

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN
LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS, DE LA POBLACIÓN
DEL ÁREA URBANA DE CONOCOTO EN EL PERÍODO
2015- 2016**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

QUIROGA ORTIZ GABRIELA BELEN

Mtr. PATRICIA ORTIZ

Directora

Quito, 2019

**CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN
LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS, DE LA POBLACIÓN
DEL ÁREA URBANA DE CONOCOTO EN EL PERÍODO
2015- 2016**

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar quiero dar las gracias a Dios que con su infinito amor me ha guiado por el camino que Él ha elegido para mí a lo largo de estos años, mediante su omnipresencia puedo dar fe que cada persona y situación que han pasado por mi vida en este tiempo, me han llevado a ser quién soy y a crecer como ser humano.

Quiero expresar mi gratitud eterna al ser que me dio la vida y con ella, la oportunidad de amar y sentirme amada, a mi madre: Carmen Marisol Ortiz Almeida, quien con su esfuerzo y amor me ha dado todo lo necesario para mi desarrollo en todos los ámbitos. A mi tía Rocío del Pilar Ortiz Almeida, quien con su paciencia me ha demostrado la importancia de la incondicionalidad y el cariño. A mis hermanos Paola Karina y Luis Alberto con los que he compartido muchas experiencias y con su apoyo ahora cumplo una meta más en mi vida. A mis amigas, amigos y enamorado por brindarme siempre sus ánimos y comprender todo el sacrificio que ha implicado la culminación de mi carrera. A mi familia y maestros por cada enseñanza que han plasmado en mí. Agradecida con el universo entero porque cada átomo de él hace lo que soy, y yo soy cada átomo de él.

Gracias a todos y todas.

DEDICATORIA:

El fruto de mi esfuerzo quiero dedicar a la mujer que me enseñó lo que es la entrega y el sacrificio, quién con su paciencia y comprensión siempre confió en mí. A la persona a la que le debo lo que soy, y a aquella que es mi mayor orgullo y dechado. A mi madre, Carmen Marisol, le dedico todo este proceso, todas mis metas, todos mis logros y mi promesa de hacer de este mundo cada día un lugar mejor para los que estamos y para los que vendrán.

TABLA DE CONTENIDOS

1.	CAPÍTULO: INTRODUCCIÓN.....	1
2.	CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1	. La Salud como derecho	4
2.2.	Determinantes de la Salud	7
2.2.1.	<i>Contexto socio económico y político</i>	8
2.2.2.	<i>Posición socioeconómica</i>	9
2.2.3.	<i>Determinantes intermedios</i>	9
2.2.4.	<i>Factores ambientales</i>	9
2.2.5.	<i>Factores Psicosociales</i>	10
2.3.	Los sistemas y servicios de salud.	10
2.3.1	<i>Los servicios de salud</i>	10
2.3.2.	<i>Los sistemas de salud</i>	11
2.4.	Equidad en salud	15
2.5.	Descripción del sistema de salud en el Ecuador	17
2.5.1.	<i>Atención Primaria de Salud Renovada</i>	21
2.6.	Acceso a los servicios de salud	38
2.6.1.	<i>Características de los servicios de salud</i>	39
2.7.	Uso de los servicios de salud	43
2.7.1.	<i>Modelos de uso de los servicios de salud</i>	45
	<i>Sexo</i>	50
	<i>Edad</i>	51
	<i>Etnia</i>	53
	<i>Escolaridad</i>	53
	<i>Afiliación</i>	54
3.	CAPÍTULO III. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	57
4.	CAPÍTULO IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN	58
5.	CAPÍTULO V. MÉTODOS.....	59
5.1.	Población y Muestra.....	59
5.2.	Tipo de estudio.....	59
5.3.	Procedimientos de recolección de información:	59
5.4.	Plan de análisis de datos	60
6.	CAPÍTULO VI. RESULTADOS	61

6.1. Análisis Descriptivos	61
<i>6.1.1. Características Sociodemográficas</i>	61
<i>6.1.2. Características del uso de los servicios de salud</i>	63
<i>6.1.3. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud</i>	68
6.2. Análisis Bivariado	70
<i>6.2.1. Relación entre los factores sociodemográficos y características de los servicios de salud</i>	70
<i>6.2.2. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud</i>	77
6.3. Análisis Estratificado según Afiliación a un seguro de salud	79
<i>6.3.1. Tipo de atención recibida según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación a un seguro de salud.</i>	79
<i>6.3.2. Niveles de atención según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación a un seguro de salud.</i>	80
<i>6.3.3. Percepción de la satisfacción en la calidad de atención según el tiempo de espera en función de la afiliación a un seguro de salud.</i>	82
7. CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	83
7.1. Limitación	89
8. CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
8.1. Conclusiones	91
8.2. Recomendaciones	93

