Ho: El proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento, de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del control del Embarazo

Ha: El proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento, de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del Embarazo

La prueba paramétrica T para muestras independientes, presenta un nivel de significación crítico de (0.929); al ser mayor a 0.05, se acepta la Ho; de tal manera que se concluye que la prueba estadística no es significativa y por tanto no se puede confirmar que existen diferencias significativas entre los grupos comparados.

Es decir que el proceso de agendamiento de citas médicas, no afecta al criterio el cumplimiento de la continuidad de la atención intraepisodio en el Centro de Salud de Tipo C, en el Control del embarazo que ingresan por contact center y la continuidad intraepisodio de las embarazadas por el agendamiento en el establecimiento.

Sí bien es cierto se aceptan las hipótesis de control del embarazo, en referencia a que no existe diferencia entre los medio de agendamiento sea contact center y agendamiento en el establecimiento en cuanto a garantizar la continuidad en el control del embarazo, se debe resaltar que por medio de la parte cualitativa de la investigación los profesionales de la salud entrevistados mencionan que sí se ha visto afectada.

Capítulo V.

Discusión

En la presente investigación se estableció el grado de asociación entre el proceso de citas médicas por medio de contact center y el agendamiento y su relación con la continuidad intraepisodio en el Centro de salud tipo C- Conocoto, así como la inclusión de otros factores que estarían afectando directamente al tema de continuidad.

La estructura general de esta investigación se concentra principalmente en el desarrollo de las atenciones subsecuentes de los pacientes que ingresaron o solicitaron una cita médica al establecimiento por medio de contact, sin embargo dentro del análisis se ha incluido a los pacientes que ingresaron por medio de agendamiento con el objetivo de realizar la comparación y determinar la efectividad de cada uno de ellos en cuanto a garantizar la continuidad de la atención.

El nuevo modelo de atención (MAIS), expedido mediante el Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública (2011) e implementado en territorio en el año 2012, ha definido la atención a la población por medio de ciclos de vida y niveles de atención considerando para esta clasificación las guías de manejo clínicas y sobre todo los protocolos terapéuticos.

En el centro de salud Tipo C, Conocoto el (96.5%) de la población en la muestra en prevención se encuentra concentrada entre los 0 y 64 años, y la diferencia corresponde a la población de adulto mayor, en cuanto a la distribución por género el (27,4%) son hombres y el (72,6%) son mujeres.

Mientras tanto en la muestra de morbilidad, el (92,3%) de la población se encuentra concentrada entre los 0 y 64 años y la diferencia (7.7%), le corresponde a la población de adulto mayor, en cuanto a la distribución por género el (40%) son hombres y el (60%) son mujeres; Según la Encuesta Nacional de Salud 2007, la población femenina asiste a un establecimiento de salud, en mayor porcentaje que la población masculina.

Este fenómeno social¹³ en el requerimiento de atención va de la mano con las prioridades que tanto hombres y mujeres le dan a su cuerpo frente a un problema de salud, la encuesta menciona que las mujeres acuden a una cita médica al primer síntoma de la enfermedad (68%), en cambio los hombres lo hacen cuando realmente están enfermos (32%), o tienen complicaciones graves ya que prefieren prestar más atención a otros temas como por ejemplo el chequeo del carro que su propia salud, evidentemente este evento también se estaría replicando en la realidad de la población ecuatoriana.

La brecha de las atenciones registradas en RDACAA y las atenciones registradas por el profesional de la salud en la HCU al momento de la atención, difieren en un 9%, este indicador es relevante ya que al parecer estaría constando atenciones que no se realizaron, como producción en el establecimiento por medio de RDACAA, y el sistema no permite especificar que el paciente no asistió por lo que la única alternativa es especificar la observación en la HCU, este hallazgo se detectó al revisar la muestra definida de pacientes.

Los datos proporcionados por el área de estadística y admisión, no son reales, ya que no se estarían incluyendo dentro de sus indicadores las atenciones efectivas y no efectivas, sino solamente las ingresadas, por consiguiente, al valor del (38%) de ausentismo se incrementaría un (9.7%) de atenciones que fueron registradas en RDACAA y no fueron efectivas ya que el paciente no asistió a la atención adicional al declarado (47.7%).

