



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Estudio de Accesibilidad a los Servicios Básicos de Salud de Primer Nivel en el
Centro de Salud San Valentín de la Ciudad de Lago Agrio – Sucumbíos

AUTOR:

TupacYupanqui, Mera Juan Carlos

**PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE:
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

CPA. Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Certificación

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **biólogo, Juan Carlos TupacYupanqui Mera**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CPA. Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs

REVISORA

Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Eco. María del Carmen Lapo, Mgs

Guayaquil, al 27 del mes de abril del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Declaración de Responsabilidad

Yo, Juan Carlos TupacYupanqui Mera

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad Lago Agrio – Sucumbíos** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, al 27 del mes de abril del año 2018

EL AUTOR:

TupacYupanqui Mera, Juan Carlos



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Autorización

Yo, Juan Carlos TupacYupanqui Mera

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad Lago Agrio – Sucumbíos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 27 del mes de abril del año 2018

EL AUTOR:

Juan Carlos TupacYupanqui Mera



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe Urkund

URKUND

Documento: [Pre-empeñado 20-3-18.docx](#) (336752483)
Presentado: 2018-03-20 10:20 (-05:00)
Presentado por: jctupac@gmail.com
Recibido: maria.lapo.uccg@analysis.orkund.com
Mensaje: Tesis de Juan C. Tupac Yupanqui [Mostrar el mensaje completo](#)
3% de estas 121 páginas, se componen de texto presente en 32 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-de-los-servicios-de-salud/
	http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-
	http://www.inocer.mil.ec/web/images/stories/2015/08/anal_a_busc_legal4_Conv-
	Disafiar una propuesta para el mejoramiento de la atención en la consulta extem-
	http://www.paho.org/whexchange/index.php/es/whexchange-documento/inform-
	http://www.who.int/medicamento/factbooks/622/es/
	Tesis final 18181.docx

0 Advertencias Reciclar Equitar Compartir

Agradecimiento

Primero quiero darle las gracias a Dios por haberme dado las fuerzas para realizar la maestría mientras terminaba mi carrera de medicina.

Gracias a la UCSG, los directivos de la maestría y los docentes, los cuales vertieron sus conocimientos en mi, en especial a mi tutora, CPA Laura Vera, gracias por su infinita ayuda, consejos y sobretodo paciencia durante la realización de este trabajo.

Quiero darle mis sinceros agradecimientos a mis queridos tíos Teniente Gonzalo Armas y Abogada Maria Molina por haber depositado su confianza en mi y haberme ayudado incondicionalmente en el proceso de admisión a la maestría, no los defraudé tíos, esto momento llegó gracias a ustedes.

A su vez, agradacer infinitamente a mis padres, César y Belsy María, por su gran amor y por confiar en mi, por darme fuerzas cada día para no desfallecer, por alentarme a avanzar en momentos difíciles y terminar con mi objetivo.

Al amor de mi vida, Gloria Alejandra, gracias amor por estar a mi lado a cada momento de esta objetivo, gracias por las largas noches en las cuales me ayudaste incondicionalmente con mis trabajos o deberes, gracias por tu infinito amor y comprensión, gracias por estar siempre a mi lado, te amo.

Gracias a cada persona que puso su confianza en mi, familia como mis hermanos, sobrinos, tíos y primos y la familia adquirida como la tía campanita y la tía Olga y el resto de la familia y como no mencionar a amigos de siempre como Javier, Belén y muchos más que me apoyaron desde el inicio hasta ahora, gracias a todos.

Por último, quiero agradecer a mi grupo chevere, mis amigos/compañeros Valeria, Timoteo y Evelyn por estar en cada clase, cada grupo de trabajo, cada momento de nuestro camino, el cual fue mucho más fácil a su lado. Amigos, lo hicimos.

Juan Carlos TupacYupanqui Mera

Dedicatoria

La presente tesis esta dedicada a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir con esta meta. Él me ha dado las fuerzas para realizar éste objetivo mientras terminaba con la carrera de medicina.

Dedico mi tesis a mis tíos Gonzalo Armas y María Molina por su apoyo incondicional desde un inicio hasta ahora.

A mis padres, porque siempre han estado a mi lado brindandome su apoyo absoluto y sus consejo para hacer de mi un hombre de bien. Queridos padres, he llegado a este punto gracias a ustedes y ahora es el momento de dedicar cada paso que de a ustedes ya que sin su cariño, este momento no hubiera legado.

A mi gran amor Gloria Alejandra dedico este esfuerzo por sus palabras de aliento y confianza gigantesca, por su amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente. Amor, este logro es el pilar para forjar nuestra vida juntos. Te amo cochambrosa.

A mi hijo, que te sirva de ejemplo para que tú llegues más lejos que yo. Toma mi ejemplo para que no te detengas en alcanzar tus sueños; apunta siempre a las estrellas y llegaras siempre al cielo. No te dejes influenciar de nadie, escoge tu propio camino, toma tus propias deciciones y no te detengas hasta llegar donde quieres llegar. Recuerda que aunque no te tengo conmigo, siempre estas presente en mi mente y mi corazón.

Juan Carlos TupacYupanqui Mera

Índice General

Resumen.....	XVII
Abstract	XVIII
Introducción	2
Antecedentes	5
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	8
Formulación del problema	11
Preguntas de Investigación.....	11
Objetivos de la Investigación	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos.....	11
Delimitación.....	12
Hipótesis y Variables	13
Hipótesis.....	13
Variables	13
Capítulo I:	14
Fundamentación Teórica.....	14
Marco Teórico.....	14
Accesibilidad a los Servicios Básicos de Salud.	14
Relevancia de la Salud.	15
La Salud Preventiva.	15
Salud Curativa.....	18
Salud mental.....	20
Servicios de Salud.....	21
Calidad en Salud.	21
Calidad.	22
Servicios de calidad.....	22
Tiempos.....	26
Accesibilidad en Salud.....	27
Acceso a Servicios de Salud en Ecuador.	29
Servicios de Primer Nivel.	30
Plan de Mejoramiento.	31
Mejora Propuesta.	32

Marco Legal	33
Marco Referencial	38
Marco Conceptual	40
Capítulo II:	42
Marco Referencial	42
Referentes del Estudio.....	42
Características generales del ámbito	45
Análisis de la Demanda de Accesibilidad de la Ciudad de Lago Agrio-Sucumbíos45	
Características de la población.....	45
Situación de Salud.....	48
Datos Relacionados con la capacidad de los centros de salud.	49
Accesibilidad a servicios de salud.....	54
Análisis del Sub Centro de Salud San Valentín de la ciudad de Lago Agrio –	
Sucumbíos.....	55
Gestión o Gerencia de los Servicios de Salud.....	57
Recursos Humanos.....	57
Atención al Usuario.....	58
Coordinación con la Comunidad.....	59
Procesos Internos.	60
Medicinas e insumos.	60
Laboratorio	60
Enfermería.....	61
Recursos en Salud	61
Capítulo III:.....	64
Metodología y Resultados.....	64
Metodología	64
Tipo de Investigación.....	64
Métodos.....	65
Técnicas de Investigación.	65
Universo.	66
Población.....	66
Muestra.....	67
Análisis de Resultados.	68
Encuesta.	68

Objetivo.....	68
Limitante	68
Resultados.	69
Tipo de asistencia médica y accesos	69
Acceso a salud preventiva.....	73
Acceso a salud curativa.....	98
Percepción de accesibilidad	113
Análisis de Encuestas.....	117
Tipo de asistencia médica y acceso.....	117
Acceso a salud preventiva.....	118
Acceso a salud curativa.....	119
Percepción de accesibilidad	121
Análisis General.....	121
Capítulo IV:.....	123
Propuesta.....	123
Plan de mejora para accesibilidad al SCU San Valentín.....	124
Objetivo General.....	124
Objetivos Específicos.....	124
Estructura.....	125
Contenido	126
Optimización en tiempos de espera para salud curativa	126
Acciones propositivas / estrategias	126
Diseño del proceso mejorado / acciones	127
Recursos	128
Costos.....	128
Cronograma.....	129
Brigadas de atención domiciliaria en casos de emergencia	130
Descripción del servicio / estrategia	130
Diseño del proceso / acciones	131
Recursos	132
Costos.....	133
Cronograma.....	133
Campañas para promover acciones de prevención	134
Descripción del servicio / estrategia	134

Plan de Acción	135
Recursos	138
Costos.....	141
Cronograma.....	142
Costo General de la propuesta.....	143
Cronograma General de la propuesta.....	145
Estimación de Resultados / Impacto	145
Alternativa de ampliación de espacios físicos para atención en salud preventiva y curativa.....	146
Conclusiones y Recomendaciones	149
Bibliografía	153
Apéndices.....	166
Apéndice 1. Formulación de Encuesta.....	166
Apéndice 2. Stock de Medicinas e Insumos (Septiembre 2017).....	172
Apéndice 3. Planta Arquitectónica SCU San Valentín (Actual y propuesta)	176
Apéndice 4. Plano eléctrico del SCU San Valentín	178
Apéndice 5. Propuesta de nuevo laboratorio SCU San Valentín.....	179
Apéndice 6. Documentos de terreno anexo para construcción de espacio para concurrencia masiva.....	181

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Indicadores – Educación – Lago Agrio</i>	47
Tabla 2 <i>Indicadores – Pobreza – Lago Agrio</i>	48
Tabla 3 <i>Principales causas de mortalidad (Sucumbíos)</i>	51
Tabla 4 <i>Principales causas de morbilidad (Sucumbíos)</i>	52
Tabla 5 <i>Indicadores – Población con discapacidad – Lago Agrio</i>	53
Tabla 6 <i>Personal de sub-centro San Valentín</i>	63
Tabla 7 <i>Tipo de seguro médico</i>	69
Tabla 8 <i>Uso del centro de salud</i>	70
Tabla 9 <i>Medio de transporte</i>	71
Tabla 10 <i>Tiempo aproximado</i>	72
Tabla 11 <i>Rangos de edad de la muestra</i>	73
Tabla 12 <i>Acceso a brigadas de salud domiciliarias</i>	74
Tabla 13 <i>Acceso a consulta preventiva</i>	75
Tabla 14 <i>Niños menores a 1 año (existencia)</i>	76
Tabla 15 <i>Niños de 1 año o menos con acceso a salud preventiva</i>	76
Tabla 16 <i>Tipo de acceso a salud preventiva en niños de 1 año o menos</i>	77
Tabla 17 <i>Niños entre 1 y 10 años (existencia)</i>	78
Tabla 18 <i>Niños entre 1 y 10 años con acceso a salud preventiva</i>	79
Tabla 19 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (niños entre 1 y 10 años)</i>	79
Tabla 20 <i>Jóvenes entre 11 y 17 años (existencia)</i>	81
Tabla 21 <i>Jóvenes entre 11 y 17 años con acceso a salud preventiva</i>	82
Tabla 22 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (jóvenes entre 11 y 17 años)</i>	82
Tabla 23 <i>Personas entre 18 y 25 años (existencia)</i>	83
Tabla 24 <i>Personas entre 18 y 25 años con acceso a salud preventiva</i>	84
Tabla 25 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 18 y 25 años)</i>	85
Tabla 26 <i>Personas entre 26 y 40 años (existencia)</i>	86
Tabla 27 <i>Personas entre 26 y 40 años con acceso a salud preventiva</i>	87
Tabla 28 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 26 y 40 años)</i>	88
Tabla 29 <i>Personas entre 41 y 60 años (existencia)</i>	89
Tabla 30 <i>Personas entre 41 y 60 años con acceso a salud preventiva</i>	90
Tabla 31 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 41 y 60 años)</i>	91
Tabla 32 <i>Personas mayores de 61 años (existencia)</i>	92
Tabla 33 <i>Personas mayores de 61 años con acceso a salud preventiva</i>	93

Tabla 34 <i>Tipo de acceso a salud preventiva (personas mayores de 61 años)</i>	93
Tabla 35 <i>Mujeres embarazadas (existencia)</i>	94
Tabla 36 <i>Mujeres embarazadas con acceso a salud preventiva</i>	95
Tabla 37 <i>Mujeres embarazadas con acceso a salud preventiva</i>	96
Tabla 38 <i>Motivo de no acceder a salud preventiva</i>	97
Tabla 39 <i>Acceso a salud curativa</i>	98
Tabla 40 <i>Inmediatez en la atención de salud curativa</i>	99
Tabla 41 <i>Tiempo de espera aproximado</i>	99
Tabla 42 <i>Motivos de espera en casos de atención tardía</i>	101
Tabla 43 <i>Efectividad de la consulta</i>	102
Tabla 44 <i>Seguimiento a consulta</i>	102
Tabla 45 <i>Consulta con especialista</i>	103
Tabla 46 <i>Tipo de especialista</i>	104
Tabla 47 <i>Tiempo de espera para consulta con especialista</i>	105
Tabla 48 <i>Necesidad de exámenes</i>	106
Tabla 49 <i>Tipo de exámenes</i>	107
Tabla 50 <i>Proceso cubierto por centro de salud</i>	107
Tabla 51 <i>Motivo de no cobertura del centro de salud</i>	108
Tabla 52 <i>Dotación de medicinas</i>	109
Tabla 53 <i>Motivo de no dotación de medicinas</i>	110
Tabla 54 <i>Solución alterna al centro de salud</i>	111
Tabla 55 <i>Gasto aproximado de solución alterna al centro de salud</i>	112
Tabla 56 <i>Calificación a atención médica del centro “San Valentín”</i>	113
Tabla 57 <i>Aspectos de influencia en la percepción del servicio</i>	114
Tabla 58 <i>Motivos que inciden en la asistencia al centro de salud</i>	115
Tabla 59 <i>Necesidad de mejora en accesibilidad</i>	116
Tabla 60 <i>Costos de alternativa para mejorar tiempos de espera en salud curativa</i> .	129
Tabla 61 <i>Costos de alternativa para brigadas de atención domiciliaria</i>	133
Tabla 62 <i>Detalle de las actividades de prevención a ejecutar</i>	136
Tabla 63 <i>Fechas de campañas y determinación de establecimientos</i>	137
Tabla 64 <i>Costos de campañas de salud preventiva</i>	141
Tabla 65 <i>Costos totales de la propuesta</i>	143
Tabla 66 <i>Costos totales de Consultorio 1</i>	144
Tabla 67 <i>Costos totales de Consultorio 2</i>	144

Índice de Figuras

Figura 1 Unidades médicas (Lago Agrio).....	48
Figura 2 Ubicación Geográfica del Sub-centro de Salud San Valentín.....	56
Figura 3 Vista satelital del Sub-centro de Salud San Valentín	56
Figura 4 Organigrama del Sub-centro de Salud San Valentín o	57
Figura 5 Tipo de seguro médico.....	69
Figura 6 Uso del Centro de Salud	70
Figura 7 Medio de transporte	71
Figura 8 Tiempo aproximado.....	72
Figura 9 Rangos de edad de la muestra.....	73
Figura 10 Acceso a brigadas de salud domiciliarias	74
Figura 11 Acceso a consulta preventiva.....	75
Figura 12 Niños menores a 1 año (existencia).....	76
Figura 13 Niños de 1 año o menos con acceso a salud preventiva	77
Figura 14 Tipo de acceso a salud preventiva en niños de 1 año o menos.....	77
Figura 15 Niños entre 1 y 10 años (existencia).....	78
Figura 16 Niños entre 1 y 10 años en el hogar con acceso a salud preventiva	79
Figura 17 Tipo de acceso a salud preventiva (niños entre 1 y 10 años).....	80
Figura 18 Jóvenes entre 11 y 17 años (existencia).....	81
Figura 19 Jóvenes entre 11 y 17 años en el hogar con acceso a salud preventiva.....	82
Figura 20 Tipo de acceso a salud preventiva (jóvenes entre 11 y 17 años).....	83
Figura 21 Personas entre 18 y 25 años (existencia)	84
Figura 22 Personas entre 18 y 25 años en el hogar con acceso a salud preventiva	85
Figura 23 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 18 y 25 años)	86
Figura 24 Personas entre 26 y 40 años (existencia)	87
Figura 25 Personas entre 26 y 40 años en el hogar con acceso a salud preventiva	87
Figura 26 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 26 y 40 años)	88
Figura 27 Personas entre 41 y 60 años (existencia).....	89
Figura 28 Personas entre 41 y 60 años en el hogar con acceso a salud preventiva	90
Figura 29 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 41 y 60 años)	91
Figura 30 Personas mayores de 61 años (existencia).....	92
Figura 31 Personas mayores de 61 años en el hogar con acceso a salud preventiva ...	93
Figura 32 Tipo de acceso a salud preventiva (personas mayores de 61 años).....	94

Figura 33 Mujeres embarazadas (existencia).....	95
Figura 34 Mujeres embarazadas en el hogar con acceso a salud preventiva	95
Figura 35 Tipo de acceso a salud preventiva (Mujeres embarazadas).....	96
Figura 36 Motivo de no acceder a salud preventiva	98
Figura 37 Acceso a salud curativa	98
Figura 38 Inmediatez en la atención de salud curativa	99
Figura 39 Tiempo de espera aproximado.....	100
Figura 40 Motivos de espera en casos de atención tardía	101
Figura 41 Efectividad de la consulta.....	102
Figura 42 Seguimiento a consulta	103
Figura 43 Consulta con especialista.....	103
Figura 44 Tipo de especialista.....	104
Figura 45 Tiempo de espera para consulta con especialista	105
Figura 46 Necesidad de exámenes	106
Figura 47 Tipo de exámenes	107
Figura 48 Proceso cubierto por centro de salud	108
Figura 49 Motivo de no cobertura del centro de salud.....	109
Figura 50 Dotación de medicinas.....	110
Figura 51 Motivo de no dotación de medicinas	111
Figura 52 Solución alterna al centro de salud	112
Figura 53 Gasto aproximado de solución alterna al centro de salud.....	113
Figura 54 Calificación a atención médica del centro “San Valentín”.....	114
Figura 55 Aspectos de influencia en la percepción del servicio	115
Figura 56 Motivos que inciden en la asistencia al centro de salud	116
Figura 57 Necesidad de mejora en accesibilidad	117
Figura 58 Etapas de desarrollo de la propuesta.....	123
Figura 59 Flujograma del contenido del Plan de Mejora.....	125
Figura 60 Clasificación de pacientes en salud curativa por demanda espontánea.....	126
Figura 61 Proceso propuesto para optimizar tiempos en salud curativa (demanda espontánea).....	127
Figura 62 Cronograma de alternativa para mejorar tiempos de espera en salud curativa	129
Figura 63 Clasificación de pacientes para visita domiciliaria.....	130
Figura 64 Procesos para la atención domiciliaria de pacientes discapacitados	131

Figura 65 Procesos para la atención domiciliaria de casos específicos	132
Figura 66 Cronograma de alternativa para brigadas de atención domiciliaria.....	134
Figura 67 Identificación de campañas por grupos	135
Figura 68 Cronograma de actividades trimestrales para campañas de salud preventiva	138
Figura 69 Afiche campaña “Nutrición y Parasitosis”	139
Figura 70 Afiche campaña “Consumo de sustancias nocivas”	140
Figura 71 Afiche campaña “Hábitos Alimenticios”.....	140
Figura 72 Cronograma de diseño y socialización de campañas de salud preventiva.	142
Figura 73 Cronograma de implementación de campañas de salud preventiva	143
Figura 74 Cronograma de general de la propuesta.....	145

Resumen

El trabajo de investigación “Estudio de Accesibilidad a los Servicios Básicos de Salud de Primer Nivel en el Centro de Salud San Valentín de la Ciudad Lago Agrio – Sucumbíos” se enfoca en identificar las necesidades de accesibilidad existentes en los habitantes de la parroquia Nueva Loja [lugar de cobertura], de esta forma plantear acciones de mejora que beneficien a la comunidad, para garantizar el acceso a los servicios de salud y renovar la percepción del establecimiento y talento humano. Para el proceso investigativo se precisó de fuentes de información primaria y secundaria, la primera corresponde a la investigación cuantitativa mediante encuestas; y la segunda para conocer estudios anteriores y definir conceptos: revisión bibliográfica. Además de la investigación cuantitativa, se consideró la del tipo aplicada, con enfoque descriptivo y correlacional. Se empleó una muestra de 382 individuos, los instrumentos que se aplicaron permitieron evidenciar claramente que la accesibilidad a los servicios de salud de primer nivel en la población está debajo de la proyección y capacidad del establecimiento, por ende, se plantean alternativas de mejora en virtud a tres variables identificadas como las de mayor incidencia: tiempos de espera en salud curativa, atención domiciliaria y promoción de servicios preventivos de poco acceso.

Palabras Claves: Servicios de salud, accesibilidad, salud preventiva, salud curativa, tiempos de espera, campañas de salud.

Abstract

The research work "Study of Accessibility to the Basic Services of Health of First Level in the San Valentín Health Center of the City Lago Agrio - Sucumbíos" focuses on identifying the accessibility needs existing in the inhabitants of the Nueva Loja parish [place of coverage], in this way propose improvement actions that benefit the community, to guarantee access to health services and renew the perception of the establishment and its human talent. For the research process, sources of primary and secondary information were required, the first corresponds to quantitative research through surveys; and the second to know previous studies and define concepts: bibliographic review. In addition to the quantitative research, the applied type was considered, with a descriptive and correlational approach. A sample of 382 individuals was used, the instruments that were applied allowed to clearly demonstrate that the accessibility to the first level health services in the population is under the projection and capacity of the establishment, therefore alternatives for improvement are proposed by virtue of three variables identified as having the highest incidence: waiting times in curative health, home care and promotion of preventive services with little access.

Key Words: Health services, accessibility, preventive health, curative health, waiting times, health campaigns

Introducción

Los servicios básicos de salud comprenden una serie de cuidados sanitarios que implican, dentro de sus características, la prevención de enfermedades, de tal forma que estos servicios deben salvaguardar las condiciones en que un poblado o comunidad se desarrolla manteniendo un nivel óptimo de salud (Noriega, 2007). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS], existen dos planteamientos relevantes en cuanto a la salud: la primera detalla que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y la segunda que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. (OMS, 2015)

De acuerdo a la cita anterior (OMS, 2015) plantea siete ejes fundamentales para que se cumpla con los estándares básicos que permiten cumplir con los derechos humanos, estos son:

- No discriminación: garantiza el acceso a la salud sin intervención de diferencias sociales, culturales o geográficas.
- Disponibilidad: cantidad suficiente de establecimientos de asistencia médica,
- Accesibilidad: debe estar al alcance de la comunidad,
- Aceptabilidad: cumplimiento de la ética médica,
- Calidad: niveles médicos, científicos y técnicos adecuados,
- Rendición de cuentas y universalidad.

En el Ecuador los servicios básicos de salud comprenden tres niveles; en los servicios de atención de primer nivel se encuentran los puestos de salud, sub-centros y los centros de salud, los cuales están encargados de “prestar servicios de

promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios... está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional”. Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador (SIICE, 2014, pág. 1)

De acuerdo a lo que establecen las políticas de acceso a la salud, un centro de primer nivel tipo B debe de contar con servicios de sostén como en nutrición y trabajo social, a más del equipo de salud integrado por el médico general, odontólogo, psicólogo, obstetricia y equipo de enfermería, para poder desempeñar sus funciones. Todo este equipo tiene a su alcance servicios auxiliares de diagnósticos como en laboratorio clínico e imagenología básica; opcionalmente audiometría, y farmacia institucional. (López, 2014)

De acuerdo a las políticas de acceso a la salud, la población debe en primer lugar recibir servicios de salud preventiva los cuales se otorgan a través de los Equipos de Atención Interdisciplinaria de Salud [EAIS] estos equipos deben acudir a los domicilios para realizar labores de consultas, vacunación y detección de posibles riesgos de salud y derivar al siguiente nivel de atención. En el Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012) entre sus artículos, el número cuatro de atención integral de salud, establece que se debe asegurar la atención y acceso a la salud para los casos específicos de atención prioritaria. Lo que además se suma lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (MSP, 2013) que primero se debe prevenir y controlar riesgos a la salud, y de forma posterior la promoción de esta a nivel colectivo e individual.

El objeto de este estudio es la población que habita en la parroquia Lago Agrio del Cantón Nueva Loja en la Provincia de Sucumbíos, en la cual existe un Centro de Salud de primer nivel tipo B, que se encuentra equipado con laboratorio básico, servicios de odontología, obstetricia, psicología y medicina general. Según

los lineamientos de salud pública, a este establecimiento debe acudir la población de aproximadamente 17 mil personas que habitan en las zonas aledañas (su cobertura es entre 10 y 50 mil) (MSP, 2012); sin embargo, no se cumple con el objetivo establecido por las políticas de salud pública, por lo que se observa que las personas acuden a otros centros de salud debido a varias situaciones que se estudiarán como parte de esta investigación.

Es importante mencionar que este Centro de Salud nace a partir de los aportes efectuados a principios de la década del dos mil por Petro-Amazonas y la Agencia de la ONU para los Refugiados [ACNUR] para remediar los efectos de la explotación petrolera y atender a los refugiados colombianos, debido a la cercanía de la frontera. Es en el año 2010 que, a petición de los pobladores el MSP de aquel entonces decide convertir este puesto de salud en un Sub-centro de primer nivel, conforme se dispone en las regulaciones de dicha entidad.

Por lo tanto, para efecto del presente trabajo, se pretende analizar los factores que limitan la accesibilidad a los servicios de salud de la población beneficiaria, para proponer mejoras que garanticen el cumplimiento de uno de los derechos fundamentales de los ecuatorianos que es el acceso a la salud. El mismo que de acuerdo a la Constitución está íntimamente ligado con el goce de los demás derechos establecidos por las leyes como alimentación, educación y los demás afines al desarrollo de la ciudadanía ecuatoriana.

El presente trabajo se encuentra estructurado de una manera que facilite la comprensión del proceso de investigación. Dicha estructura es la siguiente:

Capítulo I: En el primer capítulo hace referencia a la fundamentación teórica de la investigación, por lo que se realiza en este es una revisión extensa de

diversos temas que tienen relación directa con el objeto de estudio del presente trabajo.

Capítulo II: El segundo capítulo consta del marco referencial, es decir que en este apartado se revisan diferentes casos y trabajos que abordan temas similares al presente en la investigación, para de esta manera obtener una mayor información sobre los diferentes aspectos que encierra el tema estudiado.

Capítulo III: Este capítulo trata sobre la metodología que se ha aplicado para el desarrollo del proceso investigativo. Es decir, que en esta parte se describe el tipo de investigación empleada, se determina la población y la muestra con la que se trabajará, los instrumentos de recolección de datos, así como el análisis de los resultados obtenidos a través de éstos.

Capítulo IV: El último capítulo del presente trabajo está conformado por la propuesta, es decir por todas las acciones que se plantean para combatir la problemática identificada en los segmentos anteriores. Dicha propuesta consta a su vez de objetivos, contenido, detalle de los costos, y la estimación de los resultados que se pretenden obtener cuando se aplique lo aportado en el capítulo.

Antecedentes

Por medio de investigación de campo, se ha logrado recopilar información relevante para el estudio que tiene relación directa con la ubicación geográfica y el centro de salud del barrio San Valentín, por lo tanto, se expone:

Según lo expuesto por los miembros directivos de la localidad San Valentín, Sr. David Pinzón, Sr. Freddy Sellan, Sra. Patricia Merino y Lcda. Osmara Morocho, quienes en sus registros y memorias exponen que los antecedentes del lugar datan desde 1996 con los trámites de legalización, hecho que se consigue en el año 2001; pero es hasta el 2006 cuando se empieza con las

gestiones para la construcción del Centro de Salud San Valentín. Este tuvo sus inicios en la vivienda de la familia Rivera, donde un médico de las Fuerzas Armadas [FFAA] atendía a la comunidad tres veces por semana.

Luego de esfuerzos de dos miembros de la comunidad [Osmara Morocho y Amparito Rivera] que luego de cualificarse como promotoras de salud, gestionan la dotación de medicamentos al Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos [SNEM]. De forma posterior se traslada de domicilio el puesto de salud temporal debido a que ya se disponía de la visita médica cada ocho días, incluido los sábados. En virtud a los hechos se solicita al MSP y se consiguen los terrenos para la posterior construcción del Centro de Salud con fondos conjuntos de la localidad y el ministerio.

El ACNUR colaboró con más personal de salud y después de solicitudes Petro-Ecuador termina de adecuar el terreno para el centro de salud con un cerramiento. Entre los años 2011 y 2012 mediante el apoyo del Gobierno Autónomo Descentralizado [GAD] Municipal y el Instituto para el Eco-Desarrollo Regional Amazónico [ECORAE] se construye el actual Centro de Salud “San Valentín”. Para el año 2012 entre Petro-Ecuador y el GAD Municipal se equipa el área de laboratorios.

No obstante, el sector cuenta con un historial de patologías como dengue y paludismo, y ciertos casos producidos como efecto de la cercanía de pozos petroleros. Razón principal por la que se inició con las gestiones de un centro de salud, el mismo que no sólo atiende a ciudadanos ecuatorianos, sino además a refugiados de las problemáticas sociales del vecino país Colombia.

Planteamiento del Problema

De acuerdo al MSP un Centro de Salud es “una unidad operacional implementada para producir acciones de salud integral de tipo ambulatorio” y desempeña funciones diversas como “prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y odontológica, enfermería” además de la integración con la comunidad mediante actividades afines (SIICE, 2014). No obstante, muchos de los establecimientos de atención de primer nivel no cuentan con la infraestructura, equipamiento e instalaciones eléctricas y sanitarias para abastecer los requerimientos de la demanda de acuerdo al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). (MSP, 2015)

Sin embargo existe una problemática aún mayor en centros de asistencia médica, que incumple con un punto importante detallado por la OMS que es la accesibilidad, la cual incluye cuatro aspectos: no discriminación, acceso físico, acceso económico y acceso a información (OMS, 2015). En el caso de estudio del centro de salud de primer nivel San Valentín (Lago Agrio) se analiza la accesibilidad física, que de hecho si no se plantean soluciones para este inconveniente, todas las mejoras existentes en los sub-centros seguirán siendo desaprovechadas, o incluso limitada debido a la poca asistencia de la comunidad, lo cual se traduce en ineficiencia en la utilización de los recursos públicos.

En el Centro de Salud San Valentín, los indicadores de atención se encuentran por debajo del estándar establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), así, por ejemplo: cada médico debe atender un mínimo de 24 pacientes y un máximo de 32, durante su jornada de trabajo. En el Centro de Salud objeto de estudio, se observa un máximo de 15 pacientes por médico en su jornada de trabajo, en tanto que en el Hospital Marco Vinicio Iza se observa

congestión de pacientes por problemas básicos que deberían ser atendidos en el primer nivel de atención. Estos datos denotan que no se cumple con el objetivo de accesibilidad por parte de la población.

Este hecho no está acorde con el objetivo del Plan Nacional para el Buen Vivir que se enfoca a “reposicionamiento del sector social y la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar” (MSP, 2015). Esto porque estas condiciones no permiten la atención óptima al colectivo que abarca un centro de salud. El problema representa por lo tanto el incumplimiento del Artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, el mismo que establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos. (Asamblea Nacional, 2015)

Justificación

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] que se lleva a cabo por coordinación del Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] en el 2012 el 64% de la población en el Ecuador tuvo atención médica en un establecimiento público, de esto detalla que en las zonas rurales el porcentaje de asistencia es del 75,2% y en la zona urbana el 59,9%. (INEC, 2015)

Sin embargo, en el centro de salud San Valentín la parroquia Nueva Loja del cantón Lago Agrio en la provincia de Sucumbíos se evidencia un bajo porcentaje de asistencia a la unidad médica tal como se ha expuesto en el planteamiento de la problemática del presente estudio, esto se debe a un problema muy marcado en zonas de la Amazonía: accesibilidad. Es por ello que el presente trabajo busca identificar los aspectos que inciden en el acceso a los servicios de primer nivel en salud a los pobladores adscritos al centro de salud en mención.

Dentro de los fundamentos para una salud de calidad es importante considerar aspectos como frecuencia, volumen e indicadores de satisfacción del usuario. Estos aspectos además determinan la cantidad de insumos, recursos y personal asignado a una entidad de asistencia médica, aún más cuando es de carácter gubernamental, debido a que son estos los que definen cantidad de presupuesto de acuerdo al índice de uso. (Navas & Ulloa, 2013)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) “el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” (pág.6). Además, expone que se debe tener un acceso universal a la salud y que es el Estado quien debe garantizar la cobertura integral para la ciudadanía. Se define entonces a Cobertura como la “capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos y financiamiento) (OPS, 2014, pág. 6). No obstante, y al acceso universal como:

“Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (OPS, 2014, pág. 6).

Es por ello que la importancia del presente trabajo radica en la oportunidad de mejorar no solo la accesibilidad a los servicios médicos que ofrece el centro de salud San Valentín, sino que además se pretende lograr en los ciudadanos de la parroquia Nueva Loja una mejor percepción de la Salud Pública, la misma que

pretende beneficiar por medio de la unidad de salud de la localidad a aproximadamente 15 000 habitantes, los mismos que de acuerdo a Quispe (2017), para el final del periodo del 2017 son 16 099 correspondientes la zona de cobertura y a la proyección poblacional del Departamento de Estadísticas. Para su efecto se expone la cantidad de beneficiados por grupos de edades:

- Menor a 1 año: 313 individuos
- De 1 a 14 años: 5 239 individuos
- De 15 a 19 años: 1 640 individuos
- De 20 a 64 años: 8 180 individuos
- De 65 a 74 años: 453 individuos
- De 75 años en adelante: 220 individuos

Entre los beneficiados se estiman 370 mujeres embarazadas, 3 268 mujeres entre 25 y 64 años para detección oportuna de cáncer mamario y otras 2 055 entre 35 y 64 años para detección oportuna de cáncer cervico-utero; por lo tanto, se considera que la población a beneficiarse es amplia, y se traduce a que la segunda unidad médica de mayor relevancia en Lago Agrio mejore sus índices de atención y satisfacción al usuario. Es importante mencionar que el distrito de Lago Agrio cuenta con un total de 26 centros de salud, y una unidad móvil, que en el año del 2014 respecto al 2013 ha tenido un incremento en el presupuesto recibido de \$1.669 716,91, habiendo sido de \$3.702 416,11 y de \$5.372 133,02 respectivamente. (Quispe, 2017)

Frente a los datos mencionados es relevante implementar el estudio actual y plantear un plan de mejora que aporte de forma viable a la solución del problema de accesibilidad a estos servicios de salud y de forma directa contribuir

a la prevención de enfermedades y promoción de salud de los habitantes la parroquia Nueva Loja del cantón Lago Agrio en la provincia de Sucumbíos.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de accesibilidad de los habitantes del cantón Lago Agrio a los servicios básicos de salud en el establecimiento de primer nivel “San Valentín”?

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los niveles de atención que requiere la población del cantón Lago Agrio?
- ¿La población del cantón Lago Agrio está accediendo a la atención de salud con calidad y calidez?
- ¿El Centro de Salud San Valentín del cantón Lago Agrio, tiene las condiciones necesarias para el acceso a sus servicios por parte de la población?
- ¿Cuáles son las vías de acción para mitigar los posibles efectos y aportar a la solución del problema?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el nivel de accesibilidad de los habitantes del cantón Lago Agrio a los servicios básicos de salud en el establecimiento de primer nivel “San Valentín” para la implementación de un plan de mejora.

Objetivos Específicos

1. Realizar un diagnóstico de la situación actual sobre la accesibilidad a los servicios de salud que se ofrecen en la ciudad de Lago Agrio – Sucumbíos.

2. Identificar las necesidades de accesibilidad a los servicios básicos de salud en el centro de salud de San Valentín de la ciudad de Lago Agrio – Sucumbíos.
3. Plantear la implementación de un plan de mejoras para facilitar la accesibilidad a la atención primaria de salud en el centro de salud de San Valentín de la ciudad de Lago Agrio - Sucumbíos.

Delimitación

En el presente trabajo se consideran aspectos relevantes que permiten delimitar la investigación, por ello se determinan aspectos como campo, área de estudio, entre otros a continuación:

- Campo: Gerencia en Servicios de Salud
- Área: Salud
- Aspecto: Accesibilidad física
- Tema: Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel
- Nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad Lago Agrio
- Problema: Dificil acceso a los servicios de primer nivel
- Tiempo: Año 2017
- Entidad: Centro de Salud San Valentín
- Lugar: Lago Agrio - Sucumbíos – Ecuador

Hipótesis y Variables

Hipótesis

Al aplicar un plan de mejora se podrá solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud de primer nivel en el cantón Lago Agrio de la provincia de Sucumbíos

Variables

Variable Independiente:	Plan de Mejoramiento
	Prevención del centro de salud San Valentín.
Variable Dependiente:	Accesibilidad a servicios básicos de salud

Capítulo I:

Fundamentación Teórica

Marco Teórico

Accesibilidad a los Servicios Básicos de Salud.

La accesibilidad a los servicios de salud constituye uno de los aspectos de mayor relevancia en lo referente a la calidad de vida de una población. Debido a esto, el tema de la accesibilidad a los servicios de salud tiende a generar una gran variedad de estudios relacionados con las diversas formas en las cuales se puede abordar, dependiendo de las distintas realidades perceptibles.

Según la OPS (2011) se tiene que poner énfasis en propuestas gubernamentales para mejorar la cobertura de servicios de salud en la población de los países dado que es una de las técnicas más viables para solucionar los problemas relacionados con este tema. El compromiso que las autoridades y la comunidad en general muestren hacia la consecución de objetivos en el tema de los servicios de salud, es considerado como el factor más importante para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Rocha-Buelvas (2013) indica que “La investigación en salud pública ha incorporado paulatinamente el enfoque de determinantes sociales de la salud para abordar las inequidades en salud” (pág. 98). Esto quiere decir que, al desarrollar procesos investigativos más complejos, desde diferentes puntos de partida, se ha podido conocer la relación que existe entre los diferentes actores que conforman el sistema de salud de un lugar en específico, así como un análisis del motivo de las desigualdades que se aprecian en este tema particularmente.

Adicionalmente, Agudelo, Gómez, Montes & Pelayo (2013) destacan que incluso si las autoridades realizan inversiones considerables en el mejoramiento

de la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la población, aún persisten problemas derivados de los trámites que se deben de realizar, o los tiempos de espera que los pacientes deben tolerar previo a ser atendidos en los diferentes puntos o centros médicos. Esto es un aspecto que tiene especial relevancia ya que permite conocer los inconvenientes que se pueden presentar incluso si ya se hacen algunos cambios en la manera en cómo se brinda los servicios de salud a una población determinada, y permite la generación de ideas para contrarrestar las mencionadas fallas, cuando estas sean notorias.

Relevancia de la Salud.

La importancia de la salud es permitir que el organismo de ser vivo (persona, animal) se considere que mantenga buenos estándares de funcionamiento y que logre realizar las diferentes actividades que se realizan en el diario vivir, la salud tiene un valor que cada ser humano debe de llevar un nivel de calidad de vida en sus diversos aspectos. La calidad de vida de las personas en relación con la salud se lo considera como el “resultado concreto de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas” (Fernández, Fernández, & Cieza, 2010, pág. 173)

La Salud Preventiva.

Salud Preventiva es un término muy empleado en la actualidad, este se refiere según el Watts Healthcare Corporation (WHC, 2016) a las acciones que se deben tomar para mantener la salud de los individuos, esto se lo relaciona además con el término educación para la salud. La finalidad de este tipo de servicios es la detección temprana de determinadas patologías para su tratamiento oportuno, en caso contrario las acciones serían desgastantes como en el caso de la diabetes o el cáncer.

De acuerdo a esta organización existen tres tipos de prevención que son de especial orientación, aún más en la actualidad, estos son: nutrición, control de tabaco y educación en jóvenes para prevención de consumo de drogas y alcohol, debido a que la evolución del hombre lleva a distintos hábitos e influencias de su entorno. En la nutrición se puede ayudar tanto a personas sanas como las que tienen alguna enfermedad diagnosticada. (WHC, 2016)

La Revista Prevención Salud (2014) menciona que realizar consultas médicas anuales permite tener acceso a mayor información acerca de los servicios de salud y ayudan a prevenir enfermedades. Es decir que la prevención se basa en el acceso a la información oportuna y la práctica diaria de acciones que ayuden a mantener un estado de salud óptimo. En este caso menciona que es muy importante tener en cuenta los hábitos de acuerdo a la edad del individuo, estos conllevan a que la prevención cuente con: vacunas, alimentación saludable, actividad física, control de factores de riesgo, y el control de actividades con acciones de prevención de accidentes, patologías o adicciones.

Del mismo modo autores como Álvarez y Kuri (2012) exponen que en América Latina los avances en cuanto a salud pública son muy marcados, a excepción de Cuba y Nicaragua quienes tiene políticas aisladas, sin embargo los demás países que forman parte de una red internacional guiada por organismos como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud, estos avances para tener una mejor calidad de salud pública y medicina preventiva van desde las infraestructuras y la administración, además de la ejecución de planes de acción y estrategias.