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1: Factores sociodemográficos de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto 2015-2016.....	61
Tabla 2: Lugar de atención recibida por parte de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	63
Tabla 3: Tipo de atención recibida por los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	64
Tabla 4: Tipos de transporte de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	65
Tabla 5: Porcentaje de uso de los servicios de salud según el nivel de atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	65
Tabla 6: Porcentaje de uso de los servicios de salud según los criterios de elegibilidad en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	66
Tabla 7: Porcentaje de uso de los servicios de salud según tipo de servicio en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	67
Tabla 8: Porcentaje de tipo de profesional de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	68
Tabla 9: Porcentaje de la percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	69
Tabla 10: Relación de los factores sociodemográficos y tipo de atención recibida de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	70
Tabla 11: Diferencia de medias de los factores sociodemográficos y la accesibilidad geográfica en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	72

Tabla 12: Relación entre los factores sociodemográficos y los niveles de atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	73
Tabla 13: Relación entre los factores sociodemográficos y la elegibilidad (Asignación vs Distancia) del establecimiento de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	75
Tabla 14: Satisfacción en relación a la percepción de calidad de atención en relación con el tiempo de espera para la atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	77
Tabla 15: Satisfacción en la percepción de la calidad de atención en relación con el tipo de profesional de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	78
Tabla 16: Tipo de atención recibida según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	79
Tabla 17: Niveles de atención según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016	80
Tabla 18: Percepción de la satisfacción en la calidad de atención según el tiempo de espera en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016.....	82

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS	8
Figura 2: Niveles de Atención acorde al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS	28
Figura 3: Tipología de las unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano	32

RESUMEN Y ABSTRACT:

La utilización de los servicios de salud a nivel general y en el Ecuador es un tema muy extenso de abordar ya que implica el análisis de múltiples variables que condicionan el uso de los mismos a nivel individual y colectivo.

En Conocoto, una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito, no existen trabajos de investigación que revelen la utilización de los servicios de salud en relación con las características de los mismos y los factores sociodemográficos.

Allí yace la importancia de la elaboración del presente estudio con el fin de determinar las características de los servicios de salud y factores sociodemográficos que influyen en la utilización de los mismos, de la población del área urbana de Conocoto en el período 2015- 2016. Se utilizó la base de datos del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”, de donde se extrapolo la población que hizo uso de los servicios de salud en ese periodo con un total de 1469 personas.

El diseño de la investigación fue descriptivo transversal y analítico.

Los patrones de distribución dentro del universo analizado correspondieron a que la mayor proporción en el uso de los servicios sanitarios correspondió al sexo femenino (57.4 %), así como también al grupo etario adulto medio (46-64 años) (54,8 %), grado de escolaridad: secundaria (39,2%), etnia: mestiza (92.8%) y afiliación sanitaria (55,5%).

Los usuarios emplearon en su mayoría el servicio de consulta externa (86,8 %), el tiempo de accesibilidad geográfica fue de 35,11 minutos, el tiempo de espera para la atención fue de 14,45 minutos, y además tuvieron una buena percepción de la calidad de atención de los servicios de salud (58%).

La asociación entre la afiliación con el tipo de atención recibida refleja que contar con una cobertura sanitaria proporciona una mayor probabilidad de tener una consulta de chequeo control y seguimiento (OR: 1,43 I.C. 95%: 1,064-1,927), también ser afiliado se asoció de forma significativa con el uso del tercer nivel de atención (O.R. : 2,63 I.C. 95% : 2,13 – 3,26). Con respecto a la satisfacción en la

calidad de atención, esta mostró significancia con respecto a la atención proporcionada por médicos generales y especialistas (O.R.: 1,56 I.C. 95%: 1,09 – 2,22).

Estos resultados reflejan la dinámica del uso de los servicios de salud en esta población, su importancia radica que al estudiarlos y analizarlos de forma conjunta se puede divisar las falencias en la utilización de los mismos y de esta forma trabajar en pro de mejorar esta situación y aumentar la adecuada utilización de los servicios de salud en Conocoto.

1. CAPÍTULO: INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud corresponde al conjunto de instituciones y organizaciones que de manera vinculada van a proveer un mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población (OMS, 2000). Están conformados por múltiples elementos que van a ensamblarse de tal forma que constituyan un verdadero potencial en cuanto a la acción de estos sistemas, como por ejemplo personal sanitario, la financiación del mismo, la información que maneje y la comunicación entre cada eje de estos elementos (Martínez, 2013). Cada elemento constitutivo va a proveer determinados servicios de salud, dentro de los cuales, existen factores que predisponen a su utilización (Llanos et al., 2009).