De la misma forma a los indicadores nacionales que maneja la Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública en cuanto al ausentismo y adherencia al sistema de agendamiento de contact center le afectaría el (40.3%) de las atenciones que han sido registradas como efectivas y las mismas se encuentran registradas únicamente en el Registro Diario Automatizado de Consultas Ambulatorias (RDACAA), mientras tanto en la HCU constan como pacientes que no asistieron.

La edad en las dos muestras se ubican desde los 0 años donde se encuentran los recién nacidos y menores de un año hasta los 76 años.

Una de las medidas que permite analizar el grado de concentración con respecto al centro de gravedad o zona central es la curtosis, la muestra de prevención en sus dos tipo de agendamiento presenta una distribución leptocúrtica, con una simetría positiva, es decir los valores con respecto a la edad se encuentran alrededor de la media, concentrados a lado derecho de la distribución.

¹³Ministerio de Protección Social, "Encuesta Nacional de Salud 2001", [Encuesta], [en línea], [Colombia, Bogotá], [2007], [Pág. 188], disponible en <<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>>.

En la muestra de morbilidad cuando se analiza la edad del paciente, se presenta un cambio en los pacientes que ingresaron por contact center la distribución es platicútica, con una simetría negativa, es decir los valores con respecto a la edad se alejan de la media y concentran lado izquierdo de la Distribución; los pacientes por medio de agendamiento presentan distribución leptocúrtica, con una simetría positiva, es decir los valores con respecto a la edad se encuentran alrededor de la media, concentrados a lado derecho de la distribución

La media recortada es una medida que permite eliminar los off layer (o puntos atípicos), en este caso la media de edad para prevención en contact center es de (21,1) y en morbilidad es de (34,2), sin embargo por medio de agendamiento en el establecimiento la edad promedio es menor a 24 en las dos muestras.

Dentro de la muestra analizada la cobertura de atención que el establecimiento proporciona se encuentra alrededor del (95.5%), es decir existe un (4.5%) de población que no corresponde a la población de responsabilidad, sin embargo es importante dentro del análisis el medio de accesibilidad por el cual acceden en mayor porcentaje la población de otra zona es el contact center, considerando que al momento de solicitar una cita médica el usuario debe proporcionar su dirección y la misma no es corroborada, existe la posibilidad de un direccionamiento deficiente hacia la unidad cercana al domicilio, turnos no disponibles en la unidad de cobertura por lo que se proporciona la más cercana y finalmente la solicitud específica del usuario hacia la unidad de su preferencia independientemente de la que está ubicada en su lugar de residencia y en segundo lugar no menos importante la calidad de información en el registro de atenciones de acuerdo a respuestas obtenidas por medio de la vía telefónica al hogar los números proporcionados están errados.

La norma específica que dice que se debe cubrir el (100%) de la población de responsabilidad, sin embargo se debe mencionar que al tratarse de un servicio de salud, donde el riesgo de vida de la persona puede estar comprometiendo, no se puede negar la atención a ninguna persona, independientemente si pertenece o no el usuario a la zona de responsabilidad.

Las atenciones efectivas por grupos de edad a través del contact center (36.1%) es mayor por medio de agendamiento (25,7%), sin embargo este valor está asociado con la densidad de la población dentro de la unidad, ya que los porcentajes determinados para agendamiento por medio de contact center se encuentra alrededor del (75%) y el (25%) por medio de agendamiento directo en el establecimiento.

Los controles del niño sano, al analizar las concentraciones podemos observar que no existe diferencia entre los tipos de agendamientos. Un aspecto importante a considerarse es el estándar mínimo de 5 que se debe cumplir en los controles del niño sano, mientras que se tiene un mínimo de 2, lo que significaría que no se está cumpliendo la norma mínima establecida por el Ministerio de Salud.

Esto podría atribuirse principalmente a los siguientes casos, insuficiencia de vacunas por lo que ha sido necesario remitirlos a otras unidades para que completen el esquema de inmunización, y principalmente a la calidad de información en el registro de atenciones de acuerdo a respuestas obtenidas por medio de la vía telefónica al hogar.

La unidad investigada incluye el servicio de maternidad de 24 horas, donde las embarazadas sin complicaciones en el parto son atendidas en las atenciones por medio de contact center y agendamiento, cuando se hace referencia a poblaciones de embarazadas, no existe diferencia entre los medios de agendamiento, ya que el mismo número de embarazadas que solicitan una cita médica por primera vez, asisten a la atención en los dos tipos de agendamiento.