En cuanto a medicina preventiva los resultados son importantes, en especial en los últimos 50 años se ha logrado incentivar la participación

comunitaria en actividades como vacunación y desparasitación, con estas medidas se han podido llevar a cabo acciones para enfermedades como la poliomielitis, difteria, tos ferina y tétano. Gracias a estas acciones preventivas se han disminuido en especial las muertes por diarreas en niños, además de un alto índice de detección de cáncer cervico-uterino y mamario. (Álvarez & Kuri, 2012)

Aunque promoción de salud y prevención suelen ejecutar acciones distintas, según Fernández-Crehuet, y otros (2015) estas van de la mano, debido a que “incluyen actividades de los servicios sanitarios que tienen como objetivo el fomento y defensa de la salud y la prevención de enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas” (pág. 8). Entonces de acuerdo a lo expuesto, salud preventiva es mejorar los niveles de salud individuales y colectivos, en esto se incluye la prevención o detección de enfermedades crónicas y se tomen acciones eficientes frente a estas.

Es importante mencionar que la salud preventiva acapara varios sectores, o se puede aplicar a distintos grupos de personas como: niños, personas adultas y adultas mayores. Aunque sea hable de forma generaliza de salud preventiva estos grupos de personas hace que se vuelva diferenciada a la hora de la práctica, por lo que tenemos diferentes perspectivas, de las cuales están:

Los niños a lo largo del tiempo han mantenido la preeminencia en cuidado preventivos y no es para menos, Comunidad Autónoma de Extremadura (2017) expone que es importante proteger la salud desde la infancia y posteriormente en la adolescencia, puesto que es durante ese periodo donde se construyen los cimientos para una buena salud en la vida adulta. Por lo tanto, las actividades realizadas para prevenir en este grupo ya han tenido resultados como disminución

en enfermedades como: las crónicas, la atención temprana y discapacidad, la obesidad (malos hábitos alimentarios,) los problemas de salud mental, entre otros.

En cuanto a adultos mayores y salud preventiva, es un tema que en el siglo pasado estuvo desligado, ya que siempre la atención se centró en mujeres embarazadas y niños, pero por la necesidad de los mismos, se incrementó la relación entre estos.

“La educación de personas adultas es un proceso que capacita a la gente para mejorar sus propias condiciones de vida y su bienestar en general, incluyendo su estado de salud, la educación sanitaria y la promoción de la salud también son un proceso que capacita a la gente para responsabilizarse de su salud”. (UNESCO, 1999, pág. 8)

De esta manera, las actividades que pueden realizarse según Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) se recomiendan: “una alimentación correcta, práctica de actividad física y prevención de accidentes y de violencia, postura correcta, todo lo necesario para lograr un envejecimiento saludable”.

Salud Curativa.

En sus inicios la salud curativa no contaba con las estructuras actuales, por lo que era muy popular la medicina tradicional o también denominada alternativa. De acuerdo a lo expuesto por Sandoz (2012) frente a las prácticas en salud en épocas pasadas, donde se consideraba al cuerpo como un conjunto de “sólidos, fluidos y humores, cuyo desequilibrio es lo que provoca las enfermedades”. (pág. 10)

Esta situación cambió desde que las ciencias médicas tomaron fuerza y se constituyeron en el principal precursor del cuidado de la salud, donde destacan la organización, profesionalización de la farmacéutica y la medicina moderna.

“Como nunca antes los roles son precisos, los objetivos determinados” (Sandoz, 2012, pág. 11). Es decir, la salud curativa tiene sus bases en la medicina moderna desde la concepción actual.

De acuerdo a Chipres (2014) la salud curativa depende mucho de la preventiva, así lo expresa: “Las enfermedades no se deben a la herencia genética, ni a la mala suerte, si no que suelen ser causadas por nuestra ignorancia y un estilo de vida que se puede cambiar” (pág. 9). No obstante, en el proceso es importante que se consideren excepciones y es ahí en donde se hace uso de la salud curativa.

Muchos hablan de esta como si de elección se tratase, la salud curativa no es más que un complemento a seguir dentro de un proceso por mantener la salud en óptimo estado, tal como lo afirma Lifshitz (2014) “pero lo cierto es que no sólo ambas han coexistido históricamente y lo seguirán haciendo, sino que resultan frecuentemente complementarias en la medida en que lo que no se logra prevenir tendrá que curarse”. (pág. 64)

Aunque la salud curativa tiene por finalidad sanar o eliminar una molestia, en muchos casos por limitaciones se debe cumplir logros menores como aliviar o mantener un estado de salud sin mayores afectaciones, pero si bien es cierto que el proceso curativo empieza con el paciente que presenta malestar y acude al médico, es aquí donde interviene el profesional de la salud quien hace la revisión física y clínica respectiva, para derivar a una serie de acciones que pueden partir de exámenes o cuidados y medicación para determinar el origen real de la enfermedad o diagnóstico nosológico. (Lifshitz, 2014)

Dentro del proceso curativo, además de directrices con la medicación se debe seguir medidas de higiene y alimentación. Posterior a eso se debe registrar indicadores que mostrarán su mejoría y permitirá evaluar la eficacia del

tratamiento asignado. Posterior se realizan los correctivos terapéuticos pertinentes, para lograr “el mejor resultado posible, preferentemente la curación” (Lifshitz, 2014, pág. 65). Luego el paciente será dado de alta debido a que se curó o está listo para nuevos procesos de acuerdo a lo que estipule el médico responsable.

Es decir que la salud curativa interviene cuando el proceso de prevención no mostró resultados esperados, en este caso los procesos a seguir son distintos en cada individuo, por ello se lo considera como un proceso individualizado. En la misma línea Blasco (2015) expone: “cabe apuntar que la medicina curativa atiende a un proceso patológico, de forma que la asistencia está vinculada al estado de salud de la persona y, por lo tanto, la intervención es necesaria”. (pág. 90)

En síntesis, la salud curativa es un proceso que permite restablecer la salud o mejorar las condiciones de un individuo, el mismo que deberá seguir especificaciones para prevenir un decaimiento o reincidencia de la molestia, durante este proceso incide también la salud preventiva.

Salud mental.

De acuerdo con OMS (2001), la salud mental es un estado en el cual el individuo está consciente de sus propias aptitudes y puede trabajar productiva y fructíferamente.

De esta forma, los condicionamientos para una salud mental óptima son: Un estilo de vida saludable, un medio ambiente seguro y coherente, la participación activa dentro de la sociedad y la comunidad, entre otros. (Ministerio de sanidad, consumo, & IMSERSO, 2010)

Servicios de Salud.

Hablar sobre acceso a servicio de salud, implica mencionar atributos como eficiencia, eficacia, también entendida como la utilización efectiva de servicios de salud, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud (Ramírez, Veloza, & López, 2016). Los servicios de la salud constituyen uno de los sectores fundamentales en la sociedad y de la economía. La Organización Internacional del Trabajo [OIT] respalda los principios fundamentales del derecho humano a la salud y a la protección social. Proporcionar protección social de la salud e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo. (OIT, 2017)

Calidad en Salud.

Se considera que el significado de la calidad en el sector salud es el “desempeño adecuado en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición” (Forrellat, 2014, pág. 182). Es importante definir el término calidad, ya que no es un sinónimo de lujo ni tampoco un término de absoluto sino más bien es un proceso de mejoramiento continuo, tampoco depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización. El concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno. Ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata

exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario. (Forrellat, 2014)

Calidad.

La OMS certifica el goce de los derechos de la salud para todas las personas, además indica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. El compromiso de la OMS es poder incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud en los ámbitos nacionales como regionales, cabe recalcar que la OMS ha reforzado día a día activamente su papel de liderazgo en lo técnico, intelectual.

Servicios de calidad.

El (MSP) Ministerio de Salud Pública plantea es su Dirección Nacional de Calidad de servicios de salud:

Garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos (MSP, 2016)

El Ministerio de Salud Pública posee atribuciones y responsabilidades y como encargado de la dirección nacional de servicios de calidad es el Dr. Roberto Ponce el cual especifica lo siguiente junto con el Ministerio de Salud Pública (2016):

- Proveer insumos para la formulación de políticas públicas sobre gestión y sistemas de garantía de la calidad de la atención integral de salud;

- Proveer insumos para la formulación de proyectos de normativa técnica y otros instrumentos legales para la gestión de la calidad de la atención integral de salud, en coordinación con otras instancias involucradas;
- Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Dirigir y coordinar la formulación de iniciativas, estrategias y mecanismos para la implantación de políticas públicas, planes y proyectos sobre gestión de calidad en la atención, en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Conducir y coordinar la formulación de lineamientos y establecimiento de prioridades de acción e investigación operativa sobre gestión de calidad de la atención de salud, para los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Desarrollar herramientas técnicas de auditoría de la calidad de la atención en salud, para su implementación;
- Monitorear y evaluar la calidad de los procesos de auditoría de la calidad de la atención en salud, en los servicios de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública para proponer mejoras;
- Monitorear y evaluar los procesos de la auditoría de facturación de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, para proponer mejoras;
- Proveer insumos y coordinar la implementación de las normas médicas y técnicas, estándares y/o indicadores para la gestión de la calidad de

los servicios en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública que permitan el óptimo uso de los recursos

- Desarrollar y asegurar la implementación de herramientas técnicas de medición de la satisfacción de los usuarios, en coordinación con las instancias respectivas, para aplicación y análisis por parte de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Conducir y coordinar la formulación de indicadores de efecto e impacto sobre gestión de calidad de la atención en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Conducir y coordinar la formulación de lineamientos para el diseño de sistemas de monitoreo y evaluación de la aplicación de políticas públicas y ejecución de planes, programas y proyectos sobre gestión de calidad de la atención de salud en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Asesorar a las máximas autoridades sobre gestión de calidad de los servicios de salud para la toma de decisiones;
- Aprobar la programación de actividades e informes técnicos del personal de la Dirección;
- Coordinar las actividades de la Dirección, con las Direcciones Nacionales y niveles desconcentrados;
- Disponer el análisis sistemático de la situación de calidad de los servicios de salud en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública;

- Mejorar el acceso de los ciudadanos a la información sobre servicios de salud durante el proceso de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública;
- Fomentar el desarrollo de la Política de Calidad en el conjunto del sistema sanitario del Ministerio de Salud Pública;
- Fomentar el desarrollo de la política de calidad de atención en los servicios de salud en el conjunto del sistema sanitario del Ministerio de Salud Pública;
- Evaluar las expectativas y percepciones de los ciudadanos, así como el nivel de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud;
- Participar en el desarrollo del sistema de recepción y atención que se dé a las consultas, reclamos o denuncias relacionadas a la calidad de la atención en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las instancias involucradas;
- Participar en el ámbito de competencias de la Dirección, en los procesos de evaluación y control de la gestión de los niveles desconcentrados;
- Coordinar con la Dirección Nacional de Normalización del Talento Humano, los requerimientos y planes de capacitación externa, formación y desarrollo del talento humano en los temas relacionados a gestión de calidad de la atención de salud;
- Coordinar con la Dirección Nacional de Talento Humano, los requerimientos y planes de capacitación interna a los funcionarios del Ministerio, sobre gestión de calidad de la atención de salud;

- Participar de ser requerido y de acuerdo al ámbito de su competencia en la sala situacional del Ministerio de Salud Pública;
- Ejercer las funciones, representaciones y delegaciones que le asigne el/la Subsecretario/a Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Tiempos.

Dentro de los servicios de calidad, la cuestión referente al tiempo es un factor primordial para poder brindar una atención oportuna. El cual se divide en tres áreas, el tiempo de espera, dentro de la consulta y aquel tiempo destinado a los servicios de urgencias, de los cuales Superintendencia de Salud (2013) expone:

El tiempo destinado a la espera no debe de ser extenso, una extensión prolongada de espera significa una mala atención y las personas suelen sentirse no consideradas como tal, al encontrarse en una larga espera. A diferencia de los tiempos de espera, los tiempos que se tomen para realizar la consulta deberían de tardar el tiempo necesario para que el cliente exprese todas sus inquietudes, así como también el medico comunique todo lo referente a la situación médica del paciente. Los tiempos dedicados a los servicios de urgencia si son una variable diferenciada, dado que se debe a tender a los pacientes de forma inmediata, sin embargo, existen centros de salud que han establecido la idea de priorizar las necesidades de las urgencias, por lo que muchas veces los pacientes no son atendidos de forma inmediata. A esto se establecen que los centros médicos deben estar condicionados tanto en establecimientos como en personal para atender estas demandas.

Accesibilidad en Salud.

El derecho al grado máximo de la salud se debe de contar con la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguro, viviendas adecuadas, y poseer alimentos nutritivos. Según la OMS (2015) el gozar del derecho de la salud debe de estar estrechamente relacionado con los demás derechos humanos como el derecho a la alimentación, vivienda, trabajo, educación, no discriminación, acceso a la información y la participación. Estos derechos incluyen el acceso integral a un sistema que promueva y proteja la salud y además que ofrezca a todas las personas equidad e igualdad de oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos, una de ellas es la accesibilidad en la salud como lo menciona la OMS (2015):

Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación;
- Accesibilidad física;
- Accesibilidad económica (asequibilidad);
- Acceso a la información.

De acuerdo a Figueroa y Cavalcanti (2014) la accesibilidad al servicio de salud depende mucho del nivel de atención, este puede variar según sus dimensiones, no obstante la accesibilidad tiene una percepción amplia que incluye no sólo la equidad geográfica o la continuidad del nexo comunidad y entidad de

salud, sino además otros como enfoque familiar, integralidad, igualdad cultural y hasta los tiempos que el paciente debe aguardar entre sus visitas médicas o la espera en cada una de estas, Es preciso para esto considerar además la prioridad de cada caso que puede ser de acuerdo a rangos de edades o emergencias. Otros autores como Fajardo-Dolci, Gutiérrez, y García-Saisó (2015) destacan que tener acceso a la salud va desde la prevención, promoción hasta los servicios curativos, no obstante en la evolución de las formas de evaluar este acceso se deben considerar puntos de satisfacción tanto para el usuario como para el prestador de salud, esto puede ser si los individuos con problemas de salud llegan al sistema, si se atienden las prioridades o si se cuenta con los suministros o insumos necesarios para asegurar una atención de calidad (pág.181). Además, Fajardo-Dolci, Gutiérrez, y García-Saisó (2015) exponen que organismos de salud indican considerar el acceso desde el punto de vista del “tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud” (pág.181). Esto debido a que mayoritariamente se consideran únicamente los aspectos tradicionales de equidad (social, cultural, económica, laboral o de regulación).

Es preciso considerar además que en la actualidad la evaluación de la accesibilidad a salud depende mucho de la capacidad de respuesta de la unidad médica. Por ello Martins, Campos, Matumoto, y Fortuna (2016) mencionan que es importante analizar el “modo en que el sistema de salud consigue reconocer y responder a las expectativas de los individuos en relación a los aspectos no-médicos del cuidado” (pág.2). Entre estas expectativas de la población, demandas de los usuarios, entre otros que definen la interacción entre los procesos de acción del sistema de salud y los índices generales de satisfacción de sus usuarios.

Acceso a Servicios de Salud en Ecuador.

El Sistema de Salud de Ecuador está conformado por el sector público y privado. El sector público se divide en:

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)

El MSP permite el acceso a toda la población, el MIES ofrece atención a la población no asegurada, mientras que las instituciones de seguridad social se encargan de la población afiliada. El sector privado se divide en:

- Hospitales
- Clínicas
- Dispensarios
- Consultorios
- Farmacias
- Empresas de medicina pre-pagada
- Organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social

Los seguros privados y empresas de medicina pre-pagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicadas en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención. (Lucio, Henríquez, & Villacrés, 2011)

Uno de los indicadores de acceso universal a la salud es la gratuidad de los servicios de salud, especialmente se debe enfocar a que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso, con la debida provisión de medicamentos y según el perfil epidemiológico del país (MSP, 2016). El gobierno ecuatoriano de acuerdo con lo propuesto por el Ministerio de Salud Pública en la actualidad ha incrementado el presupuesto del sector salud en más del 600%. Entre los resultados logrados se destacan la ampliación de la cobertura de salud en el primer nivel de atención, priorizando la prevención de enfermedades y promocionando la salud. (MSP, 2016)

Servicios de Primer Nivel.

El primer nivel de servicios es considerado la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad (Correa, 2016). Entre las unidades operativas del ministerio de salud los servicios considerados del primer nivel son el puesto de salud, sub-centros y centros de salud. SIICE (2014) ofrece una descripción de estas unidades:

Puesto de Salud: Establecimiento que presta servicios de prevención de salud, actividades de primeros auxilios, en cumplimiento con el Ministerio de Salud Pública.

Sub-centros: Por lo general se encuentran establecidos en zonas rurales, sus servicios en ocasiones no son suficientes.

Centro de salud: Unidad operacional, tipo ambulatorio.

Plan de Mejoramiento.

Un plan de mejoramiento se suele entender como un conjunto de estrategias que están destinadas a conseguir que una actividad en específico sea realizada de una manera más eficiente, y esto se debe a que de manera general este no es más que uno de los procesos que deben de ser llevados a cabo por cualquier tipo de organizaciones que desean conseguir un nivel superior de calidad en las diferentes gestiones que realiza, sin importar de manera significativa el área en el que éstas se desenvuelven. (ISO Tools, 2015)

Emprender un plan de mejoramiento suele estar entre las primeras opciones de diferentes organizaciones, cuando estas toman conciencia de que necesitan conseguir un mayor nivel de efectividad en las actividades que realizan, y por ende precisan de emprender medidas que les permitan conseguir los nuevos objetivos que se hayan propuesto en el nuevo período.

El Ministerio de Administración Pública de República Dominicana (2014) un plan de mejora “es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa la organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante la mejora de sus procedimientos y estándares de servicios” (pág. 5). En otras palabras, se espera que un plan de mejoramiento produzca cambios considerables que van a tener como finalidad principal conseguir realizar los diferentes procesos en el interior de la organización de una manera más efectiva y eficiente mientras se aumenta el nivel de calidad.

De la misma manera un plan de mejoramiento debe constituir de las siguientes aspectos: Actividades; Objetivos; Metas; Capacidad de Ejecución; Productos o Servicios; Fecha de Inicio/Fin; Responsables; y Medios de Verificación. (MAP-República Dominicana, 2014)

Mejora Propuesta.

Para poder determinar la accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad de Lago Agrio - Sucumbíos para la implementación de un plan de mejora se debe identificar el lugar en el cual se desea planificar, tener el conocimiento de la situación, características de la población en este caso en la ciudad de Lago Agrio sobre su economía, producción, educación, vivienda, nivel de organización y lo más importante la situación de su salud. Se toma en consideración cuales son las principales necesidades de salud, que son viables y sentidas por la población y cuál es la manera de poder resolverlo. En base de esta información se podrá conocer las necesidades y la accesibilidad de los servicios básicos de salud para poder desarrollar la propuesta de un plan de mejora del presente trabajo.

Plan mejora para poder terminar la accesibilidad de a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad de Lago Agrio – Sucumbíos:

1. Características generales del ámbito
2. Análisis de la Demanda de la ciudad de Lago Agrio-Sucumbíos
 - Características de la población
 - Situación de Salud
 - Accesibilidad a servicios de salud
3. Análisis de los centros de salud San Valentín de la ciudad de Lago Agrio – Sucumbíos
 - Gestión o Gerencia de los Servicios de Salud
 - Recursos en Salud

Marco Legal

La constitución vigente desde el 2008 establece un marco jurídico – legal en su título VII de régimen del Buen vivir, capítulo primero de inclusión y equidad, en el que se incluye la salud, el texto constitucional menciona que la salud es un derecho en el que señala que las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de equidad, en trabajo conjunto con la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. El artículo 358 de la sección segunda de la salud detalla lo siguiente en base a la Constitución de la República del Ecuador (2008):

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (pág. 112)

Así mismo, el Artículo 363 sobre la responsabilidad que le corresponde al Estado menciona:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario;
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura;

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud;
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos;
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución;
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto;
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales;
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

La Constitución de la República del Ecuador (2008) también establece los grupos de personas que tendrán preeminencia en derechos de salud, así en su capítulo tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria menciona:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de

libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad;

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a la salud integral y nutrición; a la seguridad social (...).

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013) en su ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el capítulo I la definición, el ámbito de aplicación, su finalidad, los principios y objetivos en base a la señala lo siguiente:

Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional;

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes;

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada;
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración;
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables;
- Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector;
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

El Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín es realizada en el cantón Lago Agrio de la Provincia de Sucumbíos. Según el MSP (2013) en su ley orgánica del sistema nacional de salud:

Art. 23.- Los Consejos Cantonales de Salud estarán presididos por el Alcalde o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado. Se conformarán con representantes de los integrantes del Sistema que actúan a nivel cantonal y de las Juntas Parroquiales. Se promoverá la participación paritaria del Estado y la sociedad civil;

Art. 24.- Funciones.- Son funciones de los Consejos Cantonales de Salud, las siguientes:

1. Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal;

2. Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el cantón;
3. Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad;
4. Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón;
5. Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios;
6. Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema;
7. Las demás que le asignen la Ley, su Estatuto y el Reglamento;

Art. 25.- Dos o más cantones de la misma provincia, podrán asociarse para formar un solo Consejo, de Salud Mancomunado y compartir su estructura y recursos.

Marco Referencial

Para el desarrollo del presente proyecto se tomó en consideración aspectos similares a los señalados por Figueroa y Cavalcanti (2014) en el artículo titulado “Accesibilidad de los servicios de salud pública en el Ecuador: La visión de los usuarios de la estrategia de salud de la Familia”. En el cual se expone los diferentes puntos de vistas que tienen los usuarios y beneficiarios finales del servicio de salud pública en el país, haciendo énfasis en la necesidad de tomar en cuenta dichas apreciaciones para poder garantizar que la labor que se está realizando, cumpla los objetivos que se han dispuesto para la misma por las autoridades pertinentes del sector.

De igual manera se tomó en consideración lo expuesto en el informe, elaborado por OMS (2014) titulado Estrategias para el acceso Universal a la salud y la cobertura universal de salud y señala que: “Los países de la región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto” (pág. 4). Esto significa que en la región latinoamericana ya existe una conciencia por parte de los gobernantes de la necesidad del mejoramiento del acceso de la población los servicios de salud, pero que, debido a la gran cantidad de sistemas empleados o propuestos a lo largo del tiempo, no se ha desarrollado aun uno que pueda ser aplicado en toda la región, por lo que es mejor extraer lo que más se pueda de las experiencias pasadas, para mejorar los futuros proyectos relacionados a la prestación de los servicios de salud a la población.

De la misma manera se toma como referencia lo mencionado en el artículo publicado por Hernandez & Mejia (2010) con el título “Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: Un reto para la salud

pública”, en el cual se detallan todos los puntos que las autoridades deben abordar, si desean realmente proveer a todos sus ciudadanos de un servicio de salud pública eficiente, así como de las diferentes responsabilidades que trae consigo el compromiso de brindar dicha asistencia a cada uno de los habitantes de un país, incluso a aquellos que generalmente nos encontramos entre las poblaciones de mayor atención para los gobiernos o autoridades.

Además se revisó el trabajo realizado por Molina (2013) titulado “Modelo de accesibilidad del servicio de salud pública (MSP) en el cantón Rumiñahui” en el cual se menciona lo siguiente: “Los establecimientos de salud del MSP, son el medio de atención gratuita a la población, estos fueron jerarquizados por el nivel de complejidad que le corresponde, según el modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” (pág. 16). Esto indica claramente que las autoridades ya cuentan con un sistema de organización de los distintos centros de salud, que existen en todo el país, lo cual claramente resulta beneficioso si lo que se desea es llegar al mayor número posible de beneficiarios, permitiendo que una mayor proporción de la población cuente con los servicios de salud básicos, por lo que debe ser tomado en cuenta en la realización del presente proyecto.

Marco Conceptual

El marco conceptual se realiza en base a una revisión exhaustiva de la literatura como son las siguientes definiciones en relación a la accesibilidad de la salud:

El concepto de accesibilidad: “Es la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera ágil cuando resulta necesario, lo que permite centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda”. (Landini, González, & D’Amore, 2014, pág. 232).

Primer nivel de atención: “Es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples”. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL, 2015)

Sistema nacional de salud: “Conjunto de elementos políticos, jurídicos, técnicos y administrativos de los diferentes sectores del desarrollo social; que interactúan articulada y armoniosamente bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desarrollando un modelo integral de atención”. (MINSAL, 2015)

La calidad: “Se la puede definir como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados tanto a nivel individual como poblacional, y son consistentes con el conocimiento profesional actual”. Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA, 2012)

La salud: “La salud implica una noción amplia y positiva, mucho más que la mera ausencia de enfermedad. Supone evolucionar más allá de la definición

propia realizada en 1948 por la OMS, cuando la entendía como el máximo bienestar físico, psíquico y social". (SSPA, 2012)

Capítulo II:

Marco Referencial

Referentes del Estudio

Frente al tema planteado se han considerado diversos proyectos e investigaciones que tienen relación y que se presentan como referentes del estudio, por lo tanto se expone:

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, elaborado en el 66° sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (OPS, 2014), se desarrolló en base a que en la Región de las Américas existen millones de individuos que no tienen acceso a servicios de salud de tipo integral, lo que impide que estos tengan una vida saludable y la información sobre cómo prevenir las enfermedades, además es difícil para estos acceder a servicios de salud cuando se encuentran enfermos, o en ciertos casos a cuidados paliativos.

Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, presentado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2014) con la finalidad de identificar los factores que inciden en la pobreza, entre los que se considera de mayor afectación están el acceso a salud, educación y seguridad social, entre otros.

Uso y acceso a los servicios de salud, desarrollado por el Centro Centroamericano de Población (CCP, 2013) de la Universidad de Costa Rica dedicado a realizar investigaciones científicas con el objetivo de determinar el uso de los servicios básicos de salud en la ciudadanía, donde se expone que el caso de adultos mayores con acceso a servicios de salud sólo es un 31% del total existente, debido a que no se cuenta con la atención especializada para este grupo de alta vulnerabilidad.

El Secreto de Salud, presentado por Chipres (2014) expone que dentro de la salud preventiva, o curativa de forma natural, que son aquellas que prevén enfermedades fáciles de tratar por los centros de la salud, este es un trabajo elaborado con el fin de brindar conocimientos básicos, de los cuales los centros de salud tendrían mejores resultados si se aplicaran actividades de capacitaciones en enfermedades como las que describe el trabajo mencionado, ya que no solo contribuirá a la salud, sino que también les brindara la información necesaria para que el paciente ejerza atención autónoma en conjunto con los centros médicos.

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012, lo que también se conoció como Proyecto AP-21, presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) que expone las estrategias presentadas se basan en el ciudadano y el profesional. El primero debe considerarse como elemento central dentro del sistema sanitario y, por lo tanto, de la Atención Primaria. Entonces, el objetivo de este proyecto fue brindar calidad en la atención primaria, para convertir al ciudadano en su prioridad, basados en una organización eficaz, eficiente y en constantes cambios de mejora.

Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud, presentado por Fajardo, Gutiérrez, y García (2015) en el cual se conceptualizó el acceso efectivo a la salud de manera universal, para que así, se pueda tomar como referencia al momento de que los centros de salud quieran hacer práctico un proyecto, para tener un acceso efectivo de los ciudadanos a la salud. De este modo se expone que acceder a servicios, desde la perspectiva de utilización, depende de dos variables: accesibilidad física y la aceptabilidad percibida de los servicios ofrecidos, es decir no sólo por su prestación.

El sistema de Gestión de calidad en salud, establecido en Perú por parte de la Dirección de Calidad en Salud (2012), al igual que otros trabajos, este brindaba un conjunto de políticas y estrategias dirigidas a establecer un sistema de salud de óptima calidad, el cual se enfocaba en las personas, trabajadores, prestadores de servicios de salud, entre otros. Como políticas de estado el proyecto dirigió sus estrategias a: organización, educación, sostenibilidad, reconocimiento, evaluación (monitoreo) e investigación.

Sistema para garantizar calidad de atención primaria en el centro de salud N°8 de la ciudad de Quito, presentado como requisito previo al grado de maestría en Gerencia de los Servicios de Salud por Espinosa (2014). Que en su texto detalla “existe mediana calidad de atención, lo que da como resultado insatisfacción del usuario externo. La infraestructura es medianamente adecuada para la alta demanda de pacientes que acuden” (Espinosa, 2014). Por lo tanto, es importante el desarrollo de estrategias que aseguren la sostenibilidad de las prestaciones de salud a toda la población.

Calidad de Atención brindada a los usuarios del sub-centro de salud San Pedro del Cebollar por el equipo de salud, presentado previo al título de Licenciatura en Enfermería por Arias, Armijos, y Naranjo (2014). El documento recopila datos que aseguran la calidad del servicio donde es preciso considerar tres aspectos: al usuario/paciente, el prestador de salud y el acceso disponible.

Acceso a la Salud y Educación, publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014) donde se exponen criterios para la Red de Protección Social para Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos y se determinan los mecanismos para que casos como la atención y resolución de enfermedades o patologías que

estén tipificadas como catastróficas, además que la atención a discapacidades tengan una cobertura total de salud.

En el presente estudio se ha considerado relevante analizar ciertos aspectos que intervienen en la problemática por lo que se expone el siguiente apartado que contiene información sobre la demanda tanto de población como de salud, la accesibilidad y las condiciones actuales del CS San Valentín:

Características generales del ámbito

La población de la parroquia Nueva Loja, donde se encuentra ubicado el Centro de Salud San Valentín es dependiente de los servicios estatales para salud y educación; en estos primeros se evidencia que, a pesar de existir un centro de atención de primer nivel, la asistencia de la población está por debajo de lo estimado o proyectado.

Por lo tanto, se consideró necesario analizar indicadores que inciden de forma directa o indirecta en esta problemática. Esto debido a que cuenta con la capacidad de atención para al menos 15 000 individuos y de acuerdo a lo proyectado por el Departamento de Estadísticas en el presente periodo se esperaba una asistencia de al menos 16 000 habitantes en esta unidad médica del Distrito 21D02 - Lago Agrio. (Quispe, 2017)

Análisis de la Demanda de Accesibilidad de la Ciudad de Lago Agrio-Sucumbíos

Características de la población.

Lago Agrio es la capital de la provincia de Sucumbíos, se encuentra ubicada en el nororiente del Ecuador, en este cantón se encuentra la mayor población de Sucumbíos, debido a que cuenta con 91 744 habitantes, donde el porcentaje más alto corresponde a los hombres con el 51,2% y 48,8% de mujeres

(INEC, 2010). El número total de habitantes en la actualidad se incrementó en un 10,9% frente al último censo (2010) y se cuenta con aproximadamente 101 744 habitantes. (GAP Sucumbíos, 2014)

El clima de Lago Agrio es tropical, es decir cálido y lluvioso, las temperaturas oscilan entre 23 y 33 grados centígrados. Dicho clima posibilita una vegetación de selva ecuatorial, característica de la Amazonia. Su superficie es de 3 139 km², su altura sobre el nivel del mar es de 297 msnm. (GAP Sucumbíos, 2017)

En cuanto a la actividad económica, la provincia de Sucumbíos ocupa el primer lugar a nivel del país en la producción de petróleo y gas; con un área superior a las dos terceras partes de su superficie han sido concedidas para la exploración y explotación de yacimientos hidrocarburíferos.

De acuerdo a estudios realizados en la provincia de Sucumbíos en especial el cantón Lago Agrio la violencia es uno de los factores de mayor incidencia en la crisis social actual de la localidad, sin embargo, otros problemas que se evidencian durante los últimos diez años es el consumo y el tráfico de drogas, debido principalmente a la proximidad territorial con Colombia. Sumado a esto el alto índice de analfabetismo. (SIISE, 2015)

Por otro lado, la ciudad de Nueva Loja está conformada por 149 barrios. Su nombre se debe a la alta migración de la población del Sur de la provincia de Loja. Esta es la parroquia principal de Lago Agrio, cuenta con una población de 57 727 de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC (2012) lo que constituye aproximadamente el 57% de la población cantonal, su densidad poblacional es de 151,99 debido a que cuenta con una superficie de

379,80 km². Dentro de los pueblos ancestrales de esta localidad se encuentran los Kichwas, Tetetes, Shuar, Cofán, Secoya y Siona. (GAP Sucumbíos, 2017)

Entre las principales actividades socio económicas de los habitantes se tiene la agricultura, selvicultura, caza y pesca, comercio (al por mayor y menor) y manufactura, actividades domésticas, y empleados públicos (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015). En cuanto a educación se exponen la siguiente tabla con las tasas de asistencia neta por nivel de estudio, escolaridad y deserción (cantonal).

Tabla 1 *Indicadores – Educación – Lago Agrio*

Nivel	Tasa de Asistencia Neta
Educación Primaria	92,4
Educación General Básica	88,50
Secundaria	6,44
Bachillerato	48,48
Educación Superior	8,40
<i>Escolaridad de la Población</i>	8,73
<i>Deserción Escolar</i>	4,86

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Frente a los índices de pobreza existe una clasificación de tres grupos, donde el de extrema pobreza es el de mayor representatividad en el cantón, para mayor detalle se expone la siguiente tabla:

Tabla 2 Indicadores – Pobreza – Lago Agrio

<i>Nivel</i>	<i>Porcentaje Poblacional</i>
Extrema pobreza	41,8 %
Bajo la línea de pobreza	26,6 %
Sobre la línea de pobreza	31,6 %
Total	100 %

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Situación de Salud

En el cantón Lago Agrio, existen 15 establecimientos de Salud Pública, lo mismos que en su total de atenciones para el 2017 es de 111 955 individuos. Para su efecto se expone la figura 1:

21D02	LAGO AGRIO	21D02C01	Nueva Loja	UMSE	Hospital Provincial	
		21D02C02	Nueva Loja	SCU. Abdón Calderón	UMQ	
		21D02C03	Nueva Loja	SCU. Estrella del Oriente		
				SCU. Puerto Aguarico		
		21D02C04	Nueva Loja	SCU. San Valentín		
		21D02C05	Santa Cecilia	SCS. Santa Cecilia		
			Jambeli	SCR. Jambeli		
		21D02C06	El Eno	SCR. El Eno		
		21D02C07	Dureno	SCR. Dureno		
				Pacayacu	SCR. Pacayacu	
					PS. Puerto Nuevo	
		21D02C08	General Farfán	SCR. General Farfán		
				PS. El Cóndor		
				PS. 10 de Agosto		
				PS. Patria Unida		

Figura 1 Unidades médicas (Lago Agrio)

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

De estos establecimientos expuestos en la figura 1, en la actualidad se conoce que existe una actualización en cuanto a la tipología de los establecimientos centros y sub-centros de salud, por lo tanto se menciona que

existe el centro de salud (CS) “Abdón Calderón”, el mismo que atiende a un aproximado de 24 198 individuos y se constituye como el de mayor cobertura e infraestructura. (Quispe, 2017)

Sin embargo, dentro de los demás sub-centros de salud y puestos de salud, es el sub-centro urbano (SCU) “San Valentín” el de mayor capacidad, lo que lo posiciona en la segunda unidad médica del cantón después del “Abdón Calderón”. En el “San Valentín” se cuenta con una cobertura de aproximadamente 16 099 individuos. (Quispe, 2017)

Seguido se encuentra el SCU “Estrella del Oriente” con capacidad de atención de 13 240 pacientes, luego el sub-centro de salud rural (SCR) “Pacayacu” que tiene una cobertura estimada para 9 648 individuos. Del mismo modo con capacidad para 8 721 usuarios está la unidad de salud (SCU) “Puerto Aguarico” y con cobertura para 8 477 elementos está el SCR “Santa Cecilia” (Quispe, 2017).

Existen otras unidades médicas como SCR “General Farfán” [7 702 individuos de capacidad], SCR “El Eno” [6 913], SCR “Dureno” [5 408], SCR “Jambelí” [4 272], “Aeropuerto” [3 677], PS (puesto de salud) “Puerto Nuevo” [1 372], PS “El Cóndor” + “San Francisco” [1 239], “Luz y Vida” [620] y “10 de Agosto” [398]. (Quispe, 2017)

Datos Relacionados con la capacidad de los centros de salud.

Un dato que se debe considerar en lo relacionado a la situación de la infraestructura de salud, en el país, o más específicamente en la Provincia de Sucumbíos, es el que se refiere al número total de establecimientos de salud que según el Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades (2016) en la provincia existen alrededor de 82 establecimientos de salud, de los cuales 9

poseen internación hospitalaria, y 73 no lo poseen. De acuerdo a los datos publicados en el Anuario, la tasa de médicos por pacientes en la Provincia de Sucumbíos es de aproximadamente 17,39 médicos por cada 10 000 habitantes, cifra inferior al promedio del país, la cual es de 20, 35 médicos por cada 10 000 habitantes (Yunga, 2016). Esta información permite conocer la realidad general que se tiene en la provincia, y más específicamente en el área donde se encuentra ubicado el Centro de Salud San Valentín, por lo que se puede saber que el número de médicos con que cuenta este establecimiento se haya dentro de las cifras generales, tanto a nivel provincial como nacional.

De la misma manera son relevantes los datos relacionados con la tasa de odontólogos, Enfermeras y obstetricas para la Provincia de Sucumbíos, las cuales fueron 3,29; 7,69 y 1,74 por cada 10000 habitantes respectivamente, cifras que no se alejan demasiado de los promedios nacionales de 2,79; 10,14 y 1,38 respectivamente, de hecho la provincia oriental presente cifras un poco más alentadoras en lo que se refiere a la tasa de Obstetricas y Enfermeras, lo que constituye un balance claramente positivo, al menos en ésta área (Yunga, 2016). Además, se debe precisar que en la actualidad existen en todo el país un total de 31 617 médicos, de los cuales, 14 740 laboran un total de 8 horas diarias, 678 lo hace 6 horas al día, y 1 742 labora 4 horas diarias. (Yunga, 2016)

No obstante, a pesar de que existen unidades de atención médicas tanto del Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Particulares, de acuerdo al sistema de Indicadores Sociales del Ecuador en el cantón Lago Agrio frente a los índices de salud se encuentran indicadores preocupantes como el alto porcentaje de desnutrición infantil, parasitosis, y otras

enfermedades gastrointestinales como la diarrea que son resultantes de los casos ya mencionados.

Sumado a esto, las patologías propias de la condición climática de la zona (húmedo tropical) como malaria y dengue (SIISE, 2015). Para su efecto se exponen las tablas 3 y 4 que presentan las principales causas de mortalidad y morbilidad:

Tabla 3 Principales causas de mortalidad (Sucumbíos)

Número	Causas	Defunciones	%
57	Accidentes de transporte terrestre	72	29
64	Agresiones	49	19
23	Diabetes mellitus	23	9
42	Enfermedades cerebrovasculares	22	9
46	Influenza y Neumonía	21	8
53	Enfermedades del sistema urinario	16	6
51	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	15	6
35	Enfermedades isquémicas del corazón	14	6
63	Lesiones auto-infringidas intencionalmente	10	4
34	Enfermedades hipertensivas	9	4

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Tabla 4 Principales causas de morbilidad (Sucumbíos)

Orden	Patologías	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
1	Parasitosis intestinal sin otra especificación	10 463	21	4 912	27	5 551	18
2	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	8 393	17	3 849	22	4 544	15
3	Infección de vías urinarias sitio no especificado	8 133	17	1 121	6	7 012	23
4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4 293	9	2 220	12	2 073	7
5	Vaginitis aguda	4 086	8			4 086	13
6	Faringitis aguda no especificada	3 954	8	1 816	10	2 138	7
7	Amigdalitis aguda no especificada	3 670	8	1 737	10	1 933	6
8	Amigdalitis estreptocócica	2 088	4	966	5	1 122	3
9	Cefalea	2 035	4	512	3	1 523	5
10	Bronquitis aguda, no especificada	1 687	4	827	5	860	3
Total 10 primeras causa		48 802	100	17 960	100	30 842	100
Total de las demás		56 513		20 402		36 111	
Suma total general		105 315		38 362		66 953	

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Como se evidencia en la tabla 3, la principal causa de mortalidad se constituye por los accidentes de tránsito con un promedio de 1.2 muertes por cada uno. En las causas de morbilidad (tabla 4) se evidencian muchas relacionadas con las vías urinarias y el aparato digestivo, esto se debe a la usencia de servicios

como alcantarillado y agua potable. (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Los porcentajes de desnutrición dentro de los parámetros normales se encuentran en 80,60%, mientras que la desnutrición crónica afecta al 16,75% de los niños menores a 5 años [0 a 59 meses de edad]. En indicadores como la tasa de fecundidad se obtiene que en el cantón Lago Agrio es de 2,7 (mujeres de 15 a 49 años) [por encima del 2,4 nacional] (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015). En cuanto a discapacidades se tiene un registro a nivel cantonal (Lago Agrio) que se exponen en cifras porcentuales en la siguiente tabla:

Tabla 5 *Indicadores – Población con discapacidad – Lago Agrio*

Discapacidad	Porcentaje Poblacional
Auditiva	0,3 %
Física	1,2 %
Intelectual	0,7 %
Lenguaje	0,1 %
Mental	0,1 %
Psicológica	0,1 %
Visual	0,3 %
Total	2,8 %
< 40%	2,2 %
> 40%	0,6 %

Fuente: (Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos, 2015)

Como se muestra en la tabla anterior el 2,2% de la población de Lago Agrio cuenta con menos del 40% de afectación de su discapacidad y el 0,6% con más del 40%. La discapacidad física es la de mayor cantidad, debido a que se presenta en al menos el 1,2% de la población, seguida de la intelectual con un 0,7%.