La utilización de los servicios de salud es un proceso complejo y dinámico, este se inicia cuando surge la necesidad de salud en el individuo y culmina cuando se ha puesto en marcha elementos que satisfacen dicha necesidad (Arredondo & Victor, 1992).

La utilización de los servicios de salud va a incorporar determinantes que afectan el uso de los mismos, es importante destacar que estos incluyen factores sociodemográficos, en los que se hallan el sexo, la edad, el escolaridad, la etnia, la ocupación, la clase social, composición familiar, estado civil, entre otros, (Llanos et al., 2009) (de Andrade et al., 2015) (Scott y Theodore, 2013) (Pinheiro, Viacava, Travassos, & Brito, 2002) y también incluyen características de los servicios de salud “per se” (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015). Cada factor va a influir de distinta manera en cuanto a la utilización de los servicios de salud (Cotlear et al., 2015).

El tipo de atención que recibe la persona y el tipo de servicio que brinda el prestador (Hirmas Adauy et al., 2013), se consideran otras características del uso de los servicios de salud; cuando el nivel de atención vaya acorde al motivo y también encaje con el profesional que brinda el servicio se asegurará una mayor coherencia en su utilización. (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

La percepción de la calidad de los servicios de salud, también en relación con el uso, comprende la actitud humana con la que el individuo detectó el trato hacia él. Un trato empático, respetuoso y cuidadoso dado por los actores internos de los servicios de salud va a influir en el uso de estos (Otálora & Orejuela, 2007), cuando la percepción de la atención recibida es positiva, es decir se manifiesta como “buena” el paciente quedará satisfecho y conforme (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

En el sistema de salud ecuatoriano se contemplan algunas de las características expuestas, que van a actuar como canalizadores efectivos del uso de los servicios de salud, como: la organización por niveles de atención; gratuidad en el sector público; disponibilidad adecuada de recursos humanos e infraestructura funcional; todos estos factores coinciden con otros países de América Latina, con el fin de mejorar la utilización de los servicios de salud (Almeida & Sarti, 2013). (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

Existen también otras características que actúan como barreras, tales como la segmentación en sector público, sector privado y tradicional y/o alternativo, ya que es un diseño que no contribuye con la utilización de los servicios de salud, no solo en el Ecuador sino en América latina (Vega & Frenz, 2014), (Petrera, Valdivia, Jimenez, & Almeida, 2013).

Los procesos de transformación en el Ecuador para el mejoramiento del sistema de salud y su utilización, datan desde la Constitución del 2008 en donde se plantea una atención integral del individuo asegurándole de esa manera un acceso al sistema de salud. (Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007-2008, 2008).

La utilización de los servicios de salud debe ser universal independientemente de dónde y cómo se desarrolle, de forma similar deberá brindar una cobertura real y amplia de acuerdo a las necesidades de cada población (incluidos servicios para grupos vulnerables y minorías poblacionales) solo así se podrá asegurar que es un sistema funcional (Barraza-Lloréns, Panopoulou, & Díaz, 2013).

Al hablar de un sistema funcional de salud, la eficiencia y la solidez constituyen requisitos primordiales para que se lleve a cabo la cobertura sanitaria universal mediante el uso de los servicios de salud (Pan American Health Organization, 2014).

Y una cobertura sanitaria va a asegurar personas y comunidades que contribuyan con el desarrollo comunitario y sostenible (Atun et al., 2015). Es así que mediante la comprensión y el conocimiento de estas características de los servicios de salud y factores sociodemográficos se puede generar cambios significativos en cada una de las sociedades (de Andrade et al., 2015).

2. CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. La Salud como derecho

Según la Organización mundial de la salud la definición de salud engloba al bienestar completo de un individuo en diferentes esferas de su persona, tanto a nivel físico, mental, social y sexual (OMS, 2018). De igual forma la salud es considerada en todo su contexto como un derecho humano que va más allá de la condición étnica, socioeconómica, política o religiosa (Rodríguez A., 2018).

La salud como derecho fue reconocida a nivel mundial en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año de 1966, se puso en marcha para su aplicación a nivel mundial en 1976 y se resuelve en hacer énfasis a la garantía de un acceso adecuado a la salud mediante políticas que asistan a las características favorecedoras de la salud y minimicen las limitaciones para su acceso (Fajardo-Dolci et al., 2015).

La salud puede ser considerada como un bien público, puesto que los beneficios que acarrea son mucho mayores si son vistos en contexto de sociedad que en un contexto individual, de ahí deriva que tiene que estar al alcance de todos (Sojo, 2000).

