



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**TEMA:**

EL ROL DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD EN LA PERCEPCIÓN DEL  
USUARIO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD. PROPUESTA DE UN PLAN DE  
TRABAJO Y CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL COMITÉ LOCAL DE SALUD CON EL  
OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

**AUTOR:**

Md: FERNANDO OREJUELA CABRERA

Previo a la obtención del grado de:  
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**TUTOR:**

DR.: FRANCISCO OBANDO FREIRE

GUAYAQUIL

2016



**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 Médico Fernando Mauricio Orejuela Cabrera, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

**DIRECTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

\_\_\_\_\_  
Dr. FRANCISCO OBANDO FREIRE

**REVISORAS**

\_\_\_\_\_  
CPA.: LAURA VERA SALAS,

\_\_\_\_\_  
DRA. CINTHYA GAME VARAS

**DIRECTOR DEL PROGRAMA**

\_\_\_\_\_  
EC. MARIA DEL CARMEN LAPO MAZA

Guayaquil 1 de Marzo del 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Fernando Mauricio Orejuela Cabrera**

**DECLARO QUE:**

El proyecto de investigación: “El rol del comité local de salud en la percepción del usuario sobre los servicios de salud. Propuesta de un plan de trabajo y capacitación dirigido al comité local de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios”, previo 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.

**Guayaquil, a 1 día del mes de Marzo del año 2016**

AUTOR

---

**Fernando Mauricio Orejuela Cabrera**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, Fernando Mauricio Orejuela Cabrera**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del proyecto de investigación titulado: “El rol del comité local de salud en la percepción del usuario sobre los servicios de salud. Propuesta de un plan de trabajo y capacitación dirigido al comité local de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, al 1 día del mes Marzo del año 2016**

**AUTOR:**

---

**Fernando Mauricio Orejuela Cabrera**



# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## SISTEMA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

### ANÁLISIS URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. At the top, the browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/18061748-154874-417426#DcoxDoAgDAXQu3T+MZWWWQrmKYTBEDYMsjMa765vfQ/eksoUciMIQZzJAesyRAtwqaPzr9LO3fbSDCi8sHjVGy/J319XeD>.

The interface is divided into several sections:

- Document Information:**
  - Document: [Tesis Fernando Orejuela.docx](#) (D18232693)
  - Submitted: 2016-02-29 07:26 (-05:00)
  - Submitted by: drfernandoorejuela@hotmail.com
  - Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
  - Message: tesis Fernando Orejuela [Show full message](#)
- Message Content:** 4% of this approx. 37 pages long document consists of text present in 4 sources.
- List of sources:**

Rank	Path/Filename
1	<a href="#">tesis cap 1 y 2.docx</a>
2	<a href="http://bys.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002840">http://bys.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002840</a>
3	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3500/1/IT-UCSG-POS-MGSS-42.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3500/1/IT-UCSG-POS-MGSS-42.pdf</a>
4	<a href="http://www.epz-salud.com.ar/zonas-rurales.htm">http://www.epz-salud.com.ar/zonas-rurales.htm</a>
- Alternative sources:** Sources not used.

The bottom section shows a comparison of the document's content with the sources. The document text is on the left, and the source text is on the right. The document text includes:

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

TEMA:

EL

ROL DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD EN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD.

PROPUESTA DE UN PLAN DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL COMITÉ LOCAL DE SALUD CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

AUTOR: Md.: FERNANDO OREJUELA CABRERA

Previo

a la obtención del grado de: MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD TUTOR: DR.: FRANCISCO OBANDO FREIRE

GUAYAQUIL - ECUADOR 2016 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Médico Fernando Mauricio Orejuela Cabrera, como requerimiento parcial para la obtención

del

Grado Académico

The source text on the right includes:

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

TEMA:

EVALUACIÓN DE

PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE CAMPO ALEGRE EN LA ISLA

PROPUESTA DE UN PLAN DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL COMITÉ LOCAL DE SALUD CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

AUTOR: Md.: FERNANDO OREJUELA CABRERA

DE INVESTIGACIÓN

a la obtención del grado de: MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD TUTOR: DR.: FRANCISCO OBANDO

GUAYAQUIL - ECUADOR 2016 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Médico Fernando Mauricio Orejuela Cabrera, como requerimiento parcial para la obtención

del

Grado Académico

de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud infinita a mis padres, por el apoyo que día a día me brindan para salir adelante y superar los obstáculos que se presentan en la vida, son el impulso para no rendirme ante nada y el estímulo para desear un nuevo reto.

A los docentes de la maestría, por los conocimientos impartidos que servirán para el desempeño de las actividades diarias de mi carrera, han cambiado mi perspectiva y otorgado un nuevo rumbo a mi camino.

Fernando Mauricio Orejuela Cabrera

## **DEDICATORIA**

A la memoria de Mercedes del Carmen Aguilar Cabrera. Te llevaremos en nuestros corazones. Gracias por formar un gran grupo familiar, por tus consejos y enseñanzas, es por ti que hoy todos somos personas de bien, nos desempeñamos con ética y moral pues son valores que siempre nos inculcaste.

Siempre te recordaremos **CAMELITA**.

Fernando Mauricio Orejuela Cabrera.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>X</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>8</b>
<b>1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Servicios de salud .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Calidad .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Calidad en los servicios de salud.....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Calidad de los servicios de salud en el Ecuador .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5 Percepción.....</b>	<b>13</b>
<b>1.6 Percepción de la calidad de los servicios .....</b>	<b>14</b>
<b>1.7 Participación social en salud .....</b>	<b>15</b>



<b>1.8</b>	<b>Marco referencial .....</b>	<b>17</b>
<b>1.8.1</b>	<b>Estudios de la evaluación de la percepción de servicios de salud .....</b>	<b>17</b>
	<b>Contexto local .....</b>	<b>17</b>
<b>1.8.2</b>	<b>Estudios de la evaluación de la percepción de salud contexto internacional</b>	
	<b>18</b>	
<b>1.8.3</b>	<b>Contexto internacional de participación social en salud .....</b>	<b>24</b>
	<b>CAPITULO 2 .....</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA COMUNIDAD DE CAMPO ALEGRE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>Antecedentes .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2</b>	<b>Marco Geográfico.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>Datos De La Población.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4</b>	<b>Los servicios básicos de la comunidad .....</b>	<b>33</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Alumbrado Público y electricidad.....</b>	<b>33</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Agua Potable.....</b>	<b>34</b>
<b>2.4.3</b>	<b>Recolección De Basura .....</b>	<b>35</b>
<b>2.4.4</b>	<b>Alcantarillado.....</b>	<b>35</b>
<b>2.5</b>	<b>Servicios de salud en Campo Alegre.....</b>	<b>35</b>
<b>2.5.1</b>	<b>Estructura.....</b>	<b>36</b>
<b>2.5.2</b>	<b>Recursos financieros .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5.3</b>	<b>Recursos materiales .....</b>	<b>37</b>
<b>2.5.4</b>	<b>Límites del área de influencia de la unidad operativa de salud.....</b>	<b>38</b>
<b>2.6</b>	<b>Patologías más frecuentes .....</b>	<b>38</b>

2.7	Programas que ofrece el SCS Campo Alegre que rigen en el MSP .....	39
2.8	Análisis FODA del SCS .....	40
2.9	Comité local de salud .....	40
2.9.1	Conformación de los C.L.S .....	41
2.9.2	Funciones del C.L.S .....	42
2.10	Comité de salud de Campo Alegre .....	43
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>		<b>44</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>		<b>44</b>
3.1	Diseño de la investigación .....	44
3.2	Criterios de Inclusión.....	45
3.3	Criterios de Exclusión para la encuesta .....	45
3.5	Métodos de investigación .....	45
3.6	Técnica de recolección de datos .....	45
3.7	Instrumentos para la recolección de datos.....	46
3.4	Población y muestra .....	46
3.9	Variables de la investigación .....	48
3.9.1	Variable dependiente .....	48
3.9.2	Variable independiente.....	48
3.10	Operacionalización de las variables .....	49
3.11	Análisis de resultados .....	51
3.12	Discusión: .....	63
<b>CAPITULO 4 .....</b>		<b>66</b>

<b>LA PROPUESTA.....</b>	<b>66</b>
<b>4.1 Antecedentes .....</b>	<b>66</b>
<b>4.2 Justificación .....</b>	<b>66</b>
<b>4.3 Misión .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4 Visión.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Beneficiarios.....</b>	<b>67</b>
<b>4.6 Objetivos .....</b>	<b>67</b>
<b>4.7 Desarrollo de los Objetivos.....</b>	<b>67</b>
<b>4.7.1 Objetivo 1: Capacitación y socialización para el CLS. ....</b>	<b>68</b>
<b>4.7.2 Objetivo 2: Estrategias y acciones.....</b>	<b>69</b>
<b>4.7.3 Objetivo 3: cronograma de trabajo .....</b>	<b>71</b>
<b>4.8 Alcance de la propuesta .....</b>	<b>71</b>
<b>4.9 Factibilidad de la propuesta .....</b>	<b>72</b>
<b>4.10 Aprobación y Autorización.....</b>	<b>72</b>
<b>4.11 Resultados esperados.....</b>	<b>72</b>
<b>4.12 Presupuesto .....</b>	<b>72</b>
<b>4.13 Matriz de riesgo .....</b>	<b>74</b>
<b>4.14 Conclusiones.....</b>	<b>74</b>
<b>4.15 Recomendaciones.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>85</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1: Áreas del S.C.S. Campo Alegre .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 2: Materiales e insumos del subcentro de salud de Campo Alegre .....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 3: Patologías frecuentes en la comunidad Campo Alegre. ....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 4: Foda del SCS Campo Alegre .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 5: Operacionalización de la variable dependiente .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 6: Operacionalización de la variable independiente .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 7: Jornada de capacitación para el comité local de Campo Alegre.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabla 8: Estrategias y acciones .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabla 9: Presupuesto del proyecto .....</b>	<b>73</b>
<b>Tabla 10: Matriz de riesgo .....</b>	<b>74</b>
<b>Tabla 11: Conformación del comité local .....</b>	<b>85</b>
<b>Tabla 12: Hoja de ruta del plan local.....</b>	<b>86</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1: Visión satelital de la isla Puná y sus comunidades.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 2: Población Campo Alegre .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 3: Agencia de CNEL en Campo Alegre .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 4: Fuente de Agua Potable.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 5: Intervención de Interagua en la comunidad.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 6: Subcentro de salud Campo Alegre .....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 7: Consultorio médico .....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 8: Consultorio de enfermería.....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 9: Estructura del comité local de salud .....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 10: ¿Acude usted al Subcentro de Salud de su comunidad cuando requiere asistencia médica? .....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 11: A su criterio ¿El contar con servicios de salud dentro de su comunidad, le brinda confianza y seguridad?.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 12: ¿Cómo califica las instalaciones donde funciona el subcentro de salud? ..</b>	<b>54</b>
<b>Figura 13: ¿Confía en la capacidad, destreza y conocimiento del personal de salud? ..</b>	<b>55</b>
<b>Figura 14: ¿Considera que fue atendido en un tiempo adecuado? .....</b>	<b>55</b>
<b>Figura 15: ¿Programa sus citas médicas con anticipación mediante el sistema de agenda del subcentro de salud? .....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 16: ¿Considera que en su consulta se le atendió con amabilidad?.....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 17: ¿Se le explicó claramente sobre su enfermedad? .....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 18: ¿El tiempo de atención que duró su consulta fue el adecuado?.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 19: ¿Se le otorgó medicación e insumos completos para su tratamiento? .....</b>	<b>59</b>

<b>Figura 20: ¿Se realizan visitas domiciliarias por parte del personal del subcentro de salud? .....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 21: ¿Participa de las reuniones, charlas y convocatorias que realiza el personal de salud? .....</b>	<b>60</b>
<b>Figura 22: ¿Conoce sobre el Comité local de salud? .....</b>	<b>61</b>
<b>Figura 23: ¿El Comité local de salud de su comunidad trabaja en conjunto con el personal de salud para mejorar el servicio? .....</b>	<b>61</b>
<b>Figura 24: ¿Ha realizado el comité un plan para el desarrollo de los servicios de la salud en la comunidad? .....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 25: Cronograma de actividades.....</b>	<b>71</b>
<b>Figura 26: Consultorio médico .....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 27: Usuario del S.C.S Campo Alegre .....</b>	<b>91</b>
<b>Figura 28: Alumnos de la escuela .....</b>	<b>91</b>

## RESUMEN

Diversos estudios han evaluado a nivel nacional e internacional la percepción de los servicios de salud mediante encuestas y entrevistas a los usuarios, lo que evidenció que las comunidades rurales requieren de asistencia médica continua e integral y de sistemas de salud con calidad. Sin embargo, estas poblaciones se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a las condiciones de pobreza, escasez de servicios básicos y contaminación ambiental sumadas a las dificultades de accesibilidad geográfica, lo cual conlleva a que dichas poblaciones queden excluidas.

EL objetivo del trabajo fue determinar la percepción de los usuarios del Subcentro de Salud (SCS) de la Comunidad Campo Alegre sobre los servicios recibidos, para ello se realizó una visión global así como un análisis situacional de la Comunidad de Campo alegre en la Isla Puná.

Para el desarrollo del proyecto se utilizaron los métodos científico, analítico y deductivo, se realizó una encuesta en la comunidad para obtener datos estadísticos y su posterior análisis para conocer la percepción a cerca de los servicios de salud.

Se demostró que los habitantes de la comunidad en su mayor proporción utilizan el servicio del SCS Campo Alegre de los cuales el 68% aseguraron que les brinda confianza y seguridad, además el 11% de los usuarios encuestados refirieron que el comité local de salud (CLS) no ha realizado planes de desarrollo de la comunidad, el 59% desconocía sobre el tema y el 30% no quiso opinar.

### PALABRAS CLAVES

Percepción, Comité, salud, Comunidad, Servicios de salud

## ABSTRACT

Several studies have evaluated the national and international perception of health services through surveys and interviews with users, which showed that rural communities require continuous and comprehensive medical care and quality health systems. However, these stocks are vulnerable due to poverty, lack of basic services and environmental pollution added to the difficulties of geographical accessibility, which leads to these populations are excluded.

The objective of the study was to determine the perception of users of Subcentro Health (SCS) of the Field Community Alegre on services received for it a global vision and a situational analysis of the Community of cheerful Campo in Puná Island was held.

For the project development scientific, analytical and deductive methods were used, a survey was conducted in the community to obtain statistical data and further analysis to study the perceptions about health services.

It was shown that the inhabitants of the community as a higher proportion use the service of SCS Campo Alegre of which 68% said they gives them confidence and security, plus 11% of surveyed users reported that the local health committee (CLS) has not plans of community development, 59% did not know about it and 30% did not want to comment.

## KEYWORDS

Perception Committee, Health, Community Health Services



## INTRODUCCIÓN

El Ecuador es uno de los países del sur de América con índice de pobreza en las zonas rurales y se evidencia una desigualdad entre la zona urbana y rural. Una de las causas principales es el poco desarrollo de la zona, la falta de empleo, y la carencia de servicios de salud acordes a la necesidad de cada comunidad, por lo cual nace la necesidad de plantear intervenciones en ámbito de la salud, y oportunidades de negocios en la zona, que generen empleo e ingresos adicionales a las actividades de las comunidades. Dichas oportunidades deben lograr desarrollo en la familia y la comunidad, así también la inclusión social al sistema productivo.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) convoca a médicos, obstetrices, odontólogos y enfermeras egresados de las distintas universidades del Ecuador al proceso de asignación de los centros de salud en los que cumplirán el Año de Salud Rural, según el reglamento de profesionales de la salud, que mediante decreto supremo No. 44 de 3 de julio de 1970, publicado en el Registro Oficial No. 13 de 8 de julio de 1970, se estableció la obligación de servir por un año al Plan nacional de Salud Rural. Los nuevos profesionales deben compensar la formación universitaria que les brinda la sociedad con la prestación de atención médica y odontológica a las comunidades rurales marginadas injustamente de este servicio fundamental para la población, que colabora con el bienestar del habitante.

El MSP Vigila que se cumpla la ley y supervisa también el cumplimiento del precepto constitucional que garantiza el derecho de los ecuatorianos a la salud. Cuando a una unidad de salud no se le ha asignado médico rural, el área o distrito que la dirige envía personal de la salud para desempeñar las funciones y programas que rigen en el sistema nacional de salud.

Las comunidades rurales requieren el acceso a servicios de salud de calidad y a una asistencia médica continua e integral al igual que los habitantes de zonas urbanas. Sin embargo, por lo general a nivel mundial, estas poblaciones se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a las condiciones de pobreza, escasez de agua potable, contaminación ambiental, explotación intensiva agropecuaria o minera y las dificultades de accesibilidad geográfica, hacen que ciertas poblaciones queden excluidas de los sistemas de salud. Ciertas comunidades se encuentran alejadas de los centros de alta complejidad donde se debe derivar a los pacientes con enfermedades graves y otras no cuentan con la cantidad de profesionales de la salud necesarios.

La Promoción de la Salud es fundamental para llevar a cabo los programas del MSP y con el fin de cumplir los objetivos propuestos tanto en el sector urbano como el rural, la Participación Social en la salud es un deber de todas las comunidades, para ello se debe conformar los Comités de Salud que vigilen el cumplimiento de la correcta operatividad de los centros y subcentros de salud comunitarios para de esta manera llevar a cabo el plan integral de salud, basándonos en un modelo con enfoque preventivo que hoy en día está en auge a nivel mundial, puesto que beneficia al usuario y a la economía del país.