Al analizar las concentraciones de controles prenatales, el número de controles en el establecimiento se encuentra alrededor de 4, sin embargo no alcanzado lo sugerido por la OPS y normado por el Ministerio de Salud Pública de 5 controles como estándar mínimo en la cobertura y aseguramiento de salud en el periodo de gestación, mientras que la ENSANUT, presenta resultados nacionales de 3 controles prenatales.

Un dato importante que hace referencia es este indicador es el obtenido por medio de La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición(ENSANUT)¹⁴, el informe describe que a nivel nacional alrededor del 95% de la mujeres embarazadas asisten a un control, y de este (95%), el (75%) declaró haber tenido tres controles, el (14%) dos controles y el (1.4%) un control, dentro de este contexto el Centro de Salud Tipo C de Conocoto, en cada control subsiguiente la población de mujeres embarazadas va disminuyendo en cuanto al número de controles.

No existe diferencia entre las concentraciones de subsecuentes entre las citas médicas de pacientes que ingresaron por contact center y los pacientes de agendamiento en el

¹⁴ MSP-INEC, "Encuesta Nacional de Salud- ENSANUT 2012", [en línea], [Encuesta], [Ecuador, Quito, 2007-2012], disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf>.

establecimiento, sin embargo la preferencia obtenida vía telefónica para acceder al sistema de salud por parte de los pacientes sigue siendo el contact center.

Se debe mencionar que para esta parte de la investigación, se presentaron imitantes que no permitieron obtener los resultados esperados, de los 22 casos de pacientes que no asistieron a la cita subsecuente y los cuales formaban parte del grupo al cual se les realizó la encuesta telefónica un 86,4%(19), presentaron problemas asociadas con la calidad de información en la HCU que no aporta a la investigación , apenas el 13,6% (3) dio a conocer que fue referido a su casa a otra unidad o accedió al seguro de salud general cuando se le pregunto el motivo de su inasistencia a la cita subsecuente.

Los pacientes que no asistieron a una cita subsecuente fueron (81), sin embargo mediante la revisión de HCU EL 53.1%(43), de los pacientes no tenían registrado una cita subsecuente por parte del profesional, o su cita estaba registrada en RDACAA pero no estaba registrados en la HCU, o no tenía disponible su número telefónico, al 46.9 %(38), se les realizó la encuesta telefónica, sin embargo la información recolectada no apporto a la investigación.

De la misma manera que en la muestra de prevención, se presentaron limitantes que no permitieron obtener los resultados esperados, de los 38 casos de pacientes que no asistieron a la cita subsecuente y los cuales formaban parte del grupo al cual se les realizó la encuesta telefónica el 92%(35), presentaron problemas asociadas con la calidad de información en la HCU que no aporta a la investigación , apenas el 8% (3) dio a conocer que fue referido a su casa a otra unidad o se sintió mejor y ya no requirió acudir a la cita subsecuente.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, 2 de ellos específicamente profesionales de Obstetricia expusieron que el agendamiento por medio de contact center ha cumplido su objetivo para eliminar la barrera de acceso, sin embargo al hablar de la continuidad de la atención todos coinciden en que no aporta significativamente su mejoramiento por ejemplo: consideran principalmente que las citas médicas subsecuentes son proporcionadas en periodos de tiempo de uno, dos, y tres meses, o que antes madrugaban y se manejaban por agendamiento interno sin embargo a la final eran atendidos el mismo día, por medio de contact center se demora más la consulta, no se puede dar seguimiento a pacientes de forma inmediata, finalmente se considera una complicación en el tema de la atención de las discapacidades.

De los (9) profesionales de la salud 2 (22,2%) respondieron que el contact center presenta fortalezas como por ejemplo: la reducción de los tiempos de espera ya que el paciente no tiene que esperar mucho, que el sistema está más organizado, y sobre todo que pueden asegurarse que la paciente regrese en una fecha específica con los exámenes solicitados.

Las debilidades que presenta el contact center, los profesionales de la salud coinciden en factores asociados a la falta de personal para solventar el requerimiento en la demanda de atención, ya que se carga al personal existente.

Al momento de la implementación el contact center colapso de tal manera que en pediatría, se presenció que a los niños menores de un año se llegó a proporcionar una atención en periodos de dos meses y hasta dos meses y medio, por consiguiente esta especialidad fue eliminada dentro del proceso de agendamiento por contacta center y ahora funciona por medio de agendamiento interno.