De acuerdo a la Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial del Gobierno Autónomo Provincial de Sucumbíos, en general la provincia presenta potencialidades y problemas en cuanto a salud, en las primeras se considera:

- Se evidencia una mejor y mayor desconcentración y descentralización del Sistema de Salud.
- Se cuenta con acciones primarias para la promoción y difusión de los programas de salud.
- Se han asignado a la localidad brigadas médicas especializadas y grupos de apoyo.
- Aún se encuentra una alta colaboración de la medicina ancestral.
- Mientras que los problemas se resumen a:
 - La gran cantidad de áreas rurales y fronterizas.
 - La mayoritaria concentración del personal de salud está en las zonas urbanas [más los especialistas].
 - El alto índice de desconocimiento por parte de la población frente a los programas de salud existentes.
 - La ausencia de capacitación a los promotores indígenas.
 - La incidencia directa de los servicios básicos [inexistentes o insuficientes] en la salud de la población.

Accesibilidad a servicios de salud

El 87% de la población de la provincia de Sucumbíos es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas (INEC, 2010). Es decir, no cuentan con ciertas características como acceso a la educación, capacidad económica, vivienda, servicios básicos y hacinamientos. Es un porcentaje bastante elevado, lo que pone

en evidencia la vulnerabilidad de la población del sector. Y el acceso a la salud no es la excepción.

De acuerdo a las fuentes de información primaria y secundaria, se conoce que parte de la población no asiste al centro de salud por razones como: distancia, dinero, talento humano y tiempos de espera. Sin embargo, estos dos se analizarán en lo que respecta al sub-centro de salud. Los dos primeros factores se asocian principalmente con la situación social y económica de la población.

Tal como se mostró en ellas características de la población, los índices de pobreza extrema son elevados, lo que significa una limitante para acceder a servicios de salud, otro problema se presenta en que la mayor parte de los discapacitados presentan problemas físicos, lo que dificulta su traslado hacia cualquier unidad médica.

La falta de conocimiento de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades es otro factor que incide en la accesibilidad, sea esto por carecer de acceso a medios de comunicación, por su ubicación geográfica o por sus hábitos laborales que impiden que la información llegue directamente a los individuos.

Análisis del Sub Centro de Salud San Valentín de la ciudad de Lago

Agrio – Sucumbíos.

El sub centro de salud San Valentín, está ubicado en la parroquia Nueva Loja, calles De Los Guabos 0 y Principal. Esto perteneciente al cantón Lago Agrio, Provincia de Sucumbíos.

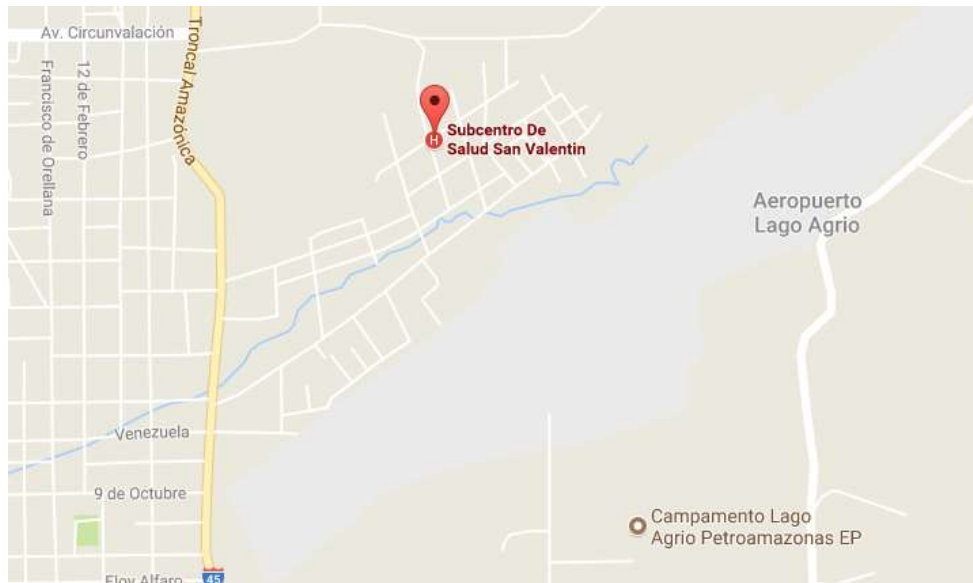


Figura 2 Ubicación Geográfica del Sub-centro de Salud San Valentín

Fuente: (Google Maps, 2017)

Como se muestra en las figuras 2 y 3, el sub-centro de salud San Valentín está rodeado de viviendas, tiene acceso por al menos cuatro calles principales y tiene muy cerca 3 puntos de afluencia masiva como el aeropuerto, el parque central y el campamento de Petro-Amazonas.



Figura 3 Vista satelital del Sub-centro de Salud San Valentín

Fuente: (Google Maps, 2017)

Gestión o Gerencia de los Servicios de Salud.

Recursos Humanos.

El sub-centro de Salud San Valentín cuenta con recursos humanos en cantidad adecuada, no obstante, para cumplir con las actividades mantienen una organización interna, esta les permite gestionar acciones específicas para cada área y de acuerdo el talento humano existente. Para su efecto se muestra la siguiente figura que permite identificar como se conforman las áreas existentes y su organización jerárquica:

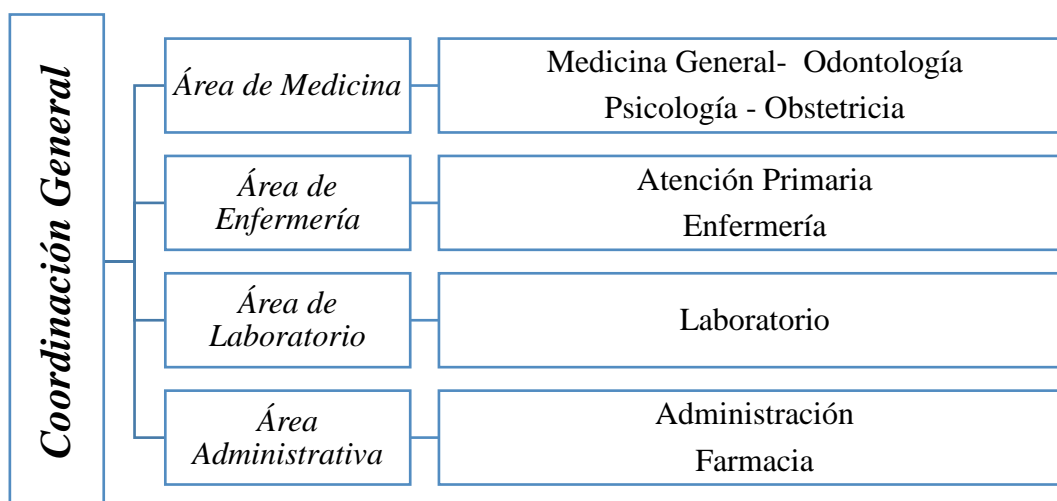


Figura 4 Organigrama del Sub-centro de Salud San Valentín o

Fuente: Sub-centro de Salud San Valentín

Frente al organigrama expuesto en la figura 4, existe un Coordinador del Sub-centro, este es por denominación interna del personal, en la actualidad en San Valentín está a cargo la Obstetra Gloria Lozada, es esta quien se encarga de representar a la unidad médica, coordinar acciones con el personal y con la comunidad.

En este sub-centro existe personal de planta y personal rural el primero tiene contrato por un año y el segundo depende de la asignación del MSP de acuerdo a la cantidad de población atendida, este personal se mantiene capacitado

según lo establecido por el organismo regulador [MSP]. Dentro de las funciones está la coordinación interna para optimizar la atención en el sub-centro y además poder hacer visitas domiciliarias. Posterior al horario de retirada del personal de planta, es el personal rural el encargado de la atención a los usuarios en el sub-centro.

Atención al Usuario

Generalmente el horario es desde las 08:00 hasta las 20:00, de acuerdo a la organización interna el personal de planta labora hasta las 17:00, luego de eso existen turnos rotativos del personal rural para mantener la atención hasta el final de la jornada, este personal labora 22/8 [22 días seguidos al mes y 8 días libres].

El proceso para la atención de pacientes tiene dos modalidades, la principal es por medio del call center y la segunda por visita directa al sub-centro de salud, sea por falta de medios para agendar vía telefónica o por emergencia. En la primera se pone a disposición la agenda de dos médicos generales, un odontólogo, un obstetra y un psicólogo; para los casos de visita directa se mantiene disponibilidad de un médico general, un obstetra y un odontólogo, estos son los encargados de cubrir la demanda espontánea, mientras los primeros, la demanda previamente planificada.

De acuerdo a estos parámetros es el tiempo de espera, es decir de acuerdo a la agenda del médico, de estar llena se procede con el agendamiento para próximas fechas, según la disponibilidad o el paciente acude directamente al sub-centro, en este caso de acuerdo al orden de llegada son atendidos. El personal restante del sub-centro ayuda en acciones de recepción de turnos, priorización por casos, revisiones periódicas y visitas domiciliarias. Esta últimas se enfocan en los

grupos de atención prioritaria como: tercera edad, discapacitados, embarazadas y casos afines.

En caso de tener mucha demanda en el establecimiento, se coordinan acciones más detalladas, dentro de estas es la reducción del personal de visitas domiciliarias para su cooperación en el sub-centro. Los horarios de las visitas domiciliarias se realizan durante las primeras horas de la mañana y posterior durante la tarde generalmente luego de las 14:00.

Coordinación con la Comunidad

En cuanto a la coordinación con la comunidad, se han logrado avances como clubs o grupos de visita periódica al establecimiento para controles médicos y asesoría. Frente a esto se registran tres agrupaciones: pacientes de enfermedades crónicas, embarazadas y adolescentes.

- Pacientes de enfermedades crónicas.- se considera dentro de este grupo a individuos que están diagnosticados con patologías como diabetes mellitus y/o hipertensión. Para los cuales se establecen días de atención prioritaria, habitualmente estos acuden a mediados de cada mes con la finalidad de mantener sus niveles de azúcar/presión y otros afines dentro de los parámetros permisibles que garanticen un adecuado estilo de vida.
- Embarazadas.- a pesar de que no se reúnen de forma periódica, estas cuentan con atención prioritaria, sea por agendamiento telefónico o visita espontánea, la finalidad es reducir las muertes durante el parto de la madre o del neonato.
- Adolescentes.- esta agrupación cuenta con visitas en ciclos de cada 15 días, se considera las edades entre 15 y 17 años con la finalidad de

revisiones o asesoría frente a salud sexual y reproductiva en caso de los solteros y planificación familiar para los que cuentan con hijos.

Dentro de las demás acciones con la comunidad se coordina previamente con las agrupaciones externas para campañas de salud o charlas frente al cuidado del entorno para evitar principalmente patologías recurrentes en la zona como dengue y afines al tipo de clima existente. Por parte del GAD Parroquial es muy poca la ayuda, sin embargo, se cuenta con buena disposición de su parte cuando se trata de coordinar trabajos conjuntos, en especial frente a zonas de difícil acceso, de la misma forma se trabaja con Petro-Amazonas.

Procesos Internos.

Medicinas e insumos.

En cuanto a la disponibilidad de medicinas, el proceso es guiado por el Ministerio de Salud Pública, el Distrito correspondiente y el Coordinador del Sub-centro, esto es frente a la demanda existente de acuerdo a las épocas del año, patologías mayoritarias y disponibilidad. En la misma medida se gestionan los insumos para atención al usuario en la unidad médica. Las fechas de pedido son hasta los 25 de cada mes y la recepción del mismo entre los días 6 y 7 de mes siguiente. En la actualidad el sub-centro San Valentín cuenta con el siguiente stock de medicinas e insumos para el mes (Ver **Apéndice 2**).

Laboratorio

Para acceder a los servicios de laboratorio es preciso disponer de un turno, el mismo que se agenda en la ventanilla de estadística del sub-centro, la capacidad diaria es un aproximado de 35 individuos, en este caso se priorizan más del 50% [20 turnos] para pacientes y usuarios del establecimiento y los restantes [15] para atender a pacientes de sub-centros cercanos que no poseen este servicio.

Enfermería

En el caso de enfermería, la atención es colaborativa con los pacientes de citas agendadas, ayudan al manejo de casos de emergencia mientras un doctor hace las revisiones pertinentes. De forma adicional colaboran con pacientes que necesitan y cuentan con debido respaldo médico para la administración de medicamentos [receta y prescripción firmada y sellado por médico responsable], en caso contrario esta ayuda se limita al agendamiento de una nueva cita médica para obtener el respaldo requerido. Dentro de estos puede ser puesta de inyecciones intramusculares o intravenosas, aplicación de sueros y terapias respiratorias [nebulizaciones].

Recursos en Salud

El sub-centro de salud San Valentín es una unidad básica de atención primaria, no obstante, en este establecimiento de acuerdo a cada caso y recursos existentes se puede ofrecer: prevención en salud, promoción de la salud y salud curativa. Este cuenta con áreas como:

- Medicina General [atención integral]
- Obstetricia
- Psicología [salud mental y calificación de discapacidades]
- Odontología [salud oral]
- Laboratorio Clínico
- Enfermería
- Farmacia Institucional
- Atención Primaria [promoción de salud, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos].

En el 2015 se brindaba el servicio de Ecografía Obstétrica con la finalidad de reducir índices de muertes maternas y neonatales, este servicio beneficiaba a al menos 20 barrios (Intriago, 2015), no obstante, en la actualidad este servicio por disposición del distrito se ha suspendido por cuestiones logísticas internas y de personal técnico hasta un próximo aviso.

Es importante destacar que el sub-centro San Valentín cuenta con talento humano capacitado para sus funciones, por ello es preciso exponer la siguiente tabla con la cantidad de persona por área y especialidad, lo que muestra la amplia disponibilidad de personal existente, tal como se expone en la tabla 6:

Tabla 6 Personal de sub-centro San Valentín.

Área	Especialidad	Cantidad	Tipo
Medicina	Médicos Generales	6	2 de planta 4 rurales
	Odontólogos	2	1 de planta 1 rural
	Psicólogos	1	1 de planta
	Obstetras	2	1 de planta 1 rural
Enfermería	Técnicos de Atención Primaria en Salud [TAPS]	3	De planta
	Enfermeros	4	1 de planta 3 rurales
	Auxiliares de Enfermería	2	De planta
Administración	Auxiliares Administrativos	2	De planta
	Farmacéutico	1	De planta
Laboratorio	Laboratorista	1	De planta
	Auxiliares de laboratorio	2	De planta
Seguridad	Guardia	1	De planta
Total Personal		27	<i>18 de planta 9 rurales</i>

Capítulo III:

Metodología y Resultados

Metodología

En este capítulo se exponen aspectos relevantes para llevar a cabo la investigación, entre estos se establecen los tipos de investigación, los métodos, técnicas de investigación y la selección de la muestra de la población de estudio. Estos lineamientos permitirán que se apliquen de forma correcta las técnicas de investigación, las mismas que proporcionarán los datos para su análisis posterior.

Del análisis de resultados se podrán obtener datos de primera fuente frente a la problemática en estudio y se podrá definir de forma correcta la propuesta del siguiente capítulo, por lo tanto, se expone:

Tipo de Investigación.

Para la presente investigación se seleccionó el enfoque cuantitativo, se ha determinado que además será del tipo aplicada. Este tipo de investigación permite que el investigador emplee tanto la parte objetiva, donde se pudo comparar los datos cuantitativos recolectados frente a la situación observada que representa la problemática (Córdoba, 2016). En el presente estudio permitió conocer la cantidad de visitas y la percepción de los usuarios del centro de salud San Valentín frente a los servicios de salud proporcionados y su acceso.

Es además una investigación aplicada porque su principal objetivo fue aportar con una solución a un problema práctico o de contexto, además permite que la investigación sea más del tipo particular, enfocándose a casos específicos (Ibave, García, & Cervantes, 2014). Tal es el caso del acceso a los servicios básicos de salud del centro de salud seleccionado, donde la problemática radica en un aspecto particular de acuerdo a la ubicación geográfica.

Métodos.

Para los métodos se seleccionó el descriptivo y correlacional. El primero debido a que permite que se planteen las variables tal cual se presentan en el entorno de la investigación y el segundo porque ayuda a explicar de qué forma incide una variable sobre otra y las posibles implicaciones de forma posterior (Cegarra, 2012). En el caso de estudio actual el método descriptivo permitió que se detalle la situación actual y se realice un diagnóstico, y el método correlacional permitió determinar de qué forma incide el acceso a servicios básicos curativos y preventivos en la percepción de la atención al usuario del centro de salud.

Técnicas de Investigación.

Dentro de las técnicas de investigación se emplearon de tres tipos, estas se han determinado de acuerdo a las fuentes de información. Para la recolección de datos secundarios se emplea la revisión bibliográfica y la observación, y para las del tipo primario se tiene a la encuesta. El uso de estas técnicas permite enfocar de forma correcta la propuesta.

La revisión bibliográfica permitió que se estudien indicadores y datos importantes afines a la propuesta, como también datos relevantes para comprender la problemática. Así mismo contribuyó a que se realice investigación documental frente a teorías de otros autores que ayudan a estructurar la investigación (Bordas, Bordas, & Crespo, 2015). En el presente caso se empleó para el desarrollo de marco teórico y planteamiento del problema.

La observación es una técnica cualitativa que permite al investigador interpretar los acontecimientos vividos durante la investigación de forma que aporten significativamente a la investigación. Además permite conocer aspectos que son difíciles de obtener mediante una cuantificación (Bordas, Bordas, &

Crespo, 2015). En el presente caso permitió a que se evidencie y corrobore la problemática, así como también sustentar el análisis de resultados frente a lo ocurrido en el proceso.

La encuesta es una técnica de investigación cuantitativa. Permite que se recopile información que se podrá tabular y presentar por medio de gráficos y porcentaje para una interpretación más eficaz (Bordas, Bordas, & Crespo, 2015). La presente investigación contó con un formulario de preguntas cerradas que se aplicó a individuos que hacen uso del centro de salud y otros de la comunidad.

Universo.

El universo es todo el conjunto de elementos a los que una problemática afecta, sea de forma directa o indirecta. Por ello es preciso que se defina la población para que de forma posterior se obtenga la muestra correspondiente (Baena, 2014). En el presente caso de investigación se seleccionó el área geográfica de estudio como universo, cuyos datos se exponen en población.

Población.

Como se ha expuesto población es la cantidad de individuos a los que incluye la problemática (Baena, 2014), para el presente estudio se ha determinado desde el planteamiento que se analizará a la población de la parroquia Nueva Loja del cantón Lago Agrio en la provincia de Sucumbíos. Según datos actualizados por el Gobierno Autónomo Provincial de Sucumbíos, se detalla que el cantón Lago Agrio cuenta con 101.744 habitantes (GAP Sucumbíos, 2014), de estos de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC (2012) la población de la parroquia Nueva Loja según los datos del censo vigente es de 57 727, con una densidad poblacional de 151,99 debido a que cuenta con una superficie de 379,80 km².

Muestra

La muestra es el grupo representativo del total de la población seleccionada, al que se le implementará las técnicas de recolección de datos primarios (Baena, 2014). Para establecer la muestra se ha seleccionado la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 p q}{N d^2 + Z^2 p q}$$

Dónde:

- n: es tamaño de la muestra
- N: tamaño de la población (57 727)
- Z^2 : Distribución de Gauss $Z = 0.05$ (1,96)
- p: probabilidad a favor (0,5)
- q: probabilidad en contra (1-p)
- d: porcentaje de error máximo permitido (0,05)

Al reemplazar valores se obtuvo:

$$n = \frac{55441,0108}{145,2779}$$

$$n = 381,62$$

$$n = 382$$

Quedó definida la muestra para el presente estudio en 382 elementos, los mismos que son parte de la parroquia Nueva Loja del Cantón Lago Agrio, a los que se les aplicó la encuesta sobre el acceso a los servicios de salud en el centro tipo B “San Valentín” (**Anexo 1**. Formato de encuesta).

Análisis de Resultados.

Encuesta.

La técnica de investigación empleada es la encuesta, su enfoque cuantitativo permitió que se obtengan resultados porcentuales frente a los indicadores planteados en el formulario que contiene 32 preguntas (Ver **Apéndice 1**), estas están seccionadas en cuatro partes, la primera se basa en conocer el tipo de asistencia médica y acceso a salud que los habitantes de la parroquia Nueva Loja del Cantón Lago Agrio (1 - 4), la segunda es frente al acceso al salud preventiva (5 - 16), le sigue el acceso a salud curativa (17 - 28) y finalmente la sección de percepción de accesibilidad (29 - 32).

Objetivo

Conocer la percepción de los usuarios y habitantes de la parroquia Nueva Loja del Cantón Lago Agrio, sobre el acceso a servicios básicos en el Centro de Salud “San Valentín”.

Limitante

Dentro de la recolección de la información primaria, se tuvo una situación limitante, la misma que se presenta debido a que el equipo evaluador es el mismo que realizó la encuesta, la cual fue totalmente anónima. Si bien es cierto la recolección de datos a través de los instrumentos diseñados permite medir a mayor profundidad las variables, también infiere en que el equipo recolector sea el mismo evaluador debido a que interfieren criterios subjetivos, no obstante, al ser anónimos los encuestados se procura conservar la objetividad en su máximo nivel.

Al final de la evaluación se conocerán si los datos fueron analizados de forma subjetiva cuando concuerden con la información secundaria recolectada y

las respuestas sean consistentes dentro del tema desarrollado y propuesta planteada.

Resultados.

Tipo de asistencia médica y accesos

PI: ¿Usted cuenta con algún tipo de seguro médico? ¿Cuál de los siguientes?

Tabla 7 Tipo de seguro médico

	<i>f</i>	%
IESS	90	23,56
ISFA	0	0,00
Seguro Campesino	34	8,90
Ninguno	258	67,54
TOTAL	382	100,00

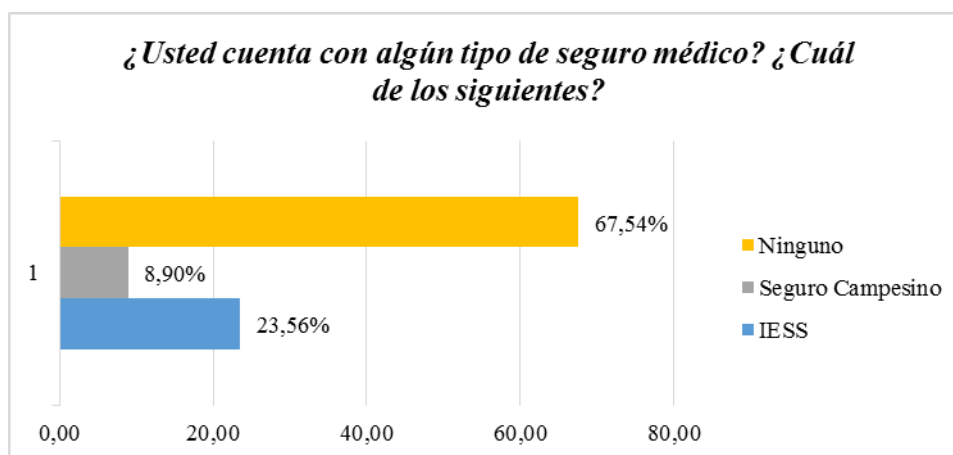


Figura 5 Tipo de seguro médico

Análisis: De la muestra extraída, se evidencia que la mayoría de los encuestados no cuentan con seguro médico, con un resultado del 67,54%. Del restante, el 23,56% posee seguro social, el 8,90% seguro campesino y no se registran afiliados al seguro de las Fuerzas Armadas. Estos resultados justifican la existencia del centro de salud “San Valentín” debido a que la mayor parte de la

población sólo cuenta con los servicios médicos gratuitos ofrecidos por el estado a través del Ministerios de Salud Pública.

P2: ¿Hace uso del Centro de Salud “San Valentín”?

Tabla 8 *Uso del centro de salud*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	303	79,32
No	79	20,68
TOTAL	382	100,00

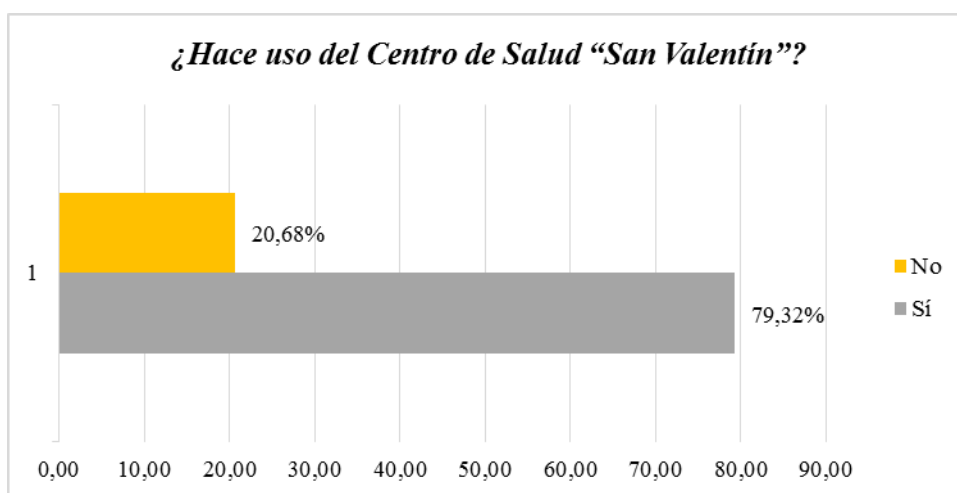


Figura 6 *Uso del Centro de Salud*

Análisis: Del total de la muestra encuestada el 79,32% hace uso de los servicios del centro de salud “San Valentín” lo que muestra que sin importar el tipo de asistencia médica que tengan los individuos, estos en algún momento han hecho uso del centro de salud “San Valentín”, no obstante, un 20,68% no hace uso de los servicios del establecimiento.

P3: ¿Qué medio de transporte emplea para acudir al centro de salud?

Tabla 9 Medio de transporte

	<i>f</i>	%
A pie	158	41,36
Bicicleta	0	0,00
Motocicleta	100	26,18
Mototaxi	34	8,90
Bus	79	20,68
Auto propio	11	2,88
Lancha	0	0,00
Otro	0	0,00
TOTAL	382	100,00

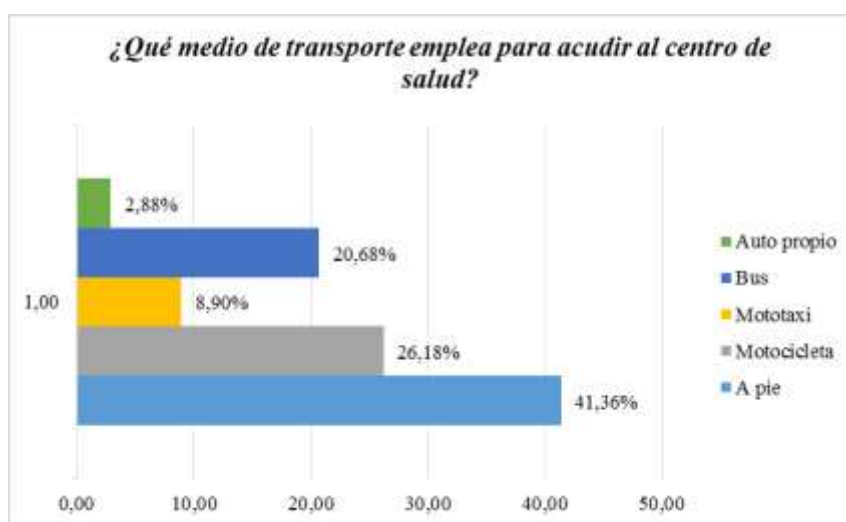


Figura 7 Medio de transporte

Análisis: Dentro de los medios tradicionales de transporte, el 41,36% contestó para acceder a los servicios de salud camina hacia la unidad médica, además se evidencia que el 26,18% de la población hace uso de motocicletas y en tercer lugar el 20,68% emplea el servicio de transporte público (bus) para llegar al centro de salud “San Valentín. De los demás medios el cuarto lugar es para

mototaxi con el 8,90% de las respuestas, y el quinto lugar lo forman con un 2,88% quienes emplean auto propio.

P4: ¿Cuál es el tiempo aproximado para acceder a los servicios médicos desde que sale de su hogar?

Tabla 10 Tiempo aproximado

	<i>f</i>	%
Menos de media hora	292	76,44
1 hora	90	23,56
Entre 2 y 4 horas	0	0,00
Más de 5 horas	0	0,00
TOTAL	382	100,00

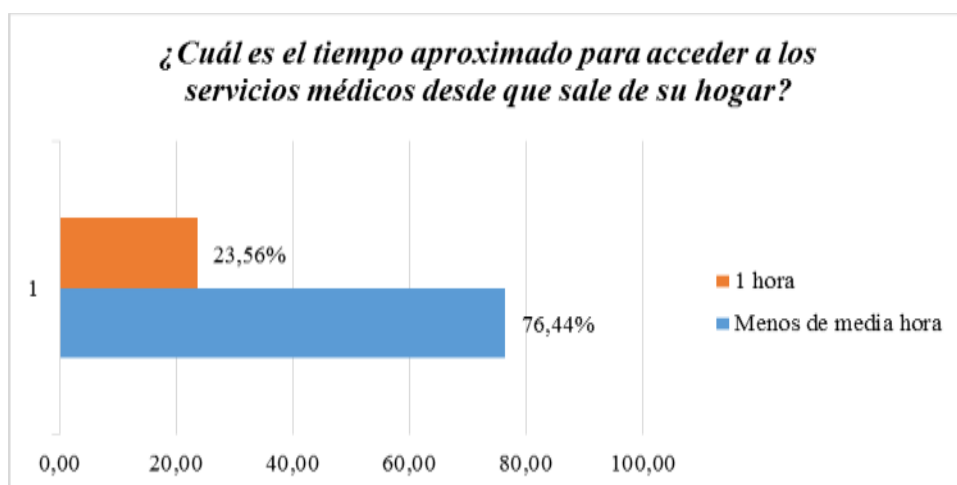


Figura 8 Tiempo aproximado

Análisis: La mayor parte de la muestra encuestada demora aproximadamente menos de media hora desde que sale de su domicilio hasta llegar al centro de salud, evidencia que relativamente cerca de un 76,44% del total considerado como grupo muestral. No obstante, el 23,56%, casi una cuarta parte de la muestra considera que le toma al menos una hora llegar a la unidad médica. Por el contrario de la mayoría esta porción presenta dificultad para llegar al centro de salud “San Valentín”.

Acceso a salud preventiva

P5: ¿Dentro de los siguientes rangos de edad, en cuál se encuentra usted?

Tabla 11 Rangos de edad de la muestra

	<i>f</i>	<i>%</i>
18 - 25	113	29,58
26 - 40	124	32,46
41 - 60	100	26,18
61 o más	45	11,78
TOTAL	382	100,00

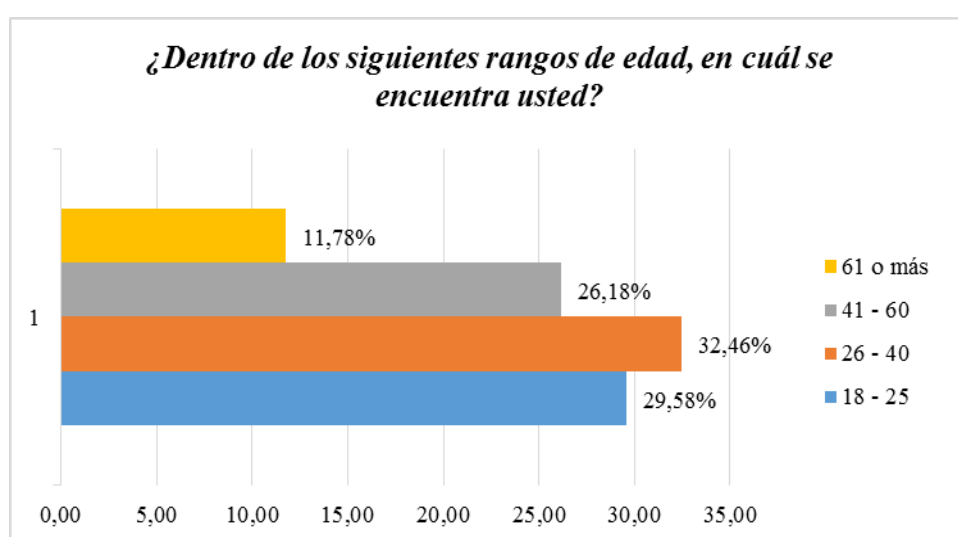


Figura 9 Rangos de edad de la muestra

Análisis: El grupo de edad que mayormente accede a este tipo de investigaciones y presta disposición en la evaluación de la accesibilidad al centro de salud corresponde en un 32,46% a edades comprendidas entre 26 y 40 años. Seguido se encuentra con un 29,58% quienes tienen entre 18 y 25 años, el 26,18% corresponde a edades desde los 41 hasta los 60 años y finalmente el 11,78% están entre los 61 años o más. Esto muestra que son muy marcadas las asistencias entre los 18 y 60 años, sea esta por atención individual o familiar.

P6: ¿Durante los últimos 3 meses pasó alguna brigada o comisión de salud por su vivienda?

Tabla 12 Acceso a brigadas de salud domiciliarias

	<i>f</i>	%
Sí	213	55,76
No	135	35,34
No sabe	34	8,90
TOTAL	382	100,00

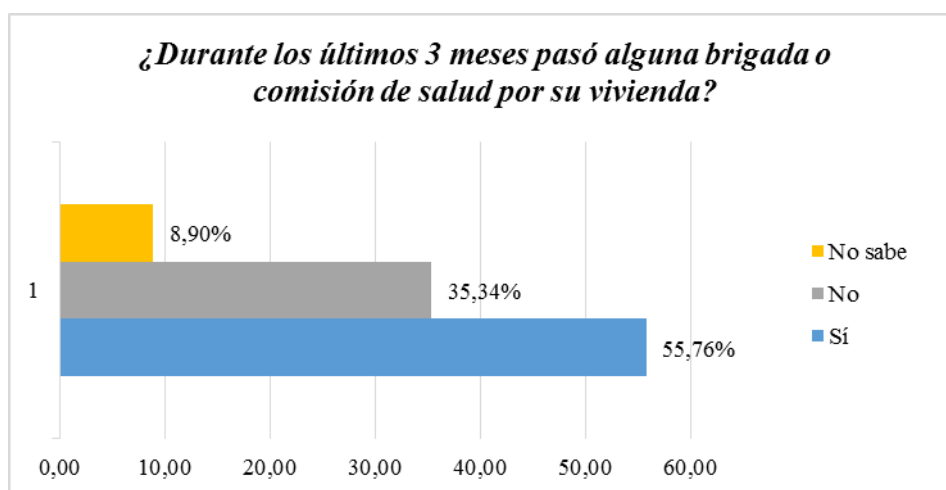


Figura 10 Acceso a brigadas de salud domiciliarias

Análisis: En esta pregunta se evidencia que el 55,76% contestó haber recibido al menos una vez durante los últimos tres meses una brigada de salud, el 8,90% de los encuestados contestó que no sabían si durante el periodo en mención había pasado por su domicilio algún tipo de brigada médica, sin embargo, el 35,34% contestó que no.

Estos resultados evidencian que las brigadas de salud no están en su totalidad funcionando como se estima, debido a la extensa área de cobertura y al difícil acceso de algunas comunidades, lo que impide que parte de la población, casi la mitad de esta, tenga acceso o sepa sobre las campañas de prevención o promoción de salud individual y comunitaria.

P7: ¿Sin estar enfermo, usted o alguien de su hogar fue a algún tipo de consulta preventiva durante los últimos 3 meses? ¿A cuál?

Tabla 13 Acceso a consulta preventiva

	<i>f</i>	%
Medicina General	157	41,10
Odontología	11	2,88
Ambas	124	32,46
Ninguna	90	23,56
TOTAL	382	100,00

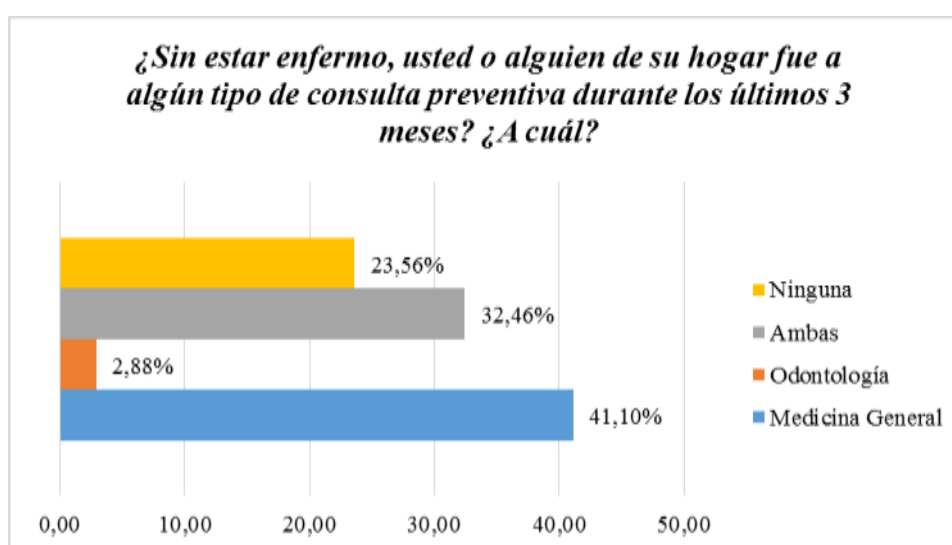


Figura 11 Acceso a consulta preventiva

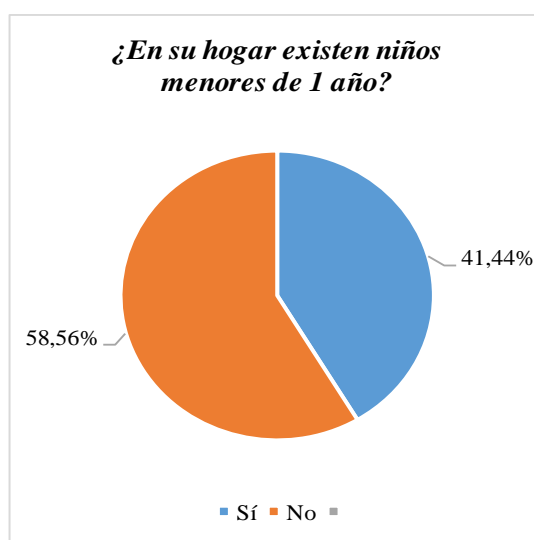
Análisis: De la muestra el 23,56% respondió que ni él ni alguno de los miembros de su hogar tuvo acceso a consultas preventivas (90 personas) durante los últimos 3 meses, mientras que el 2,88% fue a servicios odontológicos, el 41,10% a medicina general, y el 32,46% fue a ambas.

Estos resultados muestran que casi las tres cuartas partes de la muestra asiste a servicios de prevención de salud al centro San Valentín, donde se evidencia de forma marcada las visitas a medicina general.

P8: ¿En su hogar existen niños de menores de 1 año? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

Tabla 14 Niños menores a 1 año (existencia)

	<i>f</i>	%
Sí	121	41,44
No	171	58,56
TOTAL	292	100,00



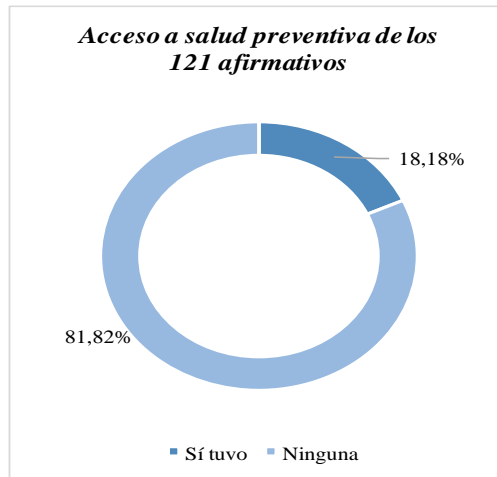
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 12 Niños menores a 1 año (existencia)

Análisis: De los 292 encuestados que afirmaron asistir a salud preventiva, el 41,44% respondió que en su domicilio existen niños menores a un año de edad, lo que corresponde a 121 individuos.