La conformación de los CLS se basa en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC) del MSP para mejorar la relación entre los funcionarios de salud y la comunidad, además de garantizar los derechos fundamentales que hagan posible la inclusión y participación social, dirigiendo hacia un círculo de igualdad y desarrollo de las comunidades.

Es necesario analizar la percepción de los usuarios con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos por el MSP por lo cual se ha pensado en el desarrollo de nuestro proyecto, y proponer un plan de trabajo y capacitación para el CLS que sea útil para mejorar los servicios de salud que recibe la comunidad.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La isla Puná es una parroquia rural perteneciente a la ciudad de Guayaquil, en el centro de la isla se encuentra una comunidad llamada Campo Alegre, que cuenta con un Subcentro de salud perteneciente al MSP desde el año 2007, en el cual se ofrecen servicios de salud para la comunidad y usuarios externos. La institución cuenta con personal capacitado para atención integral compuesta por un médico general y una auxiliar técnica de enfermería.

En el año 2013 se conformó el CLS con miembros pertenecientes a la comunidad. El CLS es la organización más cercana a la ciudadanía y mantiene relación directa con el MSP a través de sus unidades operativas. La función principal de los CLS es coordinar con los equipos de atención integral de salud (EAIS) y participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad.

En Campo alegre existe un desconocimiento de las funciones de los integrantes del CLS, no se ha evidenciado el trabajo de la organización por la comunidad, por lo cual se genera una problemática en el desarrollo del trabajo comité, y sin participación social no se pueden evaluar y mejorar los servicios de salud. Por la problemática descrita, el estudio se basa en analizar el rol que cumple el CLS en la percepción de los usuarios del servicio de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, proponiendo un plan de mejoramiento dirigido al CLS para optimizar los recursos y los servicios de salud.

Existen numerosos estudios acerca de la participación social en salud en contexto nacional e internacional, pero no se ha evidenciado propuestas dirigidas al CLS. El MSP cuenta con guías dirigidas a los comités, las cuales se fundamentan en el MAIS-FC.

## **DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

El objeto de esta investigación es evaluar la percepción de los habitantes de la comunidad de Campo Alegre acerca de los servicios de salud que reciben, con el fin de que los resultados sean un instrumento útil que permita mejorar la calidad de los servicios.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el rol que desempeña el CLS en la percepción de los servicios de salud de los usuarios de la comunidad de C alegre durante el primer semestre del 2015?

## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

El presente trabajo se realiza en la Comunidad de Campo Alegre en la isla Puná.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción de los usuarios del SCS de Campo Alegre en la isla Puná acerca de los servicios de salud que reciben?

¿Cumple la unidad operativa de salud con las necesidades básicas de la comunidad?

¿Se encuentra trabajando el CLS con el equipo básico para el bienestar de la comunidad?

¿Ha desarrollado el CLS un plan de mejoramiento de los servicios de salud para la comunidad?

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La percepción del usuario representa la vivencia subjetiva que se deriva del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo, es decir, es el balance favorable entre lo que espera de la atención en los servicios de salud y de los servicios recibidos. Cuando una persona no percibe satisfacción con el servicio recibido acumula una experiencia negativa que la extiende a su entorno y demanda otro servicio. La satisfacción del usuario con la atención recibida tendrá como consecuencia el consentimiento del plan terapéutico, la adherencia al tratamiento propuesto y el cambio en su salud. Esto significa para el médico una experiencia placentera el retorno del paciente a la cita y la satisfacción con su trabajo. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014)

Según el plan nacional del buen vivir (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo, 2009), entre sus 12 objetivos principales se destacan:

- Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas
- Mejorar la calidad de vida de la población
- Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia

Dentro de los derechos de los ciudadanos según la Constitución de la República del Ecuador que ordena en su artículo 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Asamblea Constituyente, 2008).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud: sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad,

solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008)

La presente investigación será útil para evaluar si el CLS se encuentra trabajando por la comunidad de Campo Alegre e identificar si se está cumpliendo la normativa dispuesta en el MAIS-FC de fortalecer la atención primaria. La conformación de los CLS es necesaria para vincular a los funcionarios de salud con los usuarios de la comunidad.

Los CLS son protagonistas principales en la construcción, implementación y seguimiento de la política pública de salud. Con esta propuesta se pretende facilitar el trabajo del CLS de la comunidad de Campo Alegre para ejercer con claridad sus funciones y aprovechar al máximo los servicios de salud que le otorga el MSP

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo general:**

- Evaluar la función del CLS en la percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios del SCS de Campo Alegre, a través de una investigación de campo para formular una propuesta dirigida al CLS que permita el cumplimiento de su función.

### **Objetivos específicos:**

1. Analizar los referentes teóricos y metodológicos de percepción de calidad de servicios de salud y participación social en salud.
2. Evaluar mediante una encuesta el nivel de percepción de los usuarios acerca de los servicios que reciben del SCS Campo Alegre, realizando un análisis estadístico con discusión de resultados.
3. Realizar un análisis situacional de la comunidad de campo alegre e identificar si el CLS se encuentra trabajando y desarrollando planes para mejorar la salud de la comunidad.

4. Proponer un plan de trabajo y capacitación para el comité local de salud comité local de salud para mejorar la calidad de los servicios.

## **CAPITULO 1**

### **1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

#### **1.1 Servicios de salud**

En el mundo de la economía los productos intangibles se denominan servicios, y los productos tangibles se denominan bienes, por lo cual a las actividades sanitarias las conocemos como servicios de salud. En el marco conceptual se denomina servicios de salud a un conjunto de actividades o procesos que ofrecen atención e información específica para intentar recuperar la salud de un paciente o de una población determinada, intenta evitar la pérdida de la salud mediante la prevención con el objetivo de aliviar el dolor y brindar consuelo. (Repullo & Iñesta, 2012)

#### **1.2 Calidad**

Muchas veces se ha escuchado la palabra calidad, en productos, servicios y bienes, pero para definir la calidad algunos autores destacan lo siguiente:

La calidad puede ser definida como la capacidad del ser humano de hacer bien las cosas. Se habla de calidad cuando se satisfacen las necesidades de un cliente e incluso se superan; un producto o un servicio es de calidad si cumple de antemano las especificaciones planteadas por sus diseñadores.

De acuerdo con la norma UNE - ISO 9000 el termino calidad debe entenderse como el grado en el que un conjunto de características (rasgos diferenciadores) cumple con ciertos requisitos (necesidades o expectativas establecidas) orientados a satisfacer las necesidades del cliente (Alcalde, 2009).

En si la calidad es la capacidad de un servicio para influir en la satisfacción de los usuarios, el término calidad se ha convertido en una de las palabras claves de nuestra



sociedad alcanzando tal grado de relevancia que iguala e incluso supera el factor precio. La calidad orientada al cliente es cuando el rendimiento del producto o servicio es igual o superior a las expectativas del usuario: el cual exige precios justos, servicio en el menor tiempo posible, mejora continua, seguridad, confiabilidad y agilidad en el servicio. Siendo entonces un concepto muy dinámico que depende de muchos factores como los gustos y motivaciones del consumidor (Bosques, 2016).

Con los conceptos anteriormente mencionados, se puede definir que la calidad es la manera de satisfacer al usuario, cumpliendo con sus requerimientos y sobrepasando sus expectativas.

### **1.3 Calidad en los servicios de salud**

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y se encuentra implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma, pero sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social. En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas. (Secretaría de Salud, 2012)

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y

análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud (Gattinara, 1995).

Una de las funciones principales de los sistemas de salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que la calidad óptima de la atención es un elemento fundamental para garantizarlos. Desde hace más de dos décadas, el concepto de calidad de atención ha incluido el enfoque tanto individual como poblacional, asegurando el otorgamiento de servicios de salud con base en la mejor evidencia científica disponible y con énfasis en los resultados deseables en salud. (Reyes, 2013)

Este concepto implica que los pacientes estén informados y compartan la toma de decisiones para su atención, aunque tradicionalmente el análisis de la calidad de atención se ha centrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del paciente, la cual se considera subjetiva (Reyes, 2013).

Cuando se ofrece a los pacientes servicios de salud de calidad, se logra una percepción positiva, lo que conlleva a que el usuario regrese cuando requiera atención a su salud, así como para el control de su enfermedad, recomendando la institución a sus familiares y allegados.

#### **1.4 Calidad de los servicios de salud en el Ecuador**

Cada institución que brinda servicios de salud en el Ecuador es normada por el MSP. El MSP a través de la dirección nacional de calidad de los servicios de salud, garantiza la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brindan las unidades operativas en el marco de los derechos de las personas. El propósito es lograr la excelencia en los servicios de salud conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Las atribuciones y responsabilidades de la dirección nacional de calidad de los servicios de salud son:

- A. Proveer insumos para la formulación de políticas públicas sobre gestión y sistemas de garantía de la calidad de la atención integral de salud.
- B. 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.
- C. Planificar e impulsar las acciones y procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.
- D. 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.
- E. 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.
- F. Desarrollar herramientas técnicas de auditoría de la calidad de la atención en salud, para su implementación.
- G. 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.
- H. Monitorear y evaluar los procesos de la auditoría de facturación de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, para proponer mejoras.
- I. 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.

- J. 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.
- K. 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.
- L. 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
- M. Asesorar a las máximas autoridades sobre gestión de calidad de los servicios de salud para la toma de decisiones.
- N. Aprobar la programación de actividades e informes técnicos del personal de la Dirección.
- O. Coordinar las actividades de la Dirección, con las Direcciones Nacionales y niveles desconcentrados.
- P. Disponer el análisis sistemático de la situación de calidad de los servicios de salud en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública.
- Q. 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.
- R. Fomentar el desarrollo de la Política de Calidad en el conjunto del sistema sanitario del Ministerio de Salud Pública.

- S. 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.
- T. Evaluar las expectativas y percepciones de los ciudadanos así como el nivel de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud.
- U. 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.
- V. Participar en el ámbito de competencias de la Dirección, en los procesos de evaluación y control de la gestión de los niveles desconcentrados.
- W. Coordinar con la Dirección Nacional de Normatización 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.
- X. 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.
- Y. Participar de ser requerido y de acuerdo al ámbito de su competencia en la sala situacional del Ministerio de Salud Pública.
- Z. Ejercer las funciones, representaciones y delegaciones que le asigne el/la Subsecretario/a Nacional de Provisión de Servicios de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2016).

## **1.5 Percepción**

Según la Real academia de lengua española (Real academia de lengua española, 2016), define a la percepción de la siguiente manera: En primer lugar como una acción y

efecto de percibir, en segunda instancia refiere que es una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, por último indica que es sinónimo de conocimiento e idea.

La percepción es una imagen mental que se construye en base a sensaciones, necesidades y experiencias, esta puede ser buena y mala. Decimos que la percepción es buena cuando sobrepasa lo esperado, y se puede definir a una percepción mala cuando no cumple con las expectativas imaginadas.

### **1.6 Percepción de la calidad de los servicios**

Para hablar de percepción de calidad, es necesario que un producto o servicio sea evaluado por un usuario. La percepción es la forma de interpretación que un individuo puede hacer por medio de sus sentidos, formando una impresión consciente de la realidad del entorno. Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico (Secretaría de salud, 2002).

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios

y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales (Ramirez, Nájera, & Nigenda, 1998).

### **1.7 Participación social en salud**

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida. El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud (Sandoval, 2015).

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. Uno de los objetivos principales para empeñarse en estimular y perfeccionar la participación social, es lograr estabilizar el grado de protagonismo de los diferentes actores sociales en las tareas inherentes a la producción social de la salud, ya que en ese sentido

prevalecen desequilibrios que en algunos casos son resultado de la iniquidad en la salud y en otros conducen a ella. (Sandoval, 2015).

Se puede destacar un objetivo general y varios objetivos específicos de la participación social en salud:

### **Objetivo general**

- Ejercer acciones colectivas para mejorar la salud y contribuir al desarrollo de las comunidades rurales

### **Objetivos específicos**

- Desarrollar mecanismos y formas de organización de la población, facilitando su incorporación a los procesos de promoción, definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. (Comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud, 2006)
- Garantizar un proceso permanente de revisión y adecuación de los marcos y estructuras institucionales del sector salud para facilitar la incorporación de la población y los trabajadores de salud, sin distinción alguna, a los procesos de diagnóstico, definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. (Comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud, 2006)
- Fortalecer una cultura de participación social en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud. (Comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud, 2006).
- Desarrollar instrumentos que permitan democratizar la gestión pública y el control social del manejo transparente, eficiente y eficaz de los recursos públicos (Comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud, 2006).



## **1.8 Marco referencial**

### **1.8.1 Estudios de la evaluación de la percepción de servicios de salud**

#### **Contexto local**

En el Ecuador se ha realizado proyectos de investigación sobre estudios de la percepción de la calidad de servicios de salud en lugares públicos y privados, con el objetivo de obtener un análisis estadístico. Como ejemplo citamos el estudio de la calidad del servicio al usuario externo en el área de hospitalización de cirugía del hospital Juan Tanca Marengo, en la que se realizó una encuesta dirigida a los usuarios. El mayor porcentaje de los encuestados correspondió al sexo femenino (76.09 %) frente a un porcentaje del 23.91 % que son del sexo masculino.

Sobre la confianza en el personal un 2.2 % declaró totalmente insatisfecho, 4.3 % dijo estar parcialmente insatisfecho, un 4.3 % mantuvo una posición neutral, 58.7 % afirmó estar satisfecho y un 30.4 % como totalmente satisfechos. Sobre la estética de las instalaciones del área de hospitalización del área de cirugía el 91 % respondió estar entre satisfechos y totalmente satisfechos, desglosados en 30.4% satisfechos y 60.9 % totalmente satisfechos, el 4.3 % estuvo parcialmente satisfechos y 4.3 % neutros. Sobre la percepción de confianza en el tratamiento recibido, 2.2 % afirmaron estar totalmente satisfechos, 6.5 % parcialmente satisfechos, 71.7 % estuvieron satisfechos y 19.6 % totalmente satisfechos. (Reyes J. , 2015).

Otro ejemplo que se puede mencionar es el estudio de percepciones de los usuarios en relación a los nuevos modelos de gestión en salud aplicados en la administración de enfermería en el hospital general de Santa Elena Dr. Liborio Panchana Sotomayor. En el cual se realizó mediante encuestas dirigidas a los usuarios.

El 56% de los encuestados fueron de sexo femenino, mientras que el 44% de los encuestados fueron de sexo masculino. Como resultado se obtuvo que el 48% de los

encuestados manifestaran estar totalmente en desacuerdo con la atención que se brinda y el 42% refirió estar de acuerdo con la atención. Las respuestas de los usuarios no se relacionaron con la capacidad de los profesionales para dar sus consultas, sino más bien tuvieron relación con la poca información que recibió para su tratamiento, las largas filas de espera y porque no hay médico quién reemplace la atención en caso de ausentismo del profesional (Dominguez, 2015).

### **1.8.2 Estudios de la evaluación de la percepción de salud contexto internacional**

En contexto internacional se han realizado varios estudios sobre la percepción de los servicios de salud. Todos los estudios están basados en realizar encuestas directamente al usuario, para posteriormente analizar los resultados y emitir conclusiones y recomendaciones con el objetivo de mejorar los servicios de salud.

#### **Caso México:**

La opinión de los usuarios de los servicios de salud en México sobre la calidad de los mismos ha sido estudiada principalmente por medio de las encuestas nacionales de salud, de encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales. El seguimiento de los resultados con indicadores similares a través del tiempo es fundamental para evaluar los cambios en la provisión de los servicios y garantizar una atención ambulatoria de calidad, en un sistema de salud cuya magnitud se sustenta en los casi doscientos millones de consultas médicas que se otorgan anualmente en el país, principalmente en las instituciones públicas, pero en el que el sector privado tiene también gran importancia en aproximadamente 40% de las atenciones ambulatorias (Reyes, 2013).

El estudio Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de la salud en México en el 2013, fue realizado a partir de las encuestas nacionales de salud y nutrición en el 2006 y 2012. Dando como resultado que el 2006 el 82% de la población tenía una buena percepción de los servicios de salud, posteriormente se elevó a 85% en el 2012 (Reyes, 2013).

Anteriormente en 1994 fue realizado un estudio para evaluar la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, desde la perspectiva de los usuarios. Su objetivo fue describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria, la información analizada parte de la encuesta nacional de salud II de 1994, que levantó información de 3324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Resultados. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala.

Los principales motivos que defendieron la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%) (Ramirez, Nájera, & Nigenda, 1998).

**Caso Chile:**

En Chile a partir de la Reforma de Salud se incorpora un nuevo enfoque que cambia la mirada respecto de la calidad en la atención sanitaria. A través de la Ley 19.966 se establecen garantías explícitas de salud que constituyen un derecho para el beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Dentro de las cuales está garantizar la calidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a determinados problemas de salud priorizados. Para estos efectos la garantía explícita de calidad se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (Superintendencia de salud de Chile, 2004) .

Según la encuesta de la Superintendencia de Salud realizada en el año 2011, la gran mayoría de sus habitantes pertenece al sistema de salud público, alrededor de 80% de la población, mientras que únicamente 20% cuenta con un sistema privado de salud. Según esta encuesta, únicamente 38% de la población encuestada manifiesta estar satisfecha con la atención pública, mientras que 61% con la atención privada (Aravena & Hinostroza, 2015).

**Caso Perú:**

En Perú La Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud recabó información a nivel nacional, de una muestra de 13670 usuarios de 15 a más años de edad que fueron atendidos por personal médico en servicios de consulta externa, para conocer la percepción del nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida y con los servicios que le brinda su seguro de salud, además sirvió para identificar los principales problemas o dificultades en la atención (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014).