La asignación de turnos estrictamente son extendidos por periodos de tiempo extensos y esto estaría afectando directamente a pacientes con enfermedades crónicas ya que deben ser revisados en 8 y 15 días y a través del sistema de contact center los; a este proceso también se incluye la falta de seguimiento al mismo paciente ya que las atenciones son asignadas por números de consultorios y no por profesionales, en este contexto el sistema de igual manera no permite discriminar la necesidad de atención con base a la urgencia o grupo prioritario del paciente.

Uno de los mecanismos o métodos que han utilizados los profesionales para resolver los problemas que se han presentado en el establecimiento durante la atención es la creación de agendamiento interno, realizan llamadas telefónicas al paciente y la gestión directa del médico tratante con el área de admisión y Estadística para asignar un turno disponibles.

Estas alternativas son utilizadas por la mayor parte de los profesionales que prestan la atención en el servicio de consulta externa y que participaron en el desarrollo del grupo focal, se debe resaltar que dentro de los profesionales que hacen una práctica diaria de captación de pacientes y se encargan específicamente de agendar, y buscar un turno exclusivo para garantizar las continuidad son las Obstetrices en los grupos prioritarios de mujeres embarazadas.

En referencia a las mejoras que los profesionales de salud consideran relevantes y que según su punto de vista pueden aportar de manera positiva para garantizar la continuidad en los pacientes que han accedido al servicio de consulta externa por medio de contact center se encuentran el

acceso al establecimiento por medio del agendamiento, acceso a las demás especialidades, software interconectado, citas programadas, disponibilidad de citas asignadas, análisis del requerimiento de tiempo de atención de acuerdo al paciente.

La prueba paramétrica aplicada para comprobar la hipótesis planteada con base al el criterio de continuidad en las atenciones de prevención en control del niño sano es una diferencia de proporciones, prueba t para muestras independientes, se asumió una varianza igual para los dos grupos(considerando que la distribución de datos cumple los supuestos paramétricos), bajo este supuesto en la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas sea rechazada y las varianzas en los dos grupos sean diferentes el valor crítico del nivel de significación debe ser menor a (0.05), en este caso el valor es(0.014) menor a 0.05 (es decir las varianzas no son iguales en los dos grupos); de tal manera que se obtuvo nivel de significación crítico de la prueba (0.48) mayor a (0.05), el valor para contrastar en todas la pruebas es de 0.05, por consiguiente se puede concluir que la prueba estadística no es significativa y por tanto no se puede confirmar que existen diferencias significativas entre los grupos comparados para rechazarla hipótesis.

La prueba paramétrica aplicada para comprobar el criterio de continuidad en las atenciones de control de embarazo es una diferencia de proporciones, prueba t para muestras independientes, se asumió una varianza igual para los dos grupos(considerando que la distribución de datos cumple los supuestos paramétricos), bajo este supuesto en la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas sea rechazada y las varianzas en los dos grupos sean diferentes el valor crítico del nivel de significación debe ser menor a (0.05), en este caso el valor es(0.99) mayor a 0.05(las varianzas son iguales en los dos grupos),de tal manera que se obtuvo nivel de significación crítico de (0.92) mayor a 0.05, el valor para contrastar en todas la pruebas es de 0.05, de tal forma que se puede concluir que la prueba estadística no es significativa y por tanto no se puede confirmar que existen diferencias significativas entre los grupos comparados para rechazarla hipótesis.