Tabla 15 Niños de 1 año o menos con acceso a salud preventiva

	<i>f</i>	%
Sí tuvo	22	18,18
Ninguna	99	81,82
	121	100,00



*Integrantes del hogar del encuestado (menores de edad)

Figura 13 Niños de 1 año o menos con acceso a salud preventiva

Análisis: De los 121 encuestados que afirmaron la existencia de menores de un año de edad, sólo el 18,18% dijo que estos sí tuvieron acceso a servicios de salud preventiva en el centro San Valentín.

Tabla 16 Tipo de acceso a salud preventiva en niños de 1 año o menos

	<i>f</i>	%
Control post parto	22	18,18
Vacunación	11	9,09
Visita domiciliaria	0	0,00
C. Lactancia Materna	0	0,00
Control de niño sano	0	0,00

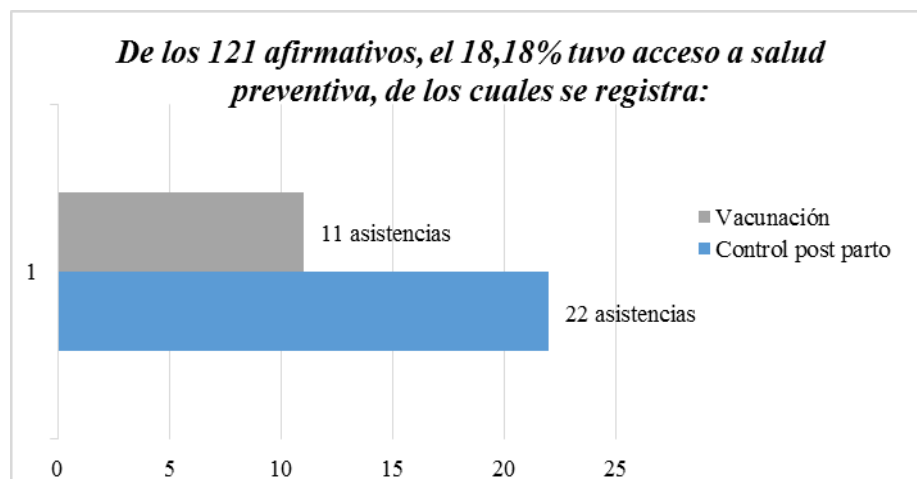


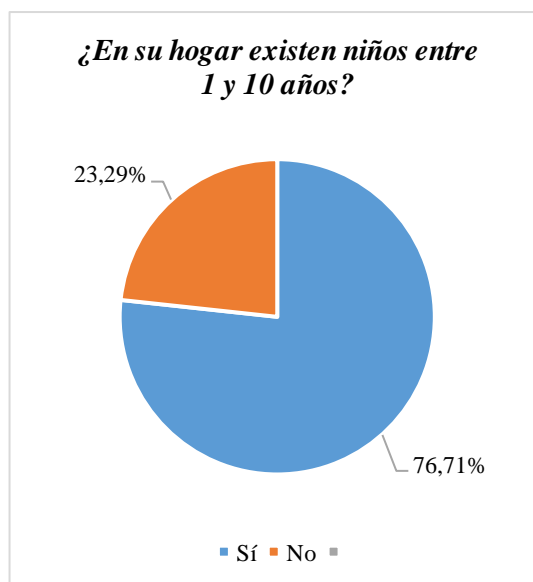
Figura 14 Tipo de acceso a salud preventiva en niños de 1 año o menos

Análisis: de los 121 encuestados que afirmaron que ellos o algún miembro del hogar tuvieron acceso a salud preventiva, un mínimo porcentaje contestó que si existen niños menores de 1 año y que accedieron a servicios preventivos. Es decir que de los que sí accedieron se registran 22 visitas a control post parto, y 11 asistencias a vacunación, lo que representa que de los menores de un año con acceso a salud preventiva fueron todos a control posparto y la mitad a vacunación.

P9: ¿En su hogar existen niños entre 1 y 10 años? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

Tabla 17 Niños entre 1 y 10 años (existencia)

	<i>f</i>	%
Sí	224	76,71
No	68	23,29
TOTAL	292	100,00



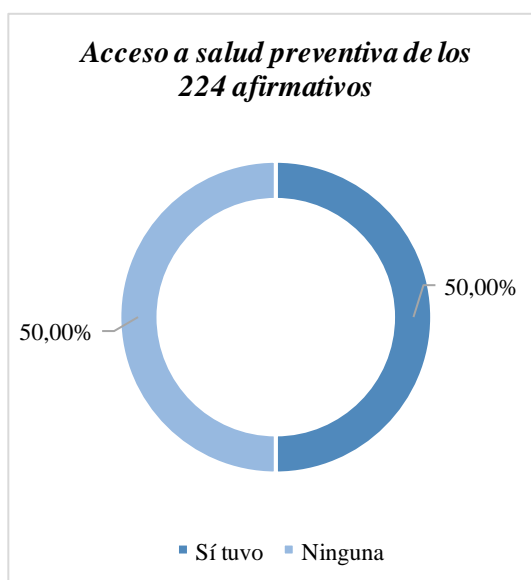
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 15 Niños entre 1 y 10 años (existencia)

Del 76,44% que asistió a medicina preventiva, el 76,71% contestó que sí existe en sus domicilios menores de edad comprendidos en el rango de 1 a 10 años, los que se constituyen por 224 individuos.

Tabla 18 Niños entre 1 y 10 años con acceso a salud preventiva

	<i>f</i>	%
Sí tuvo	112	50,00
Ninguna	112	50,00
	224	100,00



**Integrantes del hogar del encuestado (menores de edad)*

Figura 16 Niños entre 1 y 10 años en el hogar con acceso a salud preventiva

De los menores de edad en edades comprendidas entre 1 y 10 años que existen en los hogares del 76,71%, el 50% tuvo acceso a servicios de salud preventiva en el centro San Valentín.

Tabla 19 Tipo de acceso a salud preventiva (niños entre 1 y 10 años)

	<i>f</i>	%
--	----------	---

Dotación de Vitaminas	45	40,18
Desparasitación	56	50,00
Vacunación	56	50,00
Valoraciones (visual, auditiva)	11	9,82
Salud Oral	45	40,18
Control de niño sano	45	40,18

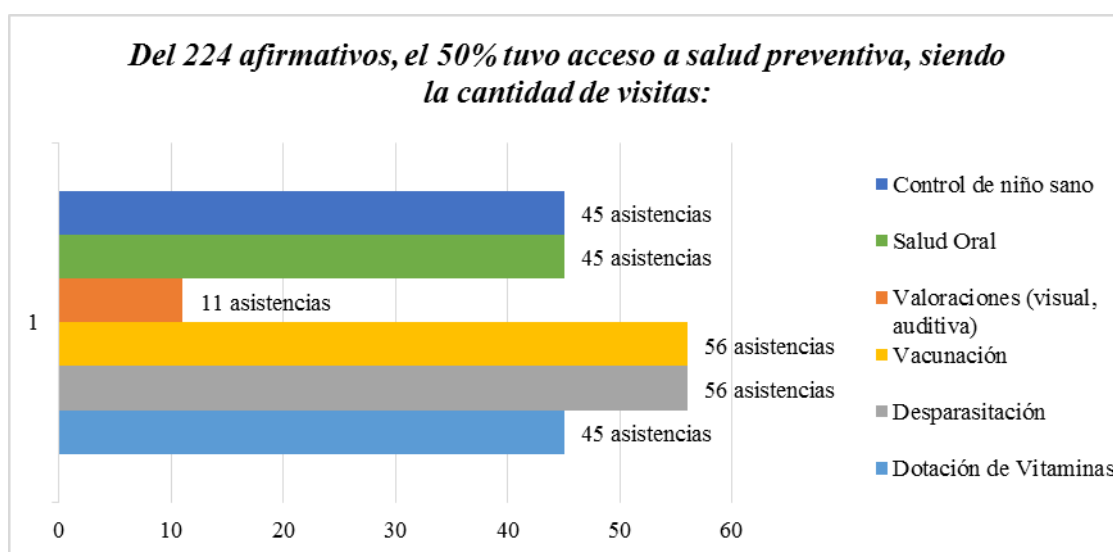


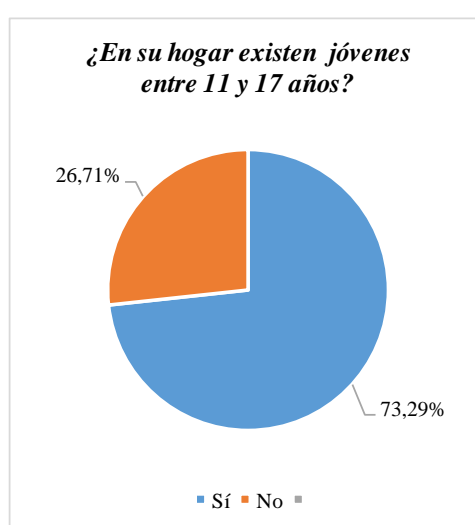
Figura 17 Tipo de acceso a salud preventiva (niños entre 1 y 10 años)

Análisis: De los encuestados que afirmaron acceder a un servicio de salud preventiva, y que en su hogar existen niños entre 1 y 10 años de edad, se registran un mayoritario acceso a servicios de vacunación y desparasitación con un total de 56 asistencias en cada uno, en segunda posición se evidencia un acceso a control de niño sano, salud oral y dotación de vitaminas con 45 asistencias en cada caso. Finalmente, con 11 asistencias se registra el acceso a valoraciones auditivas y visuales.

P10: ¿En su hogar existen jóvenes entre 11 y 17 años? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

Tabla 20 Jóvenes entre 11 y 17 años (existencia)

	<i>f</i>	%
Sí	214	73,29
No	78	26,71
TOTAL	292	100,00



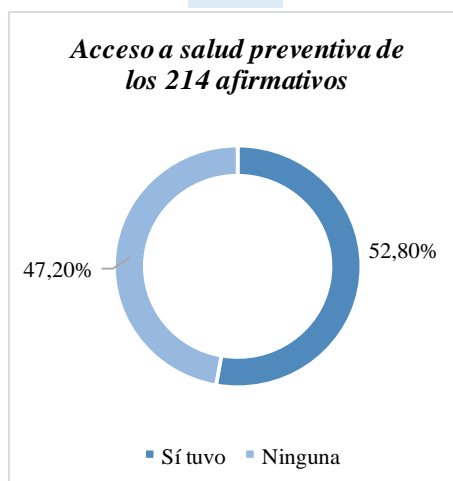
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 18 Jóvenes entre 11 y 17 años (existencia)

Del total que asistió a salud preventiva (76,44%) la mayoría informa que existe en su domicilio jóvenes entre 11 y 17 años de edad (73,29%), se evidencia que existe un marcado número de estos individuos en la población muestral con presencia en al menos 214 hogares.

Tabla 21 Jóvenes entre 11 y 17 años con acceso a salud preventiva

	<i>f</i>	%
Sí tuvo	113	52,80
Ninguna	101	47,20
	214	100,00



**Integrantes del hogar del encuestado (menores de edad)*

Figura 19 Jóvenes entre 11 y 17 años en el hogar con acceso a salud preventiva

Análisis: De los encuestados que afirman que en su hogar existen menores del rango de edad comprendido entre 11 y 17 años, se obtuvo que un 52,80% tuvo acceso a servicios de salud preventiva en el centro San Valentín.

Tabla 22 Tipo de acceso a salud preventiva (jóvenes entre 11 y 17 años)

	<i>f</i>	%
Consulta médica preventiva	23	20,35
Salud sexual y reproductiva	11	9,73
Cons. Uso sustancias nocivas	0	0,00
Control de signos vitales	90	79,65
Valoraciones (visual, auditiva)	0	0,00
Salud Oral	34	30,09
Control trastornos alimenticios	0	0,00
Salud Mental	0	0,00

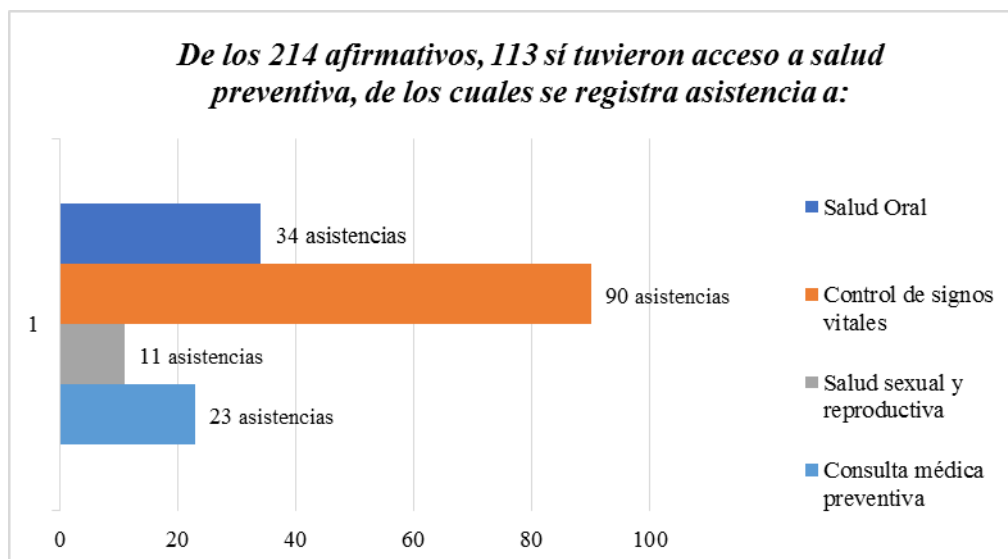


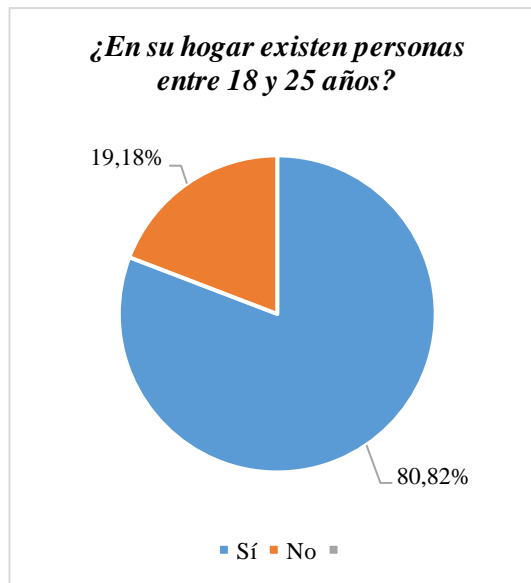
Figura 20 Tipo de acceso a salud preventiva (jóvenes entre 11 y 17 años)

Análisis: De los encuestados con acceso a salud preventiva (ellos o un integrante del hogar) se registraron visitas mayoritarias al servicio de control de signos vitales con un total de 90 asistencias, en segunda instancia el acceso de estos menores a salud oral dejó un total de 34 asistencia, mientras al servicio de consulta médica preventiva tuvo 23 asistencias. Finalmente se contó un total de 11 asistencias para salud sexual y reproductiva.

P11: ¿En su hogar existen personas entre 18 y 25 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

Tabla 23 Personas entre 18 y 25 años (existencia)

	<i>f</i>	%
Sí	236	80,82
No	56	19,18
TOTAL	292	100,00



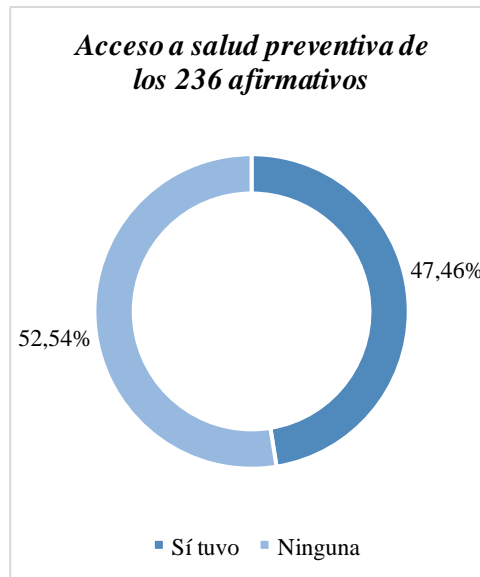
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 21 Personas entre 18 y 25 años (existencia)

Del total encuestado, fueron 292 los que asisten al centro de salud San Valentín, de estos un 80,82% dijo que en su hogar sí existen personas entre los 18 y 25 años de edad quienes constituyen la mayoría del grupo muestral, es decir que al menos 236 domicilios cuentan con personas de este rango de edad.

Tabla 24 Personas entre 18 y 25 años con acceso a salud preventiva

	f	%
Sí tuvo	112	47,46
Ninguna	124	52,54
	236	100,00



* 45 encuestados pertenecen a este grupo (los demás son familiares mayor de edad)

Figura 22 Personas entre 18 y 25 años en el hogar con acceso a salud preventiva

De las respuestas afirmativas en cuanto a existencia de individuos entre 18 y 25 años de edad en los domicilios, se obtuvo que el 47,46% de ellos tuvo acceso a salud preventiva. Además, se confirma que de los encuestados el 19,07% pertenece a este grupo de edades. Lo que evidencia un alto número de este estrato en la localidad y usuarios del centro de salud San Valentín.

Tabla 25 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 18 y 25 años)

	f	%
Obstetricia	34	30,36
Planificación familiar	45	40,18
Pruebas ETS	45	40,18
Control de signos vitales	22	19,64
Valoraciones (visual, auditiva)	0	0,00
Salud Oral	0	0,00
Consultas médicas preventivas	22	19,64
Salud Mental	11	9,82

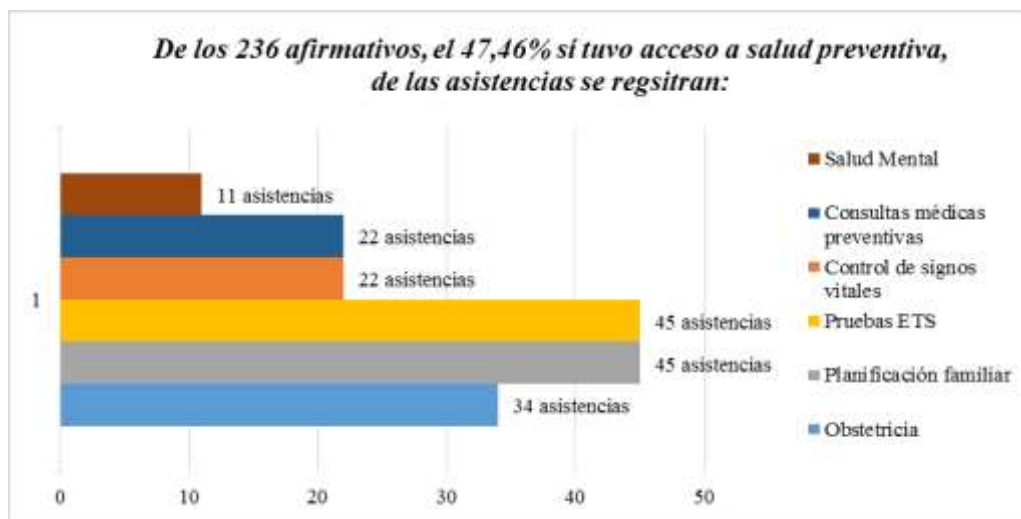


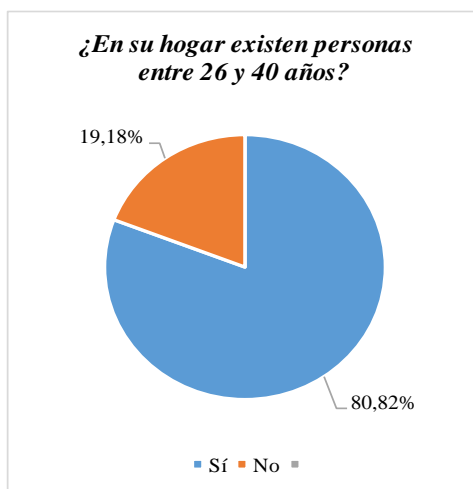
Figura 23 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 18 y 25 años)

Análisis: El 47,46% de encuestados cuya respuesta fue afirmativa frente a acceso de ellos o integrante de su hogar a salud preventiva, se obtuvo que las visitas mayoritarias de este grupo de edades al centro de salud son para servicios de planificación familiar y pruebas de Enfermedades de Transmisión Sexual, ambas con un total de 45 asistencias. El segundo servicio más visitado es el de obstetricia con un número de 34 asistencias. Los servicios de consultas médicas preventivas y control de signos vitales comparten el tercer grupo con un total de 22 asistencias para cada caso. Finalmente se registró para salud mental un total de 11 asistencias.

P12: ¿En su hogar existen personas entre 26 y 40 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

Tabla 26 Personas entre 26 y 40 años (existencia)

	<i>f</i>	%
Sí	236	80,82
No	56	19,18
TOTAL	292	100,00



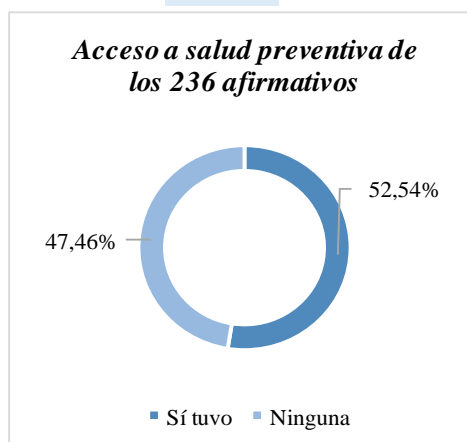
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 24 Personas entre 26 y 40 años (existencia)

Se registra que del total de 292 personas que acuden al centro de salud a medicina preventiva, un 80,82% afirma que en su hogar existen individuos entre las edades de 26 a 40 años, es decir que se cuenta con uno de estos en al menos 236 hogares en la parroquia Nueva Loja.

Tabla 27 Personas entre 26 y 40 años con acceso a salud preventiva

	<i>f</i>	%
Sí tuvo	124	52,54
Ninguna	112	47,46
	236	100,00



** 56 encuestados pertenecen a este grupo los demás son familiares mayor de edad)*

Figura 25 Personas entre 26 y 40 años en el hogar con acceso a salud preventiva

El número de individuos del rango 26 a 40 años en los hogares, es relativo al del grupo anterior, con la diferencia de que la asistencia a salud preventiva cuenta con porcentajes inversos, es decir en esta pregunta se obtuvo que el 52,54% fue a chequeos preventivos al centro de salud San Valentín. Además, se obtuvo que el 23,73% de los encuestados pertenecen a este estrato.

Tabla 28 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 26 y 40 años)

	<i>f</i>	%
Obstetricia	45	36,29
Planificación familiar	34	27,42
Pruebas ETS	0	0,00
Control de signos vitales	67	54,03
Toma de glicemia y colesterol	11	8,87
Valoraciones (visual, auditiva)	0	0,00
Salud Oral	56	45,16
Consultas médicas preventivas	22	17,74
Salud Mental	0	0,00
Antígeno prostático	0	0,00

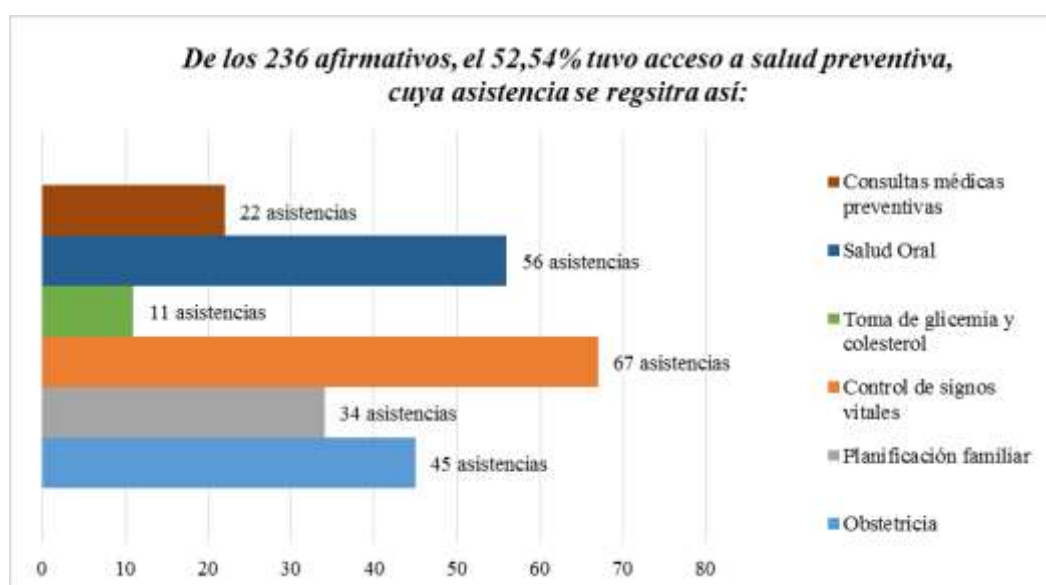


Figura 26 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 26 y 40 años)

Análisis: Dentro del grupo muestral, de los que respondieron afirmativo al acceso de salud preventiva entre los 26 y 40 años, se confirmó la preferencia por servicios como control de signos vitales, el mismo que registró 67 asistencias, lo que se traduce a que el 54,03% de este grupo asistió a este control al menos una vez durante los últimos tres meses. El segundo servicio más visitado fue salud oral con 56 asistencias, el tercero se constituye con 45 asistencias a obstetricia.

De los servicios restantes también tiene visitas de este rango de edades a planificación familiar con un número de 34 asistencias, consultas médicas preventivas con 22 asistencias y finalmente con 11 asistencias el servicio de toma de glicemia y colesterol.

P13: ¿En su hogar existen personas entre 41 y 60 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

Tabla 29 *Personas entre 41 y 60 años (existencia)*

	<i>f</i>	%
Sí	202	69,18
No	90	30,82
TOTAL	292	100,00



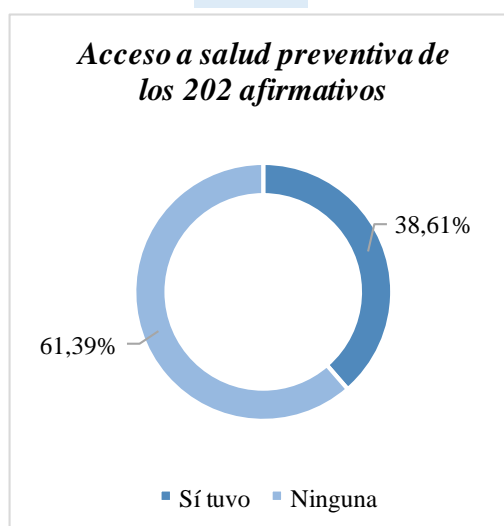
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 27 *Personas entre 41 y 60 años (existencia)*

De los encuestados que asistieron a servicios de salud preventiva, se obtuvo que el 69,18% cuenta con un familiar en su hogar que corresponde a las edades entre 41 y 60 años, esto sería en aproximadamente 202 casos de la muestra seleccionada.

Tabla 30 *Personas entre 41 y 60 años con acceso a salud preventiva*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí tuvo	78	38,61
Ninguna	124	61,39
	202	100,00



** 56 encuestados pertenecen a este grupo (los demás son familiares mayor de edad)*

Figura 28 *Personas entre 41 y 60 años en el hogar con acceso a salud preventiva*

De los casos afirmativos que en sus hogares existe personas del rango de edad 41-60 años, se obtuvo que sólo un 38,61% pudo acceder a servicios de salud preventiva en el centro San Valentín. Además, se registró que de los encuestados el 27,76% pertenecen a este grupo. Se evidencia por lo tanto que el acceso de este estrato dentro de la muestra es bajo en cuanto a servicios de salud preventiva, no obstante, es preciso conocer a qué tipo de servicio accedieron, para ello se exponen la tabla 25 y figura 29:

Tabla 31 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 41 y 60 años)

	<i>f</i>	%
Obstetricia	11	14,10
Densitometría ósea	0	0,00
Colonoscopia	0	0,00
Control de signos vitales	90	115,38
Toma de glicemia y colesterol	34	43,59
Nutrición y hábitos	0	0,00
Valoraciones (visual, auditiva)	0	0,00
Salud Oral	0	0,00
Uroanálisis	0	0,00
Salud Mental	22	28,21
Antígeno prostático y tacto rectal	0	0,00
Sangre oculta en heces	0	0,00

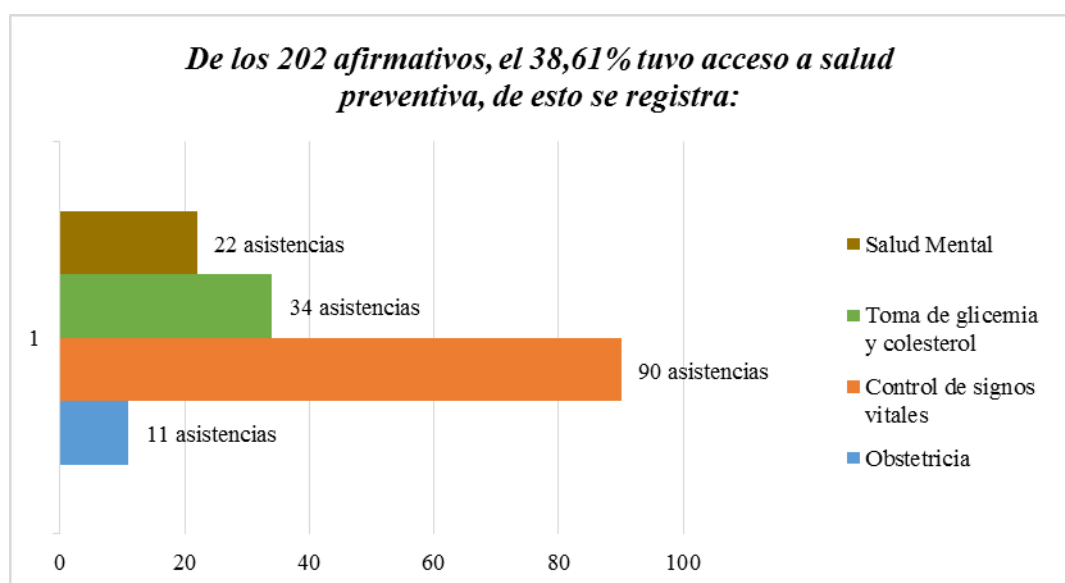


Figura 29 Tipo de acceso a salud preventiva (personas entre 41 y 60 años)

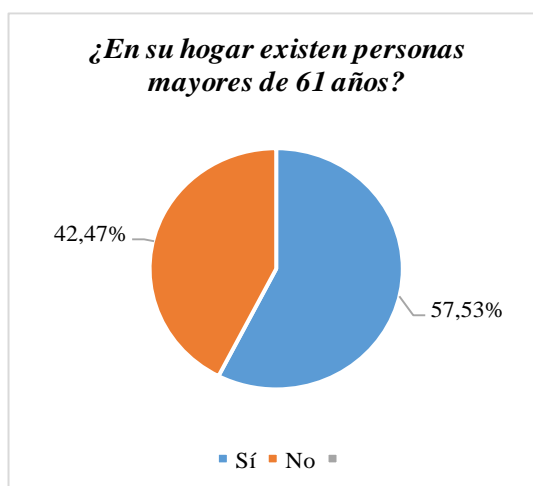
Análisis: En el resumen de los resultados de esta pregunta, se evidencia que el 38,61% fue uno o más veces a control de signos vitales durante los últimos tres meses, por lo que se convierte en el servicio de mayor demanda con un conteo de 90 asistencias (115,38%). En segundo orden se encuentra la toma de glicemia y

colesterol con un registro de 34 asistencias, le sigue salud mental con 22 asistencias y obstetricia con 11.

P14: ¿En su hogar existen personas mayores de 61 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

Tabla 32 *Personas mayores de 61 años (existencia)*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	168	57,53
No	124	42,47
TOTAL	292	100,00



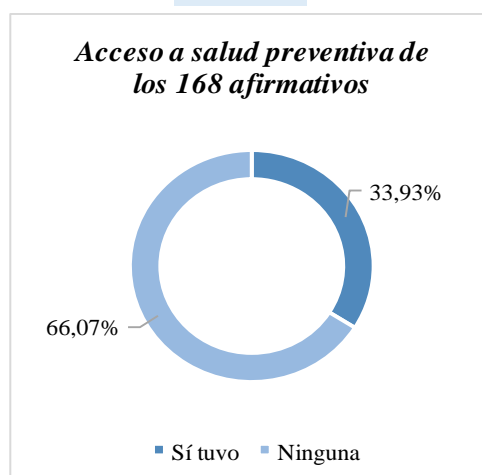
**De los 292 que si fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)*

Figura 30 *Personas mayores de 61 años (existencia)*

De la evidencia de personas con acceso a salud preventiva en el centro San Valentín durante los últimos tres meses, un 57,53% respondió que en sus hogares existen individuos con 61 años o más, en este caso se registran al menos 168 hogares con este estrato de la muestra.

Tabla 33 *Personas mayores de 61 años con acceso a salud preventiva*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí tuvo	57	33,93
Ninguna	111	66,07
	168	100,00



** 11 encuestados pertenecen a este grupo (los demás son familiares mayor de edad)*

Figura 31 *Personas mayores de 61 años en el hogar con acceso a salud preventiva*

Del grupo existente de individuos con edades mayores a 61 años en los hogares de los encuestados, se conoció que sólo un 33,93% tuvo acceso a servicios preventivos de salud. Entre estos casos se encuentran el 12,22% de los encuestados, lo demás representan casos de familiares de los demás encuestados.

Tabla 34 *Tipo de acceso a salud preventiva (personas mayores de 61 años)*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Obstetricia	0	0,00
Densitometría ósea	0	0,00
Colonoscopia	0	80,70
Control de signos vitales	23	40,35
Toma de glicemia y colesterol	46	0,00
Nutrición y hábitos	0	0,00
Valoraciones (visual, auditiva)	0	0,00
Salud Oral	0	0,00
Uroanálisis	0	0,00

Salud Mental	0	0,00
Antígeno prostático y tacto rectal	0	0,00
Sangre oculta en heces	0	0,00

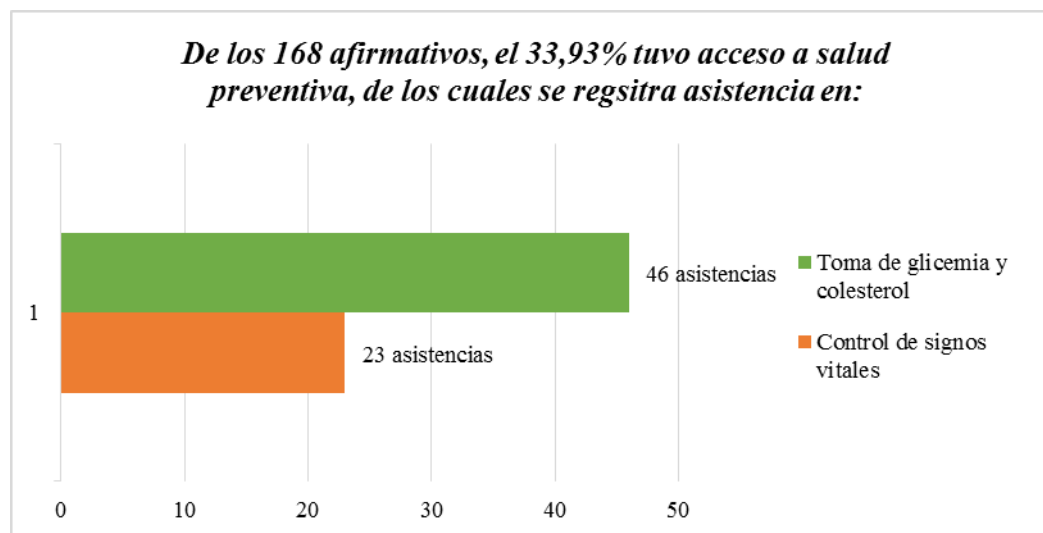


Figura 32 Tipo de acceso a salud preventiva (personas mayores de 61 años)

Análisis: De todos los servicios considerados preventivos, en este rango de edades que asistieron al centro de salud San Valentín se registró un total de 46 asistencias a toma de glicemia y colesterol y 23 asistencias a control de signos vitales, lo que representa de los 57 individuos el 80,70% y 40,35% de demanda respectivamente.

P15: ¿En su hogar existen mujeres embarazadas? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

Tabla 35 Mujeres embarazadas (existencia)

	f	%
Sí	135	46,23
No	157	53,77
TOTAL	292	100,00

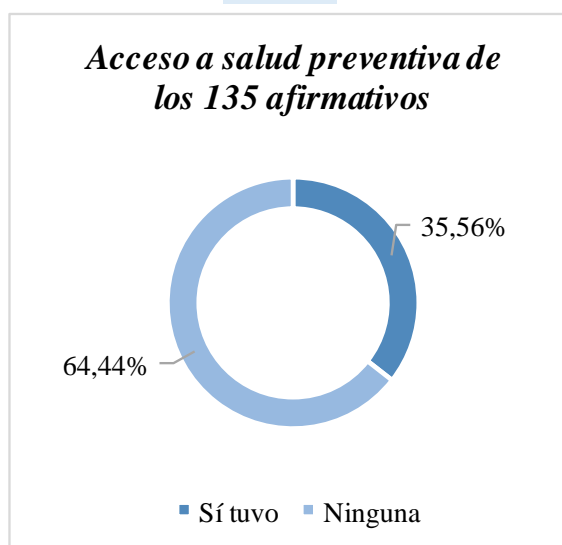


Figura 33 Mujeres embarazadas (existencia)

De los encuestados se obtuvo que existen en los hogares un 46,23% de mujeres embarazadas, lo que constituyen que al menos en 135 domicilios se encuentra uno de estos casos.

Tabla 36 Mujeres embarazadas con acceso a salud preventiva

	<i>f</i>	%
Sí tuvo	48	35,56
Ninguna	87	64,44
	135	100,00



* Son familiares mayor de edad de los encuestados

Figura 34 Mujeres embarazadas en el hogar con acceso a salud preventiva

El porcentaje de acceso de mujeres embarazadas es bajo, como lo corrobora el 35,56% que indicó que de los casos existentes sólo estos fueron al centro de salud San Valentín a prevención en salud. De estos casos ninguno forma parte del grupo muestral, todos son casos existentes en sus domicilios.

Aunque el acceso es mínimo, es importante conocer a qué tipos de servicios acudieron para determinar la demanda existente de los mismos, para su efecto se presentan la tabla 31 y figura 35:

Tabla 37 *Mujeres embarazadas con acceso a salud preventiva*

	<i>f</i>	%
Controles pre natales	48	100,00
Pruebas de hemoclasificación	48	100,00
Exámenes de laboratorio	48	100,00
Control de signos vitales	24	50,00
Dotación de vitaminas	48	100,00
Salud Oral	12	25,00
Ecografías	48	100,00
Vacunación	48	100,00

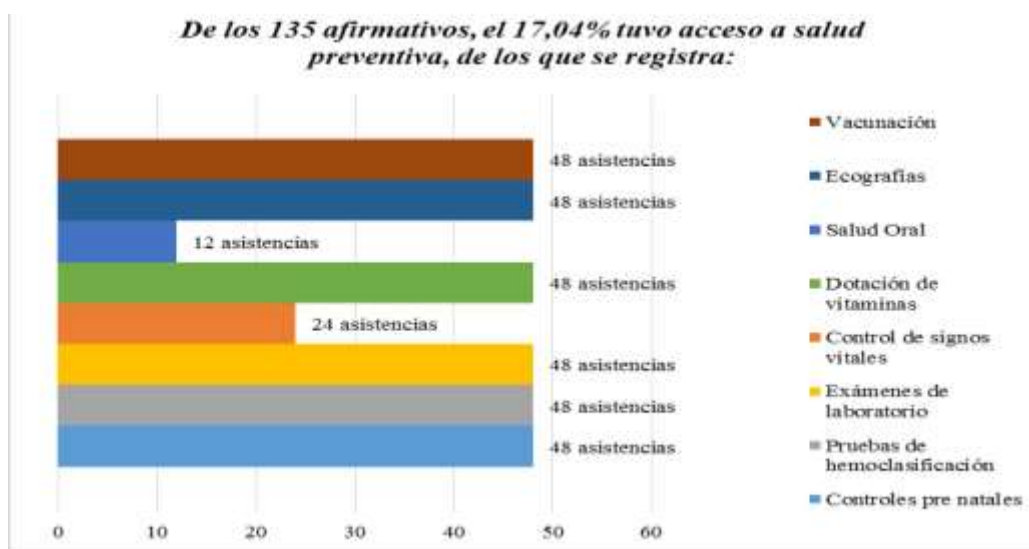


Figura 35 Tipo de acceso a salud preventiva (Mujeres embarazadas)

Análisis: De los casos que se confirman existe mujeres embarazadas en sus hogares y que sí tuvieron accesos a salud preventiva en el centro San Valentín, se obtuvo que la mayoría demanda los servicios de vacunación, ecografías, exámenes de laboratorio, pruebas de hemoclasificación, controles prenatales y dotación de vitaminas, con un total de 48 asistencias para cada uno, lo que representa que el 100% tuvo atención en las mismas. Los servicios menos demandados en este estrato de la muestra son salud oral y control de signos vitales con 12 y 24 asistencias c/u, lo que representa el 25% y 50% de estos casos.