La encuesta se desarrolló con una muestra de 181 establecimientos de salud, de los cuales el 50,8% correspondían al Ministerio de Salud, el 30,9% al Seguro Social de Salud del Perú, el 13,3% a las Clínicas y el 5,0% a las Fuerzas Armadas y Policiales. De los 181 establecimientos de salud seleccionados, la distribución por nivel de atención fue la siguiente: el 54,7% correspondían al segundo nivel de atención dirigido a establecimientos de salud con categoría II-1, II-2 y II-E, el 33,1% al primer nivel de atención dirigido a establecimientos de salud con categoría I-3 y I-4 y el 12,2% al tercer nivel de atención dirigidos a establecimientos de salud con categoría III-1, III-2 y III-E (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014).

Como resultados se obtuvo que al 81,9% de los usuarios atendidos en la consulta médica les pareciera adecuado el tiempo que duró la atención. Se calificó como bueno el trato del médico en un 90,8%, sobre la amabilidad y cortesía el 88,6% de los usuarios calificó como buena y el 86,4% dijo que percibió claridad en la información. El 49,3% de los usuarios identificaron como principal problema el tiempo de espera en la atención de salud, el 34,4% el maltrato en la atención y el 18,1% la falta de medicamentos en el servicio de farmacia del establecimiento de salud. El 70,1% de los usuarios de consulta externa de los establecimientos de salud refirieron estar satisfechos con la atención que recibieron, el 21,6% refirió no estar ni satisfecho ni insatisfecho y el 8,3% estuvo insatisfecho (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014).

### **Caso Colombia:**

En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Igualmente, cataloga como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a los profesionales independientes de salud, a los servicios de transporte especial de pacientes y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura (Hospital Universitario del Valle, 2010).

Se realizó un análisis de la percepción de los usuarios del Hospital Universitario del Valle (HUV) por medio de una encuesta, siguiendo la metodología Servqual. De los 510 encuestados, la mayoría fueron mujeres 79% y un 21% correspondió a población masculina, la mayoría de los encuestados 64% correspondió a usuarios que recibieron directamente la atención en salud en el HUV en el 2009. Un 36% de los encuestados participantes en el estudio correspondieron a acompañantes de pacientes (Hospital Universitario del Valle, 2010).

Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados calificaron como alta la confianza que al personal de salud y otros empleados del HUV, el 56% se declaró satisfecho y 17% muy satisfecho, al tiempo que un poco más del 70% consideró suficiente la información y orientación que le dieron en el HUV, en cuanto a ubicación y trámites necesarios. (Hospital Universitario del Valle, 2010).

### **Caso Bolivia:**

En Bolivia se realizó un estudio que da a conocer la percepción de la población respecto de la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo, enfatizando la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes. El propósito general fue apoyar al personal técnico y directivo de los Distritos de Salud Norte e Ichilo en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Su objetivo general fue analizar la calidad de la consulta externa respecto a la relación entre trabajadores de salud y pacientes, desde el punto de vista de la población y de los usuarios (Gattinara, 1995).

Las entrevistas fueron dirigidas a los usuarios, el 65% de la muestra poblacional fueron mujeres y 35% hombres. La percepción de la población sobre la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes, así como la satisfacción de los usuarios, fueron evaluadas a través de su opinión sobre varios conceptos tales como capacidades técnicas y habilidades de comunicación del personal de salud, eficacia terapéutica, adecuación cultural y costos de los servicios de salud, expectativas y experiencia directa de la población. La mayoría de la población encuestada (65.7%) afirmó que el personal de salud trató sin discriminación étnica a los pacientes, el 29.5% de los entrevistados dice que los trabajadores de salud brindaron mejor trato a los pacientes originarios de Santa Cruz, que a los originarios del altiplano (Gattinara, 1995).

### **Caso España:**

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado por primera vez en 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)., desde hace 25 años recoge información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales que determinan la salud y el uso de los servicios sanitarios. Actualmente la ENSE se realiza conjuntamente entre el MSSSI y el Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un grupo de variables armonizadas (Instituto Nacional de Estadística, 2013)

Los resultados publicados por el ENSE se basan en datos correspondientes a 26.502 entrevistas realizadas entre julio de 2011 y junio de 2012. El 75,3% de la población percibió su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres, el 79,3% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 71,3% de las mujeres. Con respecto a 2006, la valoración de la salud de la

población mejoró en 5,3 puntos. La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad. En el grupo de 85 y más años solo el 32,1% de los hombres y el 29,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoran de dicha manera el 93,0% y el 93,2%, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

### **Caso Argentina:**

En Argentina se realizó un estudio en el año 2001 para la evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde en San Salvador de Jujuy. Se trabajó con Encuestas y Entrevistas Cualitativas estructuradas para evaluar el grado de Satisfacción del Usuario. Se aplicó un Cuestionario de 10 preguntas con alternativas de respuesta cerrada. Se realizaron 224 encuestas a madres de niños menores de 6 años. Para el análisis de resultados utilizaron un puntaje clasificado en: Bueno entre el 80% al 100% de los resultados; Regular entre el 60% y el 79%, y Malo por debajo de 60%. Estos porcentajes se obtuvieron por comparación entre el puntaje óptimo esperado, en relación al puntaje obtenido. La evaluación del proceso, dio como resultado un 74.7% con lo cual el centro de salud tuvo una calificación de regular (Macias, 2009).

### **1.8.3 Contexto internacional de participación social en salud**

Actualmente, muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas, si bien difieren de acuerdo con las características del país, comparten muchas de sus políticas, y una de éstas es la promoción de la participación social en salud. Con todo, esta política no es una iniciativa nueva en lo que a organización de los servicios de salud se refiere. A lo largo del último siglo la colaboración individual o colectiva de la población con los servicios de salud ha sido fomentada a partir de diversas filosofías y



conceptos, y persigue objetivos diversos: desde la búsqueda de la colaboración de la población para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios. No obstante, para que exista algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores, tanto relativos a los servicios como a la población (Siqueira, Da Silva, & Vasquez, 2000).

### **Participación social en Argentina**

En Argentina ha existido un significativo número de experiencias de participación social y comunitaria en salud a pesar de que muy pocas han sido documentadas. Este vacío de documentación sobre las experiencias de participación hace impostergable una mayor profundización, sistematización y análisis ya que la gran mayoría de los programas a nivel nacional, con o sin financiamiento externo, cuentan con un componente de participación social y comunitaria en sus diseños. Algunos ejemplos son el Programa Materno Infantil (PROMIN); el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA/HIV; el Programa Nacional de Vigilancia Epidemiológica, VIGI+A; el Programa Nacional de Médicos de Cabecera, el Plan Nacional de Sangre; el Programa de Apoyo a Organizaciones de Adultos Mayores; entre otros (Essayag, 2010).

### **Participación social en Perú**

El proceso de reforma sanitaria que el Estado peruano emprendió entre 1993 y 2013 ha privilegiado el aspecto financiero respecto a los temas de salud y se ha enfocado fundamentalmente a contener costos, restringir la calidad y el acceso a los servicios. La respuesta del movimiento sanitario que encabeza el Foro de la Sociedad Civil en Salud (Forosalud) frente a estas políticas y lo que esta experiencia puede significar para los

movimientos sociales emprendidos en América Latina es motivo de nuestro análisis. El propósito del estudio es analizar los alcances de la participación social en oposición a las reformas contemporáneas de los sistemas de salud en Perú (Einbenschutz, Sacoto, Tamez, Zafra, & Ramirez, 2014).

### **Participación social en Brasil**

Las reformas de los sistemas de salud de Brasil introdujeron políticas que reflejan diversos modelos de participación social en salud. Después de un período de 24 años de dictadura a partir de 1985 un proceso de reformas políticas y administrativas. La nueva constitución de 1988 estableció una redistribución de poder entre los tres niveles de gobierno: federal o nacional, estatal y municipal. En el ámbito de la salud se declara ésta como un derecho de todos los ciudadanos, como responsabilidad del estado y establece los principios básicos del sistema de salud, los cuales fueron complementados posteriormente con la Ley Orgánica de salud que creó el sistema único de salud. Esto significó una reorganización del sector y junto con la ley 8142 de 1990, regula la transferencia de los fondos de salud hacia el nivel municipal, promoviendo, asimismo, la participación y el control social en la gestión de los servicios de salud (Essayag, 2010).

### **Participación social en Chile**

En Chile la participación social ha sido definida como un mecanismo de mejoramiento del sector de la salud, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos. Si bien es por medio de la Ley de Autoridad Sanitaria que se da paso a la participación de la ciudadanía a nivel de la gestión de los establecimientos sanitarios, es en el proyecto de derechos y deberes de las personas donde se establecen aspectos fundamentales respecto de la

relación de los ciudadanos con el sistema de salud. Dentro de los derechos que establece destacan el trato digno, el acceso a la información, la autonomía del usuario (consentimiento informado), regulación a la investigación clínica, consultas y reclamos y participación de los usuarios. Recíprocamente, el proyecto incluye deberes relacionados al respeto por parte de los usuarios hacia el equipo de salud y la responsabilidad que los ciudadanos asumen al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de una institución sanitaria (Méndez & Vanegas López, 2010).

## CAPITULO 2

### 2 ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA COMUNIDAD DE CAMPO ALEGRE

#### 2.1 Antecedentes

La República del Ecuador se encuentra situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km<sup>2</sup> geográficamente dividida en cuatro regiones: Costa, Sierra, Amazonía e Insular; está organizada en 24 provincias, 269 cantones, a su vez subdivididos en parroquias urbanas y rurales. Según el (Instituto nacional de estadísticas y censos, 2010), tiene 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7%. A partir del 20 de mayo de 2010, se estableció una nueva organización político-administrativa del territorio, que incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos.

La población urbana representa 62,77% y la rural el 37,23% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afro ecuatoriana y 7,4% montubia (Instituto nacional de estadísticas y censos, 2010). Las provincias con mayor población indígena son Chimborazo, Pichincha e Imbabura. Se considera población rural a poblaciones con menos de 2.000 habitantes y a las personas que habitan en campo abierto.

La parroquia Puná se encuentra en la isla del mismo nombre, ubicada en la boca del Golfo de Guayaquil, (figura 3). Desde la década de los ochenta, ha mantenido productividades superiores al promedio al resto del país en el ámbito de la acuicultura, pese a los vaivenes en la producción. La población de la isla posee un bajo nivel socioeconómico, con una carencia grave de servicios básicos. La logística y acceso a la isla es difícil, lo cual

ha impactado en los costos de producción y acceso a insumos y servicios de soporte (Muy ilustre municipalidad de Guayaquil, 2015).

Según la enciclopedia del Ecuador del historiador Efrén Avilés, la isla Puná, fue el principal asentamiento de la antigua cultura de los Punaes, que lo conformaban bravíos guerreros considerados por el gobierno del régulo Tumbalá que resistieron a la conquista de los Incas. La historia narra también que a la llegada de los españoles en 1532 comandados por Francisco Pizarro, la isla era habitada por los indios nativos de la zona, denominados Tumbes o Punáes, que hablaban una lengua diferenciada de sus vecinos, que está prácticamente indocumentada por lo que se trata de una lengua no clasificada (Avilés Pino, 2015).

La presencia de pueblos del período prehispánico como los Punáes, que cumplieron un reconocido rol durante la invasión y ocupación inca, así como durante la conquista y colonización española, sumado a la importancia estratégica que Puná tuvo para Guayaquil durante la época colonial y republicana, son hechos que señalan a esta isla como lugar de estudio y difusión de nuestra historia y cultura. En la época de la conquista española, en Abril de 1531, se dio la Batalla de Puná, que fue un enfrentamiento encabezado por Francisco Pizarro y en el que combatieron los conquistadores españoles con los pueblos nativos Tumbes que lograron resistir el embate (Ecuador costa aventura, 2015).

La Isla Puná, fue declarada área protegida en el 2009, ya que cuenta con 5 manglares, es una zona muy rica en biodiversidad. Forma parte de un sistema territorial que tiene importancia histórica y cultural para la micro región y el país (Diario La Hora, 2014). Sobre su formación Teodoro Wolf aseguró que la isla es de origen volcánico y se presume que se formó por una explosión volcánica submarina en la época cuaternaria. Sustenta como evidencia de esto que en los recintos Cauchiche y Subida Alta se encuentran bastantes vestigios volcánicos especialmente cuando baja la marea (Wolf, 1892).

Corresponde a la región sub desértico tropical. El clima en esta región está influenciado por las masas de aire y agua del Pacífico, y siendo esta la zona de convergencia de la corriente de Panamá y la corriente de Humboldt, los desplazamientos estacionales de estas masas determinan las características climáticas de la región (Cañadas, 1983). Durante el periodo de enero a abril se desplazan hacia el sur, presentándose lluvias fuertes en los bordes externos de la zona de convergencia intertropical, dando origen a la estación lluviosa. A medida que estas masas regresan hacia el norte, la influencia fresca y estabilizadora de la corriente del Perú se hace sentir y comienza en la región la estación seca, a partir de mayo hasta diciembre.

## **2.2 Marco Geográfico**

La isla Puná está aproximadamente a 61 Km. de la ciudad de Guayaquil y se encuentra en Latitud: S 3° 0' / S 2° 40' y Longitud: W 80° 30' / W 80° 0'. (Instituto Geográfico Militar Ecuador, 2015). Tiene 55.5 Km. de largo y 26 Km. de ancho y un área de aproximadamente 919 Km<sup>2</sup> (Armas, Izquierdo, & Pimentel, 2010).

Puná fue elevada a parroquia el 13 de octubre de 1845. Los límites de esta parroquia comprenden:

**Al norte:** La desembocadura del Río Guayas, Puerto Ayora, Puerto Bellavista y Puerto de la Cruz.

**Al sur:** La Isla de los Muertos y el Océano Pacífico.

**Al este:** El Canal de Jambelí, La Jagua, Puerto Balao, Boca de Gala y Boca de Tenguel.

**Al oeste:** El Canal del Morro, Puerto de El Morro y Posorja (Armas, Izquierdo, & Pimentel, 2010).

La comuna Campo Alegre está situada en el centro de la isla Puná que se encuentra en la desembocadura del Guayas, el río más grande de la costa del Pacífico de Sudamérica. Se encuentra plenamente reconocido por el Ministerio de Agricultura y Ganadería con una extensión territorial de más de 4.327 hectáreas (Walsh Environmental Scientists and Engineer, 2009). Los límites superficiales de la comuna son:

**Norte:** Con la comunidad de Aguas Piedras.

**Sur:** con la comuna Puná Vieja.

**Este:** Con la comuna de Río Hondo.

**Oeste:** Con las comunas Bellavista, Estero de Boca y Cauchiche; hacia el suroeste, hace linderación con la comuna de Subida Alta.



**Figura 1:** Visión satelital de la isla Puná y sus comunidades  
**Fuente:** (Maps, 2010)

### 2.3 Datos De La Población

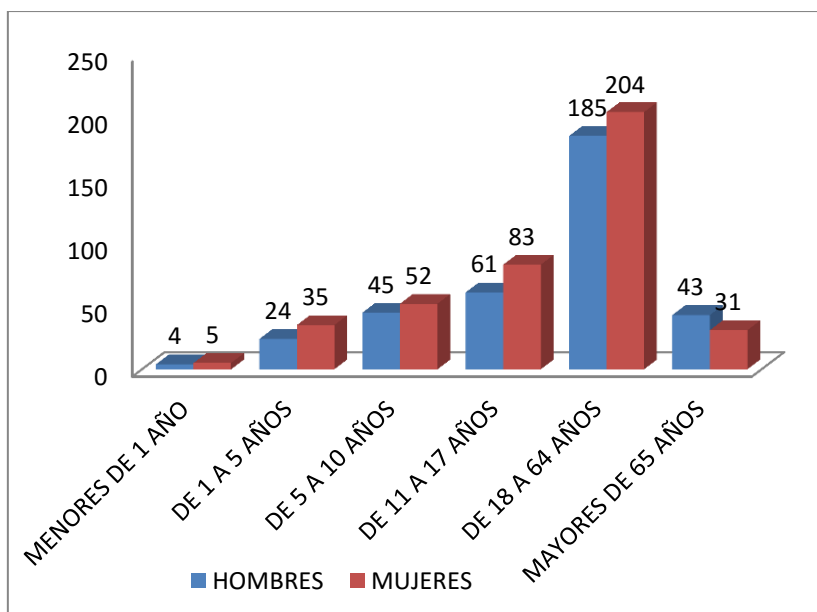
La comuna Campo Alegre presenta una tendencia de crecimiento poblacional en los últimos años, la población está conformada por 160 familias concentrada en el centro poblado que abarca 60 has, y cinco se encuentran dispersas en las periferias (Walsh Environmental Scientists and Engineer, 2009).

**Tabla 1:** Datos de la Población al 2013  
**Fuente:** Registros del Subcentro de salud año 2013

POBLACION CAMPO ALEGRE 2013			
GRUPO ETARIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MENORES DE 1 AÑO	4	5	9
DE 1 A 4 AÑOS	24	35	59
DE 5 A 10 AÑOS	45	52	97
DE 11 A 17 AÑOS	61	83	144
DE 18 A 64 AÑOS	185	204	389
MAYORES DE 65 AÑOS	43	31	74
TOTAL	350	422	772

Durante el periodo del 1 de septiembre del 2012 al 31 de agosto del 2013 se realizó un censo poblacional por parte de personal del S.C.S. Campo Alegre, obteniéndose que la población que vive en la comunidad se encuentra conformada por 772 habitantes, de los cuales 350 son hombres, representados por el 45.33%, y las mujeres 422 representadas por el 54.67%. En base a este censo se realizaban los requerimientos respectivos de medicación e insumos.