Finalmente se debe mencionar que al ser un proceso nuevo, que se instaló aproximadamente desde el año 2013 en los establecimientos correspondientes al Ministerio de Salud, no existe estudios anteriores que proporcionan información relevante acerca de la relación de la continuidad intraepisodio y los métodos de agendamiento para ingresar y solicitar un atención médica, lo que se ha realizado es estudios del funcionamiento de contact center como método de acceso, más no como herramienta para lograr mantener al paciente en el establecimiento mientras requiera de una atención.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- La presente investigación demostró que existen problemas de calidad del dato en un 9%. Se debe considerar que es un problema relevante y oculto la calidad de la información en las historias clínicas, si bien es cierto al momento de solicitar una cita por medio del contact center, los datos adicionales no son verificados, en la investigación levantada se obtuvo resultados significativos que están relacionados con errores en los números de teléfono de referencia, números equivocados, números incompletos, sin registro de números, lo que dificultó conocer al 100% los motivos por los cuales los pacientes que tenían una cita subsecuente no asistieron a la consulta.
- La percepción del personal de salud, está centrada en que el mecanismo de agendamiento que permite garantizar la continuidad por parte de los profesionales de la salud que proporcionan la atención es el agendamiento en el establecimiento o en su defecto el agendamiento interno que cada uno de ellos maneja con sus pacientes.
- La mayor parte de los profesionales de la salud coinciden en que la implementación de contact center ha eliminado la barrera de acceso, sin embargo su percepción es que no garantiza la continuidad de la atención ya que los turnos deberían ser en período homogéneo y de acuerdo a la necesidad del paciente, y estos son adjudicados de acuerdo a la disponibilidad.
- Sí es cierto que mediante las pruebas estadísticas no se pudo demostrar que existe diferencia entre la continuidad por medio de contact center y la continuidad por agendamiento en el establecimiento, se debe resaltar que por medio del grupo focal, el personal de salud manifiesta que el agendamiento es el más eficiente.

- Dentro de las consideraciones importantes que expusieron los profesionales de la salud, es la disminución de las colas en los establecimientos, los tiempos de espera se han sido reducidos efectivamente y la población no tiene que acudir al establecimiento para solicitar una atención de salud, sin embargo el periodo de asignación a los turnos sobrepasa los 30 días.
- Garantizar el tema de la continuidad intraepisodio resulta una tarea complicada para el personal de salud, ya que la asignación de turnos se los realiza en base a los números de consultorios, es por esto que la probabilidad de que el mismo médico atienda al paciente en su cita subsecuente es mínima.
- El acceso para una atención a la especialidad de Pediatría y Medicina Familiar colapsó en su implementación por tal razón en este momento las dos especialidades controlan y manejan su propia agenda.
- No se ha insertado dentro del proceso de implementación del contact center el seguimiento y monitoreo de citas médicas proporcionadas a los pacientes.
- Las atenciones subsecuentes tanto en prevención y morbilidad en pacientes mujeres son mayores que las atenciones de pacientes hombres.
- Las atenciones subsecuentes en prevención con menor porcentaje le corresponde al ciclo de vida de adultos mayor (1,7%), sin embargo al analizar las atenciones subsecuentes de morbilidades se incrementan alrededor del (8,6%).
- La garantía de la continuidad intraepisodio, se ha convertido en una de las tareas de los profesionales de la salud, ya que al no disponer de un sistema que permita dar seguimiento al paciente atendido, el médico lo que hace es contactarse directamente con el paciente y gestionar el siguiente turno personalmente.
- Es importante mencionar que los procesos en muchos casos no están conectados al no disponer de una historia clínica on line, la misma debe ser recogida de consultorio en consultorio cuando el paciente tiene más de dos requerimientos de atención con diferentes profesionales, por consiguiente se retrasa la atención y hay casos que no puede llegar a la misma.

- El enlace entre las referencias de las unidades de mayor y menor complejidad, no se encuentran sistematizadas, es decir al conocer los motivos por los cuales no asistieron , se mencionó que fueron referidos a otra unidad o fallecieron, sin embargo dentro de la historia clínica no se encontró ningún documento que mencionará este proceso.

6.2 Recomendaciones

- Analizar los indicadores de concentraciones en control del niño sano y mujeres embarazadas desde puntos específicos y no desde la generalidad, ya que al calcularlos globalmente se está escondiendo un problema grave de pérdida de pacientes.
- La información ingresada en el Registro Diario Automatizado de Consultas y atenciones Ambulatorias, requiere incluir mecanismos que permitan garantizar la calidad de información ya que por apoyo al tiempo reducido de atención de los profesionales de salud, la información de los pacientes es ingresada previamente, sin embargo al no presentarse el paciente el único lugar donde se evidencia que no asistió es la HCU, mientras tanto en el aplicativo el paciente consta con una atención, lo que podría estar inflando los indicadores de atenciones y restando eficacia en los mismos ya que no estarían reflejando la realidad.
- Se debe incluir mecanismos de seguimiento y evaluación a los pacientes que han solicitado una atención por más de tres ocasiones y no han asistido.
- Si bien es cierto la salud es un derecho y no se debe negar la atención, es importante conocer los motivos por los cuales las personas no acceden a los establecimientos designados para su área geográfica.
- Es necesario dentro del establecimiento incluir procesos de auditoria con base a la calidad de la información, ya que la información recolectada por medio de RDACAA y que fue utilizada como insumo en la investigación es parte fundamental en la planificación de recurso humano, medicamentos e infraestructura.
- Sería importante incluir dentro de los procesos de calidad de información mecanismos que permitan conocer el desarrollo de estos eventos ya que no está ligado a la historia clínica única, es decir se evidenciaron casos que no tenían atenciones subsecuentes, sin embargo el paciente no habían asistido.
- El sistema de contact center no debería centrarse solamente en las citas programadas y las citas asistidas, se requiere incluir indicadores que permitan medir la efectividad del