P16: Si nadie de su familia tuvo acceso a salud preventiva, elija una de las siguientes razones:

Tabla 38 Motivo de no acceder a salud preventiva

	<i>f</i>	%
No se consideró necesario	11	12,22
El centro de salud está muy lejos	11	12,22
No hay campañas domiciliarias	0	0,00
No hay recursos para movilizarse	34	37,78
Sólo van cuando están enfermos	34	37,78
Toca esperar mucho	0	0,00
TOTAL	90	100,00

* De los 90 que no fueron a salud preventiva (ellos o integrantes de familia)

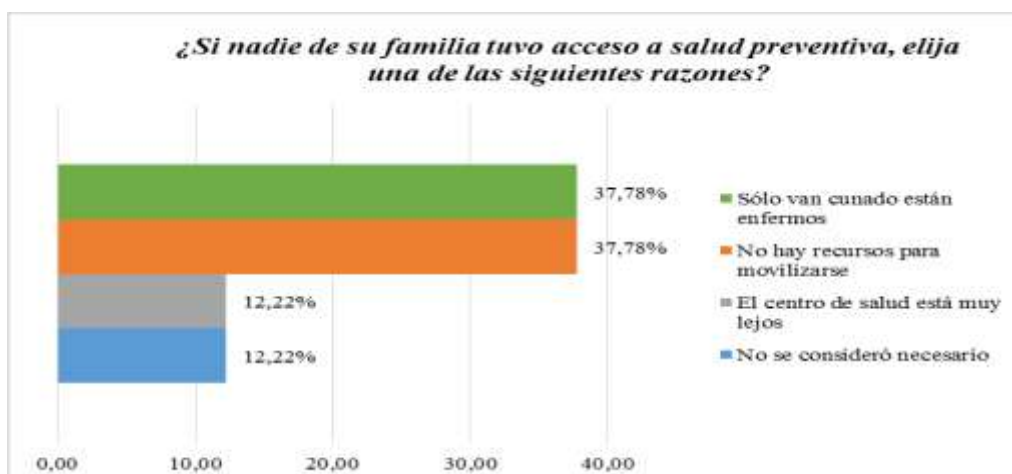


Figura 36 Motivo de no acceder a salud preventiva

Análisis: De los encuestados que respondieron no haber asistido al centro de salud o tenido acceso a salud preventiva (23,56% de la pregunta 6) se obtuvo la información de los motivos que intervinieron en este hecho. Así dentro de las causas más relevantes se destaca el 37,78% contestó no haber tenido acceso debido a solo van cuando están enfermos y en la misma proporción se obtuvo que además es porque no tienen recursos para movilizarse, el siguiente grupo del 12,22% respondió que no fue necesario y en la misma cantidad porque este establecimiento de salud está muy lejos.

Acceso a salud curativa

P17: ¿Durante los últimos 3 meses usted o algún miembro de su familia acudió al centro de salud por presentar algún tipo de molestia o enfermedad?

Tabla 39 Acceso a salud curativa

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	150	39,27
No	232	60,73
TOTAL	382	100,00

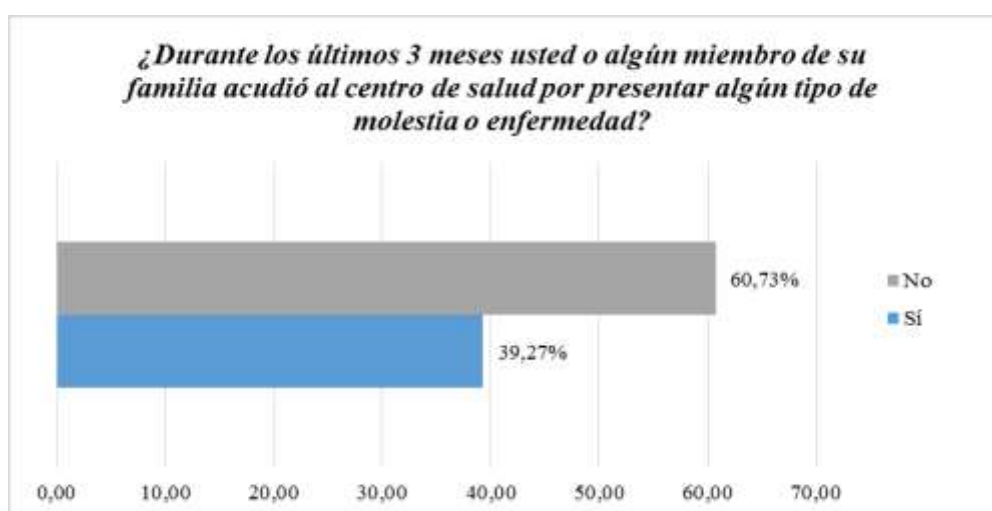


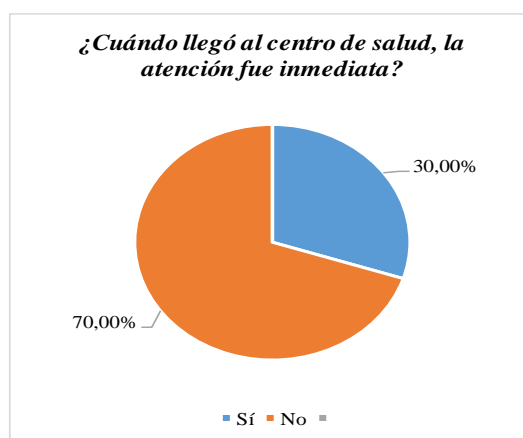
Figura 37 Acceso a salud curativa

Análisis: Dentro de los últimos 3 meses el 39,27% de los encuestados fue al centro médico para tratar enfermedades, lo que de igual forma representa un porcentaje por debajo de la mitad de encuestados, lo que significa que, aunque hayan hecho uso alguno vez los encuestados, durante el periodo reciente sólo 150 fueron a salud curativa al centro “San Valentín”. Lo que deja a un mayoritario 60,73% sin asistencia a salud curativa.

P18: ¿Cuándo llegó al centro de salud, la atención fue inmediata? ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendido?

Tabla 40 Inmediatez en la atención de salud curativa

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	45	30,00
No	105	70,00
TOTAL	150	100,00



**De los 150 que si fueron a salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 38 Inmediatez en la atención de salud curativa

Frente a la atención, los encuestados que asistieron a salud curativa consideran en un 30% que la atención fue inmediata, mientras que el 70% restante considera que la respuesta de atención presentó demoras.

Tabla 41 Tiempo de espera aproximado

	<i>f</i>	%
Menos de 15 minutos	15	10,00
Menos de media hora	30	20,00
1 hora	60	40,00
Más de 1 hora y media	45	30,00
TOTAL	150	100,00

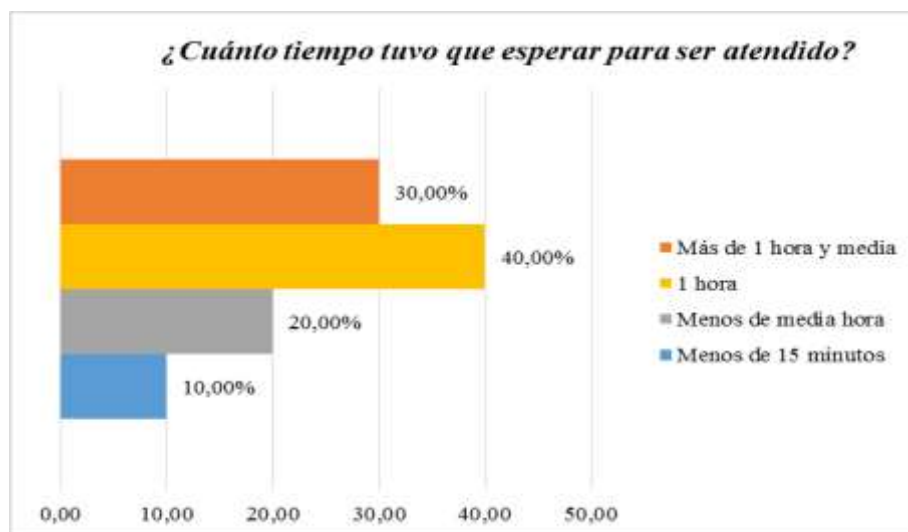


Figura 39 Tiempo de espera aproximado

Análisis: De los encuestados con acceso a salud curativa una minoría respondió que fue atendido de inmediato, para esto se han considerado rangos entre 15 minutos o menos hasta 1 hora (10% esperó menos de 15 min, 20% esperó menos de media hora y 7,41% 1 h), pasado de este tiempo se considera que la atención no fue inmediata y representa la opinión de la mayoría con un 40% que esperó una hora y un 30% más de hora y media. No obstante, como cada caso en salud curativa es diferente, se debe conocer las razones de dicha espera, para lo cual se planteará la pregunta 19.

P19: Si tuvo que esperar ¿Cuál fue la razón?

Tabla 42 *Motivos de espera en casos de atención tardía*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Se consideró que no era de gravedad	32	30,48
No tenía historia clínica (o no se encontraba)	0	0,00
No hay mucho personal	0	0,00
No llevó documentación	11	10,48
El médico estaba en consulta	53	50,48
Habían más pacientes de atención prioritaria	9	8,57
TOTAL	105	100,00

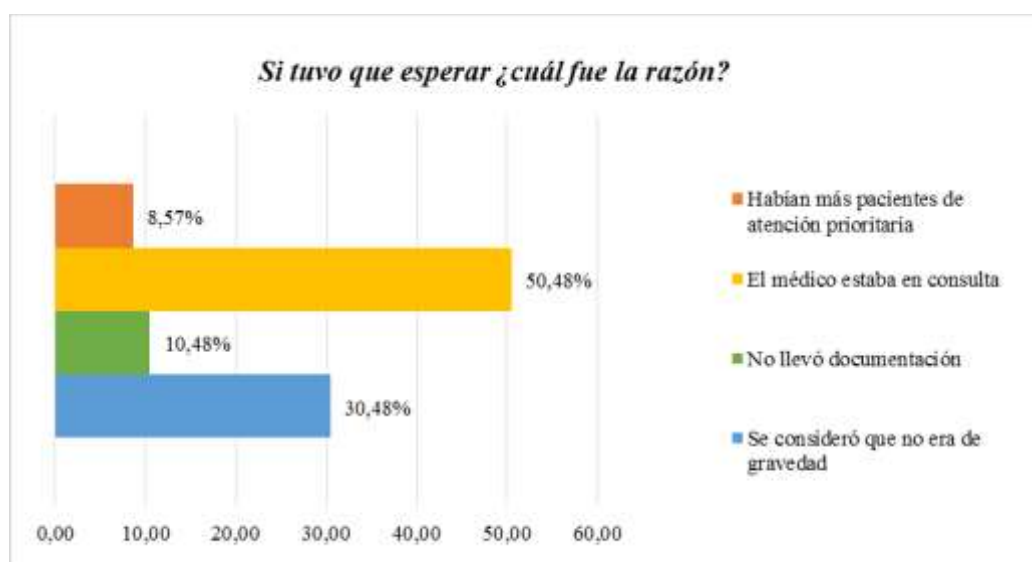


Figura 40 *Motivos de espera en casos de atención tardía*

Análisis: De los encuestados con acceso a salud curativa el 70% respondió que no fue atendido de inmediato (resultado pregunta 18), para esto se han considerado las razones que fueron motivo de la espera. Frente a esto el 50,48% confirmó que el médico correspondiente se encontraba en consulta, el 30,48% se consideró que no era de gravedad, el 10,48% no llevó documentación y el 8,57% porque había pacientes de atención prioritaria por ello esperaron más tiempo del estimado.

P20: ¿Considera que la atención durante la consulta ayudó a solucionar su problema?

Tabla 43 Efectividad de la consulta

	<i>f</i>	%
Sí	118	78,67
No	32	21,33
TOTAL	150	100,00

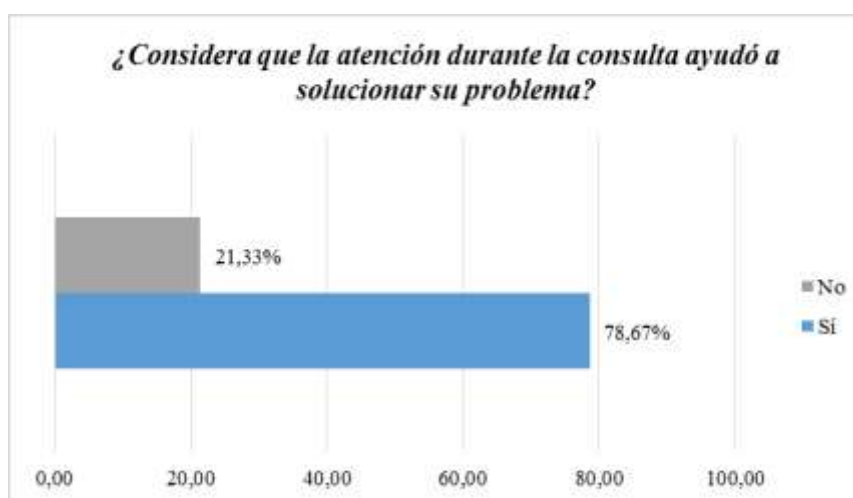


Figura 41 Efectividad de la consulta

Análisis: Dentro de los 150 elementos que respondieron haber asistido a salud curativa, el 78,67% dijo que el problema presentado tuvo solución tras la consulta, este grupo de 118 personas representa el 30,89% de la muestra total encuestada. Lo que deja en evidencia que los demás casos no tuvieron solución (32) o que no asistieron al centro de salud “San Valentín” (232).

P21: ¿Tuvo un seguimiento luego de esa consulta?

Tabla 44 Seguimiento a consulta

	<i>f</i>	%
Sí	88	74,58
No	30	25,42
TOTAL	118	100,00



Figura 42 Seguimiento a consulta

Análisis: el 74,58% de los que asistió a salud curativa afirma que su caso necesitó seguimiento, el 25,42% restante contestó que no se le hizo una revisión o examen luego de esa consulta (dentro de este grupo están considerados los que no tuvieron solución, por ende, no existió un seguimiento posterior en el centro de salud).

P22: ¿El caso fue necesario que lo revisara un especialista? ¿Cuál de ellos?

Tabla 45 Consulta con especialista

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	54	36,00
No	96	64,00
TOTAL	150	100,00

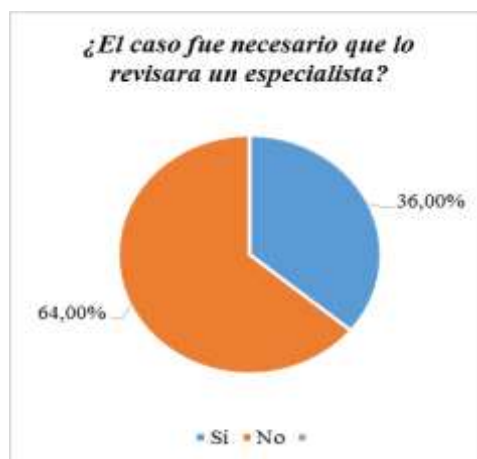
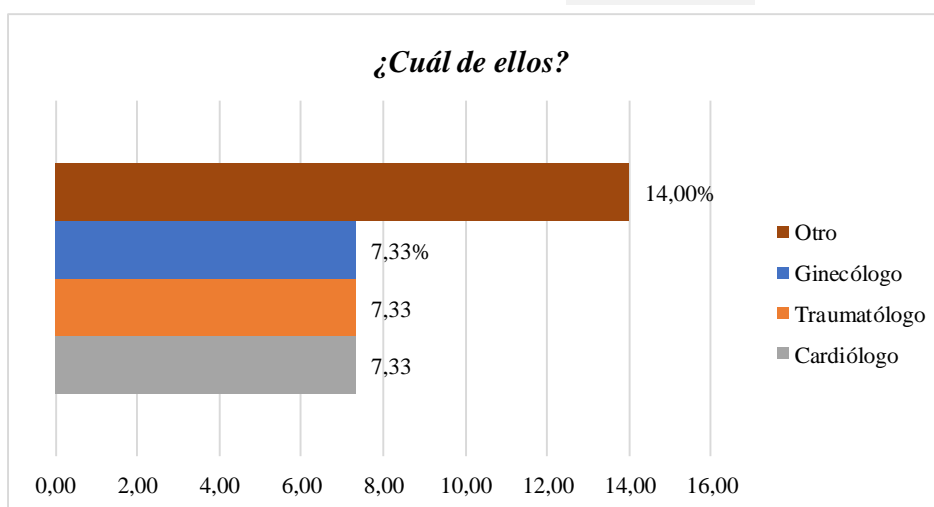


Figura 43 Consulta con especialista

El 36% contestó que el caso tuvo que ser revisado por un especialista, el restante 64% no fue necesario que lo viera un médico específico, por lo que las atenciones fueron cubiertas por el médico del centro de salud San Valentín.

Tabla 46 Tipo de especialista

	<i>f</i>	%
Pediatra	0	0,00
Cardiólogo	11	7,33
Otorrino	0	0,00
Traumatólogo	11	7,33
Ginecólogo	11	7,33
Oftalmólogo	0	0,00
Neurólogo	0	0,00
Otro	21	14,00
TOTAL	54	36,00



**De los 150 que tuvieron consulta en salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 44 Tipo de especialista

Análisis: Entre los usuarios que tuvieron seguimiento posterior a la consulta de salud curativa (ellos o un integrante de su familia), el 36% contestó haber sido derivados a un especialista, dentro de este grupo el 7,3% fue necesario la valoración de un ginecólogo, traumatólogo y cardiólogo. Mientras que el 14%

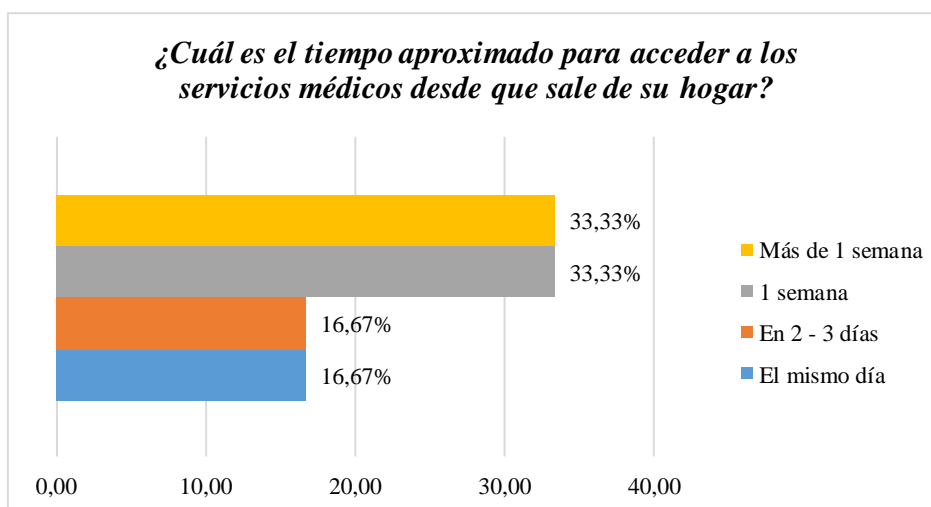
dijo otro, en estos casos se obtuvo la valoración de un neumólogo, neurólogo y cirugía.

Este grupo constituye el 14,14% del total de grupo muestral seleccionado para la presente investigación.

P23: ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que le médico general lo transfiriera al especialista y la cita con este?

Tabla 47 Tiempo de espera para consulta con especialista

	<i>f</i>	%
El mismo día	9	16,67
En 2 - 3 días	9	16,67
1 semana	18	33,33
Más de 1 semana	18	33,33
TOTAL	54	100,00



**De los 54 que tuvieron seguimiento con especialista (ellos o integrantes de familia)*

Figura 45 Tiempo de espera para consulta con especialista

Análisis: Frente a los resultados de la pregunta 22, fue necesario considerar el tiempo de espera de derivación al médico especialista, entre los casos presentados (54) el 33,33% contestó que la asignación de la cita médica

especializada demoró entre 1 semana o en igual cantidad dijeron más de 1 semana, es decir luego de la consulta de salud curativa fue ese el tiempo que se esperó hasta que el médico de la rama asignada le atendiera. Por otro lado, el 16,67% contestó que este tiempo de espera fue aproximado de 2 a 3 días y en la misma proporción quienes dijeron que fue en el mismo día.

P24: ¿Dentro del caso fue necesario algún tipo de exámenes? ¿Cuál de ellos?

Tabla 48 Necesidad de exámenes

	<i>f</i>	%
Sí	71	47,33
No	79	52,67
TOTAL	150	100,00

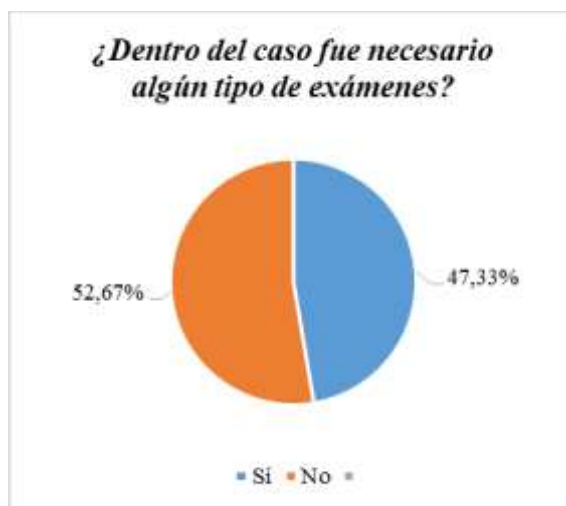
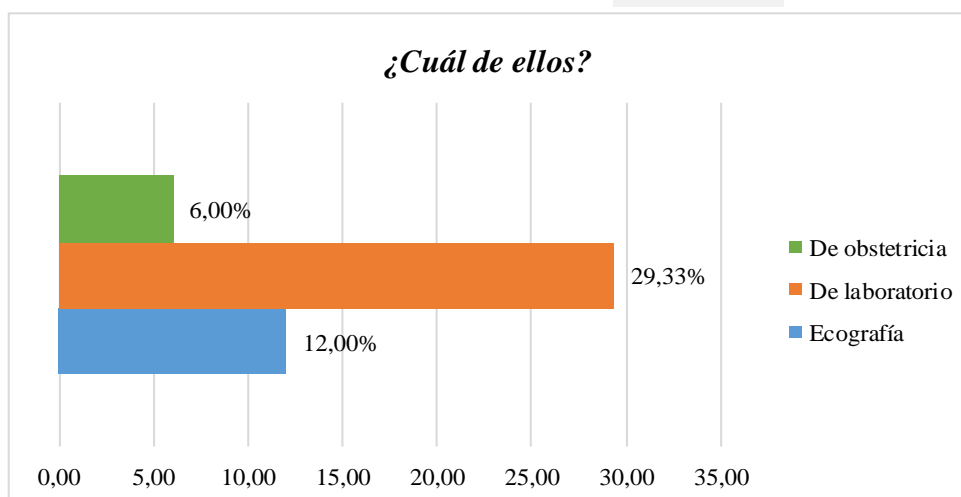


Figura 46 Necesidad de exámenes

De los encuestados que asistieron a salud curativa el 47,33% afirmó que tuvo la necesidad de realizarse exámenes en el proceso de identificar su malestar.

Tabla 49 Tipo de exámenes

	<i>f</i>	%
Ecografía	18	12,00
Tomografía	0	0,00
Endoscopía	0	0,00
De laboratorio	44	29,33
Electrocardiograma	0	0,00
De obstetricia	9	6,00
Rayos X	0	0,00
Otro	0	0,00
TOTAL	71	47,33



**De los 150 que tuvieron seguimiento luego de la primera consulta en salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 47 Tipo de exámenes

Análisis: De los 150 usuarios (ellos o integrante de hogar) que fueron a salud curativa y tuvieron seguimiento, el 29,33% necesitó exámenes de laboratorio, el 12% correspondiente a ecografías y un 6% necesitó exámenes de obstetricia.

P25: ¿El proceso para identificar sus molestias fue cubierto por el centro de salud? Si la respuesta es no elija un motivo.

Tabla 50 Proceso cubierto por centro de salud

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	103	68,67
No	47	31,33
TOTAL	150	100,00

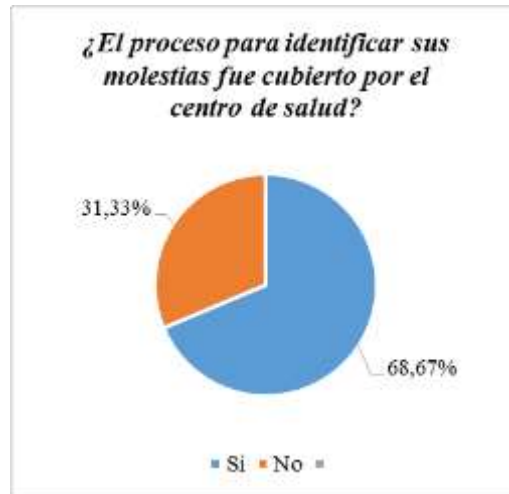
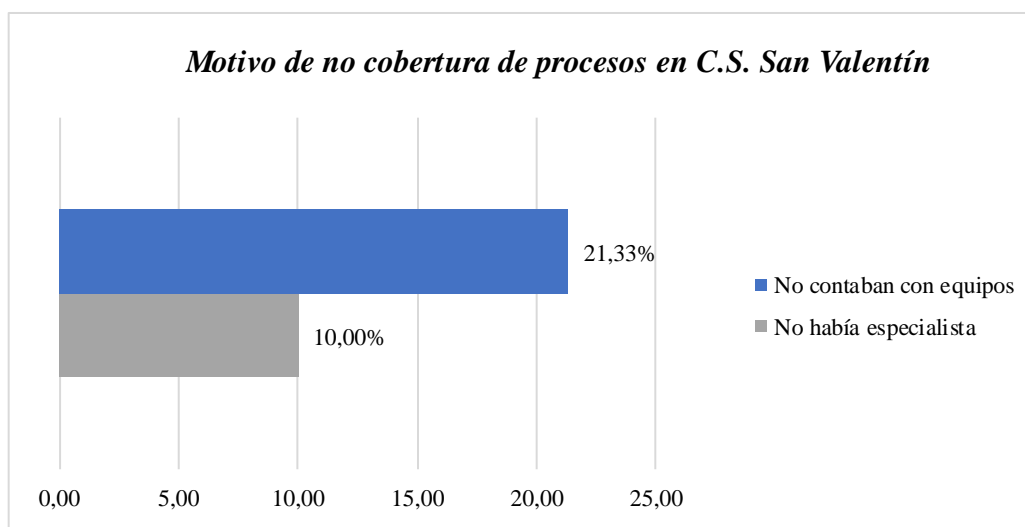


Figura 48 Proceso cubierto por centro de salud

De los encuestados que hicieron uso de salud curativa, el 68,67% respondió que todos los procesos fueron cubiertos por la unidad médica de primer nivel San Valentín, sin embargo, existe un 31,33% que no tuvo el mismo proceder, para conocer las razones de esto se exponen la tabla 45 y figura 49:

Tabla 51 Motivo de no cobertura del centro de salud

	<i>f</i>	<i>%</i>
No había insumos para el caso	0	0,00
No había especialista	15	10,00
Había que esperar mucho	0	0,00
No constaba dentro del sistema	0	0,00
No contaban con equipos	32	21,33
Otro	0	0,00
TOTAL	47	31,33



**De los 150 que tuvieron seguimiento luego de la primera consulta en salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 49 Motivo de no cobertura del centro de salud

Análisis: De los que acudieron a cita de salud curativa que corresponden a quienes tuvieron seguimiento (ellos o integrante de su hogar), el 31,33% contestó que el centro de salud no cubrió todo el proceso (es decir a 47 individuos). Esto debido a: 21,33% falta de equipos, y 10% porque no había especialista.

P26: ¿El centro de salud proporcionó la medicación necesaria? Si la respuesta es no elija un motivo.

Tabla 52 Dotación de medicinas

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	125	83,33
No	25	16,67
TOTAL	150	100,00

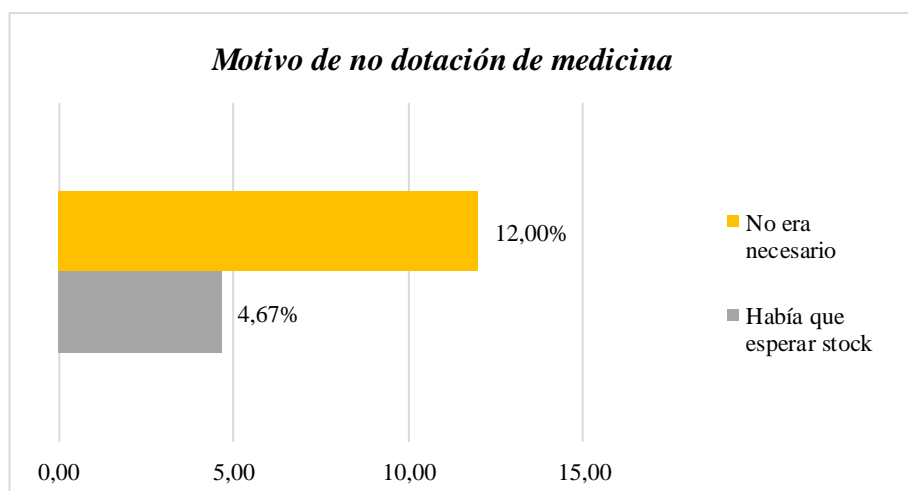


Figura 50 Dotación de medicinas

De los asistentes a salud curativa (150) se obtuvo que en un 83,33% fue cubierta la dotación de medicinas para el restablecimiento de su estado de salud, mientras existe un 16,67% que no contaron con dicho beneficio, por lo que en la tabla 47 y figura 51 se exponen los motivos de acuerdo a las respuestas de los encuestados.

Tabla 53 Motivo de no dotación de medicinas

	<i>f</i>	%
No había esa medicina	0	0,00
Había que esperar stock	7	4,67
No era necesario	18	12,00
Otro	0	0,00
TOTAL	25	16,67



**De los 150 que tuvieron seguimiento luego de la primera consulta en salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 51 Motivo de no dotación de medicinas

Análisis: Dentro de los usuarios que afirmaron que ello o algún integrante de su hogar fueron a consulta de salud curativa, se le consultó frente a la dotación de medicinas, de estos el 16,67% confirmó no haber recibido lo necesario por parte del centro de salud por las siguientes razones: 12% porque no era necesario y 4,67% porque hubo que esperar stock.

P27: Si no asistió al centro de salud ¿De qué manera solucionó el problema de salud presentado?

Tabla 54 Solución alterna al centro de salud

	<i>f</i>	<i>%</i>
Hizo uso del seguro médico	49	21,12
Fue a médico particular	33	14,22
Empleó medicina tradicional	148	63,79
No hizo nada	2	0,86
TOTAL	232	100,00

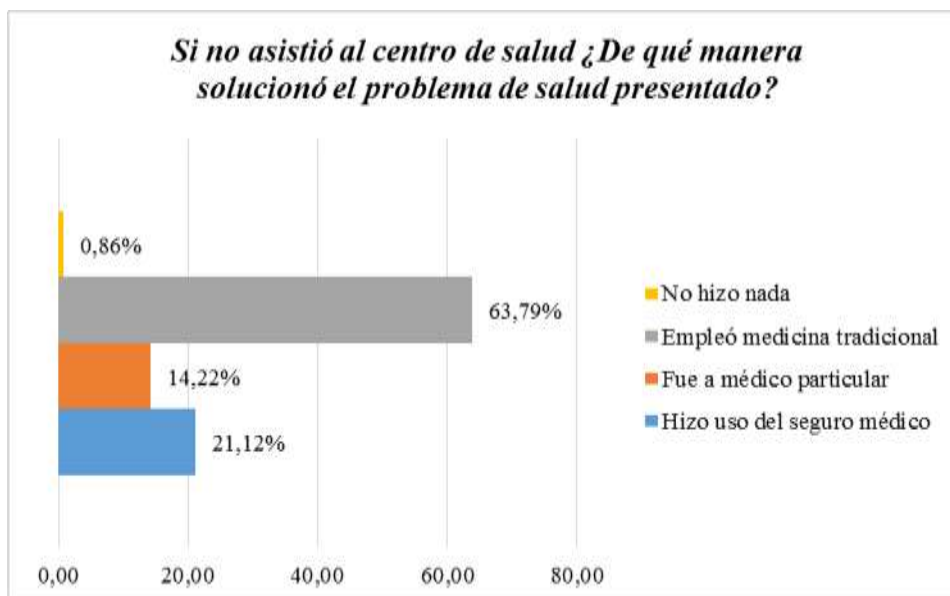


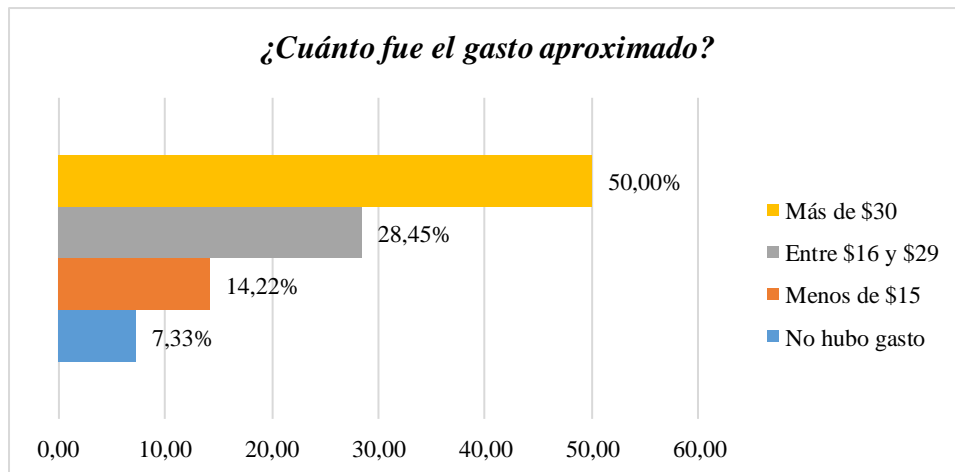
Figura 52 Solución alternativa al centro de salud

Análisis: Del 60,73% de encuestados que no asistió a salud curativa, se interrogó frente a los mecanismos o soluciones alternativas al centro de salud para tratar su problema de salud y como respuesta se obtuvo que el 63,79% empleó medicina tradicional, el 21,12% empleó su seguro médico (IESS, Seg. Campesino), mientras que el 14,22% fue a un médico particular y finalmente un 0,86% no hizo nada.

P28: ¿Cuánto fue el gasto aproximado?

Tabla 55 Gasto aproximado de solución alternativa al centro de salud

	<i>f</i>	%
No hubo gasto	17	7,33
Menos de \$15	33	14,22
Entre \$16 y \$29	66	28,45
Más de \$30	116	50,00
TOTAL	232	100,00



**De los 232 que no asistieron a salud curativa (ellos o integrantes de familia)*

Figura 53 Gasto aproximado de solución alterna al centro de salud

Análisis: Entre las personas que no asistieron al centro de salud “San Valentín” para atenderse ellos o sus miembros del hogar en salud curativa, se consideró relevante determinar cuánto sería el gasto de las medidas alternas que tomaron. Para su efecto el 50% respondió haber gastado más de \$30, el 28,45% gastó entre \$16 y \$29 dólares para atender su caso, el 14,22% respondió haber gastado menos de \$15 y un 7,33% dijo no haber gastado.

Percepción de accesibilidad

P29: ¿Cómo califica la atención médica del centro de salud?

Tabla 56 Calificación a atención médica del centro “San Valentín”

	<i>f</i>	<i>%</i>
Excelente	22	5,76
Poco eficiente	213	55,76
Buena	45	11,78
Regular	102	26,70
TOTAL	382	100,00

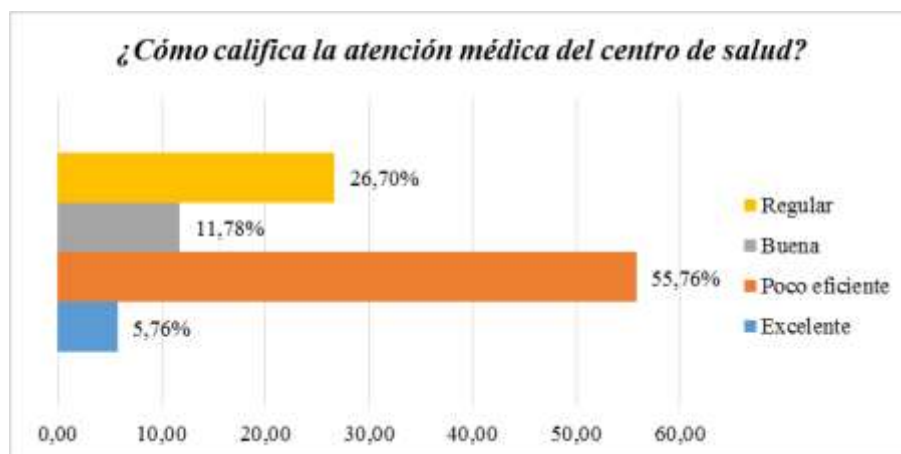


Figura 54 Calificación a atención médica del centro “San Valentín”

Análisis: El grupo muestral encuestado calificó la atención médica del centro de salud “San Valentín”, en esta sección de “Percepción de accesibilidad” es importante conocer la opinión de quienes asisten frecuentemente y quienes no asisten para identificar la perspectiva del servicio en la comunidad. Frente a esto el 55,76% considera que la atención es poco eficiente, seguido de un 26,70% que calificó como regular. Un 11,78% dijo que el centro médico tenía una atención regular y el 5,76% restante considera que dicha atención es excelente. Los resultados dejan en evidencia que es muy bajo el porcentaje cuya percepción es de excelencia frente a la atención del centro de salud.

P30: ¿Qué aspecto es de mayor influencia en su percepción del servicio?

Tabla 57 Aspectos de influencia en la percepción del servicio

	<i>f</i>	%
Talento Humano	225	58,90
Disponibilidad de medicina	57	14,92
Equipamiento	11	2,88
Tiempos de espera	89	23,30
Seguimiento	0	0,00
Insumos	0	0,00
TOTAL	382	100,00

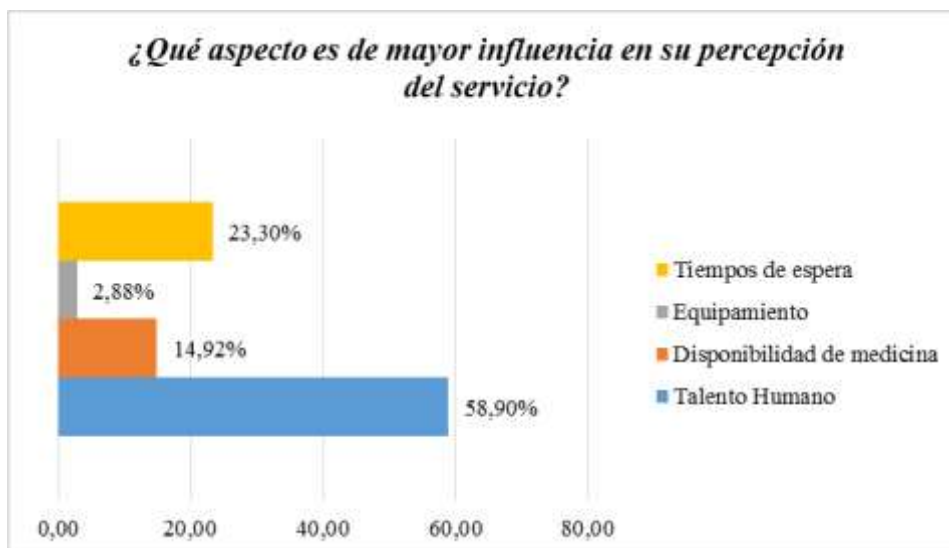


Figura 55 Aspectos de influencia en la percepción del servicio

Análisis: La percepción del servicio ofertado por el centro de salud tiene diversos aspectos que hacen posible la calificación alta o baja, por ello se planteó algunos de estos para que la muestra permita direccionar cuál es el de principal incidencia, como resultados del total encuestados el 58,90% considera que el factor de mayor influencia es el talento humano, el 23,30% cree que son los tiempos de espera, el 14,92% se inclina por la disponibilidad de medicinas, un 2,88% lo relaciona con el equipamiento interno de la unidad de asistencia médica.