**Figura 2:** Población Campo Alegre

**Fuente:** Registros de censo poblacional de S.C.S. Campo Alegre

## 2.4 Los servicios básicos de la comunidad

### 2.4.1 Alumbrado Público y electricidad

El suministro eléctrico está presente las 24 horas a base de generadores de diésel. De lunes a domingo ininterrumpidamente. Dicho servicio está a cargo de la compañía CELEC-TERMOPICHINCHA.



**Figura 3:** Agencia de CNEL en Campo Alegre

### 2.4.2 Agua Potable

En la isla no hay ríos de agua dulce, sin embargo los habitantes que se dedican a la actividad agropecuaria subsisten de captación de aguas de vertientes las cuales mantienen un caudal considerable en época seca y época lluviosa y se mantienen en albarradas que se usan para la agricultura y la ganadería.

En la actualidad, el agua para uso humano se obtiene de pozos de aguas subterráneas. En la isla existen cuatro pozos activos, figura , la municipalidad le dio a Interagua la concesión del agua potable para dotar de dicho líquido a todas las comunidades de la isla, por lo que se habilitaran todos los pozos y a su vez se perforaran diecisiete pozos más con la finalidad de dotar del líquido las 24 horas del día.



**Figura 4:** Fuente de Agua Potable



**Figura 5:** Intervención de Interagua en la comunidad

### **2.4.3 Recolección De Basura**

La basura es recolectada para trasladarla a un terreno baldío para luego enterrarla y algunos moradores la incineran, ya que el municipio no brinda la atención necesaria para la adecuada recolección de basura lo cual constituye un peligro de contaminación de la comunidad.

### **2.4.4 Alcantarillado**

El recinto y sus comunidades no cuentan con servicio de alcantarillado por lo tanto la mayoría de las familias utilizan el método de letrización.

## **2.5 Servicios de salud en Campo Alegre**

Desde su inicio el S.C.S de Campo Alegre carece de infraestructura propia, puesto que ha venido prestando sus servicios en la Casa Comunal desde su fundación el año 2007, local que se encuentra construido de hormigón armado, con falta de servicio de agua potable, pero cuenta con energía eléctrica y una batería sanitaria.



**Figura 6:** Subcentro de salud Campo Alegre

### 2.5.1 Estructura

La infraestructura cuenta con las siguientes áreas:

**Tabla 1:** Áreas del S.C.S. Campo Alegre

INFRAESTRUCTURA	
1	Consultorio Medico
1	Consultorio de Enfermería
1	batería Sanitaria
1	Sala de reuniones



**Figura 7:** Consultorio médico

En el consultorio médico se puede encontrar las tres perchas de farmacia que a la vez sirve de bodega y el área de estadística del S.C.S.



**Figura 8:** Consultorio de enfermería

En el consultorio de enfermería se realizan curaciones y aplicación de sueros e inyecciones, encontrándose además el área de esterilización.

### **2.5.2 Recursos financieros**

Los recursos económicos son proporcionados por el MSP dotando al subcentro de salud de medicación e insumos requeridos para su funcionamiento. La comunidad presta las facilidades necesarias para el transporte y traslado de los insumos desde la jefatura de área hasta el SCS.

### **2.5.3 Recursos materiales**

Para el 1 de agosto del 2014 el subcentro de salud de Campo alegre registraba los siguientes materiales e insumos, los cuales se recibieron mediante acta de entrega recepción firmada por el director saliente y entrante. Asimismo cuando se entregó la dirección al médico del siguiente periodo se llevó la misma modalidad, siendo esta verificada por parte de las autoridades comunales y la jefatura de área.

**Tabla 2:** Materiales e insumos del subcentro de salud de Campo Alegre**Fuente:** Acta de entrega – recepción. S.C.S. Campo Alegre

Registro de materiales e insumos del Subcentro de salud Campo Alegre periodo 2013 - 2014			
Cantidad	Item	Cantidad	Item
1	Escritorio pequeño de 2 cajones	3	Perchas
1	Chaislonge medico con 3 gavetas	1	Biombo
1	Escritorio de 3 cajones	1	Balanza portátil
1	Chaislonge ginecológico	1	Termo para vacunas
1	Lámpara cuello de ganso	1	Tensiómetro para adulto
1	Equipo básico de sutura	1	Glucómetro
1	Riñón de metal	1	Estetoscopio adulto
1	Torundero de metal	1	Estetoscopio pediátrico
2	Charoles pequeños	1	Grapadora
1	Almohadilla	865	Carpetas de historias clínicas
1	Sello con fecha	1	Pizarra acrílica
1	Esterilizador	7	Sillas tripersonal
1	Balanza con tallimetro		

#### 2.5.4 Límites del área de influencia de la unidad operativa de salud

El S.C.S. Campo alegre presta servicio a usuarios externos de la comunidad, especialmente con las comunidades limítrofes:

**Al Norte:** comuna Aguas Piedras.

**Al Suroeste:** comuna de Puná vieja

**Al Este:** comunas de Bellavista, Cauchiche y Estero de Boca

**Al Oeste:** comuna de Rio Hondo

Cabe destacar que el SCS Campo Alegre brinda atención a los habitantes de las comunidades aledañas que requieren de servicios de salud.

#### 2.6 Patologías más frecuentes

Las patologías más frecuentes que se examinan en el S.C.S de Campo alegre son:

**Tabla 3:** Patologías frecuentes en la comunidad Campo Alegre.  
**Fuente:** Registros de estadística S.C.S Campo Alegre

PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES	
1	Parasitosis
2	Dermatomicosis
3	Síndromes gripales
4	Gastroenteritis
5	Faringitis
6	Bronconeumonía
7	Infecciones de vías urinarias
8	Micosis vaginales
9	Hipertensión arterial
10	Diabetes mellitus

## 2.7 Programas que ofrece el SCS Campo Alegre que rigen en el MSP

- Programa Ampliado de Inmunización P.A.I.
- Programa de Micro Nutrientes
- Programa de Salud Escolar
- Programa de Planificación Familiar
- Programa de Visita domiciliaria
- Programa de Enfermedades No Transmisibles
- Programa de Control de Tuberculosis
- Programa de Adulto Mayor
- Programa de vigilancia epidemiológica
- Programa de Control de Mortalidad materna
- Programa de I.T.S.
- Programa Maternidad gratuita
- Programa discapacidades

## 2.8 Análisis FODA del SCS

**Tabla 4:** Foda del SCS Campo Alegre

<b>ANALISIS FODA DEL SCS CAMPO ALEGRE</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumple con planes y programas dispuestos por el MSP.</li> <li>• Cuenta con personal de salud calificado.</li> <li>• Se encuentra ubicado dentro de la comunidad.</li> <li>• Atiende a usuarios externos de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene infraestructura propia.</li> <li>• Difícil acceso y salida para el personal sanitario.</li> <li>• No se utiliza el agendamiento de citas médicas.</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con el apoyo de la directiva comunal.</li> <li>• Cuenta con CLS.</li> <li>• Se puede mejorar la percepción de la comunidad acerca de los servicios de salud si el CLS realiza trabajos comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El CLS no está colaborando con el SCS de Campo Alegre.</li> <li>• No se ha realizado un plan de trabajo del CLS.</li> <li>• La comunidad no colabora con asistencia a charlas y reuniones para mejorar los servicios de salud.</li> </ul>

## 2.9 Comité local de salud

Los CLS son la instancia de concertación en la localidad para la gestión de apoyos logísticos de la operación del Programa, a fin de contribuir a la operación óptima de las Caravanas de la Salud. Es de prioritaria importancia la incorporación de la participación comunitaria y vinculación de los comités de salud en las tareas que desarrollan los equipos de salud itinerantes, con pleno respeto a la cultura y usos y costumbres de las localidades. La finalidad de este comité es para analizar, coordinar y planificar acciones que permitan la



accesibilidad de los servicios de salud de manera oportuna a todas las familias (Ministerio de Salud Pública, 2013).

### 2.9.1 Conformación de los C.L.S

Para la conformación del CLS se debe garantizar la alternancia, equidad en la representación de los actores y organizaciones sociales, indistinto de género, cultural, étnica, y grupos de edad. Se establece en consenso con sus integrantes la estructura, período de funciones y los mecanismos de su funcionamiento interno, así como la periodicidad de reuniones. Estas definiciones deben formalizarse en actas suscritas por sus miembros (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Se elige la directiva que puede estar conformada por un Coordinador, un secretario, comisiones temáticas que podrían ser hasta tres vocales.



**Figura 9:** Estructura del comité local de salud  
**Fuente:** adaptado de MSP

Los pasos para la conformación de los C.L.S según el MSP son:

1. Elaboración del mapa de actores.
2. Convocatoria a la comunidad y a los diferentes actores sociales identificados en el mapeo de actores, en coordinación con líderes locales, garantizando la representatividad de los grupos, diversidades y líderes comunitarios
3. Preparar la agenda y metodología del taller así como los aspectos logísticos: local, materiales y presentaciones.
4. Presentación de los objetivos y funciones del C.L.S.
5. Elaborar el acta de constitución del CLS y una agenda de trabajo u hoja de ruta. Ver en anexos.

En el caso que ya se encuentre conformado el CLS, implementar una metodología que permita analizar los avances, el funcionamiento, las dificultades, las fortalezas y las necesidades para su fortalecimiento.

Si no está conformado el CLS: apoyar su conformación motivando la selección y designación de las personas que pueden ser parte de esta instancia promoviendo la representación de los diferentes actores. Designar la directiva. Recoger a través de mesas de trabajo las propuestas sobre la estructura y funcionamiento del Comité Local, así como las funciones (Ministerio de Salud Pública, 2013).

### **2.9.2 Funciones del C.L.S**

Dentro de las funciones de los C.L.S se pueden destacar:

1. Participar en la elaboración del Diagnóstico Situacional.
2. Elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud.
3. Coordinar con los equipos de salud y participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad.

4. Fortalecer y apoyar la constitución de organizaciones locales de salud como agrupaciones juveniles, adultos mayores y comités de usuarios.
5. Participar con representantes en la Asamblea Distrital de salud y en las instancias de participación parroquial o cantonal.
6. Incidir en los planes de desarrollo territorial para la incorporación de los lineamientos del Plan Local y Distrital de Salud.
7. Apoyar o dinamizar la coordinación y articulación intersectorial para promover el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
8. Establecer mecanismos para recoger las sugerencias y aportes de los integrantes de la comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2013).

### **2.10 Comité de salud de Campo Alegre**

Siguiendo los lineamientos del MAIS-FC, en campo alegre se conformó el primer comité de salud en el año 2013, el equipo de salud ha venido capacitando al personal del CLS con el fin de trabajar para la comunidad con un mismo fin, que es el bienestar social. La directiva del CLS se ha renovado de forma anual, y la comunidad ha prestado toda la colaboración para el proyecto, pero existe aún desconocimiento sobre las funciones que deben realizar los integrantes. Por lo tanto se ha considerado que la propuesta contribuirá con la organización, otorgando normas a seguir para mejorar su trabajo.

## **CAPÍTULO 3**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El análisis del siguiente trabajo se realizó para evaluar la gestión del CLS y su impacto en la percepción de los servicios de salud en la comunidad de Campo Alegre en la isla Puná. Se demostró el nivel de satisfacción de la comunidad mediante encuestas a una muestra poblacional de la comunidad según la fórmula para población finita, luego se analizó los resultados obteniendo datos estadísticos que sean útiles para generar conclusiones y recomendaciones. Se propuso un plan de trabajo y capacitación dirigido al CLS de Campo Alegre para mejorar la calidad de los servicios.

#### **3.1 Diseño de la investigación**

El desarrollo del presente trabajo se estructuró de la siguiente manera:

Es una investigación de campo: ya que se realizó la recolección de datos directamente donde ocurren los hechos para lo cual se trabajó con la comunidad de Campo Alegre en la isla Puná (Morán & Alvarado, 2010).

De tipo no experimental: La observación del hecho en su condición natural, no intervino el investigador. Tampoco se manipularon ni se controlaron las variables (Silva & Ulloa, 2013).

Diseño transversal: Porque se recolectaron los datos en un momento específico (Silva & Ulloa, 2013).

La investigación es descriptiva porque se analizaron los datos obtenidos en las encuestas, se evaluó la percepción de los servicios de salud recibidos por los usuarios.

### **3.2 Criterios de Inclusión**

La encuesta estuvo dirigida a la población mayor de 18 años, habitante de la Comunidad de Campo Alegre, con capacidad para realizar la evaluación.

### **3.3 Criterios de Exclusión para la encuesta**

1. Turistas que se encuentran de paso en la comunidad
2. Usuarios del S.C.S. Campo Alegre que no pertenecen a la comunidad
3. Menores de 18 años

### **3.5 Métodos de investigación**

En la investigación se utilizó los siguientes métodos: método científico, método analítico y el método deductivo. Se realizó procedimientos sistematizados para descubrir hechos, datos y problemas reales para llegar a una conclusión. Se Clasificó contenidos y resultados, facilitando el análisis de las preguntas para luego emitir una discusión y proyectar la propuesta.

### **3.6 Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta de campo, dirigida a 125 usuarios del SCS Campo Alegre, quienes acudieron con mayor afluencia al servicio Público, fueron mayores de 18 años con capacidad de brindar información, de comprender el cuestionario de evaluación y que estuvieron dispuestos a colaborar (Se adjunta modelo en Anexos). Además se realizó una entrevista al presidente de la comunidad para obtener datos que aporten la investigación.

### 3.7 Instrumentos para la recolección de datos

El medio para la recolección de datos de la información obtenida fue la encuesta realizada, mediante preguntas sencillas entabladas en un cuestionario de 15 preguntas diseñado específicamente para la realidad que se vive en la comunidad, con respuestas de opciones múltiples planteadas estructuralmente según la pregunta, sin manipulación o insinuación en las respuestas. Cabe destacar que por el nivel de escolaridad de la población no se utilizaron métodos técnicos

El objetivo fue obtener datos que colaboren de manera eficaz al proceso investigativo, para analizar la percepción de los usuarios del SCS de Campo Alegre acerca de los servicios de salud que recibieron.

### 3.4 Población y muestra

La población objeto de investigación estuvo constituida por habitantes de la comunidad de Campo Alegre en la isla Puná, luego de analizar los criterios de inclusión y exclusión se determinó una población apta para encuestar de: 463 habitantes. Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula estadística para la estimación de muestra representativa para población finita (Anderson, Sweeney, & Williams, 1999).

La muestra fue probabilística, con un error del 7.5 % ( $\alpha$  0.075), nivel de significación del 95 % (una distribución normal  $Z_{1-\alpha}$  1,96), para su cálculo se utilizó la fórmula que se detalla a continuación:

$$n = \frac{0N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

**n:** Tamaño de la muestra

**N:** Tamaño de la población a estudiar

**p:** Proporción de la población que cuenta con alguna característica

**q:** Proporción de la población que no cuenta con alguna característica 1-P

**e:** error 0.075

Resolviendo la fórmula planteada se obtiene:

$$n = \frac{463 * 1.96^2 * 0.95 * 0.5}{0.075^2 * (463 - 1) + 1.96^2 * 0.95 * 0.5}$$

n= 125 encuestas a realizar.

### 3.8 Procesamiento de datos

El procesamiento de datos se realizó mediante análisis de las encuestas recopiladas

#### **Análisis Estadístico:**

La base de datos se diseñó en una hoja de cálculos de Excel. Para la descripción de las variables se empleó estadígrafos y porcentajes.

#### **Programas estadísticos:**

Microsoft Excel de Office 2010

### **3.9 Variables de la investigación**

Dentro de la investigación se encontraron dos variables, una dependiente y otra independiente las cuales detallamos a continuación.

#### **3.9.1 Variable dependiente**

La percepción de los usuarios con respecto a los servicios de salud recibidos

#### **3.9.2 Variable independiente**

La gestión del CLS en la comunidad de Campo Alegre



### 3.10 Operacionalización de las variables

#### Variable Dependiente:

**Tabla 5:** Operacionalización de la variable dependiente

Variable Dependiente			
Percepción de los Usuarios			
Variable	Dimensión	Indicador	Objetivo
Asistencia	Conocer si el usuario acude a la institución	Si	Estadística de asistencia
		No	
Confianza y seguridad	Evaluar los niveles de confianza y seguridad que tiene la comunidad	Si	Obtener datos estadísticos que tiene la comunidad sobre la confianza y seguridad
		No	
Infraestructura	Consideración del usuarios sobre las instalaciones	Muy buenas	Opinión de los usuarios sobre infraestructura
		Buenas	
		Regulares	
		Malas	

Servicios De Salud ofrecidos	Como piensa la comunidad acerca de los servicios de salud recibidos	Muy Buenos	Establecer estadísticas de la percepción de la comunidad sobre los servicios de salud
		Buenos	
		Regulares	
		Malos	
Reuniones y charlas	Asiste el usuario a reuniones y charlas brindados por personal de salud	Siempre	Programación y asistencia a charlas en el subcentro de salud
		Ocasionalmente	
		Nunca	

**Variable independiente:**

**Tabla 6:** Operacionalización de la variable independiente

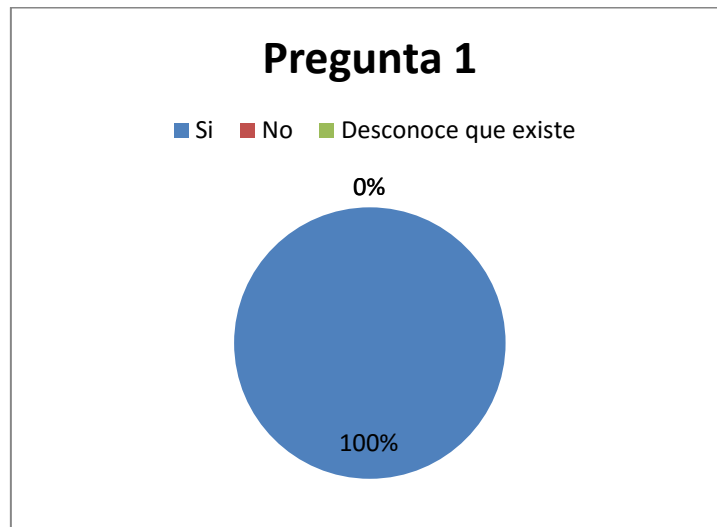
Variable Independiente			
Gestión del CLS			
Variable	Dimensión	Indicador	Objetivo
Infraestructura	Cuenta el SCS Campo Alegre con edificación propia	Si	Conocer donde funciona la institución
		No	
Medicación e insumos	Quien suministra la medicación e insumos	MSP	Logística de transporte de la medicación
		O.N.G.	