mismo, en este caso la inclusión de citas programadas efectivas, es decir citas programas que garanticen la continuidad, y no solamente las asistidas. Sería un aporte interesante dentro de las próximas investigaciones conocer por qué la población prefiere migrar a otros establecimientos y no asistir al designado para su área geográfica.

- Se requiere de manera primordial implementar procesos de auditoria del dato, con la finalidad de disminuir las discrepancias entre las atenciones efectivas ingresadas por medio de RDACAA, y las registradas por medio de la HCU, ya que las mismas afectan a que los indicadores no reflejen la realidad de la unidad.
- Es de suma importancia redireccionar los programas de prevención y promoción en las poblaciones de niños menores de un año y mujeres embarazadas ya que en ninguno de los dos casos se ha logrado alcanzar el estándar mínimo.
- Finalmente se debe mencionar que el diseño muestral del estudio fue construido de forma general para analizar la continuidad intraepisodio, sin embargo al momento del análisis se dio prioridad al análisis de poblaciones como control del niño sano y control del embarazo, por lo que los resultados no son significativos para estas poblaciones, pero pueden ser tomados como referencia. Para asumir la realidad de cómo se desarrolla la atención en estas poblaciones prioritarias, se recomienda realizar un estudio específico en las mismas y sobre todo que el diseño muestral esté construido de tal forma que permita extrapolar resultados, o en su defecto se recomienda como parte de una segunda etapa construir factores de expansión para las poblaciones prioritarias.

Bibliografía

1. Puertas Donoso Benjamín, “Ejes de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador”, [en línea], [Exposición], [Ecuador, Loja, 2009], disponible en: <<http://www.conasa.gob.ec/docscosavi/exposiciones/002.pdf>>.
2. MSP, Oficio Nro.MSP-SCC-016-2015, “Implementación y Operación del Servicio de Contact Center para el Ministerio de Salud Pública” [en línea]. Quito, 06 de Marzo de 2015. [fecha de consulta: 1 enero de 2017]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1508/SOLICITUD%20A%20CNT.pdf>.
3. Reid R, Haggerty J, McKendry R. “Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare” [on line]. [Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, March,2002], [fecha de consulta: 23 de Diciembre de 2017], disponible en: <http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf >
4. Inge Debrouwere & Karen Pesse, “Lineamientos para Metodología de Enseñanza – Aprendizaje sobre investigación en sistemas de Salud”, [2006], disponible en: <https://books.google.com.ec/books/about/Lineamientos_para_una_metodologia_de_en_s.html?id=HcA1MwEACAAJ&redir_esc=y>.
5. MSP, “MAIS”, [en línea], [manual], Ecuador, 2013, [20 de noviembre de 2015], disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
6. MERCENIER, P. (1997). Bases de Organización de los Servicios de Salud. Cochabamba, Bolivia: Instituto de Medicina Tropical.
7. MSP, RDACAA, TABLEAU, “Producción Ambulatoria” [on line], [Quito, Ecuador, 2014], [Fecha de consulta: 14 de Diciembre de 2016], Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/CONSULTAS_RDACAA_2014_V2/Presentacin>.
8. MCDS, SIISE, “Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador”, [on line], [Quito, Ecuador, Mayo, 2011], [Fecha de consulta: 05 de Diciembre de 2016], Disponible en: <<http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?система=1#>>.
9. MSP, Ley Orgánica de Salud [on line], [Quito, Ecuador, Mayo, 2012], [fecha de consulta: 1 de Enero de 2017], <<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>>.
10. INEC, “Resolución Número 003-DIREJ-DIJU-NT-2004-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos” [on line], [Quito, Ecuador, 23, Septiembre ,2013], [Fecha de consulta: 18 de Diciembre de 2016], Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Normativas%20Estadisticas/Normas_Tecnicas/Resolucion_No_003-DIREJ-DIJU-NT-2014.pdf >.