P31: Elija un motivo que incide en la asistencia al centro de salud:

Tabla 58 Motivos que inciden en la asistencia al centro de salud

	<i>f</i>	%
Distancia	281	73,56
Se gasta más en las medicinas	21	5,50
Siempre hay poco personal	68	17,80
Otro	12	3,14
TOTAL	382	100,00

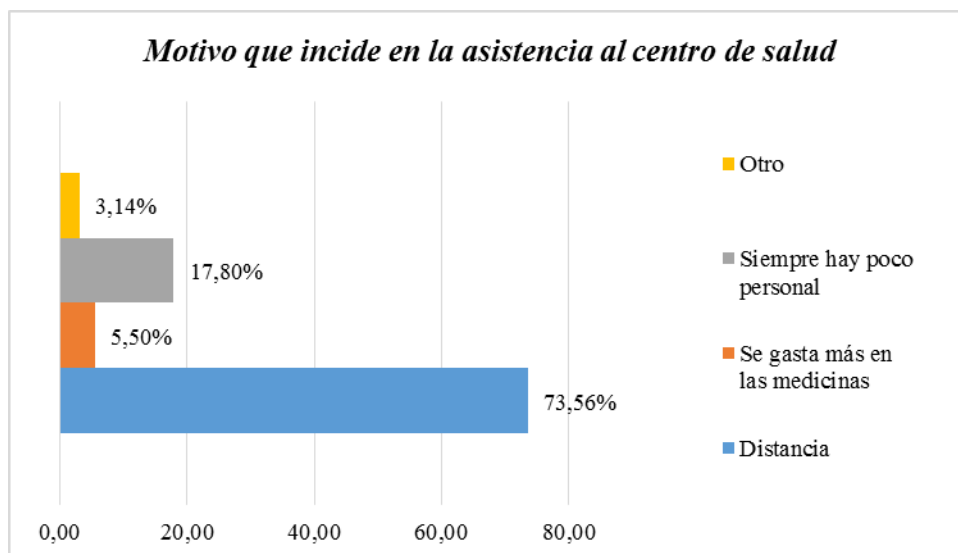


Figura 56 Motivos que inciden en la asistencia al centro de salud

Análisis: En la muestra encuestada se investigó las principales razones que intervienen en el acceso a los servicios básicos de salud de la unidad de primer nivel “San Valentín”, de esta pregunta se obtuvo: la mayor parte considera que el acceso al centro de salud se ve afectado por la distancia entre este y sus domicilios quienes constituyen el 73,56%, mientras que el 17,80% dijo que era porque existía poco personal, un 5,50% considera que es porque no hay muchas medicinas y al comprarlas en farmacias les resulta más caro que llegar a la unidad, y un 3,14% dijo otras razones como tiempo que le toma llegar o falta de recursos para movilizarse.

P32: ¿Considera que al implementarse acciones para mejorar la situación mejorará la accesibilidad a los servicios del centro de salud?

Tabla 59 Necesidad de mejora en accesibilidad

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	382	100,00
No	0	0,00
TOTAL	382	100,00

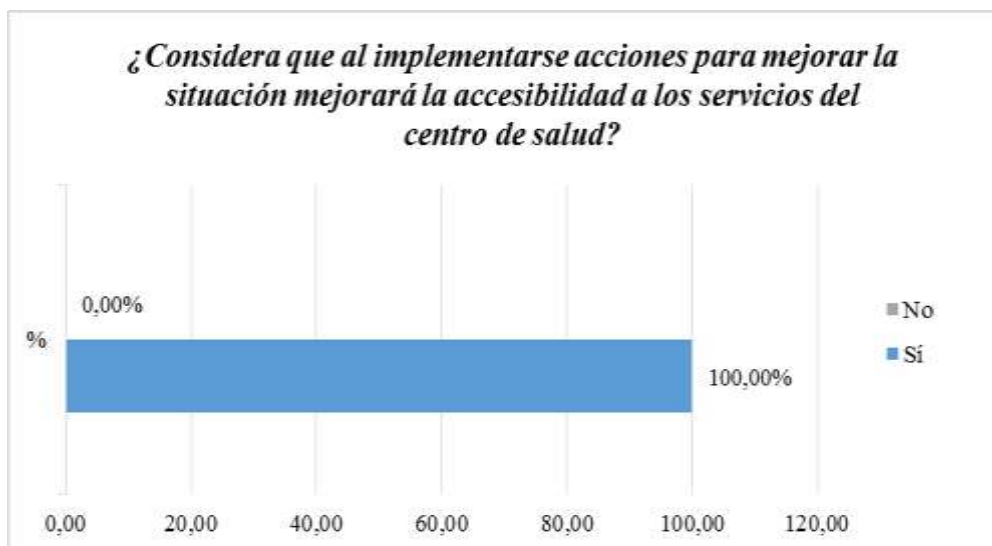


Figura 57 Necesidad de mejora en accesibilidad

Análisis: Para finalizar el cuestionario se incluyó la interrogante que permite corroborar la necesidad de una mejora en el centro de salud “San Valentín”, frente a esta el 100% de la muestra considera que si es necesario implementar acciones que permitan un mejor acceso a los servicios de salud de primer nivel.

Análisis de Encuestas.

El análisis de las encuestas se realizará frente a datos significativos por cada sección del cuestionario, que para su efecto se muestra a continuación:

Tipo de asistencia médica y acceso.

- El 67,54% de la muestra no cuenta con un seguro médico, el porcentaje restante se comparte entre IESS, ISFA y Seguro Campesino.
- No obstante, sin importar que tipo de seguro posea estos individuos también hacen o hicieron uso del centro de salud en alguna ocasión, lo que deja como constancia que el 79,32% de la muestra ha asistido a la unidad de asistencia médica de primer nivel “San Valentín”.

- Dentro de los medios de transporte empleados para acudir al centro de salud se tiene que los tres principales son: 41,36% a pie, 26,18% motocicleta y un 20,68% transporte público (bus).
- De la muestra encuestada el 23,56% demora aproximadamente 1 hora en llegar al centro de salud y un 76,44% menos de media hora.

Acceso a salud preventiva

- En el grupo muestral predominan los individuos con edades entre 26 y 40 años con un 32,46% de participación y en segundo lugar están los de edades comprendidas entre 18 y 25 años con el 29,58%.
- Durante los últimos tres meses el 23,56% no asistió a salud preventiva, del restante 41,10% se obtuvo que fueron a medicina general de forma predominante.
- Frente a visitas domiciliaria para prevención en la salud el 8,90% no tiene conocimiento de su funcionalidad o de que hayan pasado por su domicilio, un 35,34% dijo no haber tenido acceso a este tipo de actividades.
- Los niños menores de un año que tuvieron acceso a medicina preventiva fueron por casos de vacunación y control de post parto. Y de los niños entre 1 y 10 años acudieron por desparasitación y vacunación en su mayoría. Mientras que los jóvenes entre 11 y 17 años fueron a este tipo de servicio por control de signos vitales. (Estos pertenecen a miembros menores de edad del hogar de los encuestados).
- Las personas entre 18 y 25 años asistieron a prevención de salud por planificación familiar y pruebas de ETS, seguido se encuentra control

de signos vitales y consultas médicas preventivas, de los casos registrados 45 fueron de relación con el encuestado (19,07%).

- Entre las personas con edades entre 26 y 40 años el tipo de prevención más empleado es control de signos vitales, seguido están las revisiones de salud oral, obstetricia y planificación familiar. De los casos se registró que 56 son de encuestados (23,73%) y los demás de integrantes del hogar.
- Dentro del siguiente grupo (41 a 60 años) se evidencia que más acuden a control de signos vitales y toma de glicemia y colesterol en este grupo además se encuentra demanda por salud mental y obstetricia. De estos casos 56 pertenecen a los encuestados (27,76%).
- Las personas mayores de 61 años acuden en su mayoría a salud preventiva por control de signos vitales y otros por valoraciones colonoscópicas. 11 encuestados pertenecen a este grupo y son parte de los casos (12,22%).
- Frente a los servicios preventivos a embarazadas se emplea vacunas, ecografías, exámenes de laboratorio, pruebas de hemoclasificación y controles pre natales.
- De los que no accedieron a salud preventiva el 37,78% no fue porque sólo van enfermos o en la misma proporción porque no tener recursos para movilizarse y un 12,22% por la distancia.

Acceso a salud curativa

- A salud curativa accedió durante los últimos 3 meses sólo el 39,27% de la muestra.

- El tiempo de espera se consideró en 40% para 1 hora y el 30% en más de hora y media, lo que indica que la atención no está dentro de los tiempos estimados.
- Del 70% que no tuvo atención inmediata el 50,48% dijo que fue porque el médico indicado estaba en consulta y un 30,48% debido a que no era de gravedad (tuvo que esperar el turno correspondiente).
- El 78,67% de los que asistieron a salud curativa tuvieron solución con su problema de salud, de estos el 74,58% tuvo un seguimiento.
- Sólo un 36% tuvo que ser derivado a un especialista, entre estos el ginecólogo cardiólogo y traumatólogo fueron los más demandados. De estos el 33,44% solo espero entre 2 y 3 días y 1 semana para ser atendido.
- El 68,67% de los encuestados con acceso a salud curativa dijo que el centro de salud cubrió todo el proceso, el restante dijo en un 31,33% que no porque falta de especialista (disponibilidad) o de equipos médicos.
- La dotación de medicina fue cubierta en un 83,33%, a excepción de que no había stock del medicamento necesario (4,67%) o no era necesario (12%).
- Quienes no asistieron al centro de salud para el problema de salud, un 63,79% empleó medicina tradicional y un 21,12% hizo uso de su seguro médico.
- Los gastos de las soluciones alternas que también incluyen visita al médico particular son en su mayoría más de \$30 y seguido de entre \$16 y \$29.

Percepción de accesibilidad

- La muestra encuestada calificó la atención médica del centro de salud “San Valentín como buena en un 11,78% y poco eficiente en un 55,76%. Sólo un 13,57% dijo que fue excelente lo que se puede justificar que fueron quienes sí pudieron acudir tanto a salud preventiva como curativa y que están cerca de la unidad.
- Dentro del aspecto de mayor influencia en la percepción de servicio se encontró que el talento humano y los tiempos de espera ocupan los primeros lugares. Seguido se encuentra la dotación de medicamentos y el equipamiento.
- Se evidenció que los motivos que dificultan la asistencia al centro de salud es la distancia (73,56%). No obstante, los siguientes son los gastos por la poca o nula dotación de medicina y la falta de personal.
- La mayoría de los encuestados consideran necesario implementar un plan de mejora para la accesibilidad al centro de salud o de sus servicios.

Análisis General

De acuerdo a los datos obtenidos mediante los instrumentos de investigación se debe destacar aquel que indica a gran cantidad de personas que hacen uso del centro de Salud San Valentín, sin importar el tipo de Seguro de Salud que estos posean, e incluso en muchos casos, a pesar de no tener ningún tipo de seguro, las personas acuden a este lugar en busca de mejorar su estado de salud. De la misma manera, se debe señalar que la mayoría de las personas que han asistido a este centro de salud lo han hecho a pie, o a su vez, emplea medios de transporte de corto alcance, lo que significa que una gran proporción de los

ciudadanos que llegan al centro de Salud San Valentín residen en sectores aledaños al mismo. Esto a su vez se puede interpretar haciendo énfasis en la importancia que el mencionado centro de salud tiene para la comunidad, y el compromiso que este establecimiento posee en relación a la preservación del buen estado de salud de los moradores de la zona.

Otra información relevante que se puede extraer del proceso investigativo, es la edad de la mayoría de los pacientes de Centro de Salud San Valentín, la cual ronda entre los 26 a 40 años, por lo que un gran parte de las personas que acuden a este lugar, son jóvenes y adultos. También, buena parte de estos pacientes acuden al centro de Salud “San Valentín” en busca de prevención de problemas, así como personas que se dirigen a este para curar los problemas que ya se estén experimentando. Finalmente se debe tomar en cuenta la gran proporción de personas que consideran que este centro tiene poca o media accesibilidad, lo cual es de vital importancia para el desarrollo de la presente investigación.

Capítulo IV:

Propuesta

El desarrollo de la propuesta del presente trabajo se basa en los análisis de los resultados obtenidos por el estudio presentado anteriormente sobre el tipo de asistencia médica y acceso a salud que demandan los habitantes de la parroquia Nueva Loja del cantón Lago Agrio. En los que se puede destacar que la mayoría de la población no cuenta con un seguro médico, además un buen porcentaje de la población objeto no tienen conocimiento de la funcionalidad de acceso a salud preventiva o establecen no haber tenido acceso a este tipo de actividades.

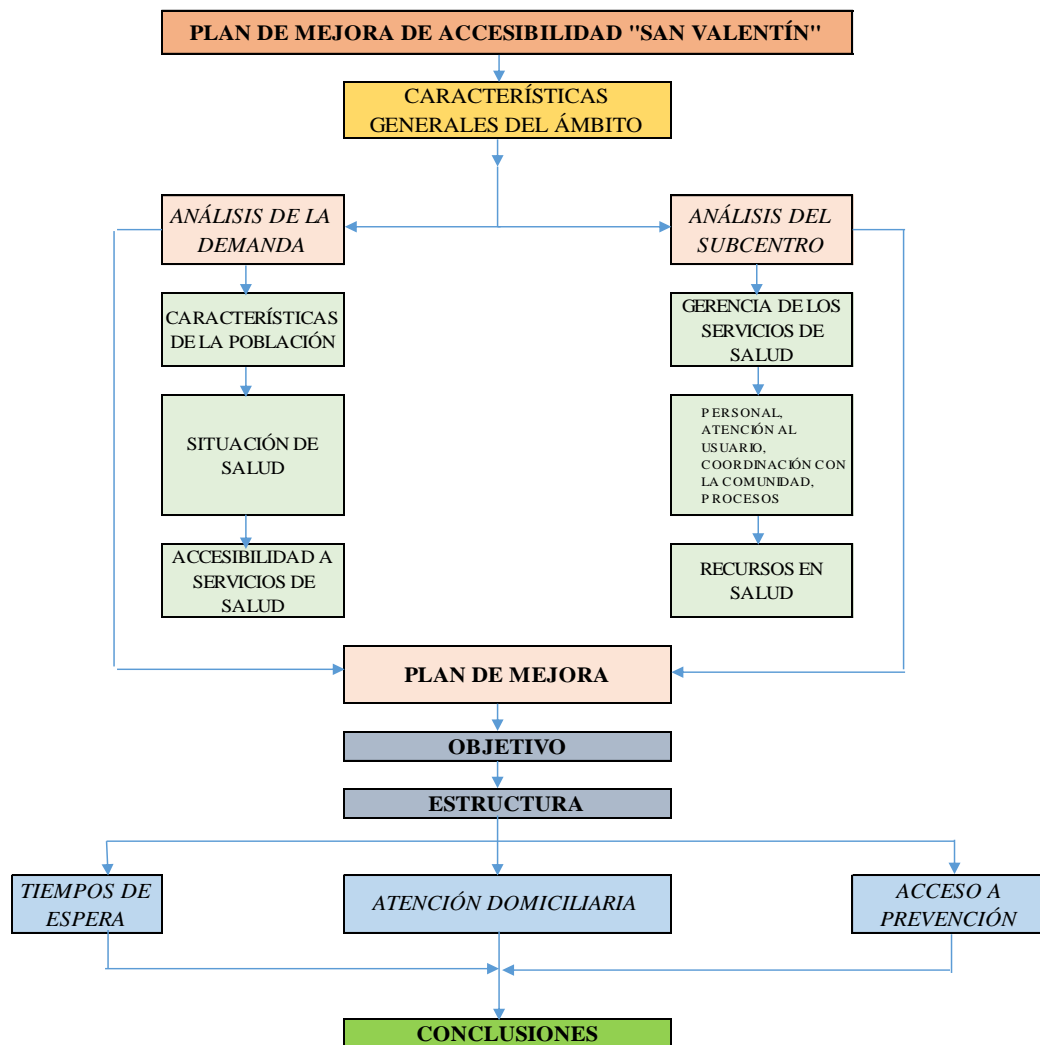


Figura 58 Etapas de desarrollo de la propuesta.

Nota: etapas secuenciales para la mejora en la accesibilidad de los servicios en función a los hallazgos de la investigación. Diseñado específicamente para el tema de estudio.

Una vez tomado en cuenta estos aspectos para solucionar la accesibilidad a la atención primaria de salud en el centro de salud, se procede al uso de las herramientas necesarias, para establecer la propuesta del presente trabajo, tal como lo expone la figura 58.

Plan de mejora para accesibilidad al SCU San Valentín

Objetivo General.

El plan de mejora que se plantea como opción para incrementar la accesibilidad a los servicios que ofrece el sub-centro de salud San Valentín, está desarrollado en base a los resultados obtenidos de las fuentes de información primaria y al análisis de las fuentes de información secundarias. Esto con la finalidad de asegurar la accesibilidad a los servicios de salud existentes y lograr que el número de visitas al establecimiento cumpla con lo estimado y se ajuste a la capacidad de la unidad médica.

Objetivos Específicos.

En base a los indicadores: tiempos de espera en salud curativa, talento humano, atención domiciliaria y acceso a salud preventiva se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Diseñar un proceso de atención en salud curativa que permita jerarquizar la prioridad de los pacientes según cada caso y optimizar los tiempos de atención y espera.
2. Implementar un proceso de atención mediante brigadas domiciliarias para casos específicos.
3. Desarrollar campañas de salud preventiva para casos de atención prioritaria.

Con la ejecución de los tres objetivos planteados se mejora de forma implícita la percepción existente frente a talento humano.

Estructura.

Para el contenido de la propuesta se consideró tres variables de mayor incidencia, las mismas que al ser mejoradas se traducen a una mejor percepción de los servicios del sub-centro de salud San Valentín y en un mayor acceso a estos por parte de la ciudadanía, se espera que con estas alternativas de mejora el impacto final sea positivo, especialmente en la salud de la comunidad.

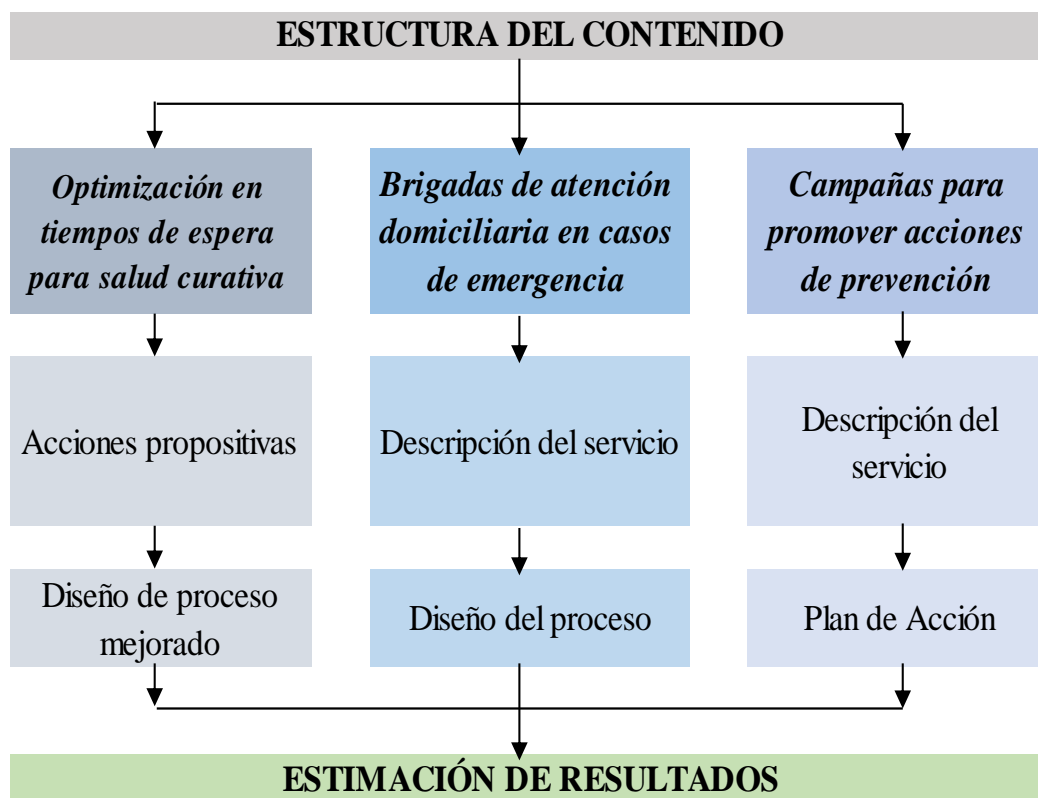


Figura 59 Flujograma del contenido del Plan de Mejora

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

Para llevar a cabo la ejecución correcta de cada objetivo se debe establecer previamente cuál será el procedimiento a seguir; en este caso, como primer punto se tiene la optimización en los tiempos de espera en el área de salud curativa. Con el propósito de cumplir con cada uno de los requerimientos y grupos de atención

prioritaria de forma eficaz, eficiente y puntual, las actividades a realizar se ordenarán de la siguiente manera:

Contenido

Optimización en tiempos de espera para salud curativa

- 1. Diseñar un plan de agendamiento de citas con las respectivas estrategias que se aplicarán para cumplir con el primer objetivo de la propuesta.*

Acciones propositivas / estrategias

La alternativa de optimizar los tiempos de espera para salud curativa, se enfocan principalmente en los casos de visita al sub-centro de salud sin el agendamiento de turno por call center, esto permitirá que, dentro de la demanda espontánea, se priorice la atención, debido a que se realiza generalmente por orden de llegada, y se exceptúa emergencias y embarazadas.

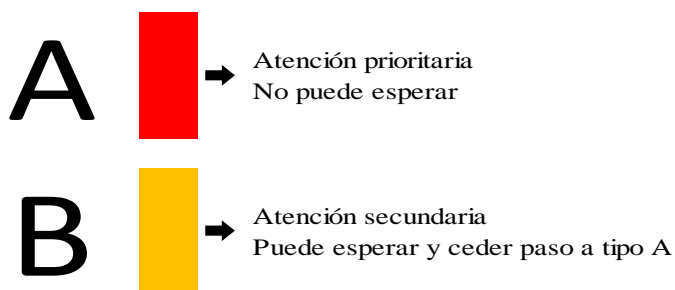


Figura 60 Clasificación de pacientes en salud curativa por demanda espontánea

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

Por ello es importante primero clasificar a los pacientes, es decir cuál es la urgencia del paciente, tal como se muestra en la figura 60: si se encuentra en la categoría A su atención debe ser urgente, mientras que si se encuentra en la categoría B su atención puede esperar. Una vez, definido este paso, a continuación, se procede con la atención requerida en ambos casos.

2. *Establecer cómo quedaría definido el proceso con la aplicación de las mejoras propuestas.*

Diseño del proceso mejorado / acciones

Como se propone una clasificación para optimizar tiempos de espera de la demanda espontánea en el sub-centro de salud, es preciso plantear como quedaría el proceso mejorado, para su efecto se expone la siguiente figura.

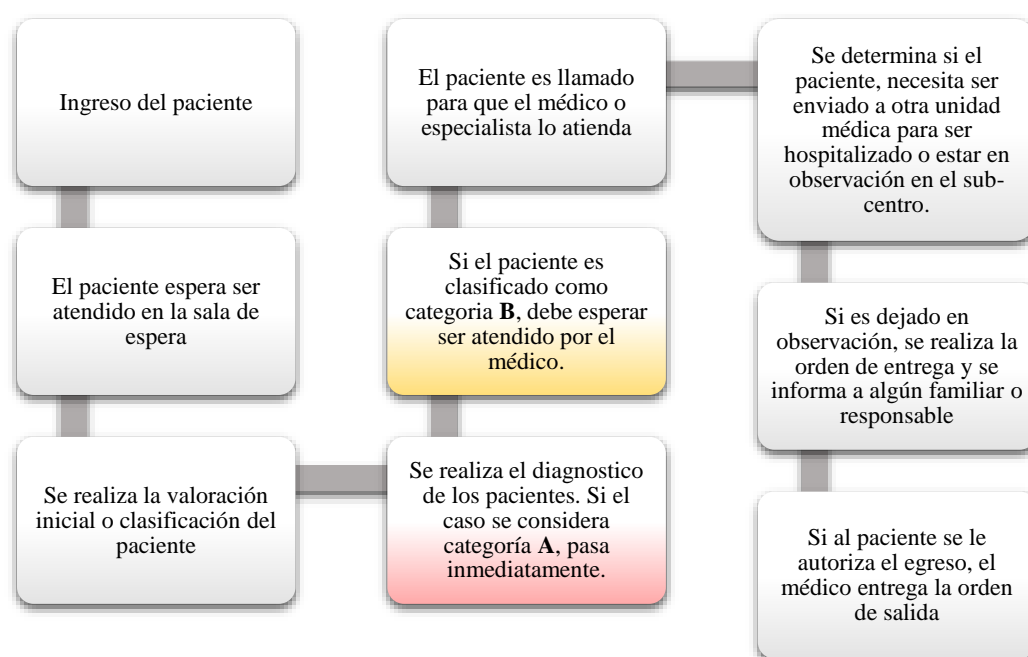


Figura 61 Proceso propuesto para optimizar tiempos en salud curativa (demanda espontánea).

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

En la Figura 61, se observa el proceso para mejorar la atención al paciente desde el ingreso hasta salida y generar mayores beneficios para los mismos, al agilizar y disminuir el tiempo de espera para ser atendidos. Es fundamental aclarar que no se consideran para espera los pacientes de categoría A ya que por su condición requieren atención inmediata.

3. *Determinar cuáles son los recursos necesarios, los costos que tendrán los mismos, y el cronograma pertinente, para implementar la estrategia de optimización en los tiempos de espera.*

Recursos

Para implementar esta alternativa de mejora en cuanto a tiempos de espera en salud curativa se requiere de los siguientes recursos (materiales, humanos, infraestructura, económicos):

Materiales:

- Cartel informativo de clasificación de pacientes (para sub-centro)
- Cartel informativo de proceso de atención en salud curativa para demanda espontánea (para sub-centro).
- Insumos: guantes, gasa, algodón, antisépticos, etc.

Humanos:

- 1 Auxiliar de enfermería
- 1 Técnico de Atención Primaria
- 1 Médico General (de planta) [Responsable del proceso]

Infraestructura:

- Sala de espera
- Consultorio
- Camilla / butaca

Costos

Frente a los costos que se generaría implementar esta alternativa se expone la siguiente tabla:

Tabla 60 Costos de alternativa para mejorar tiempos de espera en salud curativa

Cant.	Descripción	Valor Unitario	Valor Total
2	Carteles	\$ 4,00	\$ 8,00
1	Caja de guantes desechables*100	\$ 4,50	\$ 4,50
1	Gasa rollo 90*100	\$ 24,00	\$ 24,00
1	Esparadrapo	\$ 3,92	\$ 3,92
1	Paquete de motitas de algodón	\$ 5,90	\$ 5,90
1	Alcohol yodado (galón)	\$ 21,00	\$ 21,00
		Total	\$ 67,32

Elaborado por: autor.

Cronograma

Para las actividades de diseño de alternativa y socialización de la misma, se presenta el siguiente Diagrama de Gantt, donde se expone que el tiempo de diseño e implementación es de 75 días:

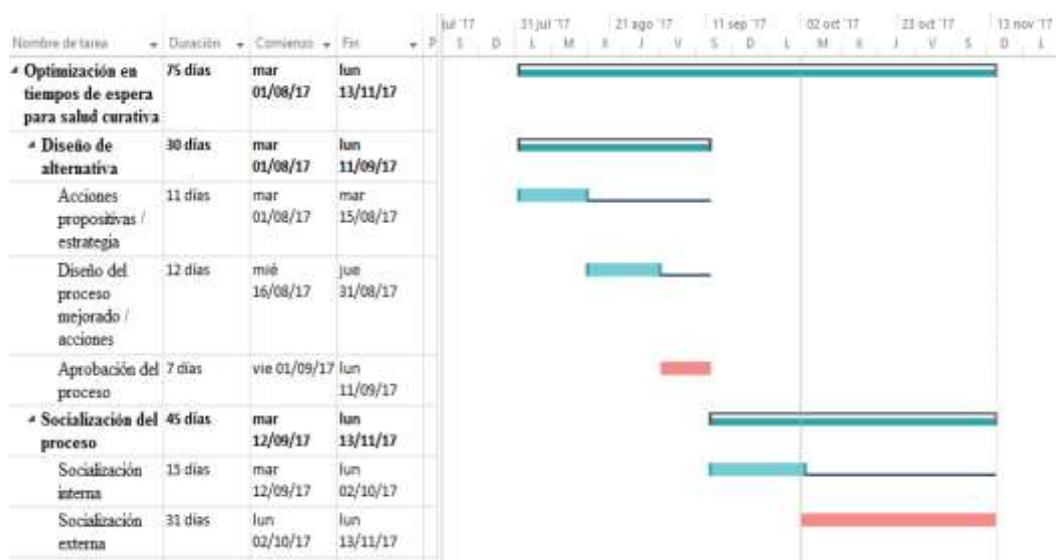


Figura 62 Cronograma de alternativa para mejorar tiempos de espera en salud curativa

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

Brigadas de atención domiciliaria en casos de emergencia

El segundo objetivo, correspondiente al establecimiento de brigadas de atención domiciliaria, el cual tiene como propósito cubrir las necesidades médicas de aquellos pacientes de atención prioritaria que por diversos factores no pueden asistir al centro de salud; tendrá las siguientes etapas dentro de su proceso de ejecución:

1. *Describir los aspectos básicos y generales del servicio propuesto.*

Descripción del servicio / estrategia

Para los pacientes que se encuentran imposibilitados física o psicológicamente y no puedan asistir a un centro de atención médica, es idóneo la atención médica domiciliaria. En efecto, se hace indispensable acudir a los domicilios de estos pacientes, con el fin de que reciban una atención integral por parte de los profesionales. Tal como ha funcionado hasta ahora el equipo de visitas, no obstante, el registro se hace sólo si el equipo acude al domicilio, pues hay poco conocimiento de esto en la ciudadanía.

No obstante, existen casos de escasos recursos y que se ubican en zonas de difícil acceso, para estos sería importante coordinar acciones con el GAD Parroquial, las mismas que consisten en disponer de un número de emergencias para este tipo de casos y que el gobierno parroquial colabore con la movilización del equipo médico respectivo de acuerdo a la necesidad que se presente.

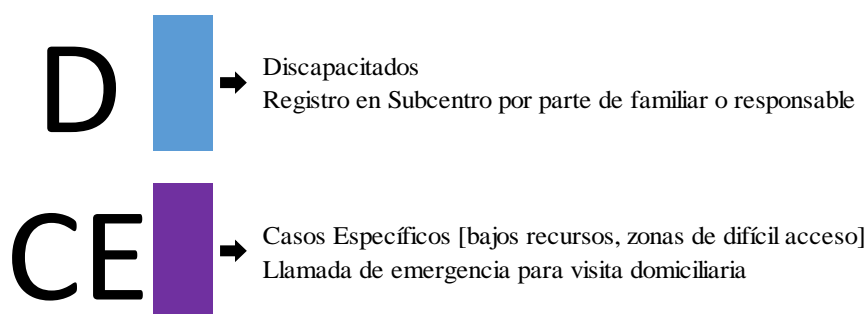


Figura 63 Clasificación de pacientes para visita domiciliaria

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

2. *Diseñar las acciones que se deberán realizar para cubrir las necesidades de atención médica de los pacientes que no pueden movilizarse hasta el centro de salud pública.*

Diseño del proceso / acciones

Para el caso de individuos con alguna discapacidad que imposibilita su asistencia al sub-centro de salud, se ha desarrollado un sistema donde el familiar o responsable puede acudir a la unidad médica y solicitar la visita, posterior al informe y detalle del caso se establecen las medidas pertinentes y se asigna fecha de visita, para su efecto se presenta el siguiente proceso para la atención domiciliaria de los pacientes discapacitados.

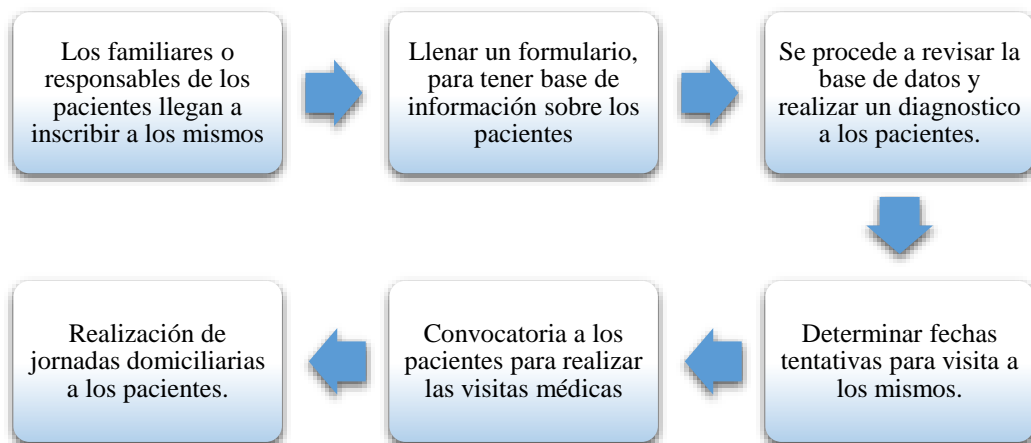


Figura 64 Procesos para la atención domiciliaria de pacientes discapacitados

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

Para el caso de las personas que no pueden acceder al sub-centro de salud por situación de pobreza y se encuentran domiciliados en zonas periféricas o de difícil acceso [pacientes de casos específicos], se ha desarrollado el siguiente proceso, que tiene como objetivo brindar atención emergente, el mismo que se debe socializar tanto durante las visitas domiciliarias y atención en el sub-centro,

como en lugares de acceso masivo se el GAD Parroquial tenga previamente identificados.

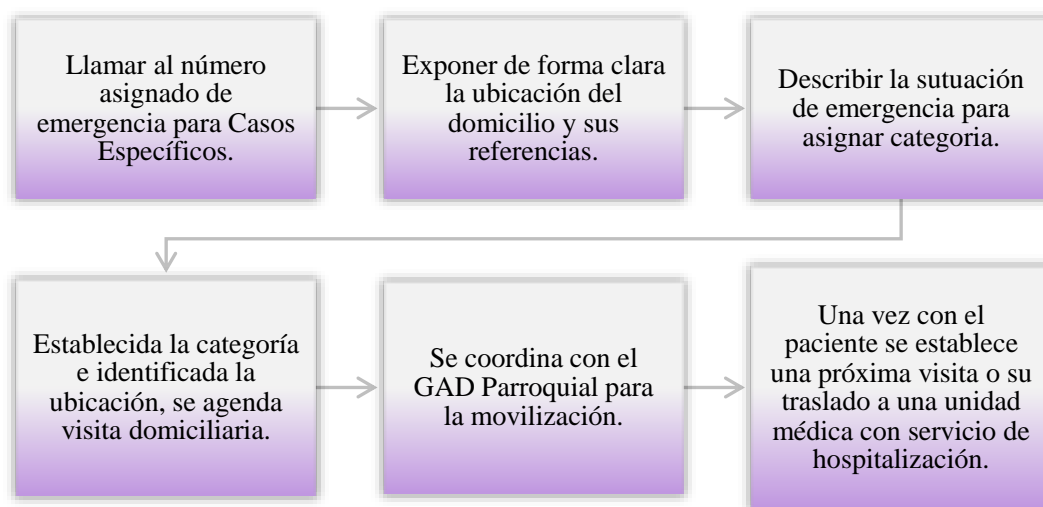


Figura 65 Procesos para la atención domiciliar de casos específicos

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

3. *Definir cuáles serán los recursos que se demandarán, sus respectivos costos y el cronograma correspondiente al tiempo de ejecución de este objetivo.*

Recursos

Para implementar los procesos de atención por brigadas de atención domiciliar se requerirán los siguientes recursos:

Materiales:

- Carteles informativos de clasificación de pacientes (para sub-centro y GAD Parroquial)
- Carteles informativos de proceso para atención de brigadas domiciliarias por casos específicos y por discapacidad (para sub-centro y GAD Parroquial).
- Insumos: guantes, mascarillas, gasa, algodón, antisépticos, etc.

Humanos:

- 1 Enfermero (rural)
- 1 Técnico de Atención Primaria
- 1 Médico General (rural) [Responsable del proceso]

Costos

Frente a los costos que se generaría implementar esta alternativa se expone la siguiente tabla:

Tabla 61 *Costos de alternativa para brigadas de atención domiciliaria*

Cant.	Descripción	Valor	
		Unitario	Total
6	Carteles	\$ 4,00	\$ 24,00
9	Mascarillas	\$ 1,03	\$ 9,27
1	Caja de guantes desechables*100	\$ 4,50	\$ 4,50
1	Gasa rollo 90*100	\$ 24,00	\$ 24,00
1	Esparadrapo	\$ 3,92	\$ 3,92
1	Paquete de motitas de algodón	\$ 5,90	\$ 5,90
1	Alcohol yodado (galón)	\$ 21,00	\$ 21,00
		Total	\$ 92,59

Elaborado por: autor.

Cronograma

Para las actividades de diseño de alternativa y socialización de la misma, se presenta el siguiente Diagrama de Gantt, donde se expone que el tiempo de diseño e implementación es de 75 días:

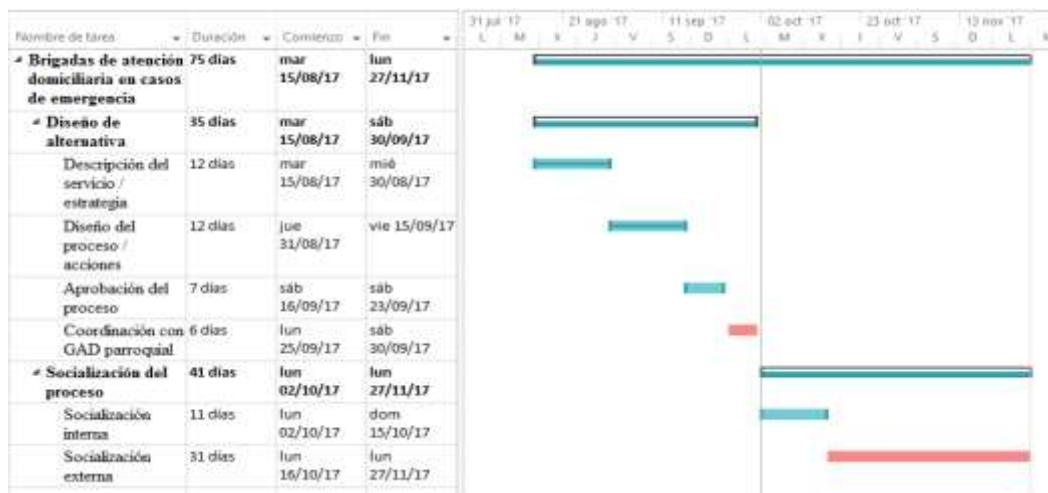


Figura 66 Cronograma de alternativa para brigadas de atención domiciliaria
 Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

Campañas para promover acciones de prevención

1. *Describir cuáles son los aspectos generales que contendrá la promoción de las campañas que se realizarán en cuanto al fomento de la salud preventiva por parte del Sub-Centro de salud San Valentín.*

Descripción del servicio / estrategia

En el sub-centro de salud San Valentín se tiene una amplia cartera de servicios, entre ellas la prevención de enfermedades, las mismas que se consiguen con chequeos periódicos con el médico y con hábitos que promuevan un mejor cuidado y preservación de la salud. Sin embargo, la asistencia de la comunidad para servicios preventivos de acuerdo a la encuesta realizada, es muy poca.

Además de los clubes existentes se plantea campañas de socialización de acciones preventivas para tres grupos específicos: niños, adultos mayores y jóvenes. De acuerdo a la revisión bibliográfica son estos tres grupos los de mayor vulnerabilidad, por ende, se plantea acciones para cada uno de ellos.

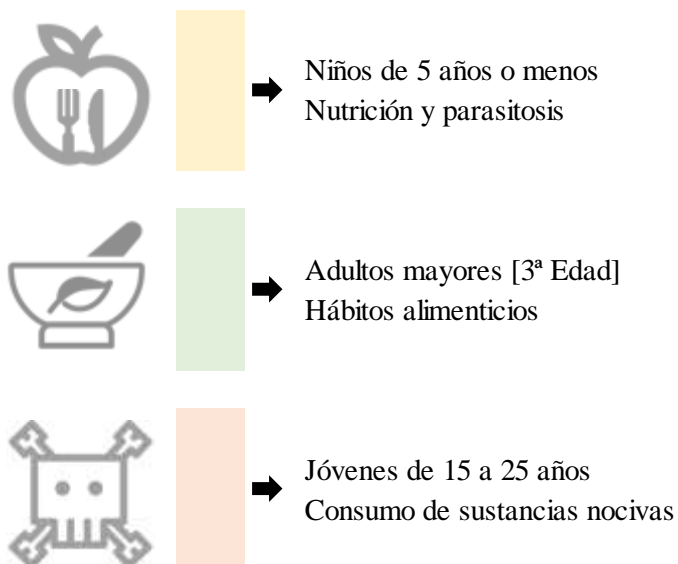


Figura 67 Identificación de campañas por grupos

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.