Servicios que se ofertan	Que ofrece el S.C.S a la comunidad	Planes del M.S.P	La oferta de servicios por parte de la institución
		Consulta externa	
		Emergencias	
		Visitas comunitarias	
Comité local de salud	Trabajan en conjunto con la comunidad y el S.C.S	Si	Conocer si el comité local de salud trabaja con la comunidad
		No	
Evaluación de la atención médica	Obtener la percepción del usuario	Amabilidad	Mejorar la atención médica
		Tiempo	
		Explicidad	
Reuniones y charlas	Se ofrece reuniones, organización de clubes	Si	Formar club para reuniones de enfermedades no transmisibles
		No	

### 3.11 Análisis de resultados

Según la encuesta realizada en la comunidad de campo alegre, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. ¿Acude usted al Subcentro de Salud de su comunidad cuando requiere asistencia médica?

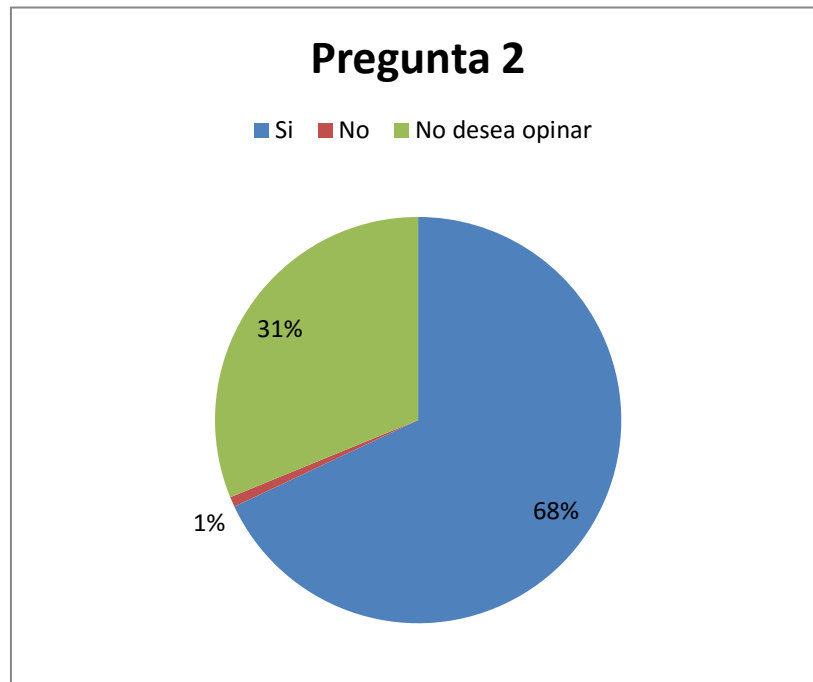


**Figura 10:** Gráfico estadístico 1 pregunta

#### **Análisis:**

La figura 10 refleja una estadística porcentual sobre la pregunta número uno. El 100% de los habitantes de la comunidad encuestados dijeron utilizar el servicio del S.C.S Campo Alegre, ningún habitante expresó que no lo utiliza, y todos conocían que existe la institución.

2. A su criterio ¿El contar con servicios de salud dentro de su comunidad, le brinda confianza y seguridad?

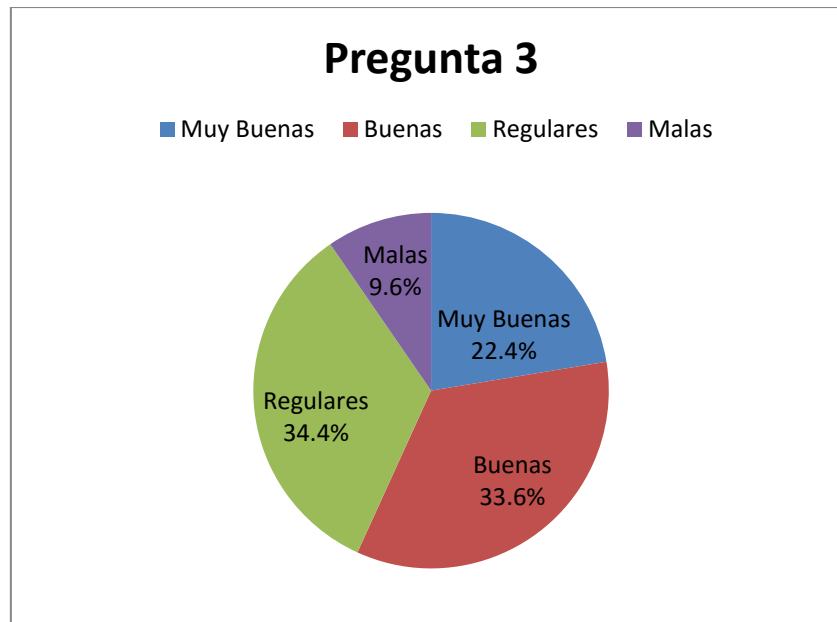


**Figura 11:** Gráfico estadístico Pregunt 2

**Análisis:**

La figura 11 refleja una estadística porcentual sobre la pregunta número dos. El 68% de los encuestados refirieron que contar con servicios de salud en la comunidad les da confianza y seguridad, el 31% no desea opinar. El 1% manifestó que no les brinda ninguna confianza.

3. ¿Cómo califica las instalaciones donde funciona el subcentro de salud?



**Figura 12:** Gráfico estadístico de la Pregunta 3

**Análisis:**

La figura 12 refleja una estadística porcentual sobre la pregunta número tres. La opinión de los usuarios del S.C.S. Campo Alegre reflejó que el 22.40% piensa que las instalaciones son muy buenas, el 34.40% opinan que son buenas, el 33.60% piensan que son regulares y el 9.60% dijeron que son malas.

4. ¿Confía en la capacidad, destreza y conocimiento del personal de salud?

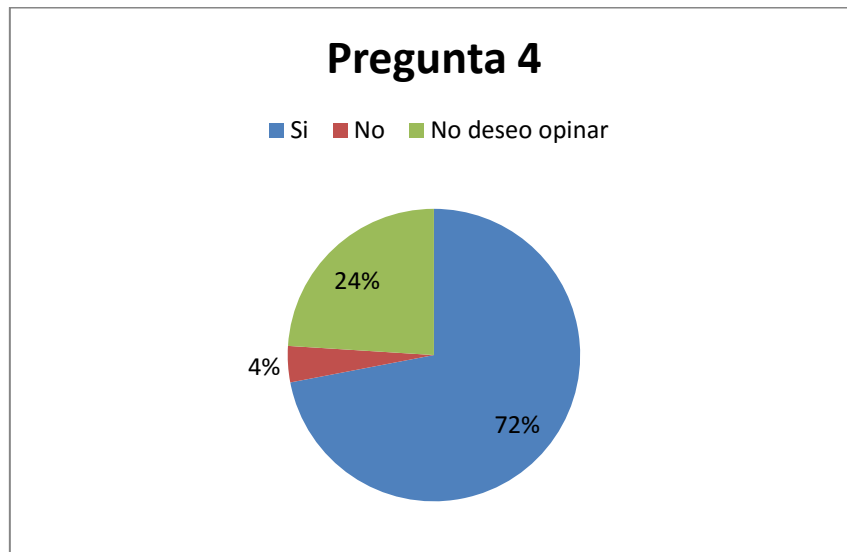


Figura 13: Gráfico estadístico pregunta 4

**Análisis:**

La figura 13 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número cuatro. El 72% de los encuestados expresó confiar en la capacidad y destreza de los profesionales de salud del S.C.S. de Campo Alegre, el 4% dijo no confiar y el 24% no quiso opinar.

5. ¿Considera que fue atendido en un tiempo adecuado?

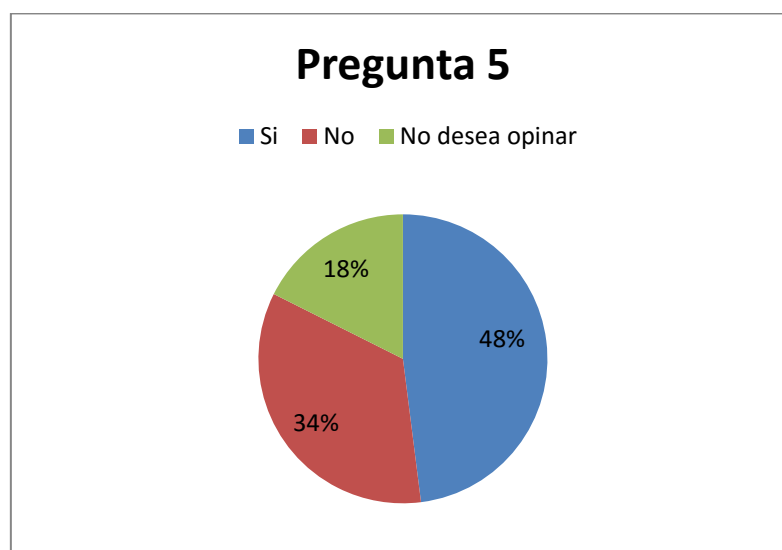
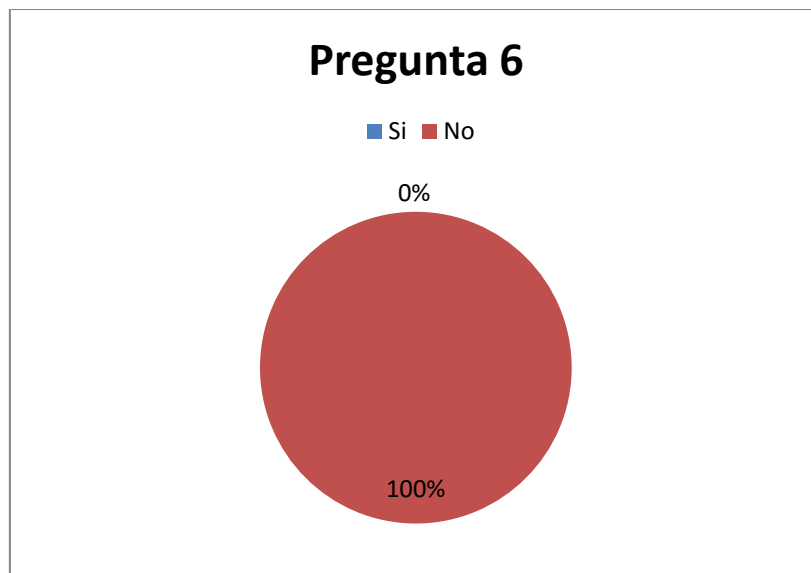


Figura 14: Gráfico estadístico Pregunt 5

**Análisis:**

La figura 14 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número cinco. El 48% de los encuestados estuvo de acuerdo en el tiempo en que espero para recibir atención médica, el 34% no estuvo de acuerdo, el 18% no quiso opinar.

6. ¿Programa sus citas médicas con anticipación mediante el sistema de agenda del subcentro de salud?



**Figura 15:** Gráfico estadístico pregunta 6

**Análisis:**

La figura 15 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número seis. El 100% de usuarios encuestados nos refirió que no agendan su cita, en ningún caso hubieron respuestas positivas.



7. ¿Considera que en su consulta se le atendió con amabilidad?

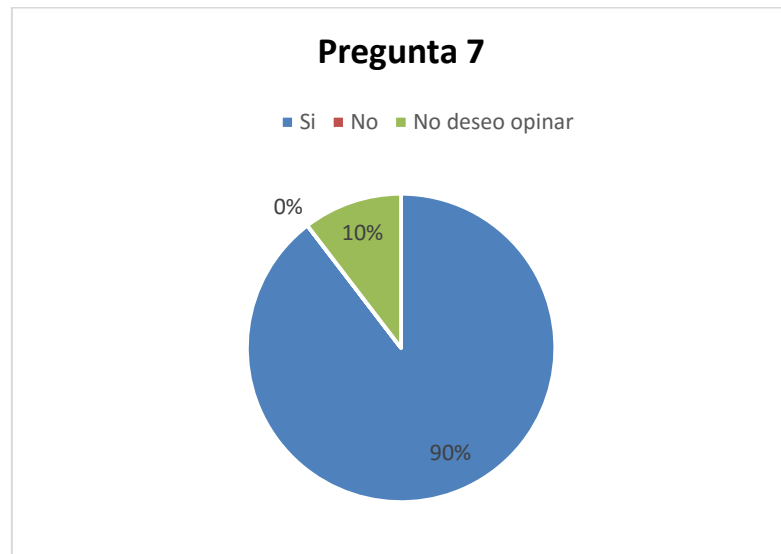


Figura 16: Gráfico estadístico Pregunta 7

#### Análisis:

La figura 16 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número siete. El 90% de los usuarios consideró que se les atiende con amabilidad, el 10% no quiso opinar. En ningún caso se obtuvo respuestas negativas.

8. ¿Se le explicó claramente sobre su enfermedad?

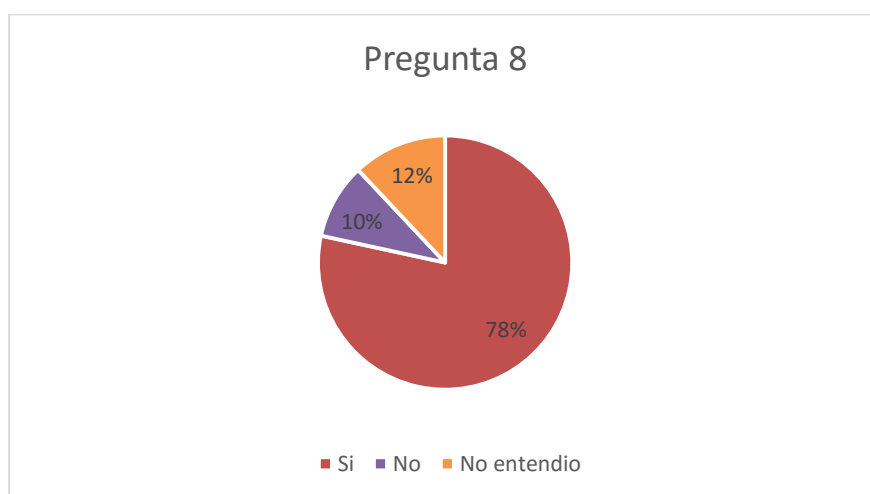
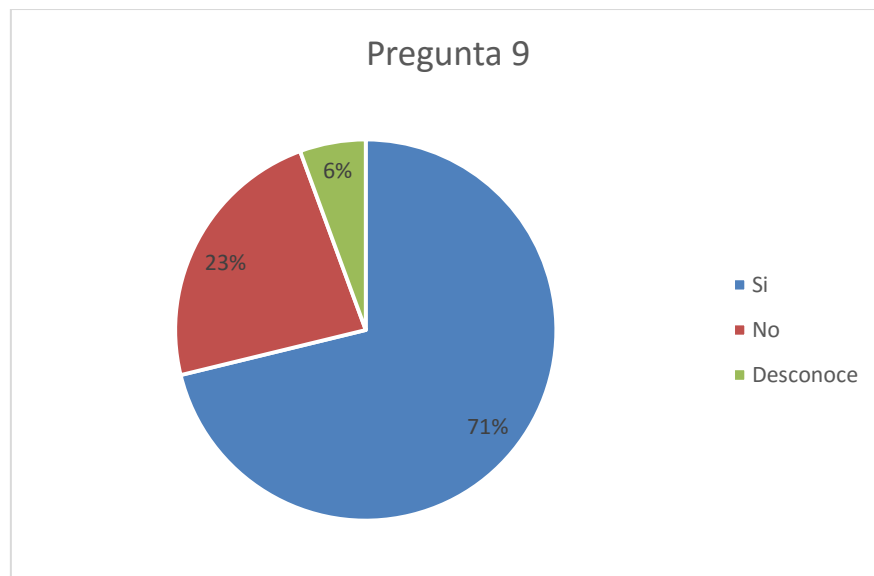


Figura 17: Gráfico estadístico Pregunta 8

**Análisis:**

La figura 17 refleja una estadística porcentual sobre la pregunta número ocho. El 78% de los usuarios consideró que se les explicó de una forma clara en la consulta a cerca de su enfermedad, el 10% no consideró que hubo una buena explicación, y el 12% no entendió la explicación.

9. ¿El tiempo de atención que duró su consulta fue el adecuado?