11. Abelardo Román Rojo, "Sistema de información en la toma de decisiones para la gestión ", [on line], [Asturias, Oviedo, 2016], [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2016], Disponible en: < <http://www.slideserve.com/tynice/sistema-de-informacion-en-la-toma-de-decisiones-para-la-gestion>>.
12. Karen Pesse, Pierre De Paepe, 2013,"La investigación-acción y la investigación operativa: Herramientas para la Investigación de los Sistemas de Salud", [Quito, Ecuador], [Fecha de consulta: 23 de Noviembre de 2016], Disponible en: < http://www.geocities.ws/ucla_investigacion/accion.pdf>.
13. MSP, RDACCA,"Instructivo de Llenado RDACAA & Acuerdo Ministerial 00002687 21 diciembre de 2012 Art. 4", [on line], [Quito, Ecuador, Agosto, 2013], [], [Fecha de consulta: 12 de Octubre de 2016], <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca__final_04_09_2013.pdf>.
14. MSP. (2002). Manual para la referencia y contra referencia de pacientes, Quito, pp. 8-9.
15. OPS, (2001). La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, pp. 54.
16. ALLER, M. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. Revista Española de Salud Pública, 84 (4), 371-387.
17. Zurita , A.(2012)El Rol del Centro de Salud en un Sistema Local de Salud basado en La Estrategia de atención Primaria, p , 32
18. García P. Manuel et, "Mejora Continua de la Calidad de Los Procesos", [on line], [agosto, 2013], [Fecha de consulta: 12 de octubre de 2016, Disponible en:<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n1/pdf/mejora.pdf>.
19. Jordi Casal et, "Tipos de Muestreo", [on line], [Barcelona, 2013], [Fecha de consulta: 17 de Diciembre de 2016], Disponible en:<[http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20\(C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta\)/TiposMuestreo1.pdf](http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20(C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta)/TiposMuestreo1.pdf)>.
20. Guindel Sánchez. Esmeralda, "Calidad y Seguridad de la Información y Auditoría Informática", [Leganés, 23 Noviembre de 2009], Disponible en:< <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/8510/proyectoEsmeralda.pdf?sequence=1>>.
21. Ministerio de Salud Pública, Sistema de Vigilancia en Pública en Colombia. "Información Epidemiológica de los Desplazados en Valle", [1999], Disponible en :<http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/sdsvalle/Capitulo3_2.htm>.
22. Bentzen N (editor). "An international glossary for general/family practice. Fam Pract", [on line], [Glosario], [1995; 12(3):341-69, [Fecha de consulta: 23 de Enero de 2017], Disponible en :< http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/letter_e_f.htm>.
23. SENPLADES,"Plan Nacional del Buen Vivir", [en línea], [Ecuador, Quito], [2013-2017], [fecha de consulta: <<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>>.
24. Rodríguez- Contreras R, et al, "La continuidad interepisodios en atención primaria de salud: propuesta de un indicador", [1993], [Bol Of SanitPanam].
25. Murray R. Spiegel,"Estadística", [serie, Schaum], [Editorial. McGraw – Hill, p.186], [Fecha de consulta: 23 de Enero de 2017], [Libro].
26. Lagares Barreiro Paula et al, "Población y Muestras Técnicas de Muestreo",[Sevilla, España],[2001],[Fecha de consulta:23 de Enero de 2017], disponible en <http://optimierung.mathematik.unikl.de/mamaesch/veroeffentlichungen/ver_texte/sampling_es.pdf>

27. Kitzinger J. “ Introducing focus group”, [British Medical,Journal 311:299-302] ,[1994], [Fecha de consulta:20 de Febrero de 2017], disponible en [:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550365/pdf/bmj00603-0031.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550365/pdf/bmj00603-0031.pdf).
28. Ministerio de Salud Pública, “Guía de Control Prenatal”, [Quito- Ecuador], [Pág. 8], [Fecha de consulta; 23 de marzo de 2017], disponible en. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
29. Ministerio de Salud Pública ,” Normas de Atención a la Niñez 2011”, [Guía],[Quito-Ecuador],[2011],[pág. 24],[Fecha de consulta 23 de marzo de 2017],disponible en :<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Anexos

[Anexo 1](#)

[Anexo 2](#)

[Anexo 3](#)

[Anexo 4](#)