Estos servicios deben ser socializados durante visitas domiciliarias de rutina, y en coordinación con demás organizaciones de la comunidad como Escuelas, GAD Parroquial e Iglesia, debido a que son las zonas de encuentro mayoritario de la población. De la misma forma con Petro-Amazonas.

2. Diseño de las actividades que contendrá el plan de acción y su respectivo cronograma, lo que permitirá una correcta implementación de las campañas publicitarias.

Plan de Acción

Dentro de los casos seleccionados es necesario un plan de acción para que los grupos empiecen a concurrir al sub-centro de salud, para lo cual se propondrá como referencia el siguiente cronograma, no obstante, el mismo está sujeto a modificaciones de acuerdo a la disponibilidad de medicamentos y agenda del personal.

Tabla 62 Detalle de las actividades de prevención a ejecutar

Campaña	Detalle	Organización colaborativa
<p><i>Nutrición y Parasitosis</i></p> 	<p>Beneficia a niños, en especial a menores de 5 años, aunque también se puede incluir hasta los 10 años.</p> <p>Dirigido a madres de familia o representantes legales, se enfoca en el adecuado manejo de alimentos para prevenir parasitosis y en la correcta alimentación para niños de esas edades.</p>	<p>Escuelas CIBV [Centro Infantil del Buen Vivir] Petro-Amazonas</p>
<p><i>Hábitos Alimenticios</i></p> 	<p>Beneficia a todos los individuos de la 3ª Edad.</p> <p>Dirigido a adultos mayores o familiares de individuos con edad avanzada con la finalidad de mantener correctos hábitos alimenticios, es decir cantidades y horarios, además de promover los controles de signos vitales y disminuir el sedentarismo.</p>	<p>GAD Parroquial MIES [Ministerio de Inclusión Económica y Social] Iglesia Petro-Amazonas</p>
<p><i>Consumo de Sustancias Nocivas</i></p> 	<p>Beneficiaría a jóvenes en edades comprendidas desde los 15 años hasta los 25.</p> <p>Dirigido a este grupo de individuos con la finalidad de disminuir los índices de consumo de drogas y alcohol, además de otras sustancias que resultan nocivas para la salud.</p>	<p>Colegios Iglesia Petro-Amazonas</p>

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

El objetivo de trabajar de forma colaborativa con las organizaciones citadas, es que se difunda el servicio de prevención, promoción y asesoría en este tipo de temas que son de gran impacto en la sociedad, y que de acuerdo a la revisión bibliográfica se evidencian en el cantón Lago Agrio.

Dentro de esta alternativa se propone que la frecuencia de las campañas sea trimestral, es decir durante la primera semana de cada mes hacer las charlas en las organizaciones involucradas:

Tabla 63 *Fechas de campañas y determinación de establecimientos*

Establecimiento	Campaña	Grupo	Fechas (trimestral)
Escuelas	<i>Nutrición y Parasitosis</i>	Madres de niños hasta los 10 años. (Se puede incluir a embarazadas)	Dentro de la primera semana de cada mes
Colegios	<i>Consumo de Sustancias Nocivas</i>	Adolescentes entre 15 y 25	Dentro de la segunda semana de cada mes
GAD Parroquial	<i>Hábitos Alimenticios</i>	Tercera Edad	Dentro de la tercera semana de cada mes
Campamento Petro-Amazonas	Todas las campañas	Todos los grupos en tres horarios	Dentro de la cuarta semana de cada mes

Para efecto explicativo de la tabla anterior se presenta el siguiente cronograma que abarca las actividades a realizar durante los periodos trimestrales, donde se estima que luego de cada campaña realizada, los dos meses posteriores se cumpla con una agenda de visitas que se han de registrar al final de cada charla,

a los cuales se les dará seguimiento para garantizar la efectividad de las campañas de salud preventiva. En la figura 68 se muestra el primer periodo comprendido de enero a marzo del 2018:

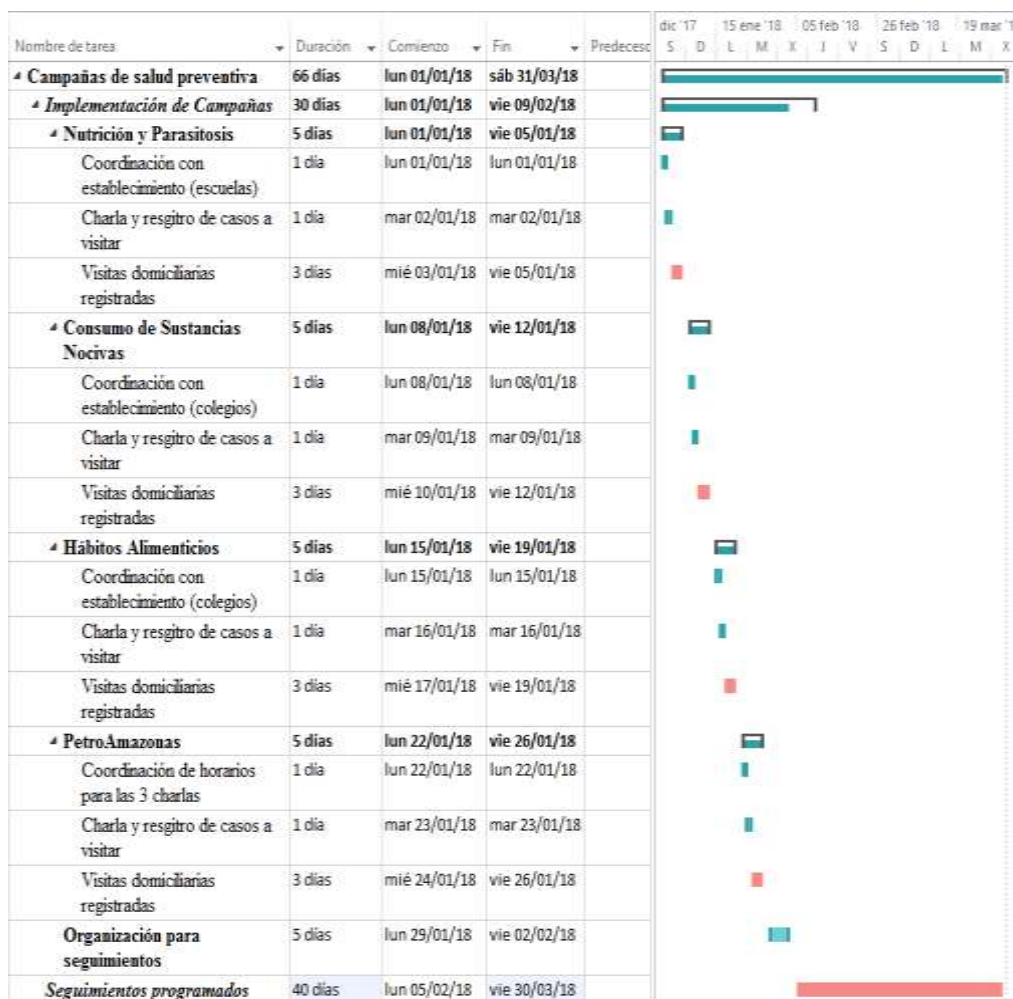


Figura 68 Cronograma de actividades trimestrales para campañas de salud preventiva

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

3. *Definir los recursos, costos y cronogramas con respecto a cada actividad de promoción a realizar.*

Recursos

Para impulsar e implementar las campañas de salud preventivas se requerirá de los siguientes recursos:

Materiales:

- Carteles informativos de campañas (para sub-centro y organizaciones involucradas)
- Computador
- Proyector
- Fichas de registro y seguimiento



Figura 69 Afiche campaña “Nutrición y Parasitosis”

Eslogan de la Campaña:

“Un niño bien nutrido y desparasitado, es un niño feliz.”

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.



Figura 70 Afiche campaña “Consumo de sustancias nocivas”

Eslogan de Campaña:

“No mates ni contamines tu cuerpo, evita el consumo de sustancias nocivas.”



Figura 71 Afiche campaña “Hábitos Alimenticios”

Eslogan de Campaña:

“La edad no te limita, te motiva a continuar. Aliméntate como te lo mereces”.

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio.

Humanos:

- 1 Enfermero (rural)
- 1 Técnico de Atención Primaria
- 1 Médico General (rural) [Responsable del proceso]

Costos

Frente a los costos que se generaría implementar esta alternativa se expone la siguiente tabla:

Tabla 64 *Costos de campañas de salud preventiva*

Cant.	Descripción	Valor Unitario		Valor Total	
6	Carteles Nutrición y parasitosis	\$	4,00	\$	24,00
6	Carteles Consumo de sustancias nocivas	\$	4,00	\$	24,00
6	Carteles Hábitos Alimenticios	\$	4,00	\$	24,00
3	Fichas de registro (folder y 10 fichas) (1x campaña)	\$	0,80	\$	2,40
3	Fichas de registro (folder y 4 fichas) (1x campaña para campamento)	\$	0,80	\$	2,40
4	Bolígrafos	\$	0,50	\$	2,00
Total				\$	78,80

Carteles:

- Para campaña de Nutrición y parasitosis: 2 para sub-centro, 2 para escuela, 2 para campamento (1 x año)
- Para campaña de Consumo de sustancias nocivas: 2 para sub-centro, 2 para colegio, 2 para campamento (1 x año)

- Para campaña de Hábitos Alimenticios: 2 para sub-centro, 2 para GAD parroquial, 2 para campamento (1 x año)

Cronograma

Para las actividades de diseño de alternativa y socialización de la misma, se presenta el siguiente Diagrama de Gantt, donde se expone que el tiempo de diseño e implementación es de 75 días:



Figura 72 Cronograma de diseño y socialización de campañas de salud preventiva

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

Para la implementación de la propuesta de campañas de prevención se considera un plazo de 2 años, a partir del 2019, para su efecto se expone la figura 73 con el diagrama de Gantt respectivo:

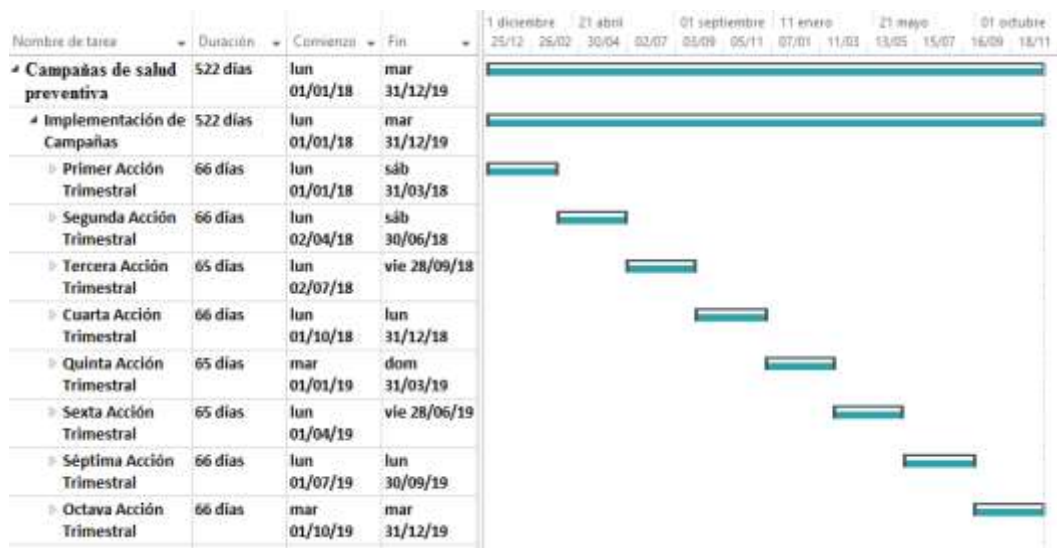


Figura 73 Cronograma de implementación de campañas de salud preventiva

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

Costo General de la propuesta

En virtud a lo expuesto frente a costos por cada alternativa del plan de mejora se presenta la tabla detallada de costos totales de implementación de propuesta:

Tabla 65 Costos totales de la propuesta

Descripción	Valor Total
Costos de mejora de tiempos de espera en salud curativa	\$ 67,32
Costos de brigadas de atención domiciliaria	\$ 92,59
Costos de campañas de salud preventiva	\$ 78,80
Total	\$ 238,71

A continuación, se detallan los costos concernientes a la creación de los dos nuevos consultorios, acción que forma parte de la propuesta presentada. Para estos se pretende realizar una ampliación del área construida, la cual aparece

reflejada en el costo del Consultorio 1, y una división interna para separar estas dos áreas, la cual se puede verificar en los costos del Consultorio 2.

Tabla 66 *Costos totales de Consultorio 1*

Descripción	Valor Unitario	Valor Total
Escritorio	240	480
Sillas	80	320
Insumos y Materiales	1500	1500
Sillón	2300	2300
Gastos Administrativos	1400	1400
Materiales de Construcción	2000	2000
Otros Costos	500	500
TOTAL		8500

Tabla 67 *Costos totales de Consultorio 2*

Descripción	Valor Unitario	Valor Total
Escritorio	200	400
Sillas	80	240
Insumos y Materiales	1400	1400
Infraestructura interna	900	900
Gastos Administrativos	800	800
Otros Costos	200	200
TOTAL		3940

Como se puede notar, las diferencias entre ambas tablas de costos, se debe al tipo de materiales que se emplea, así como los recursos que cada uno de los consultorios requieren para su funcionamiento, y el hecho que en el segundo de estos solo aparecen los materiales de la división interna, y no del total de la construcción, la cual ya está especificada en la tabla anterior.

Cronograma General de la propuesta

Frente a los cronogramas presentados en cada alternativa del plan de mejora para la accesibilidad a servicios básicos de salud en la unidad de atención SCU San Valentín, se presenta el siguiente cronograma general de la propuesta:

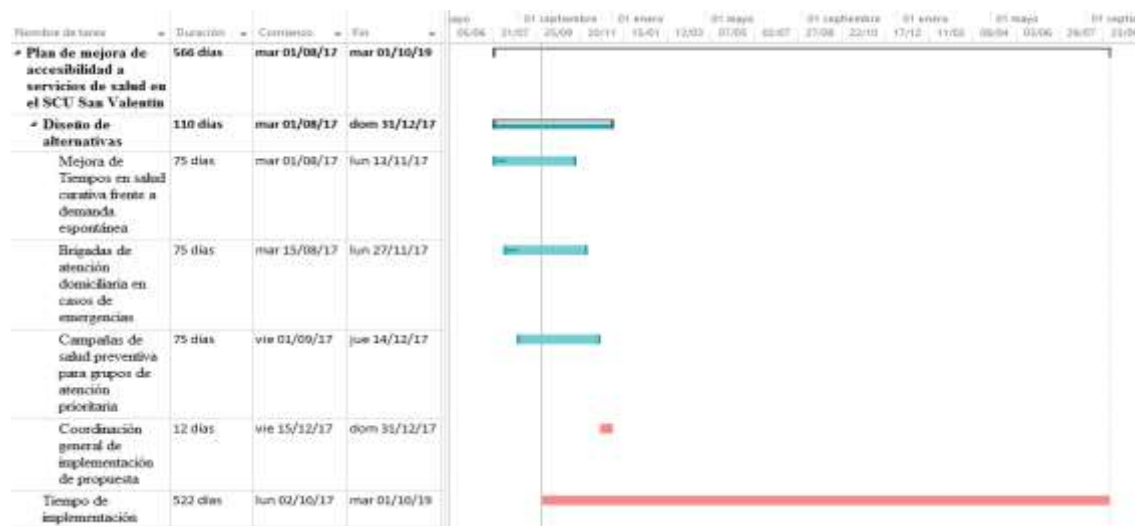


Figura 74 Cronograma de general de la propuesta

Nota: Diseñado específicamente para el tema de estudio. Rojo: tareas críticas.

Estimación de Resultados / Impacto

Luego de implementar las alternativas propuestas, se considera que los resultados van más allá de mejorar la accesibilidad al sub-centro de salud San Valentín, es por ello que se expone:

- Frente a tiempos de espera en salud curativa:
- Se espera que la percepción de la atención mejore, debido a que serían los pacientes testigos de las emergencias y por ende priorización de los casos en cuanto a las visitas espontáneas en el sub-centro. Se espera que con esto la percepción del talento humano se vea mejorada, puesto que se proyectaría una adecuada organización y un correcto

manejo de situaciones en el lugar. Esto influye mucho en el canal de comunicación existente entre la comunidad y la unidad médica.

- Frente a brigadas de atención domiciliarias:
- Con esta alternativa se espera lograr acciones que evidencien el compromiso de los profesionales de la salud, la institución y los colaboradores con la salud de la comunidad. Cabe recalcar que con esto se potenciaría aún más la imagen del talento humano sin desmerecer sus capacidades. Esto al final del periodo fiscal cuenta como aumento de accesibilidad, debido a que también estos pacientes hicieron uso de los servicios del sub-centro.
- Frente a campañas de prevención:
- Se espera que la comunidad haga uso de los servicios preventivos, en especial de los grupos enfocados en esta propuesta, de los que se estima una disminución de casos de parasitosis y desnutrición infantil, en los adultos mayores garantizar el acceso a control y asesoría en salud [de estos o familiares a cargo], y de los jóvenes extender el rango de edad para esta campaña para disminuir los índices de consumo de sustancias nocivas.

Alternativa de ampliación de espacios físicos para atención en salud preventiva y curativa

De acuerdo a las gestiones realizadas de parte del sub-centro de salud con la comunidad, el distrito correspondiente y la zona de salud respectiva, se considera que aportaría a la mejora de accesibilidad a servicios de salud de primer nivel la ampliación de espacios físicos, especialmente consultorios para medicina general y anfiteatro o coliseo para conferencias masiva.

Para esto se presenta el plano arquitectónico de la infraestructura actual del sub-centro San Valentín y la propuesta de mejora (Ver **Apéndice 3**), donde el objetivo es incrementar dos consultorios. Actualmente se cuenta con:

- Consultorio médico 1 (arriba de imagen junto a obstetricia),
- Consultorio 2,
- Consultorio oncológico 3,
- Consultorio ginecológico
- Laboratorio
- Odontología
- Vacunación
- Farmacia
- Preparación
- Curaciones
- Estadísticas
- Consultorio de psicología [sala de adolescentes]
- Bodega del centro de salud

En virtud a esto se presenta además los planos eléctricos existentes del sub-centro San Valentín (Ver **Apéndice 4**).

La propuesta consiste en crear dos consultorios en el área comprendida por el actual laboratorio y el consultorio de psicología, que quedaría como consultorio 4 y 5 [sala de adolescentes]. Mientras que se realizaría un nuevo laboratorio (Ver **Apéndice 5**) con espacio frontal de amplia cobertura.

No obstante, en la parte de atrás del espacio considerado para el nuevo laboratorio existe un terreno disponible al que se pretende utilizar para la construcción de una especie de anfiteatro o coliseo para atender concurrencias

masivas, sea por campañas de prevención o por otro tipo de actividades que se deban realizar con la comunidad (Ver **Apéndice 6**).

Conclusiones y Recomendaciones

Luego de la investigación realizada y los resultados obtenidos de las fuentes de información primaria [encuesta] y secundaria [revisión bibliográfica], se logró identificar aspectos relevantes que dieron impulso a la propuesta, no obstante, es preciso mencionar algunas conclusiones del trabajo en general:

- De la revisión bibliográfica se obtuvo que los mecanismos de evaluación en salud han evolucionado, sin desmerecer las capacidades del profesional a cargo, el servicio al usuario [atención] es el principal elemento a considerar por los pacientes.
- Dentro de los aspectos evaluados por los usuarios y considerados como relevantes en el acceso a un establecimiento de atención primaria están el talento humano y los tiempos de espera.
- En la parroquia Nueva Loja se corroboró que la mayor parte de la población asiste a salud curativa, en casos muy mínimos se evidencia el acceso a salud preventiva.
- Aún existe cierto porcentaje de la población que hace uso de la medicina tradicional.
- El análisis de la población mostró aspectos como: analfabetismo, deserción escolar, pobreza extrema y la mayor cantidad de discapacitados son del tipo físico e intelectual.
- En el sub-centro de salud San Valentín existe un nivel de asistencia por debajo de la proyección estimada.
- Aunque el San Valentín es el segundo centro de salud de mayor cobertura, existe una percepción de sus usuarios fuera de las

estimaciones a causa del poco acceso a la información en cuanto a la cartera de servicios existente.

- Dentro de los grupos con mayor acceso se evidencia a pacientes de enfermedades crónicas [diabetes mellitus y/o hipertensión], adolescentes y embarazadas.
- En virtud a la investigación realizada se considera que la accesibilidad al sub-centro de salud San Valentín presenta inconvenientes con los grupos prioritarios de atención: niños [desnutrición], tercera edad [hábitos preventivos] y jóvenes [consumo de sustancias nocivas].
- La accesibilidad en salud depende de múltiples factores, los mismos que no sólo dependen de los profesionales a cargo, ni del establecimiento en sí. Estos están vinculados con la percepción de sus usuarios
- Es importante para garantizar el acceso a servicios de salud facilitar el acceso a información o mejorar los canales de comunicación entre la comunidad y el establecimiento de salud.
- Se considera relevante toda acción que permita un estado de salud óptimo, es decir tanto la salud preventiva como la salud curativa juegan un papel importante en la promoción de la salud.
- En síntesis, de los resultados esperados; además de asegurar la accesibilidad al sub-centro de salud San Valentín, se espera impactar de forma positiva en la comunidad para mejorar la percepción general sobre la unidad médica, lograr una adecuada difusión de los servicios de salud existentes, crear canales de comunicación eficientes entre los individuos y el sub-centro, fortalecer relaciones con organizaciones

existentes para trabajos colaborativos, satisfacer las necesidades en salud que posee la comunidad, con lo cual se mejorará la calidad de vida de sus habitantes.

Puesto en manifiesto las conclusiones obtenidas, es importante presentar las recomendaciones que se consideran como aporte para mejorar la problemática percibida:

- Los canales de comunicación entre el sub-centro de salud y la comunidad deben ser mejorados.
- Es necesario establecer alianzas con las demás organizaciones de la comunidad para emprender acciones conjuntas que permitan garantizar el buen estado de la salud individual y comunitaria en la parroquia Nueva Loja.
- Se recomienda hacer uso de las alternativas de mejora planteadas, las mismas que constituyen el Plan de Mejora de Accesibilidad para el sub-centro de salud San Valentín.
- Es preciso realizar estudios posteriores para medir el impacto de las acciones implementadas para mejorar el índice de visitas al establecimiento de salud.
- Se debe promover los servicios de asesoría médica frente a casos específicos, para que los usuarios no vayan únicamente cuando están enfermos.
- El compromiso con la comunidad debe mantenerse y mejorarse mediante otras acciones que representen una mejora en la percepción de los servicios de salud.

- Se debe considerar la promoción del uso de espacios para comentarios y sugerencias, debido a que esto permitirá que se tomen acciones correctivas cuando sea el caso.

Referencias Bibliográficas

- Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J., & Pelayo, G. (2013). *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander*. Obtenido de bdigital.ces.edu.co:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS_ACCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.pdf
- Álvarez, R., & Kuri, P. (2012). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Editorial El Manual Moderno. Obtenido de
<https://books.google.com.ec/books?id=tXTKCQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=SALUD+PREVENTIVA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiYsNfR8ITWAhVG0oMKHWECD60Q6AEIMjAC#v=onepage&q&f=false>
- Arias, A., Armijos, D., & Naranjo, M. (2014). *Calidad de Atención brindada a los usuarios del subcentro de salud San Pedro del Cebollar por el equipo de salud*. Obtenido de Repositorio digital de la Universidad de Cuenca:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20567/1/TESIS.pdf>
- Asamblea Nacional. (2015). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de INOCAR:
http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf
- Baena, G. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Grupo Editorial Patria. Obtenido de
https://books.google.com.ec/books?id=6aCEBgAAQBAJ&dq=metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Blasco, M. (2015). El derecho de información en medicina curativa y satisfactiva. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(1), 90. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000100015

- Bordas, J., Bordas, M., & Crespo, M. (2015). *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL APLICADAS AL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS SOCIALES*. Madrid - España: UNED. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=SKsmCgAAQBAJ&dq=t%C3%A9cnicas+de+investigaci%C3%B3n&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- CCP. (8 de febrero de 2013). *Uso y acceso a los servicios de salud*. Obtenido de Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap7web.pdf
- Cegarra, J. (2012). *Los métodos de investigación*. Madrid - España: Ediciones Díaz de Santos. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=YROO_q6-wzgC&dq=m%C3%A9todos+de+investigaci%C3%B3n&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Chipres, D. (2014). *El Secreto de la Salud*. México: Palibrio. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=jWx8AwAAQBAJ&pg=PA31&dq=salud+curativa&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj26Nj3sI7WAhVG4yYKHXGNAKI4RhDoAQg_MAU#v=onepage&q=salud%20curativa&f=false
- Comunidad Autónoma de Extremadura. (2017). *GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia*. España. Obtenido de https://spapex.es/sites/default/files/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf
- CONEVAL. (noviembre de 2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Obtenido de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social:

<http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *INOCAR*. Recuperado el 27 de Julio de 2017, de Instituto Oceanográfico de la Armada:

http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf

Córdoba, M. (2016). *Formulación y evaluación de proyectos*. Bogotá - Colombia: Ecoe Ediciones. Obtenido de

https://books.google.com.ec/books?id=1drDDQAAQBAJ&dq=investigaci%C3%B3n+cualicuantitativa&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Correa, V. (septiembre de 2016). *FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL Y DESCENTRALIZACION EN SALUD CON ENFASIS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD RENOVADA*. Recuperado el 26 de Julio de 2017, de Ministerio de Salud del Perú :

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/ponencias/ponencia05.pdf>

Dirección de Calidad en Salud. (2012). *Sistema de Gestión de Calidad en Salud*.

Perú. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_sgalidad-2.pdf

Dirección de Planificación y Ordenamiento Territorial - GAD Sucumbíos. (2015).

PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL. Obtenido

de GAD Sucumbíos: [http://app.sni.gob.ec/sni-](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/216000210001_PDyOT%20Sucumbios%20-%202015%20(actualizaci%C3%B3n)_17-08-2015_18-31-36.pdf)

[link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/216000](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/216000210001_PDyOT%20Sucumbios%20-%202015%20(actualizaci%C3%B3n)_17-08-2015_18-31-36.pdf)

[210001_PDyOT%20Sucumbios%20-](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/216000210001_PDyOT%20Sucumbios%20-%202015%20(actualizaci%C3%B3n)_17-08-2015_18-31-36.pdf)

[%202015%20\(actualizaci%C3%B3n\)_17-08-2015_18-31-36.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/216000210001_PDyOT%20Sucumbios%20-%202015%20(actualizaci%C3%B3n)_17-08-2015_18-31-36.pdf)

- Espinosa, N. (9 de junio de 2014). “*Sistema para garantizar calidad de atención primaria en el centro de salud N°8 de la ciudad de Quito*”. Obtenido de Repositorio Digital de la Universidad Técnica del Norte:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3634/1/SISTEMA%20PARA%20GARANTIZAR%20CALIDAD%20DE%20ATENCION%20PRIMARIA%20CSN.8%20OCTUBRE%202010DEFENSA%20PUBLICA%20%5d.pdf>
- Fajardo, G., Gutiérrez, J. P., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
- Fernández, J., Fernández, M., & Cieza, A. (Marzo/Abril de 2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- Fernández-Crehuet, J., Gestal, J., Delgado, M., Bolívar, F., Herruzo, R., Serra, L., & Rodríguez, F. (2015). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier España. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=hyeKCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=SALUD+PREVENTIVA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiYsNfR8ITWAhVG0oMKHWECD60Q6AEIOTAD#v=onepage&q=SALUD%20PREVENTIVA&f=false>

Figuerola, D., & Cavalcanti, G. (2014). Accesibilidad a los servicios publicos de salud: La vision de los usuarios de la estrategia Salud de la Familia. (33).

Figuerola, D., & Cavalcanti, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33), 267-278. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013

Forrellat, M. (Junio de 2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, XXX(2), 179-183. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>

GAP Sucumbíos. (2014). *Cantones*. Obtenido de <http://www.sucumbios.gob.ec/index.php/2015-10-20-00-03-09/2015-10-26-18-39-23/2015-10-27-15-22-36/2015-10-27-15-27-56>

GAP Sucumbíos. (2017). Lago Agrio. *Gobierno Autónomo Provincial de Sucumbíos*.

Google Maps. (2017). *Subcentro de Salud San Valentín - Lago Agrio*. Obtenido de Google Maps: <https://www.google.com/maps/place/Subcentro+De+Salud+San+Valentin/@0.0937596,-76.8745587,304m/data=!3m1!1e3!4m2!1m6!3m5!1s0x0:0x3e8fa744109f1083!2sSubcentro+De+Salud+San+Valentin!8m2!3d0.0942162!4d-76.875383!3m4!1s0x0:0x3e8fa744109f1083!8m2!3d0.0942162!4>

Hernandez, J., & Mejia, L. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la poblacion reclusa colombiana: Un reto para la salud Publica. *Facultad Nacional de Salud Publica*, 132-140.

- Ibave, J., García, S., & Cervantes, G. (2014). *Investigacion Aplicada: Fundamentos, Proyectos y Reportes de Investigacion*. Colombia: Borderland Studies Publishing House. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=WzvIrrQEACAAJ&dq=investigaci%C3%B3n+aplicada&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjhxdDmyqzVAhVCMyYKHbQ5Dv84FBD0AQgjMAA>
- IMSS. (s.f.). *Promoción de la salud*. Mexico: Instituto Mexicano de Seguro Social. Obtenido de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf
- INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda. *Ecuador en cifras*.
- INEC. (2012). *Información Censal Cantonal - Población por área, según provincia, cantón y parroquia de empadronamiento*. Obtenido de INEC: http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=129&lang=es
- INEC. (22 de abril de 2015). *La atención en establecimientos de salud públicos se incrementó en casi un 100%*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-atencion-en-establecimientos-de-salud-publicos-se-incremento-en-casi-un-100/>
- Intriago, L. (20 de abril de 2015). *Centro de salud San Valentín agregó área de Ecografía Obstétrica*. Obtenido de Diario El Ciudadano: <http://www.elciudadano.gob.ec/centro-de-salud-san-valentin-agrego-area-de-ecografia-obstetrica/>
- ISO Tools. (7 de Mayo de 2015). *Destacados: Modelos de Gestión y Excelencia: Cómo elaborar un plan de mejora continua*. Obtenido de isotools.org:

<https://www.isotools.org/2015/05/07/como-elaborar-un-plan-de-mejora-continua/>

- Landini, F., González, V., & D'Amore, E. (Febrero de 2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *REVISAO*, 2(30), 231-244. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
- Lifshitz, A. (2014). La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. *Med In*, 30, 64-72. Obtenido de http://cmim.org/boletin/pdf2014/MedIntContenido01_09.pdf
- López, R. (2014). *PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEDICO FUNCIONAL DEL CENTRO DE SALUD TIPO A "EL ANGEL". PROVINCIA DEL CARCHI*. Obtenido de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321612/PMF+UAA+EL+ANGEL.pdf>
- Lucio, R., Henríquez, R., & Villacrés, N. (Enero de 2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53, s177-s187. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013
- MAP-República Dominicana. (2014). *Guía para la elaboración e implementación del Plan de Mejora Institucional*. Obtenido de map.gob.ec: <https://map.gob.do/wp-content/uploads/2012/04/GUIA-para-la-Elaboracion-e-Implementacion-del-Plan-de-Mejora-Institucional.pdf>
- Martins, S., Campos, A., Matumoto, S., & Fortuna, C. (2016). Satisfacción del usuario bajo la perspectiva de la responsividad: ¿estrategia para análisis de

sistemas universales? *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 24, 1-7.

doi:10.1590/1518-8345.1089.2674

Ministerio de sanidad, p. s., consumo, S. g., & IMSERSO. (2010). «*La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible*». Madrid, España. Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm46.pdf>

MINSAL. (8 de octubre de 2015). *Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)*. Recuperado el 27 de Julio de 2017, de Ministerio de Salud de El Salvador: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Version_Total_Sibasi.pdf

Molina, F. (2013). *Model de accesibilidad del servicio de salud publica (MSP) en el canton Ruminahui*. Quito: Pontifica Universidad Catolica del Ecuador.

MSP. (30 de marzo de 2012). *Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/images/stories/PDF/LOTAIP/2%20Informacion%20Legal/Normas%20de%20Regulaci%C3%B3n/ESTATUTO%20POR%20PROCESOS%20DE%20MINISTERIO%20DE%20SALUD%20PUBLICA.pdf

MSP. (octubre de 2012). *Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%C3%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>

- MSP. (2013). *Desarrollo social*. Recuperado el 27 de Julio de 2017, de Ministerio Coordinador de Desarrollo social: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>
- MSP. (octubre de 2013). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
<http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>
- MSP. (2015). *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
<http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>
- MSP. (2016). *Calidad de los Servicios de Salud*. Recuperado el 26 de Julio de 2017, de Ministerio de Salud Publica: <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-de-los-servicios-de-salud/#>
- MSP. (junio de 2016). *Ministerio de Salud de Ecuador expone avances significativos en acceso universal de salud en Asamblea Mundial*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
<http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/>
- MSP. (20 de junio de 2016). *Sistema de salud pública en Ecuador*. Obtenido de MSP: <https://dcuevacuencgmail.wordpress.com/2016/06/20/sistema-de-salud-publica-en-ecuador/>
- MSSI. (2007). *Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria en España 2007-2012*. España: Sanidad 2007. Obtenido de

https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Navas, M. E., & Ulloa, M. A. (julio de 2013). *Evaluación de la Gestión de la Calidad de los servicios de salud ofertados por le hospital San Sebastián del cantón Sígsig*. Obtenido de Repositorio Digital de la Universidad Politécnica Salesiana:

<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5059/1/UPS-CT002680.pdf>

Noriega, C. (30 de octubre de 2013). *ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD Y UNA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA PARA EL MUNICIPIO DE PALÍN, ESCUINTLA*. . Obtenido de Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_1891.pdf

OIT. (2017). *Servicios de salud*. Recuperado el 26 de Julio de 2017, de Organizacion Internacional de Trabajo:

<http://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm>

OMS. (2001). *Salud mental: nuevo entendimiento, nueva esperanza*. Ginebra.

OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura mundial de la Salud*. Washington.

OMS. (Diciembre de 2015). *Salud y derechos humanos*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

OPS. (2011). *Agua y Saneamiento*. Obtenido de

http://www.paho.org/tierra/images/pdf/agua_y_saneamiento_web.pdf

OPS. (2 de octubre de 2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

Prevención Salud. (3 de junio de 2014). *Medicina preventiva: el camino hacia una vida más saludable*. Obtenido de Prevención Salud : <http://www.prevencionsalud.com.ar/promocion-salud/Medicina-preventiva-el-camino-hacia-una-vida-mas-saludable-81#.Wa65FbLyIHt>

Quispe, D. (2017). *Población Distrito 21D02 Salud año 2017 (Lago Agrio)*. Lago Agrio - Sucumbios: Departamento de Estadísticas Distrito 21D02 Salud 2017.

Ramírez, L., Veloza, M., & López, A. (julio-diciembre de 2016). Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia. *Nuevo Derecho*, 12(19), 71-88. Obtenido de <https://doctrina.vlex.com.co/vid/acceso-servicios-salud-parte-672149165>

Rocha-Buelvas, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de salud bucal: Un indicador de equidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 96-112. Obtenido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7130/5648>

Sandoz, T. (2012). *Historias paralelas de la medicina: De las flores de Bach a la osteopatía*. México: Fondo de Cultura Económica. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=OYE1NjNdXbYC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- SICES. (2017). *Sistema integrado de conocimiento y estadística social del Ecuador*. Recuperado el 26 de Julio de 2017, de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_uniope.htm
- SIICE. (2014). *Unidades Operativas del Ministerio de Salud*. Obtenido de Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador - SIICE: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_uniope.htm
- SIISE. (2015). *VENTANA REGIONAL DE LA REGION DE ORIENTE* . Obtenido de Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsis/pubsis_F024.pdf
- SSPA. (2012). *Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Recuperado el 2017 de Julio de 2017, de Junta de Andalucía: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/marco_conceptual.html
- Superintendencia de Salud. (2013). *¿QUÉ ES “TRATO DIGNO” PARA LOS PACIENTES*. Chile: Superintendencia de Salud de Chile. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf
- UNESCO. (1999). *Educación de adultos – medio ambiente, salud y población*. Hamburgo, Alemania: UNESCO. Obtenido de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf
- UNICEF. (19 de julio de 2014). *Acceso a la Salud y Educación (Ecuador)*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/ecuador/5_Salud_y_educacion.pdf
- WHC. (2016). *Salud Preventiva / Educación para la Salud*. Obtenido de Watts Healthcare Corporation: <http://www.wattshealth.org/services/preventive-health-serviceshealth-education/?lang=es>

Yunga, J. (2016). *Anuario de Estadística: Recursos y Actividades de Salud 2014*.

Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2014.pdf

Apéndices

Apéndice 1. Formulación de Encuesta

ENCUESTA

Objetivo: conocer la percepción de los usuarios y habitantes de la parroquia Nueva Loja del Cantón Lago Agrio, sobre el acceso a servicios básicos en el Centro de Salud “San Valentín”

Tipo de asistencia médica y accesos

1. *¿Usted cuenta con algún tipo de seguro médico? ¿Cuál de los siguientes?*

- IESS Seguro Campesino
 ISFA Ninguno

2. *¿Hace uso del Centro de Salud “San Valentín”?*

- Sí No

3. *¿Qué medio de transporte emplea para acudir al centro de salud?*

- A pie Transporte urbano (bus)
 Bicicleta Auto propio
 Motocicleta Lancha
 Mototaxi Otro

4. *¿Cuál es el tiempo aproximado para acceder a los servicios médicos desde que sale de su hogar?*

- Menos de media hora 1 hora
 Entre 2 y 4 horas Más de 5 horas

Acceso a Salud Preventiva

5. *¿Dentro de los siguientes rangos de edad, en cuál se encuentra usted?*

- 18 - 25 41 - 60
 26 - 40 61 más

6. *¿Durante los últimos 3 meses pasó alguna brigada o comisión de salud por su vivienda?*

- Sí No No Sabe

7. ¿Sin estar enfermo, usted o alguien de su hogar fue a algún tipo de consulta preventiva durante los últimos 3 meses? ¿A cuál?

- Medicina General Ambas
 Odontología Ninguna (pasar a pregunta 16)

8. ¿En su hogar existen niños de 1 año o menos? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

- Sí No Ninguna (Pasar a siguiente pregunta)

- Control post parto Consejería de
 Vacunación Lactancia Materna
 Visita domiciliaria Control de niño sano

9. ¿En su hogar existen niños entre 1 y 10 años? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta)

- Dotación de Vitaminas Valoraciones (visual, auditiva)
 Desparasitación Salud Oral
 Vacunación Control de niño sano

10. ¿En su hogar existen jóvenes entre 11 y 17 años? ¿A qué actividad de salud ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta)

- Consulta médica preventiva Valoraciones (visual, auditiva)
 Salud sexual y reproductiva Salud Oral
 Consejería uso de sustancias nocivas Control de trastornos alimenticios
 Control de signos vitales Salud Mental

11. ¿En su hogar existen personas entre 18 y 25 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta) Pertenece a este grupo

- Obstetricia Valoraciones (visual, auditiva)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Salud Oral |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de ETS | <input type="checkbox"/> Consulta médica preventiva |
| <input type="checkbox"/> Control de signos vitales | <input type="checkbox"/> Salud Mental |

12. ¿En su hogar existen personas entre 26 y 40 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta) Pertenece a este grupo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Valoraciones (visual, auditiva) |
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Salud Oral |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de ETS | <input type="checkbox"/> Consulta médica preventiva |
| <input type="checkbox"/> Control de signos vitales | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Toma de glicemia y colesterol | <input type="checkbox"/> Antígeno prostático |

13. ¿En su hogar existen personas entre 41 y 60 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta) Pertenece a este grupo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Valoraciones (visual, auditiva) |
| <input type="checkbox"/> Densitometría ósea | <input type="checkbox"/> Salud Oral |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Uroanálisis |
| <input type="checkbox"/> Control de signos vitales | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Toma de glicemia y colesterol | <input type="checkbox"/> Antígeno prostático y tacto rectal |
| <input type="checkbox"/> Nutrición y hábitos | <input type="checkbox"/> Sangre oculta en heces |

14. ¿En su hogar existen personas mayores de 61 años? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?