**Figura 18:** Gráfico estadístico Preguntar 9

**Análisis:**

La figura 18 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número nueve. El 71% de los usuarios refirió que el tiempo de duración de la consulta fue el adecuado, el 23% no estuvo satisfecho, y el 6% desconocía si el tiempo de duración fue adecuado.

10. ¿Se le otorgó medicación e insumos completos para su tratamiento?

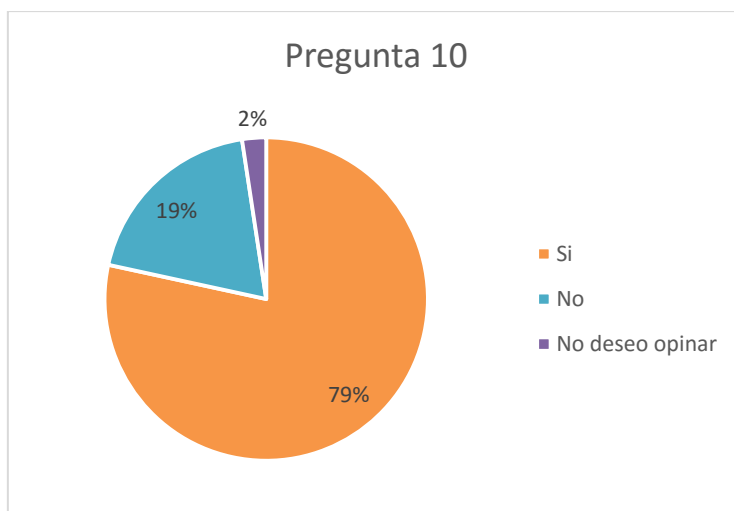


Figura 19: Gráfico estadístico Pregunta 10

#### Análisis:

La figura 19 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 10. El 78% de los usuarios indicaron que recibieron medicación a su entera satisfacción, el 19% dijo que no recibió su medicación completa y el 2% se abstuvo de opinar.

11. ¿Se realizan visitas domiciliarias por parte del personal del subcentro de salud?

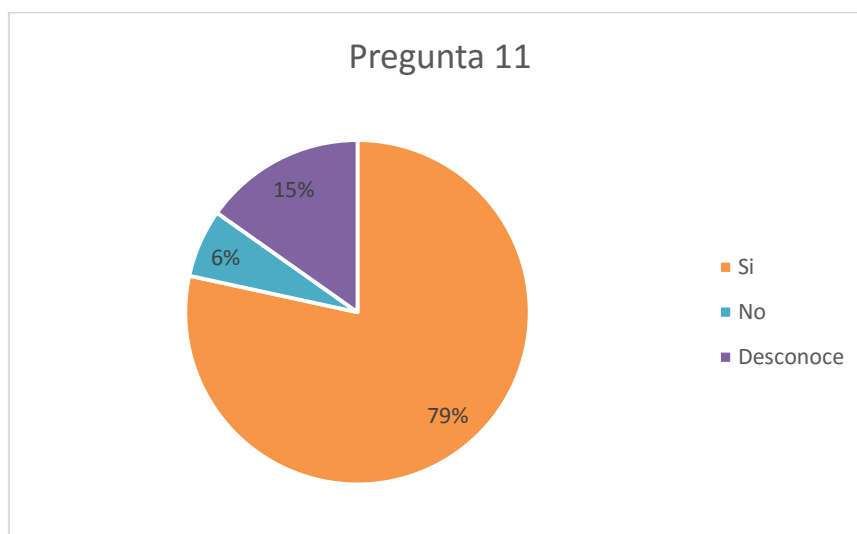
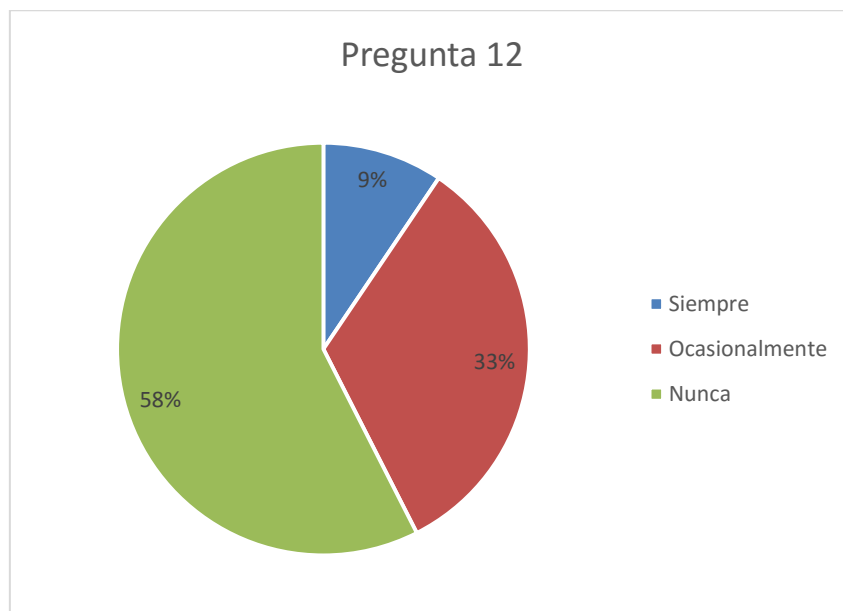


Figura 20: Gráfico estadístico Pregunta 11

**Análisis:**

La figura 20 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 11. El 79% de los usuarios refirió que si se realizan visitas domiciliarias, el 15% desconoce acerca de estas visitas. El 6% negó que se realicen visitas domiciliarias.

12. ¿Participa de las reuniones, charlas y convocatorias que realiza el personal de salud?

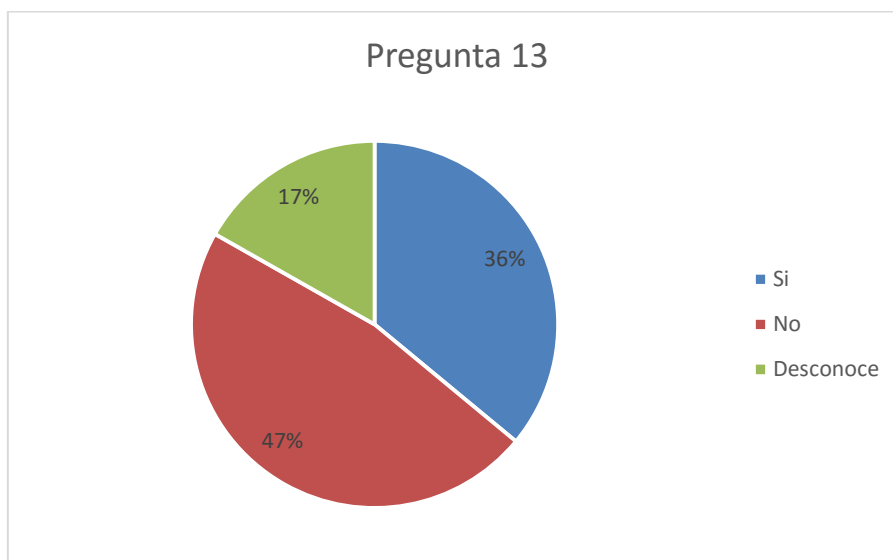


**Figura 21:** Gráfico estadístico Pregunta 12

**Análisis:**

La figura 21 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 12. El 9% de los usuarios manifestó que acuden siempre a reuniones, charlas y convocatorias del subcentro de salud, el 33 % dijo que ocasionalmente asiste y el 9 % nunca acude a las reuniones y charlas convocadas.

### 13. ¿Conoce sobre el Comité local de salud?

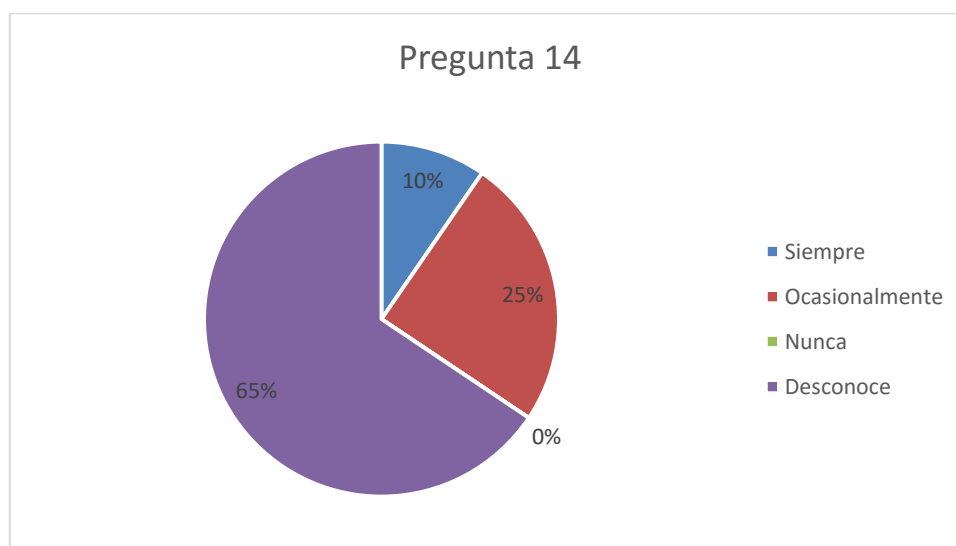


**Figura 22:** Gráfico estadístico Preguntar 13

#### **Análisis:**

La figura 22 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 13. El 36% de los usuarios encuestados dijo conocer al comité local de salud, el 47% dijo no conocerlo y el 17% desconocía que existe comité local de salud en la comunidad.

### 14. ¿El Comité local de salud de su comunidad trabaja en conjunto con el personal de salud para mejorar el servicio?

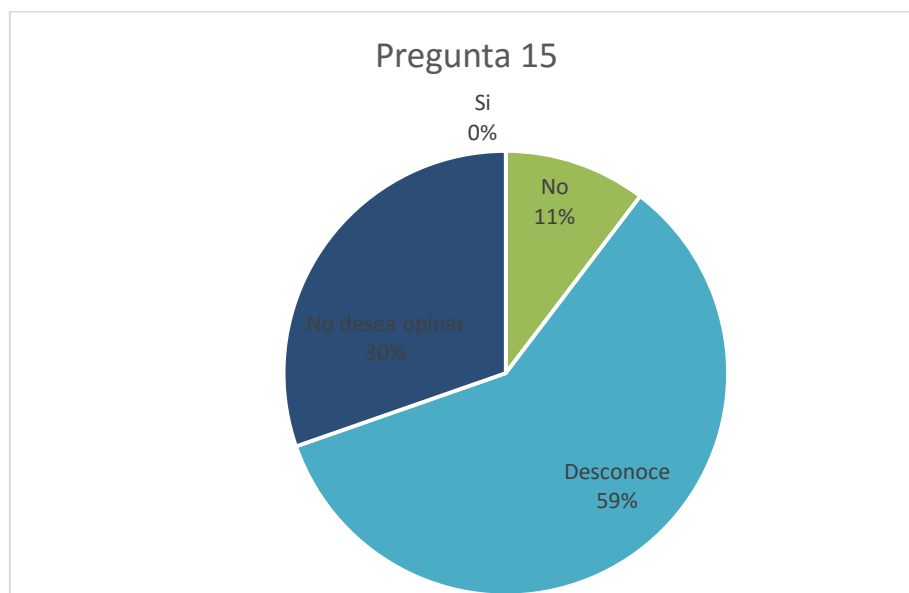


**Figura 23:** Gráfico estadístico Preguntar 14

**Análisis:**

La figura 24 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 14. El 10% de los usuarios indicaron que el comité local de salud siempre trabaja con el personal sanitario del S.C.S. Campo Alegre para mejorar el servicio, el 25% indicó que ocasionalmente, el 65% desconocía si el C.L.S trabaja, pero en ningún momento se obtuvo respuestas que nunca trabaje.

15. ¿Ha realizado el comité un plan para el desarrollo de los servicios de la salud en la comunidad?



**Figura 24:** Gráfico estadístico Pregunt 15

**Análisis:**

La figura 24 reflejó una estadística porcentual sobre la pregunta número 15. El 11% de los usuarios encuestados refirieron que el C.L.S. no ha realizado planes de desarrollo de la comunidad, el 59% desconocía sobre el tema, el 30% no quiso opinar. En ningún caso se recibió una respuesta afirmativa.

### 3.12 Discusión:

En el año 2007 se firmó un acuerdo de cooperación con el área 7 de salud perteneciente al MSP para instalar un SCS en la comunidad de Campo Alegre, en este convenio la comunidad facilitaría la infraestructura para que el personal de la salud brinde los servicios de atención médica y desarrolle los planes propuestos por el MSP para el bienestar de los ecuatorianos, por lo que el SCS campo alegre comenzó a funcionar en la casa comunal. Cuando la comunidad no contaba con servicios de salud, los habitantes tenían que salir a la parroquia Posorja en busca de atención médica y en casos de emergencia trasladarse a la ciudad de Guayaquil. Existen diversas opiniones en la evaluación de la infraestructura del centro de salud, en una entrevista al señor presidente de la comunidad Alberto Gonzabay manifestó que cuentan con un proyecto para la construcción del nuevo centro de salud pero aún no se ha definido la fecha de inicio.

Los habitantes de la comunidad de Campo Alegre manifestaron que utilizan con frecuencia los servicios del SCS. Por tal razón el 100% de los encuestados afirman que utilizan los servicios del SCS, y el 68% manifestó que le brinda seguridad y confianza.

Según la investigación de campo, la comunidad mantiene tradiciones ancestrales para curar enfermedades, muchas veces los pacientes acuden al subcentro de salud cuando sus problemas continúan o están agravados. Ciertas enfermedades requieren de varios esquemas de tratamiento, ser disciplinado en seguir las prescripciones médicas y de un tiempo prolongado de evolución. Las respuestas negativas sobre la capacidad y destreza del personal de salud pueden ser originadas por que el paciente no siente mejoría inmediata, en otros casos puede ser que el paciente presenta enfermedades en las que se requiere atención del médico especialista.

Dentro de las instalaciones del subcentro de salud se cuenta con sillas de uso múltiples que se encuentran distribuidos en la sala de espera. Dependiendo la demanda de

pacientes será el tiempo que debe esperar el usuario para recibir atención médica, pues los pacientes acuden a la cita sin previo agendamiento según las respuestas que manifestaron en la encuesta. Los profesionales de salud bajo ningún concepto niegan la atención a los usuarios no agendados, pero son atendidos en orden de llegada, lo que genera retraso en la atención y causa malestar en la percepción del paciente acerca del tiempo en que fue atendido.

La medicación e insumos es suministrada por el MSP a través de la orden de pedido del personal médico. La amabilidad en la atención conlleva a que el paciente se sienta tranquilo y seguro de decir todos los síntomas de su enfermedad sin obviar u ocultar características importantes, algunas personas pueden considerar que no son tratadas con amabilidad por expresiones o por el tono de voz del personal de la salud, así también por el carácter del profesional.

La explicación de la enfermedad al paciente es fundamental para que el paciente siga las indicaciones médicas en casa, el nivel de educación e intelecto tiene influencia en la interpretación y comprensión de la enfermedad. El MSP ha establecido que el tiempo de atención por paciente en consulta con el médico general es de 15 minutos por paciente, agendándose un máximo de 32 pacientes en las ocho horas de trabajo, por otro lado el médico especialista tiene 20 minutos por paciente en la consulta, teniendo como máximo 24 pacientes agendados en las ocho horas de trabajo. Las respuestas negativas correspondientes al tiempo de atención están relacionadas a las normas establecidas, por lo que se eximió al personal de salud.

Se realizan en la comunidad periódicamente visitas domiciliarias como parte de los programas del MSP, está dirigido para brindar la atención a pacientes con capacidades especiales y de tercera edad que no pueden acudir al SCS, por lo que no se recibieron respuestas negativas en la evaluación y el 90% de los encuestados dijo que se están



realizando las visitas domiciliarias. Sobre la evaluación de asistencia a charlas y convocatorias realizadas por el SCS, hubo una mayoría negativa entre los que no asisten y los que no desean opinar del 63%, frente al 37% de los encuestados que dijeron que participan siempre en las reuniones. El comité local de salud debe trabajar en concientizar a la comunidad sobre la importancia de asistir a reuniones y charlas que se programan con el personal de salud, ya que es con la participación ciudadana que se puede lograr evaluar y mejorar los servicios de salud.

El 64% de los encuestados no conocen al comité de salud, para lograr una mejor comunicación con la comunidad se puede invitar a los habitantes para discutir proyectos que se elaboraran para mejorar los servicios de salud comunitarios. Sobre los planes del comité local de salud, no hubo respuestas positivas, el 11% de los encuestados negó que se hayan desarrollado planes para el desarrollo y mejoramiento de los servicios, el resto de los encuestados desconoce de los proyectos o no desearon opinar.

Finalmente los resultados validan la propuesta que se va a presentar, ya que está dirigida al comité local de salud, y se ha evidenciado que la comunidad en su gran mayoría desconoce al CLS y éste aún no ha realizado alguna planificación con el fin de mejorar los servicios de salud en la comunidad.

## **CAPITULO 4**

### **LA PROPUESTA**

Plan de trabajo dirigido al comité local de salud de la comunidad de Campo Alegre

#### **4.1 Antecedentes**

Los hallazgos encontrados en el capítulo anterior en base al análisis de resultados obtenidos en la encuesta en la comunidad de Campo Alegre, fundamentan la propuesta de un plan de trabajo dirigido al comité local de salud de la comunidad de Campo Alegre. La función del CLS es participar conjuntamente con el equipo de salud para analizar los problemas internos y externos de la comunidad, coordinar reuniones y planificar acciones para mejorar los servicios de salud. Se ha evidenciado que el CLS de Campo Alegre no está realizando sus funciones, y la comunidad desconoce su participación, por lo que la propuesta está orientada a ayudar a la organización.

#### **4.2 Justificación**

La estrategia de participación social en salud a nivel mundial se viene desarrollando desde hace varias décadas, en el Ecuador se ha implementado a partir de la creación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. El comité local de salud de las diferentes zonas, barrios y comunidades, debe trabajar en proyectos y planes para dirigir, vigilar, optimizar y mantener los servicios de salud de calidad para los usuarios. La propuesta servirá como ayuda al CLS de la comunidad de Campo Alegre para optimizar los recursos en beneficio para la comunidad.

#### **4.3 Misión**

Dotar al comité local de salud de la Comunidad de Campo Alegre un plan de trabajo con el fin de optimizar los recursos de salud y mejorar la calidad de los servicios.

#### **4.4 Visión**

Ser un modelo de propuesta que guíe a los comités locales de salud en las distintas comunidades, para optimizar sus recursos de salud y mejorar sus servicios.

#### **4.5 Beneficiarios**

Al realizar la propuesta los beneficiarios serán los miembros del comité local de salud de la comunidad, mejorando los servicios de salud para los usuarios internos y externos de la comunidad.

#### **4.6 Objetivos**

##### **4.6.1 Objetivos generales**

- Entregar un plan de trabajo para el comité local de salud que sirva para optimizar los recursos de salud de la comunidad de campo Alegre.

##### **4.6.2 Objetivos específicos**

1. Convocar a los integrantes del comité local de salud a la capacitación de sus funciones, presentando un cronograma de actividades.
2. Diseñar una tabla de estrategias y acciones basados en los resultados de la percepción de los usuarios, para mejorar los servicios de salud.
3. Elaborar un cronograma de trabajo para el CLS.

#### **4.7 Desarrollo de los Objetivos**

#### 4.7.1 Objetivo 1: Capacitación y socialización para el CLS.

Para cumplir con el objetivo 1 se realizará una convocatoria a los integrantes del comité de salud de Campo alegre, se expondrá la propuesta realizando las respectivas explicaciones, ayudados por recursos tecnológicos útiles para la presentación del proyecto. Serán invitados los miembros del comité de salud, el equipo de salud de la comunidad y habitantes que deseen participar y conocer acerca del proyecto. La duración será de una semana, para evitar afectaciones del horario de trabajo se plantea realizar 2 horas diarias de capacitación durante los 5 días laborables.

A continuación se expone el esquema de programación:

**Tabla 7:** Jornada de capacitación para el comité local de Campo Alegre

<b>Jornada de capacitación para el CLS Campo Alegre</b>			
<b>LUGAR</b>	Casa Comunal		
<b>ASISTENTES</b>	Miembros del CLS	Equipo de salud comunitario	Habitantes de la comunidad que deseen colaborar
<b>DURACIÓN</b>	2 HORAS DIARIAS	5 DIAS	1 SEMANA
<b>PROGRAMACIÓN</b>	Se divide por temas diarios		
DIA 1	Presentación del proyecto	Socialización Modelo de atención integral en salud familiar y comunitario	
DIA 2	Socialización del Plan nacional del buen vivir	Presentación de la hoja de ruta para la implementación del Plan Local de salud	
DIA 3	Análisis situacional de salud de la comunidad		
DIA 4	Delegación de funciones a los miembros del CLS		
DIA 5	Focus Group para generar ideas	Nuevas Propuestas y planes	Despedida del acto

#### 4.7.2 Objetivo 2: Estrategias y acciones

Para cumplir con el objetivo número dos se ha diseñado una tabla de estrategia y acciones, el trabajo conjunto del comité local de salud y el personal del S.C.S Campo alegre es fundamental para poner optimizar los recursos de salud. En un entorno de dialogo y cooperación se pueden exponer los problemas que presenta la institución y la comunidad. Se ha elaborado una matriz de estrategias y acciones basadas en las percepciones negativas que se han identificado en la encuesta realizada en la comunidad, desarrollada en el capítulo tres.

**Tabla 8:** Estrategias y acciones

ESTRATEGIAS Y ACCIONES					
ESTRATEGIA	ACCIÓN	OBJETIVO	PLAZO		
			CORTO	MEDIANO	LARGO
Convocatoria a Reunión	Capacitación sobre la propuesta	Comprender la propuesta en su totalidad	X		
Diálogo entre los actores	Conocer al compañero de trabajo (CLS – EAIS)	Enterarse de procesos internos de la institución y propuestas de trabajo	X		
Encuesta de satisfacción de los usuarios	Conocer la situación actual	Formular preguntas de interés	X		
Identificar de problemas	Buscar problemas basados en la encuesta de la comunidad	solucionar problemas	X		

Infraestructura	Analizar si Brinda seguridad y comodidad para su uso	Solicitar ayuda al gobierno local para construcción si fuera necesario			X
Transporte de materiales	Realizar pedidos trimestrales	Disminuir costos de transporte	X		
Programa de agendamiento de citas	Concientizar a los usuarios de consulta frecuente	Disminuir tiempos de espera, priorizar las emergencias		X	
Visitas domiciliarias	Solicitar al EAIS visitas semanales para control	Realizar un censo de pacientes que requieren las visitas domiciliarias. Elaborar un listado de agendamiento	X		
Charlas a la comunidad	Informar y capacitar	Escuchar opiniones y capacitar sobre planes a seguir		X	
Sugerencias y planteamientos	Mejorar los servicios	Dialogar para emitir sugerencias que mejoren el servicio de salud			X

### 4.7.3 Objetivo 3: cronograma de trabajo

Se plantea un cronograma de trabajo a seguir por el CLS, distribuido por semanas durante seis meses. Su objetivo principal es estructurar el trabajo y secuenciarlo para cumplir todas las actividades ordenadamente.

**Figura 25:** Grafico de cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																							
ACTIVIDAD	ABRIL			MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
CHARLA INICIAL	■																						
DIALOGO ENTRE ACTORES		■	■																				
ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS				■	■	■	■																
IDENTIFICACION DE PROBLEMAS								■	■	■													
CHARLAS Y CONVOCATORIAS DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD											■	■	■	■									
SUGERENCIAS Y PLANTEAMIENTOS DE PROPUESTAS DEL PROYECTO														■	■	■	■	■	■				
CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA PROPIA																					■	■	
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
																					23	24	

### 4.8 Alcance de la propuesta

La propuesta está diseñada en base a los estudios realizados en la comunidad de Campo Alegre, pero puede ser adaptada a cualquier comunidad que cuente con servicios de salud, y un comité dispuesto a implementar la estrategia.

#### **4.9 Factibilidad de la propuesta**

Factibilidad operativa: La casa comunal cuenta con Recursos materiales para realizar la propuesta (espacio físico, sillas, mesas)

Factibilidad técnica: La comunidad cuenta con recursos tecnológicos (Computadora, proyector, parlantes)

Factibilidad económica: Los recursos económicos requeridos pueden ser financiados por la directiva de la comunidad. La comunidad recibe ingresos por el programa socio bosque, y este es invertido en mejoramientos y proyectos comunitarios

#### **4.10 Aprobación y Autorización**

El comité local de salud aprobará la propuesta ofrecida en este proyecto de investigación y autorizará su desarrollo en la comunidad

#### **4.11 Resultados esperados**

Se espera que este plan estratégico sirva para optimizar los recursos de salud de la comunidad, el trabajo conjunto del comité local de salud y el equipo de atención integral de salud trabajen conjuntamente con el fin de realizar exitosamente el proyecto.

#### **4.12 Presupuesto**

La tabla ocho muestra un presupuesto estimado por actividad, los recursos económicos pueden ser financiados por la directiva de la comunidad. Se puede buscar apoyo del gobierno Parroquial, en el caso que la comunidad no cuente con recursos.



**Tabla 9:** Presupuesto del proyecto

PRESUPUESTO DEL PROYECTO				
ACTIVIDAD	COSTO	FACTOR MULTIPLICADOR	TOTAL	DESCRIPCION
REUNION Y CHARLA INICIAL	\$20 Por dia	5 Dias	\$100	Coffe break, materiales de oficina
GASTOS BASICOS	\$10 MENSUALES	6 MESES	\$60	Servicios básicos
ENCUESTA INICIAL Y SUBSECUENTE AL PROYECTO	\$100 por encuesta	2	\$200	Encuesta para conocimiento de situación actual, y posterior al proyecto
MATERIALES DE OFICINA Y VARIOS	\$100		\$100	Insumos y materiales de oficina
CHARLAS A LA COMUNIDAD	\$100	10 Charlas en todo el proyecto	\$1,000	Coffe brake, materiales de oficina
ADQUISICION DE UNA COMPUTADORA PARA EL CLS	\$1,000	1	\$1,000	Procesamiento y almacenamiento de información
<b>TOTAL</b>			<b>\$2,460</b>	

### 4.13 Matriz de riesgo

**Tabla 10:** Matriz de riesgo

<b>MATRIZ DE RIESGOS</b>				
<b>RIESGO</b>	<b>INFLUENCIA</b>	<b>ACCION</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
FALTA DE COLABORACIÓN DE MIEMBROS DEL COMITE DE SALUD	PROBLEMAS PARA INICIAR LA PROPUESTA	DIALOGO CON EL PERSONAL	ALTO	PRESIDENTE DEL CLS
FALTA DE PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL PROYECTO	PROBLEMAS PARA INICIAR LA PROPUESTA	SOLICITAR PRESUPUESTO AL FONDO COMUNITARIO O GOBIERNO LOCAL	ALTO	PRESIDENTE DE JUNTA PARROQUIAL
FALTA DE COORDINACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD	NO SE PUEDE CONOCER LA PROBLEMÁTICA A FONDO	DIALOGO ENTRE PRESIDENTE DEL CLS Y DIRECTOR DEL S.C.S.	ALTO	CLS
POCA COLABORACIÓN DE LA COMUNIDAD	NO GARANTIZA LA SEGURIDAD DEL PROYECTO	CHARLAS Y REUNIONES PERIODICAS CON LA COMUNIDAD	MEDIO	CLS

### 4.14 Conclusiones

La comunidad de campo alegre cuenta con un comité local de salud, que al momento no ha desarrollado un plan de trabajo. Con la propuesta de este proyecto se espera incentivar a los integrantes para trabajar para el beneficio de la comunidad. Es importante el trabajo conjunto con el equipo de atención integral de salud para conocer las fortalezas y debilidades

de la institución, realizando acciones que creen oportunidades e identificar amenazas que puedan suceder en la comunidad.

El Ministerio de Salud Pública ayuda con recursos a las áreas y distritos de salud, que a su vez son distribuidos a las unidades operativas, el personal de salud de cada unidad realiza las solicitudes de insumos, materiales y medicamentos. En Campo Alegre las autoridades comunales delegan fondos para el transporte de los requerimientos del centro de salud, pero es el comité local quien debería colaborar, participar y administrar de la mejor manera los fondos, mediante la unificación de pedidos para reducir los costos.

La mejor estrategia es conocer a su compañero de trabajo, es por esto que se considera que previo a empezar a desarrollar el plan se debe programar una reunión de trabajo entre los actores. En primera instancia el personal de salud debe explicar todos los procesos internos, programas y lineamientos que se siguen, problemas que se generan y hacer énfasis en lo que necesitan de la comunidad. Posteriormente el comité local de salud debe exponer sus requerimientos para la comunidad. Se ha elaborado una tabla con estrategias, acciones, objetivos y plazo de acción, pueden ser cumplidos a corto, mediano y largo plazo.

#### **4.15 Recomendaciones**

Las recomendaciones que se pueden dar una vez finalizada la propuesta son:

- Mantener el dialogo entre el CLS y el equipo de salud para conocer y resolver los problemas de la comunidad.
- Realizar encuestas periódicas para conocer la percepción de los usuarios, según los resultados podemos enfatizar en las debilidades para mejorar la calidad del servicio
- Renovar periódicamente según dispone el MSP al comité local de salud, capacitando en los proyectos comunitarios a la nueva directiva.

- Controlar que se mantenga operativo el subcentro de salud
- Convocar a charlas a la comunidad, en la cual se comuniquen informes y nuevos proyectos, haciendo parte de estos a los habitantes de Campo Alegre

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego del análisis del trabajo se pueden destacar las conclusiones y recomendaciones que a continuación se mencionan.

### Conclusiones:

- Diversos estudios se han realizado en contexto nacional e internacional sobre la evaluación de la percepción de los usuarios acerca de los servicios de salud, pero no se encontraron estudios sobre el rol del CLS en las comunidades para mejorar la percepción de los servicios.
- El MAIS-FC ampara la creación de los CLS y establece funciones, y es el EAIS quien debe capacitar al CLS sobre las normas que el MSP establece para los comités.
- El MSP es el ente regulador de los establecimientos de salud en el Ecuador y de la unidad operativa Campo Alegre.
- El SCS de Campo Alegre no cuenta con infraestructura propia, pero según la directiva de la comunidad, se encuentran trabajando en un plan para la construcción del nuevo subcentro.
- El SCS de campo alegre no solo brinda atención a la comunidad de Campo Alegre, sino también a las comunidades aledañas ya que estas no cuentan con servicios de salud en la comunidad.
- El 100% de los encuestados utiliza los servicios de salud del SCS Campo Alegre, esta amplia respuesta se debe a que la comunidad se encuentra en la Isla Puná, y su acceso y salida es vía terrestre y marítima, con un viaje aproximado desde la comunidad de Posorja de 2 horas.

- El CLS debe trabajar por mejorar la relación de la comunidad con la institución de salud, es una organización comunitaria en beneficio de los habitantes.
- El CLS no ha realizado un plan de trabajo, por lo tanto la propuesta que se plantea será de utilidad para la organización.

**Recomendaciones:**

- Es importante que el SCS Campo alegre cuente con infraestructura propia, ya que en la institución se almacenan medicamentos e insumos que deben estar bajo seguridad.
- Se debe capacitar al CLS comunitario para que conozcan sus funciones y la importancia de la organización.
- El CLS debe realizar un plan de trabajo que sea guía para mejorar el desempeño de la organización.
- La evaluación de la percepción de los usuarios del SCS Campo alegre debe ser una actividad continua, para conocer lo que piensa la comunidad y para mejorar los servicios de salud.
- El CLS podría buscar financiamiento de la directiva comunitaria y del gobierno parroquial para el desarrollo de la propuesta que mejoraría los servicios de salud en la comunidad.

### **Bibliografía:**

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Alcalde San Miguel, P. (2009). *Calidad*. España: Parainfo, S.A.
- Anderson, D., Sweeney, D., & Williams, T. (1999). *Estadística para Administración y economía*. México: International Thompson.
- Aravena, P., & Hinojosa, M. (2015, Febrero). *Scielo*. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000200012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012)
- Armas, W., Izquierdo, L., & Pimentel, O. (2010). CARACTERIZACIÓN Y PROPUESTA TÉCNICA DE LA ACUICULTURA EN LA PARROQUIA RURAL PUNÁ DEL CANTÓN GUAYAQUIL. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Avilés Pino, E. (2015). *Enciclopedia del Ecuador*. Retrieved from <http://www.encyclopediadelecuador.com/temasOpt.php?Ind=1857&Let=>
- Bosques, E. (2016). Factores que inciden en los estandares de calidad de promoción y educación odontológico del distrito de salud numero 09D02 año 2013, Tesis de maestría en Gerencia de los servicios de la salud, *Repositorio UCSG*. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/4078>
- Cañadas, L. (1983). *Mapa Bioclimático y Ecológico del Ecuador*. Quito: MAG-PRONAREG.
- Comisión nacional de seguimiento a la propuesta de reforma integral de salud. (2006, mayo). *Propuesta política de participación social en salud*. San Salvador, El Salvador.
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). Carta de ottawa. *Carta de Ottawa para la promocion de salud*. ottawa.

- Corporacion Electrica del Ecuador. (2012, Agosto). ESTUDIO DE IMPACTO AMBIENTAL DEFINITIVO. *Central termoeléctrica Los Punaes de 4 MW*. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- De Zutter, P. (2004). *Diez claves de éxito para el desarrollo rural*. Lima: Horizonte.
- Diario La Hora. (2014). Breves. *De viaje*.
- Dominguez, N. (2015). Estudio de percepciones de los usuarios en relación a los nuevos modelos de gestión en salud aplicados en la administración de enfermería en el Hospital General Santa Elena Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Tesis de maestría en Gerencia de los servicios de la salud, *Repositorio UCSG*. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/4117/1/T-UCSG-POS-MGSS-60.pdf>
- Ecuador costa aventura. (2015, 02 02). *Ecuador costa aventura*. Retrieved from <http://ecuadorcostaaventura.com/guayas/puna.html>
- Einbenschutz, C., Sacoto, A., Tamez, S., Zafra, X., & Ramirez, R. (2014). Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993 - 2013 ) y participacion social en Perú. *Saude Debate*, 872-885.
- Essayag, S. (2010). Participación social y comunitaria en salud. Interfaces macro - micro. Programa Remediar. Buenos Aires, Argentina.
- Gattinara, B. C. (1995). Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Scielo*, 425 - 438.
- Google. (2015). *Google maps*. Retrieved from <https://www.google.com/maps/place/Isla+Puná,+Ecuador/@-2.9042997,-80.0518532,50327m/data=!3m1!1e3!4m2!3m1!1s0x9032588d72b0e3cb:0x699caa758a7ff869>



Hospital Universitario del Valle. (2010). *Calidad de atención, percepción de los usuarios*.