- Sí No (Pasar a siguiente pregunta) Pertenece a este grupo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dotación de vitaminas | <input type="checkbox"/> Valoraciones (visual, auditiva) |
| <input type="checkbox"/> Densitometría ósea | <input type="checkbox"/> Salud Oral |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Uroanálisis |
| <input type="checkbox"/> Control de signos vitales | <input type="checkbox"/> Salud Mental |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toma de glicemia y colesterol | <input type="checkbox"/> Antígeno prostático y tacto rectal |
| <input type="checkbox"/> Nutrición y hábitos | <input type="checkbox"/> Sangre oculta en heces |

15. *¿En su hogar existen mujeres embarazadas? ¿A qué actividad de salud preventiva ha tenido acceso?*

- Sí No *(Pasar a siguiente pregunta)* Pertenece a este grupo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Controles prenatales | <input type="checkbox"/> Dotación de vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de hemoclasificación | <input type="checkbox"/> Salud Oral |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Ecografías |
| <input type="checkbox"/> Control de signos vitales | <input type="checkbox"/> Vacunación |

16. *Si nadie de su familia tuvo acceso a salud preventiva, elija una de las siguientes razones:*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No se consideró necesario | <input type="checkbox"/> No hay recursos para movilizarse |
| <input type="checkbox"/> El centro de salud está muy lejos | <input type="checkbox"/> Sólo van cuando están enfermos |
| <input type="checkbox"/> No hay campañas domiciliarias | <input type="checkbox"/> Toca esperar mucho |

Acceso a Salud Curativa

17. *¿Durante los últimos 3 meses usted o algún miembro de su familia acudió al centro de salud por presentar algún tipo de molestia o enfermedad?*

- Sí No *(Pasar a pregunta 27)* |

18. *¿Cuándo llegó al centro de salud, la atención fue inmediata? ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendido?*

- Sí No *(Pasar a pregunta 20)*
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 15 minutos | <input type="checkbox"/> Menos de media hora |
| <input type="checkbox"/> 1 hora | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora y media |

19. *Si tuvo que esperar ¿cuál fue la razón?*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se consideró que no era de gravedad | <input type="checkbox"/> No llevó documentación |
| <input type="checkbox"/> No tenía historia clínica | <input type="checkbox"/> El médico estaba en consulta |

No hay mucho personal Habían más pacientes de atención prioritaria

20. *¿Considera que la atención durante la consulta ayudó a solucionar su problema?*

Sí No *(Pasar a pregunta 22)*

21. *¿Tuvo un seguimiento luego de esa consulta?*

Sí No *(Pasar a pregunta 25)*

22. *¿El caso fue necesario que lo revisara un especialista? ¿Cuál de ellos?*

Sí No *(Pasar a pregunta 24)*

<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Ginecólogo
<input type="checkbox"/> Cardiólogo	<input type="checkbox"/> Oftalmólogo
<input type="checkbox"/> Otorrino	<input type="checkbox"/> Neurólogo
<input type="checkbox"/> Traumatólogo	<input type="checkbox"/> Otro:

23. *¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que le médico general lo transfiriera al especialista y la cita con este?*

<input type="checkbox"/> El mismo día	<input type="checkbox"/> En 2 – 3 días
<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> Más de 1 semana

24. *¿Dentro del caso fue necesario algún tipo de exámenes? ¿Cuál de ellos?*

Sí No *(Pasar a siguiente pregunta)*

<input type="checkbox"/> Ecografía	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> De Obstetricia
<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Rayos X
<input type="checkbox"/> De Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro:

25. *¿El proceso para identificar sus molestias fue cubierto por el centro de salud? Si la respuesta es no elija un motivo.*

Sí No

<input type="checkbox"/> No había insumos para el caso	<input type="checkbox"/> No constaba dentro del sistema
<input type="checkbox"/> No había especialista	<input type="checkbox"/> No contaban con equipos

Había que esperar mucho Otro:

26. *¿El centro de salud proporcionó la medicación necesaria? Si la respuesta es no elija un motivo.*

Sí No

No había esa medicina No era necesario

Había que esperar stock Otro:

27. *Si no asistió al centro de salud ¿De qué manera solucionó el problema de salud presentado?*

Hizo uso del seguro médico Fue a médico particular

Empleó medicina tradicional No hizo nada

28. *¿Cuánto fue el gasto aproximado?*

No hubo gasto Entre \$16 y \$29

Menos de \$15 Más de \$30

Percepción de accesibilidad

29. *¿Cómo califica la atención médica del centro de salud?*

Excelente Buena

Poco eficiente Regular

30. *¿Qué aspecto es de mayor influencia en su percepción del servicio?*

Talento Humano Tiempos de espera

Disponibilidad de medicina Seguimiento

Equipamiento Insumos

31. *Elija un motivo que incide en la asistencia al centro de salud:*

Distancia Siempre hay poco personal

Se gasta más en las
medicinas Otro:

32. *¿Considera que al implementarse acciones para mejorar la situación mejorará la accesibilidad a los servicios del centro de salud?*

Sí No

Apéndice 2. Stock de Medicinas e Insumos (septiembre 2017)

MEDICINAS

Listado de Medicina	Presentación	Cantidad recibida
Ácido Acetilsalicílico	Tableta 100mg NR	320
Ácido Fólico	Tableta 1mg NR	900
Albendazol	Tableta 400mg NR	80
Albendazol	Suspensión 100mg/5mg frasco x 20ml	30
Amlodipina	Tableta 10mg NR	1800
Amoxicilina	Cápsula 500mg NR	2500
Amoxicilina	Polvo para suspensión 250mg/5ml frasco x 100ml	20
Amoxicilina e inhibidores de la enzima	Tableta recubierta 500+250mg NR	480
Amoxicilina e inhibidores de la enzima	Polvo para suspensión 250+62.5mg/5ml frasco x 100ml	60
Ampicilina	Polvo para inyección 1000mg NR	10
Azitromicina	Tableta 500mg NR	200
Bencilpenicilina Benzatínica	Polvo para inyección 1: 200.000 UI NR	20
Bencilpenicilina Benzatínica	Polvo para inyección 2: 4.000.000 UI NR	50
Betametazona	Solución inyectable 4mg/ml ampolla x 1ml	50
Butilescolamina	Solución Inyectable 20mg/ml ampolla x 1ml	10
Cefalexina	Polvo para suspensión 250mg/5ml NR	30
Claritromicina	Tableta 500mg NR	400
Clotrimazol	Crema 1% tubo x 2g	100
Combinaciones	Solución inyectable ND funda x 1000ml	5
Sulfametoxazol y Trimetoprima	Tableta 800mg+160mg NR	1400
Sulfametoxazol y Trimetoprima	Suspensión 200mg+40mg/5ml frasco x 100ml	20
Diazepam	Solución inyectable 5mg/ml ampolla x 2ml	4
Diclofenaco	Tableta recubierta 50mg NR	1000
Dicloxacilina	Cápsula 500mg NR	400
Dicloxacilina	Polvo para suspensión 250mg/5ml NR	30
Enalapril	Tableta 20mg NR	3000
Eritromicina	Tableta recubierta 500mg NR	100
Dextriferrón	Solución oral 50mg/ml NR	20

Fluconazol	Cápsula 150mg NR	400
Gentamicina	Solución inyectable 40mg/ml ampolla x 2ml	10
Gentamicina	Solución inyectable 80mg/ml ampolla x 2ml	10
Gentamicina	Solución inyectable 140mg/ml ampolla x 2ml	30
Hidrocortisona	Polvo para inyección 100mg NR	15
Hidrocortisona	Polvo para inyección 500mg NR	5
Ibuprofeno	Tableta 400mg NR	2800
Loratadina	Tableta 10mg NR	1500
Loratadina	Jarabe 5mg/ml NR	100
Losartán	Tableta recubierta 50mg NR	2000
Metformina	Tableta 500mg NR	4600
Metoclopramida	Tableta 10mg NR	150
Metoclopramida	Solución Inyectable 5mg/ml ampolla x 2ml	20
Metronidazol	Óvulo 500mg NR	100
Metronidazol	Tableta 500mg NR	804
Metronidazol	Tableta 250mg NR	996
Metronidazol	Suspensión 250mg/5ml NR	100
Nifedipina	Tableta 10mg NR	100
Nitrofurantoína	Cápsula 100mg NR	700
Omeprazol	Cápsula 20mg NR	2000
Paracetamol	Tableta 500mg NR	2300
Paracetamol	Jarabe 120mg/5ml NR	150
Paracetamol	Solución oral 100mg/ml frasco x 15ml	30
Ranitidina	Tableta 150mg NR	100
Ranitidina	Solución inyectable 25mg/ml ampolla x 2ml	50
Salbutamol	Solución para inhalación 5mg/ml NR	5
Sulfadiazina de plata	Crema 1% Nr	50
Sulfato de Magnesio	Solución inyectable 20% ampolla x 10ml	3
Tinidazol	Tableta 1000mg NR	200
Troamicina	Solución oftálmica 0.3% NR	10
Levonorgestrel y Estrógeno	Gragea 150 mcg + 30 mcg NR	1176
Noretisterona y Estrógeno	Solución inyectable (50mg+5mg)/ml ampolla x 1ml	100
Levonorgestrel	Gragea 0.030mg NR	210

Fuente: Sub-centro de Salud San Valentín

MICRONUTRIENTES

Listado de Micronutrientes	Presentación	Cantidad recibida
Retinol (Vit A)	Cápsula 50.000 UI NR	1500
Hierro Multiv y Miner	Chispas 12.5mg + 300mcg + 30mg + 5mg NR	2100

Fuente: Sub-centro de Salud San Valentín

INSUMOS

Listado de Insumos	Presentación	Cantidad recibida
ÁREA DE LABORATORIO		
Mascarillas 3M	-----	40
Agujas de toma múltiple	21g	2
Colesterol con FAL	4x100ml	1
Cubre objetos	Cajas x 100unidades	3
Masilla para capilares	-----	1
PCR * 100	-----	1
Tirilla para orina combinada	Cajas x 50 u	8
Tubo de vidrio tapa roja	x100 u	10
Tubo tapa lila	Cajas x 100 u	3
Urea liquicolor	2 x 100ml	2
Guantes de examinación	S*100	4
Aglutinación febriles	-----	2
Lapiz grasa	-----	3
Malaria P.F/PAN Antígeno	-----	8
Placa porta objetos esmerilado	Caja x 50 u	10
ÁREA DE MEDICINA		
Mascarillas 3M	-----	24
Aplicadores de madera	6"	2
Jeringuillas	3cc	500
Agua destilada	Galón	3
Bolsa para drenaje urinario	Simple	12
Contenedor de objetos cortopunzantes	-----	20
Esparadrapo hospitalario	Kit x 5 rollos	1
Esparadrapo poroso	-----	4
Fundas recolectoras de orina para niñas		10
Fundas recolectoras de orina para niños		10
Gasa	90*100 hospitalarias	1
Guantes de examinación	S*100	6
Hojas de bisturí N° 15	Caja x 100	2

Llave 3 vías con extensión	-----	5
Sonda Foley 2 vías N°18	-----	10
Termómetros digitales	(grados centígrados)	2
Vendas de gasa	3" x 5 yardas	10
Algodón	Motitas	3
Lancetas descartables	x 100 u	2
Placa porta objetos esmerilado	Caja x 50 u	4
Alcohol yodado (Povidín)	Solución galón	1
Algodón	Rollo paquete x3	2
ODONTOLOGÍA		
Babero descartable	-----	2
Bandas de celuloide	-----	1
Guantes de examinación	-----	5
Anestésico con vaso constructor	-----	1
Anestésico sin vaso constructor	-----	1
Bandas metálicas para matriz	-----	1
Cavit	-----	1
Cepillos profilácticos	-----	1
Dycal Zizine	-----	1
Eugenol	-----	1
Hidróxido de calcio	Polvo	1
Ionomero de base de fotocurado	Jeringa	1
Ionomero de vidrio restaurador reforzado	Fuji	1
Mascarillas	Caja x 50 u	2
Óxido de Zinc	-----	1
Papel articular	Caja x 12 u	2
Pasta profiláctica	-----	1
Piedra para pulir resina / alpina	Cajas	2
Resina de fotocurado P60	-----	1
Tiras de celuloides	-----	1
Vaselina simple	-----	1
Agujas desechables cortas	-----	1
Gorro P/cirujano descartable	-----	20
Sellante de fosas y fisuras	Jeringa	1

Fuente: Sub-centro de Salud San Valentín

Apéndice 3. Planta Arquitectónica SCU San Valentín (Actual y propuesta)

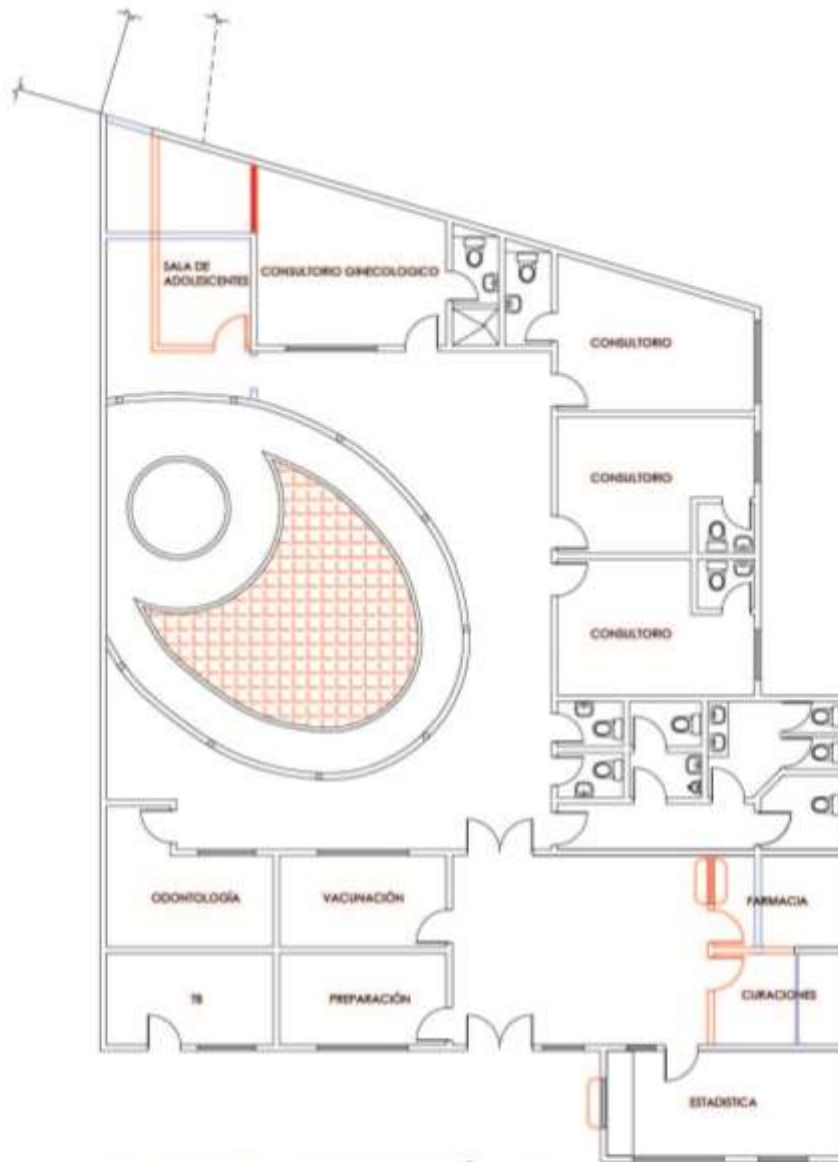


PLANTA ARQUITECTÓNICA

ESTADO ACTUAL ESCALA 1:100

SIMBOLOGÍA	
	ESTADO ACTUAL
	CAMBIOS FÍSICOS
	CAMBIO DE USO
	DERROCAR - REUBICAR
	ÁREA SIN INTERVENCIÓN
	ARREGLO DE JARDINES
	LIMPIEZA DEL TERRENO
	ADOQUINADO
	CUBIERTA EXTERIOR

<p>CONSULTORIA: "EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MOBILIARIO, SISTEMA ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO DE OCHENTA UNIDADES DE SALUD, DIAGNÓSTICO Y PROYECTOS DE ADECENTAMIENTO" CTB - PSAS</p>		
<p>DISTRITO: LAGO AGRIO UNIDAD OPERATIVA: Centro de Salud "SAN VALENTIN" CONTIENE: Plantas Arquitectónicas</p>		
<p>CONSULTORA: Claudia Vela Dávila Máster en Arquitectura y Gestión de Hospitales</p>		
<p>Arquitectura: Arq. Claudia Vela Arq. David Velásquez Arq. Carlos Andrés Soto</p> <p>Asesor y Diseñador: David Coto Luis Urzúa</p>	<p>Ingeniería: Ing. CIVIL Efraín Rodríguez Ing. INGENIERÍA ESTRUCTURAL Ing. INGENIERÍA MECÁNICA</p>	<p>Coordinación Técnica del Proyecto: Arq. Claudia Vela</p>
		<p>A-4</p> <p>Escala: Indicada</p> <p>Fecha: Julio 2013</p>



PLANTA ARQUITECTÓNICA
 PROPUESTA ESCALA 1:100

SIMBOLOGÍA	
	ESTADO ACTUAL
	CAMBIOS FÍSICOS
	CAMBIOS DE USO
	DERROCAR - REUBICAR
	ÁREA SIN INTERVENCIÓN
	ARREGLO DE JARDINES
	LIMPIEZA DEL TERRENO
	ADOQUINADO
	CUBIERTA EXTERIOR

CONSULTORIA: "EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MOBILIARIO, SISTEMA ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO DE OCHENTA UNIDADES DE SALUD, DIAGNÓSTICO Y PROYECTOS DE ADECENTAMIENTO" CTB - PSAS		
DISTRITO: LAGO AGRIO UNIDAD OPERATIVA: Centro de Salud "SAN VALENTIN" CONTIENE: Plantas Arquitectónicas		
CONSULTORA: Claudia Vela Dávila <small>Máster en Arquitectura y Gestión de Hospitales</small>		
<small>Arquitectura:</small> <small>Arq. Claudia Vela</small> <small>Arq. María López</small> <small>Arq. Carlos Andrés Vela</small>	<small>Ingeniería:</small> <small>Ing. César Alvarado</small> <small>Ing. Silvestre David Cuzco</small> <small>Ing. Silvestre María Zambrano</small>	<small>Coordinación Técnica del Proyecto:</small> <small>Arq. Claudia Vela</small>
<small>Asesoría y Diseño:</small> <small>David Cuzco</small> <small>Luis Domínguez</small>		<div style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">A-4</div> <p style="text-align: center;">Escala: Indicada</p> <p style="text-align: center;">Fecha: Julio 2013</p>

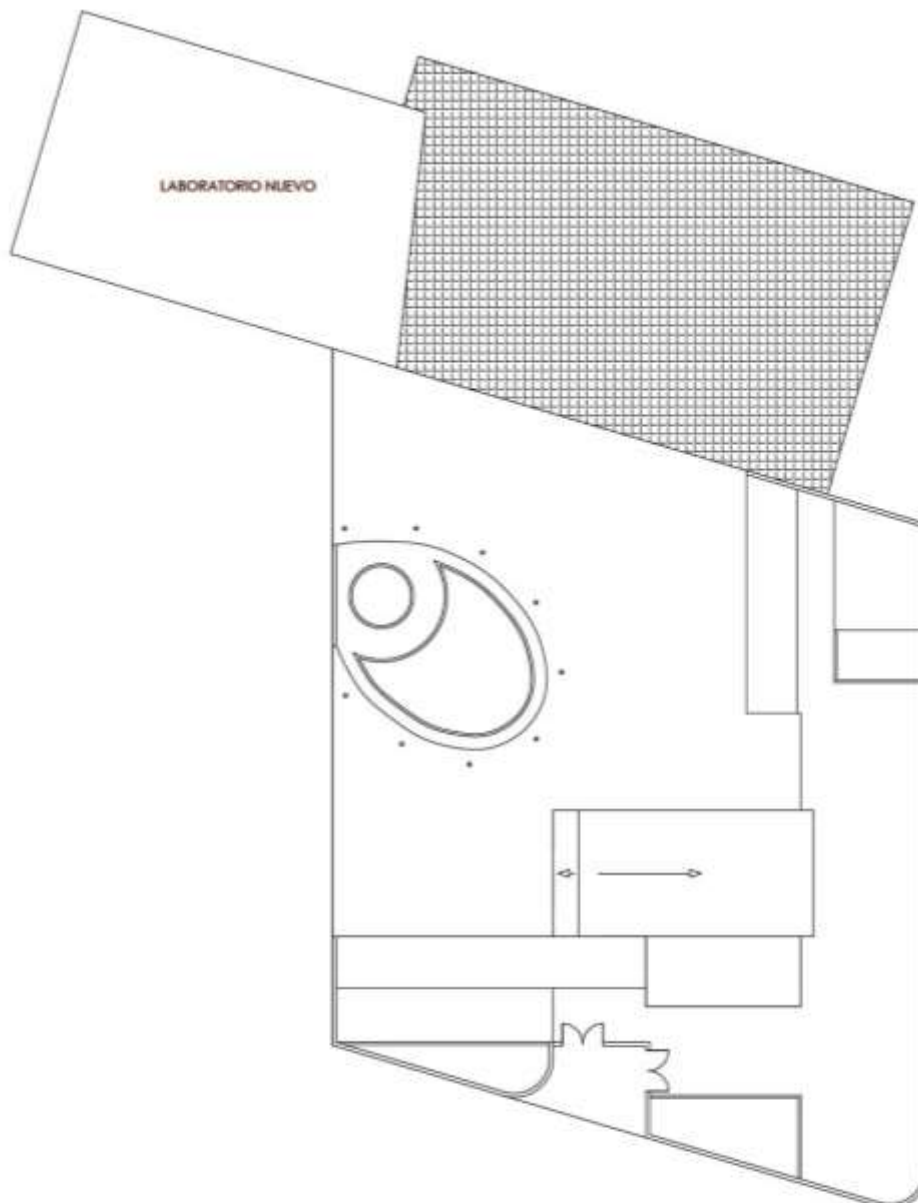
Apéndice 4. Plano eléctrico del SCU San Valentín



SIMBOLOGÍA ELÉCTRICA	
	VENTILADOR
	LUMINARIAS CERRADAS 2X36W
	PUNTO DE INTERNET
	PUNTO WIFI
	PC COMPUTADORE
	TRANSFORMADOR 15 KVA
	GENERADOR ELÉCTRICO
	BOMBA DE AGUA
	TABLERO DE DISTRIBUCIÓN
	SPLIT CLIMATIZADOR
	LÍNEA DE EMERGENCIA SUBTERRÁNEA
	LÍNEA SUBTERRÁNEA
	POSTE DE HORMIGÓN

<p>CONSULTORIA: "EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MOBILIARIO, SISTEMA ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO DE OCHENTA UNIDADES DE SALUD, DIAGNÓSTICO Y PROYECTOS DE ADECENTAMIENTO" CTB - PSAS</p>		
<p>DISTRITO: LAGO AGUÍO UNIDAD OPERATIVA: Centro de Salud "SAN VALENTÍN" CONTIENE: Plano Eléctrico</p>		
<p>CONSULTORA: Claudia Vela Dávila <small>Asesor en Arquitectura y Gestión de Hospitales</small></p>		
<p>Arquitectura: Ing. Claudio Vela Ing. David Maza Ing. Carlos Andrés Díaz</p>	<p>Ingeniería: Ing. Cristóbal Huamani Ing. Mónica Pérez Castro Ing. Mónica Pérez Contreras</p>	<p>Coordinación Técnica del Proyecto: Ing. Claudio Vela</p>
		<p>A-5 Escala: Indicada Fecha: Julio 2013</p>

Apéndice 5. Propuesta de nuevo laboratorio SCU San Valentín



IMPLANTACIÓN

ESTADO ACTUAL ESCALA 1:200

SIMBOLOGÍA	
	ESTADO ACTUAL
	CAMBIOS FÍSICOS
	CAMBIOS DE USO
	DERROCAR - REUBICAR
	ÁREA SIN INTERVENCIÓN
	ARREGLO DE JARDINES
	LIMPIEZA DEL TERRENO
	ADOQUINADO
	CUBIERTA EXTERIOR

CONSULTORIA: "EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MOBILIARIO, SISTEMA ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO DE OCHENTA UNIDADES DE SALUD, DIAGNÓSTICO Y PROYECTOS DE ADECENTAMIENTO" **CTB - PSAS**

DISTRITO: LAGO AGRIO
UNIDAD OPERATIVA: Centro de Salud "SAN VALENTIN"
CONTIENE: Implantación

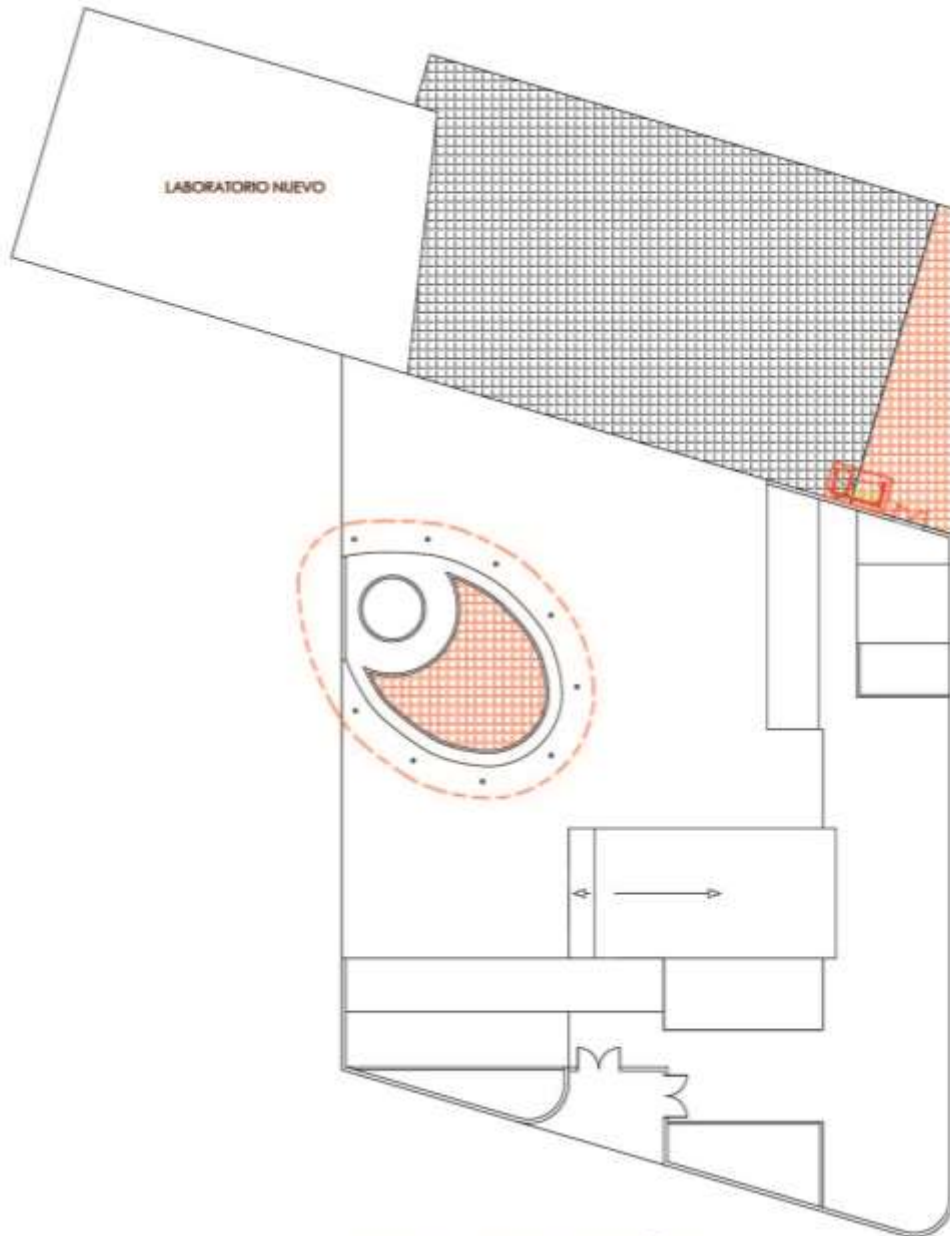
CONSULTORA: Claudia Vela Dávila
 Máster en Arquitectura y Gestión de Hospitales

A-3

Escala:
Indicada

Fecha:
Julio 2013

Arquitectura: Arq. Claudia Vela Arq. David Torres Arq. Carlos Andrés Soto Apoyo y Diseño: David Cruz Juli George	Ingeniería: Ing. Cid Elías Escobar Ing. Wilfredo Soto-Correa Ing. Erickson Pardo Lombardi	Coordinación técnica del Proyecto: Arq. Claudia Vela
---	---	--



IMPLANTACIÓN

PROPUESTA ESCALA 1:200

SIMBOLOGÍA	
	ESTADO ACTUAL
	CAMBIOS FISICOS
	CAMBIOS DE USO
	DERROCAR - REUBICAR
	ÁREA SIN INTERVENCIÓN
	ARREGLO DE JARDINES
	LIMPIEZA DEL TERRENO
	ADOQUINADO
	CUBIERTA EXTERIOR

<p>CONSULTORIA: "EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, MOBILIARIO, SISTEMA ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO DE OCHENTA UNIDADES DE SALUD, DIAGNÓSTICO Y PROYECTOS DE ADECENTAMIENTO" CTB - PSAS</p>		
<p>DISTRITO: LAGO AGRIO UNIDAD OPERATIVA: Centro de Salud "SAN VALENTIN" CONTIENE: Implantación</p>		
<p>CONSULTORA: Claudia Vela Dávila <small>Máster en Arquitectura y Gestión de Hospitales</small></p>		<p>A-3</p> <p>Escala: Indicada</p> <p>Fecha: Julio 2013</p>
<p>Arquitectura: <small>Arq. Claudia Vela Arq. David Torres Arq. Carlos Andrés Sosa</small></p> <p>Ayuda y Dibujo: <small>Sandra Palomares David Ciro Juli George</small></p>	<p>Ingeniería: <small>Ing. Civil Edwin Huastilla Ing. Mónica Edwin Cacer Ing. Mónica Paola Sarmiento</small></p>	
<p>Coordinación Técnica del Proyecto: <small>Arq. Claudia Vela</small></p>		

Apéndice 6. Documentos de terreno anexo para construcción de espacio para concurrencia masiva

I. MUNICIPIO DEL CANTON ILAGO AGRIO DIRECCION DE PLANIFICACION		INFORME PLANIMETRICO	
TOPOGRAFICO	PARA: DIRECTOR DE PLANIFICACION	PROYECTO	NO. 937
LIO MEDINA	Arg. PAUL ROMERO O	REALIZADO PARA TITULARIDAD	ESCRITURA
ARGO I A			
ZONA I A			
BARRIO CALMETHA	CALLE 9 AV.	INFORME	

15
11.50

11 ——— 10 ——— 00

07
38.00

08
09

11.50
CALLE SIN NOMBRE

TITULAR	ANTERIOR	ESCALA	NORMATIVA:
ME P	ZE B	ME P	R1 302 A
1:53.06		1:100	

CONSTRUCCION

LINDE . . . Y DIMENSIONES	
NORTE	EN 11,50 METROS CON EL PREDIO 15
SUR	EN 11,50 METROS CON LA CALLE SIN NOMBRE
ESTE	EN 38,00 METROS CON EL PREDIO 07
OESTE	EN 38,00 METROS CON LOS PREDIOS 09 - 10 - 11
AREA	SON CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE COMA CERO METROS CUADRADOS

PARTICULAR QUE COMUNICO PARA FINES CONSIGUIENTES

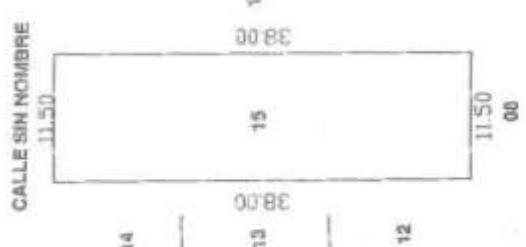
EN CONSECUENCIA DE LOS MENCIONADOS PREDIOS NO SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR PROYECTO MUNICIPAL ALGUNO POR LO TANTO NO EXISTE IMPEDIMENTO TECNICO PARA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE.

ATENTAMENTE

Arg. PAUL ROMERO O.
DIRECTOR DE PLANIFICACION

I. MUNICIPIO DEL CANTON ILO AGRIO
DIRECCION DE PLANIFICACION

INFORME PLANIMETRICO
 PARA: DIRECTOR DE PLANIFICACION Nro 936
 Arq. PAUL ROMERO O.
 FECHA: 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2011
 ESCRITURA
 LIND (A) *Paul Romero*
 DON (A) *Paul Romero*
 SAN VALERON CALLE AL EN HORROR



TOTAL	ANTERIOR	ESCALA	NORMATIVA:
53 15	2 11 102 P	1:100	R1 302 A

CONSTRUCCION

LINDE Y DIMENSIONES

NORTE	EN 11.50 METROS	CON LA CALLE SIN NOMBRE
SUR	EN 11.50 METROS	CON EL PREDIO 08
ESTE	EN 38.00 METROS	CON EL PREDIO 16
OESTE	EN 38.00 METROS	CON LOS PREDIOS 12 - 13 - 14
AREA	437,00 M2	SOM CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE COMA CERO METROS CUADRADOS

PAR TITULAR QUE COMUNICO PARA FINES CONSIGUIENTES

MUNICIPIO DEL CANTON ILO AGRIO
SR. PAUL ROMERO O.
TOPOGRAFO

SIN CONSECUENCIA, EL LOS MEDICIONADOS PREDIOS NO SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR PROYECTO MUNICIPAL ALGUNO POR LO TANTO NO EXISTE IMPEDIMENTO TECNICO PARA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE

ATENTAMENTE

Paul Romero
Arq. PAUL ROMERO O.
 DIRECTOR DE PLANIFICACION



DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

1388-2010



INFORME 250 - DP-10

Para : Asesor Jurídico
De : Director de Planificación
Asunto : DECLARATORIA DE UTILIDAD PÚBLICA
Fecha : 21 de Diciembre del 2010.

En atención al memorando Nro. 357 - AJ-IMLA-2010 emitido por el Dr. Teodoro Montoya Alvarado- Asesor Jurídico; en el mismo que solicita un informe de que no existe oposición con la planificación del ordenamiento territorial establecido.

Me permite manifestar la necesidad de adquirir los lotes con clave catastral 06-01-53-08 y 06-01-53-15 de posesión de los señores Ortiz Veintimilla María Alejandrina y Rivera Ortiz Oriando respectivamente; esto con el fin de crear nuevas áreas destinadas a la complementación de los servicios del Subcentro de Salud San Valentín; es importante indicar también que no existe oposición con la planificación del Ordenamiento Territorial, es decir no existe proyecciones viales, el sector se encuentra configurado y en proceso de consolidación.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente;


Arq. Paul Ramero
DIRECTOR DE PLANIFICACION
DEL IMLA.
Jessica
Adjunto: - Copia de memorando Nro. 357 A.J.





21-2010

J. J. J. J. J.
Contratación
11-01-2011



RESOLUCION NRO. 003 - CCLA-2011

El -Secretario General del I. Municipio del Cantón Lago Agrio, en legal y debida forma, tiene a bien,

CERTIFICAR:

Que en sesión de Concejo con carácter de Ordinaria, realizada el siete de enero del dos mil once, en el TERCERO Punto del Orden del día: **Conocimiento de la Resolución Administrativa N° 001-DUP-IMLA-2010, sobre Declaratoria de Utilidad Pública con fines de expropiación de dos lotes de terreno de propiedad del Barrio San Valentín de esta ciudad de Nueva Loja, los mismos que servirán para la ampliación del Subcentro de Salud del Barrio San Valentín.** Luego de hacerse conocido la referida Resolución Administrativa N° 001-DUP-IMLA-2010, en la misma que el señor Alcalde resolvió: **Artículo 1.-** Sustentado en la documentación anexa, declara de Utilidad Pública con fines de expropiación dos lotes de terreno. Lote ocho signado con clave catastral N° 0601530800, de propiedad del barrio San Valentín; conforme consta inscrita legalmente en el Registro de la propiedad del Cantón Lago Agrio, circunscrito dentro de los siguientes linderos y dimensiones: NORTE.- Con Lote N° 15, en 11,50 metros; SUR: Con la calle S/N, en 11,50 metros; ESTE.- Con el predio N° 07, en 38,00 metros; OESTE.- Con los predios -Nros. 9, 10 y 11 en 38,00 metros. Lo que da una cabida total de CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE METROS CUADRADOS DE SUPERFICIE (437,00 m²). Lote quince signado con la clave catastral 0601531500, de propiedad del barrio San Valentín; conforme consta inscrita legalmente en el registro de la Propiedad del Cantón Lago Agrio, circunscrito dentro de los siguientes linderos y dimensiones. NORTE: Con la Calle S/N, en 11,50 metros; SUR.- Con el lote N° 8, en 11,50 metros; ESTE: Con el predio N° 16, en 38,00 metros; OESTE: Con los predios Nros. 12,13,14, en 38,00 metros. Lo que da una cabida total de cuatrocientos treinta y siete metros cuadrados de superficie (437,00 m²) predios ubicados en el barrio San Valentín, los mismos que servirán para la ampliación del Subcentro de salud del barrio San Valentín, de esta ciudad de Nueva Loja, Cantón Lago Agrio, Provincia de Sucumbios; y, de conformidad con el artículo 446 y 447, del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización y mas articulado pertinente del Código Civil y su norma adjetiva, el señor Alcalde está facultado para declarar de utilidad pública los lotes 08 y 15 ubicados en el Barrio San Valentín de propiedad del barrio San Valentín, descrito en esta Resolución, dentro de los parámetros técnicos considerados en los informes de Planificación, Avalúos y Catastros.

Artículo 2.- De conformidad con lo establecido en el inciso quinto del Art. 447, del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, **DICTO EL ACUERDO DE OCUPACION INMEDIATA** de los lotes descritos anteriormente para el fin de la expropiación.

Divisoria

RECIBIDO
10 ENE 2011
MUNICIPIO DE LAGO AGRIO
JURÍDICO



Página tres
RESOLUCION NRO. 003-CCLA-2011.

RESUELVE:

Avocar conocimiento de la Resolución Administrativa N° 001- DUP- IMLA-2010, sobre Declaratoria de Utilidad Pública con fines de expropiación de dos lotes de terreno de propiedad del Barrio San Valentín de esta ciudad de Nueva Loja, los mismos que servirán para la ampliación del Subcentro de Salud del Barrio San Valentín.-----
LO CERTIFICO.-


Gladys Maza
SECRETARIO GENERAL

 enero 10, 2011.

Vic. Te



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, TupacYupanqui Mera Juan Carlos, con C.C: # 091613824-1 autor del trabajo de titulación: *Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad Lago Agrio – Sucumbíos* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de abril de 2018

f. _____

Nombre: TupacYupanqui Mera Juan Carlos

C.C: 091613824-1

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estudio de accesibilidad a los servicios básicos de salud de primer nivel en el centro de Salud San Valentín de la ciudad Lago Agrio – Sucumbíos		
AUTOR(ES)	TupacYupanqui Mera, Juan Carlos		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	CPA. Vera Salas, Luara Guadalupe Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Pogrado		
CARRERA:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
TITULO OBTENIDO:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de abril de 2018	No. DE PÁGINAS:	202
ÁREAS TEMÁTICAS:	Servicio de Salud, Gerencia de la Salud, Campaña de Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Servicio de Salud, Accesibilidad, Salud Preventiva, Salud Curativa, tiempo de espera, Campaña de Salud		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El trabajo de investigación “Estudio de Accesibilidad a los Servicios Básicos de Salud de Primer Nivel en el Centro de Salud San Valentín de la Ciudad Lago Agrio – Sucumbíos” se enfoca en identificar las necesidades de accesibilidad existentes en los habitantes de la parroquia Nueva Loja [lugar de cobertura], de esta forma plantear acciones de mejora que beneficien a la comunidad, para garantizar el acceso a los servicios de salud y renovar la percepción del establecimiento y talento humano. Para el proceso investigativo se precisó de fuentes de información primaria y secundaria, la primera corresponde a la investigación cuantitativa mediante encuestas; y la segunda para conocer estudios anteriores y definir conceptos: revisión bibliográfica. Además de la investigación cuantitativa, se consideró la del tipo aplicada, con enfoque descriptivo y correlacional. Se empleó una muestra de 382 individuos, los instrumentos que se aplicaron permitieron evidenciar claramente que la accesibilidad a los servicios de salud de primer nivel en la población está debajo de la proyección y capacidad del establecimiento, por ende, se plantean alternativas de mejora en virtud a tres variables identificadas como las de mayor incidencia: tiempos de espera en salud curativa, atención domiciliaria y promoción de servicios preventivos de poco acceso.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2555777 / 0999999999	E-mail: juan.perez@cu.ucsg.edu.ec / jperez@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			