Cali: Hospital Universitario del Valle "Evaristo García".

Hoyos, M., & Avilés, E. (2009). *Historia de Guayaquil*.

Instituto Geográfico Militar Ecuador. (2015, Noviembre 24). *Instituto Geográfico militar*.

Retrieved from [http://www.igm.gob.ec/work/files/cartabase/MV\\_F.htm](http://www.igm.gob.ec/work/files/cartabase/MV_F.htm)

Instituto Nacional de Estadística. (2013, Marzo 14). *Instituto Nacional de Estadística*.

Retrieved from <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014*. Retrieved from

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaes/Est/Lib1192/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1192/cap01.pdf)

Instituto nacional de estadísticas y censos. (2010). Quito.

Instituto Oceanográfico de la Armada. (2005). *Derrotero de la Costa Continental e Insular del Ecuador*. Guayaquil: Inocar.

Macias, G. (2009). *Scielo*. Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042009000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-81042009000200014&script=sci_arttext)

Maps, G. (2010). <http://maps.google.com>.

Méndez, C. A., & Vanegas López, J. J. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Panamericana de Salud Pública*, 144-148.

Ministerio de salud de Perú. (2005). *Marco Conceptual Metodológico para el Abordaje de Promoción de la Salud*. Lima.

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Instructivo para la elaboración de diagnóstico situacional, metodología de trabajo*. Quito.

- Ministerio de Salud Pública. (2016). *salud.gob.ec*. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-de-los-servicios-de-salud/>
- Morán, G., & Alvarado, D. (2010). *Métodos de investigación*. México: Pearson.
- Muy ilustre Municipalidad de Guayaquil. (2015, 02 01). *Guayaquil es mi destino*. Retrieved from <http://turismo.guayaquil.gob.ec/?q=es/naturaleza/parroquias-rurales/parroquia-rural-isla-puna/isla-puna>
- Oficina Internacional del Trabajo. (2001). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Vol. 4). Madrid, España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales .
- Organizacion Mundial de la Salud. (1946). Conferencia sanitaria internacional. *Official Records of the World Health Organization* (p. 100). New York: OMS.
- Organizacion mundial de la salud. (2015). <http://www.paho.org>. Retrieved from <http://www.paho.org>:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&lang=es)
- Ramirez Puente, P. (2010). Caracterizacion de la formacion en promoción de salud. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ramirez, T., Nájera, P., & Nigenda, G. (1998). *Scielo.org*. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- Real academia de la lengua española. (2014). *Diccionario de la Real academia de lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Real academia de lengua española. (2016, febrero 20). *Real academia de lengua española*. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=SX9HJy3>
- Repullo, J., & Iñesta, A. (2012). *Sistemas y Servicios Sanitarios*. Madrid: Diaz de Santos S.A.

- Reyes, H. e. (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de la salud en México. *salud pública de méxico vol. 55 suplemento 2*, 100 - 105.
- Reyes, J. (2015). *Repositorio UCSG*. Retrieved from <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/4037/1/T-UCSG-POS-MGSS-45.pdf>
- Sandoval, N. (2015). Las funciones del trabajador social en el área de salud comunitaria del distrito de Manta. *Trabajo de titulación previo a la obtencion te título de licenciada en trabajo social*. Manta.
- Secretaría de salud. (2002). *Salud*. Retrieved from <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012). *Salud.gob.mx*. Retrieved from [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf)
- Secretaria de salud de México. (2015). *Promocion de la salud*. Retrieved from [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5\\_funciones.html](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html)
- Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. (2009). *Plan nacional del buen vivir*. Quito: Semplades.
- Silva, M., & Ulloa, B. (2013). *Metodología de la investigacion*. Retrieved from Universidad César Vallejo escuela de postgrado: [http://investigacionpostgradoucv.bligoo.pe/media/users/26/1300127/files/401177/GU\\_A\\_DE\\_METODOLOG\\_A\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACION.\\_PDF.pdf](http://investigacionpostgradoucv.bligoo.pe/media/users/26/1300127/files/401177/GU_A_DE_METODOLOG_A_DE_LA_INVESTIGACION._PDF.pdf)
- Siqueira, E., Da Silva, A., & Vasquez, M. (2000). Los procesos de reforma y la participacion social en salud en America latina. *SciELO*, 9.

Superintendencia de salud de Chile. (2004). *Superintendencia de salud del gobierno de Chile*.

Retrieved from [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf)

[7318\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf)

Turabian, J. (1991). Participación comunitaria en atención primaria de salud: amigo o enemigo. *Revista Formación Continuada. Área de Salud Pública y Medicina Comunitaria*, 85.

Walsh Environmental Scientists and Engineer. (2009). *Estudio de Impacto y Plan de Manejo Ambiental para la Perforación Exploratoria Puná A, en la Isla Puná, en el Bloque 4*. Quito.

Wolf, T. (1892). *Geografía y Geología del Ecuador*. Leipzig.

# ANEXOS



## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR FORMATO DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

Zona:

Fecha:

Distrito:

Circuito:

Establecimiento de salud:

Ubicación:

Director del establecimiento de salud:

**Tabla 11:** Conformación del comité local

**Fuente:** Ministerio de salud pública

MIEMBRO	LUGAR DE RESIDENCIA	INSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN	ROL EN EL CLS	FIRMA

Dado y firmado en la ciudad de \_\_, a los \_\_ días del mes de \_\_ del año \_\_.

Firma del personal de salud responsable



## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

### Hoja de ruta para la implementación del Plan Local de Salud

Zona:

Fecha:

Distrito:

**Tabla 12:** Hoja de ruta del plan local

**Fuente:** Ministerio de salud pública

PROYECTOS A DESARROLLAR	ACTIVIDADES	TIEMPOS	RESPONSABLES

Firma del Representante del CLS:

Firma del Director de la Unidad de Salud:

Observaciones:



## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### Encuesta dirigida para la tesis:

Evaluación de la percepción de los servicios de salud en la comunidad de campo alegre en la isla Puná. Propuesta de un plan estratégico para la optimización de recursos dirigido al comité local de salud.

#### AUTOR:

Md.: Fernando Orejuela Cabrera

Estimado usuario del Subcentro de Salud de Campo Alegre, soy estudiante de la maestría en gerencia en servicios de la salud, estoy realizando una investigación con el fin de generar un aporte a la comunidad, para lo cual le solicito me colabore respondiendo 15 preguntas de opciones múltiples. Para que no se sienta comprometido no es obligatorio que escriba su nombre. De antemano estoy muy agradecido por su ayuda.

Nombre:.....  
 Edad: .....  
 Sexo:.....  
 Domicilio:.....

Cuestionario:

1. ¿Acude usted al Subcentro de Salud de su comunidad cuando requiere asistencia médica?

Si ( ) No ( ) Desconoce que existe ( )

2. A su criterio ¿El contar con servicios de salud dentro de su comunidad, le brinda confianza y seguridad?

Si ( ) No ( )

3. ¿Cómo califica las instalaciones donde funciona el subcentro de salud?

Muy buenas ( ) Buenas ( ) Regulares ( ) Malas ( )

4. ¿Confía en la capacidad, destreza y conocimiento del personal de salud?

Si ( ) No ( ) No desea opinar ( )

5. ¿Considera que fue atendido en un tiempo adecuado?

Si ( ) No ( ) No desea opinar ( )

6. ¿Programa sus citas médicas con anticipación mediante el sistema de agenda del subcentro de salud?

Si ( ) No ( )

7. ¿Se le otorgó medicación e insumos necesarios para su tratamiento?

Si ( ) No ( ) Desconoce ( )

8. ¿Considera que en su consulta se le atendió con amabilidad?

Si ( ) No ( ) No desea opinar ( )

9. ¿Se le explicó claramente sobre su enfermedad?

Si ( ) No ( ) No entendió ( )

10. ¿El tiempo de atención que duró su consulta fue el adecuado?

Si ( ) No ( ) Desconoce ( )

11. ¿Se realizan visitas domiciliarias por parte del personal del subcentro de salud?

Si ( ) No ( ) Desconoce ( )



12. ¿Participa de las reuniones, charlas y convocatorias que realiza el personal de salud?

Siempre ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

13. ¿Conoce usted al Comité local de salud de su comunidad?

Si ( ) No ( )

14. ¿El Comité local de salud de su comunidad trabaja en conjunto con el personal de salud para mejorar el servicio?

Siempre ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( ) Desconoce ( )

15. ¿Ha realizado el comité un plan para el desarrollo de los servicios de la salud en la comunidad?

Si ( ) No ( ) Desconoce ( ) No desea opinar ( )

**Fotos Varias**

**Figura1:** Fuente de Agua Potable  
**Fuente:** El autor



**Figura 2:** Acceso Marítimo a Campo Alegre Vía Posorja  
**Fuente:** El autor



**Figura3:** Acceso Marítimo a Campo Alegre  
**Fuente:** El Autor



**Figura 26:** Consultorio médico  
**Fuente:** el autor




**Figura 27:** Usuario del S.C.S Campo Alegre  
**Fuente:** El autor



**Figura 28:** Alumnos de la escuela  
**Fuente:** El autor

## Acta de constitución del comité local de salud:


**Ministerio de Salud Pública**  
 Coordinación Zonal de Salud 8  
 Dirección Zonal de Promoción de la Salud e Igualdad  
 Gestión Interna de Derechos Humanos, Equidad, Interculturalidad y Participación Social en Salud

**COMITÉ CIUDADANO DISTRITAL LOCAL DE SALUD**  
**ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ CIUDADANO DISTRITAL LOCAL DE SALUD**  
**NOMBRE DE LA COMUNIDAD O PARROQUIA (RURAL-URBANA)-DISTRITO-AREA DE SALUD-**  
**UNIDAD OPERATIVA DE SALUD CAMPO ALEGRE**

En la Comunidad Campo Alegre/Parroquia Puna / que pertenece a La Unidad Operativas Campo Alegre del MSP del Distrito 09D01 ubicado en comunidad Campo Alegre a los 15 del mes de octubre de 2015 siendo las 12h horas, los representantes de las organizaciones sociales vinculadas a la salud convocadas por Ministerio de Salud, se constituyen en reunión para conformar el COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD Campo Alegre en el marco de la Constitución de la República y la Ley de Participación Ciudadana con el fin de garantizar los derechos a la salud y la participación en la gestión de la salud y en beneficio de las y los habitantes de Campo Alegre.

Una vez dado a conocer el procedimiento para la conformación del COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD Campo Alegre sus coordinadores / directiva estará conformado por **Presidente: Félix Reinaldo Torres Gonzabay; Vicepresidenta: Ana Pilar Lino Carrillo; Secretaria: Angela Gonzabay Coronel; Primer Vocal: Tonny Fabián Lino Gonzabay; Segunda Vocal: María Vásquez Gonzabay; Tercer Vocal: Edison Orlando Sanchez Sanchez.**

Es función de los Equipos de Atención Integral de Salud de la Unidad Operativa Campo Alegre acompañar y facilitar la gestión del COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD Campo Alegre.

Es función de los integrantes del COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD Campo Alegre Participar en el Diagnóstico Situacional de Base del Territorio, Identificar y priorizar los problemas para la elaboración del Plan Distrital Local de Salud, negociar los GADS y otras instituciones de su territorio la implementación del Plan Local de Salud, hacer control social de la gestión pública de salud en su territorio de acuerdo a los mecanismos definidos en la Ley de Participación Ciudadana.

Para constancia de lo acordado firman los/as integrantes del COMITÉ CIUDADANO DISTRITAL LOCAL DE SALUD Campo Alegre .

<b>Presidente</b> <b>Nombre:</b> Felix Reinaldo Torres Gonzabay <b>No. Cédula:</b> 0925591836	<b>Vicepresidenta</b> <b>Nombre:</b> Ana Pila Lino Carrillo <b>No. Cédula:</b> 0704069418
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>
<b>Secretaria</b> <b>Nombre:</b> Angela Gonzabay Coronel <b>No. Cédula:</b> 092456408	<b>1er Vocal</b> <b>Nombre:</b> Tonny Fabián Lino Gonzabay <b>No. Cédula:</b> 0926100744
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>
<b>2do Vocal</b> <b>Nombre:</b> María Vásquez Gonzabay <b>No. Cédula:</b> 0923549570	<b>3er Vocal</b> <b>Nombre:</b> Edison Orlando Sanchez Sanchez <b>No. Cédula:</b> 0908800147
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

Av. Carlos Luis Plaza Dañin y calle Francisco Boloña (junto a Centro Comercial Plaza Quil) Edificio Público del Sector Social teléf.:  
 2593080 - 2591011 ext.11111 [www.msp.gob.ec](http://www.msp.gob.ec)



HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD						
Problema -Eje temático del PLS-	Solución (¿Qué vamos a hacer?)	¿Con quiénes? (actores e instituciones)	Actividades	Recursos	Tiempos	Responsables
<i>El Desconocimiento del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud MAIS –Función de los miembros del CLS</i>	<i>Capacitación a los Integrantes del Comité Local de Salud</i>	<i>comunidad</i>	<i>Papelógrafo</i> <i>Manual MAIS</i>	<i>Propios y de la Unidad Operativa</i>	<i>2 días</i>	<i>Equipos de Atención Integral de Salud</i>
<b>Enfermedades Crónicas no transmisibles como tendencia y producto del sobrepeso y la obesidad</b>	<i>Reunión con el comité local para la Captación de pacientes con sobrepeso y Obesidad</i>					
	<i>Reuniones con la comunidad cautiva según los sectores donde se realizará la respectiva educación, y acuerdos y compromisos( Club de Hipertensos y Diabéticos )</i>		<i>Educación en la comunidad y en la Unidad Operativa</i>		<i>9 meses</i>	<i>Comité Local de Salud con EAIS</i>
		<i>Comunidad</i>	<i>Actividades físicas programadas</i>	<i>Propios y de la Unidad operativa</i>		
<b>Problemas de la salud integral de las/os Adolescentes.</b>	<i>Educación en la Unidad Operativa (Club de Adolescentes )</i>					
	<i>Educación casa a casa cuando se estén realizando las visitas domiciliarias</i>		<i>Charla educativas participativas trípticos</i>			
	<i>Charlas educativas en población cautiva (Escuelas y colegios)</i>	<i>Comunidad Adolescentes</i>		<i>Propios y de la Unidad Operativa</i>	<i>9 meses</i>	<i>Comité Local de Salud con EAIS</i>
<b>Desconocimiento del bienestar y salud a través de la interculturalidad.</b>	<i>Promoción educomunicacional sobre Medicina Ancestral.</i>	<i>Comunidad</i>				
	<i>Incentivar la difusión del enfoque de atención del parto vertical en el (Club de la Mujer).</i>		<i>Charla educativas participativas</i>	<i>Propios y de la Unidad Operativa</i>	<i>9 meses</i>	<i>Comité Local de Salud con EAIS</i>

Referencia: Análisis Situacional Integral de Salud (Los pasos para la formulación del PLS). Página 39 y 40

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, OREJUELA CABRERA FERNANDO MAURICIO, con C.C: # 0704082577 autor del trabajo de titulación: *El rol del comité local de salud en la percepción del usuario sobre los servicios de salud. Propuesta de un plan de trabajo y capacitación dirigido al comité local de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios*, 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, 1 de Marzo de 2016

f.   
\_\_\_\_\_  
Orejuela Cabrera Fernando Mauricio  
C.C: 0704082577

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	El rol del comité local de salud en la percepción del usuario sobre los servicios de salud. Propuesta de un plan de trabajo y capacitación dirigido al comité local de salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Orejuela Cabrera Fernando Mauricio		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Dr.: Francisco Obando Freire (Tutor) Cpa.: Laura Vera Salas (Revisora) Dra.: Cinthia Game Varas (Revisora)		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>		<b>No. DE PÁGINAS:</b>	84
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Percepción de servicios de salud, Participación social		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Percepción, Comité, salud, Comunidad, Servicios de salud		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Diversos estudios han evaluado a nivel nacional e internacional la percepción de los servicios de salud mediante encuestas y entrevistas a los usuarios, lo que evidenció que las comunidades rurales requieren de asistencia médica continua e integral y de sistemas de salud con calidad. Sin embargo, estas poblaciones se encuentran en situación de vulnerabilidad debido a las condiciones de pobreza, escasez de servicios básicos y contaminación ambiental sumadas a las dificultades de accesibilidad geográfica, lo cual conlleva a que dichas poblaciones queden excluidas.</p> <p>EL objetivo del trabajo fue determinar la percepción de los usuarios del Subcentro de Salud (SCS) de la Comunidad Campo Alegre sobre los servicios recibidos, para ello se realizó una visión global así como un análisis situacional de la Comunidad de Campo alegre en la Isla Puná.</p> <p>Para el desarrollo del proyecto se utilizaron los métodos científico, analítico y deductivo, se realizó una encuesta en la comunidad para obtener datos estadísticos y su posterior análisis para conocer la percepción a cerca de los servicios de salud. Se demostró que los habitantes de la comunidad en su mayor proporción utilizan el servicio del SCS Campo Alegre de los cuales el 68% aseguraron que les brinda confianza y seguridad, además el 11% de los usuarios encuestados refirieron que el comité local de salud (CLS) no ha realizado planes de desarrollo de la comunidad, el 59% desconocía sobre el tema y el 30% no quiso opinar.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-	E-mail:drfernandoorejuela@hotmail.com	



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional**  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

<b>AUTOR/ES:</b>	2290666/ 0980143023	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen	
	<b>Teléfono:</b> +593-9-42206950 / 0999617854	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec">maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec</a>	

### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	