Es así que la salud constituye un sitio de conjunción entre situaciones externas e internas, entre lo individual y lo colectivo, entre lo público y lo privado, por esto es importante el progreso de la misma (Frenk, 2016).

La salud va a determinar el desarrollo global de una sociedad, no solo a nivel individual sino también en el ámbito comunitario, es de esta forma que se enfatiza en su concepto y en todas sus implicaciones (Fajardo-Dolci et al., 2015).

Desde el año 2008 en el Ecuador, la salud se considera como un derecho establecido por la constitución, enfocándola de manera integral, en donde se opera conjuntamente con otros derechos, formando así una reforma del sistema de salud nacional (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

En el Ecuador la salud es un derecho garantizado por las entidades del estado y es a la vez el anclaje para el desarrollo del país (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

El derecho a la salud que los individuos poseen, los hace acreedores a libertades, poderes y sujeciones. En las libertades, el paciente tiene la opción de aceptar o no determinada atención o tratamiento, en referencia a los poderes, la persona puede ser partícipe de un sistema de salud en condiciones de igualdad y en cuanto a las sujeciones la persona tiene que respetar los lineamientos de las entidades a cargo de brindar la atención médica (Iannello, Migliore, Núñez, & Schötz, 2013).

La noción de salud se ha ido adaptando conforme ha evolucionado la sociedad, el bienestar en todo sentido va a estar relacionado con el medio ambiente y con la cultura inherente a cada ser humano (Nobile, 2014). Entender el concepto de salud que maneja cada persona es importante para contar con el paciente como apoyo en el manejo de su salud y de condiciones que la mejoran (Gessert et al., 2015).

Se puede advertir, que la concepción de salud va a variar, dependiendo incluso del contexto urbano y rural, las personas que habitan en un ámbito rural van a tener sus propias percepciones de la salud basadas en su nivel económico, sus creencias y sobre todo su estilo de vida (Gessert et al., 2015). La percepción de salud del área rural va a estar en relación con la capacidad de ser auto sustentable y no verse limitado de ninguna manera en su área laboral (Gessert et al., 2015). Esto es un concepto que brinda una noción importante puesto que se infiere que las personas del área rural van a tener más riesgos de complicaciones de sus enfermedades debido a la búsqueda de atención médica de forma tardía.

De esta forma la salud cuenta con factores que van a influir para lograr un equilibrio en la balanza de salud y enfermedad. Estos factores pueden ser de diversa índole.

Hay factores biológicos, sociales, de servicios sanitarios, entre otros. En cuanto a los biológicos se plantean, por ejemplo: factores físicos, etarios, genéticos, es decir inherentes al individuo; de acuerdo a la carga genética propia se puede predecir de manera superficial las carencias, los riesgos y también los factores protectores que podría tener ese ser humano en cuanto a su salud (Dauncey, 2012).

Por otro lado los factores sociales son condicionantes sumamente relevantes para que una persona pueda ser catalogada como saludable o no. Existen una variedad de elementos que van a conjugarse a favor del individuo o en contra del mismo, demarcando la salud y enfermedad (de Andrade et al., 2015). Los factores sociales involucrados más importantes van a ser: el nivel de escolaridad, estatus socioeconómico, ocupación, estado civil, condiciones de la vivienda, exposiciones ambientales, entre otros.

El grado de soporte familiar o la condición de abandono también constituyen factores sociales que influyen en la salud y pese a que son circunstanciales van a intervenir en los desenlaces del factor común salud, por ejemplo acarreando enfermedades crónicas o dificultando manejos integrales (Gutiérrez, Rubio, & Sotos, 2010).

Los diferentes escenarios de factores sociales van a ejercer una influencia profunda en cuanto al resultado de salud, como se mencionó, no obstante las desventajas sociales van a determinar impedimentos ineludibles a una calidad de vida saludable. Entre los factores que constan como desventaja existen: la falta de escolaridad, inestabilidad laboral y familiar, discriminación y pobreza, (Marsh, Milofsky, Kissam, & Arcury, 2015).

Estos factores reproducen patrones de desigualdad étnico y de clases, generando impactos negativos en la salud a través de mecanismos materiales y psicológicos (Marsh et al., 2015).

La salud es un eje multidimensional que está directamente relacionado con la calidad de vida de las personas, el desarrollo comunitario y el progreso de un país (Fajardo-Dolci et al., 2015).

Por esto es necesario contar con estrategias planificadas de acuerdo a las necesidades individuales y colectivas de cada país, para poner en marcha planes que integren a la salud como un derecho fundamental y básico de cada ser humano (Frenk, 2016).

2.2. Determinantes de la Salud

Son un conjunto de características que influyen en la salud a nivel individual y colectivo, generando un impacto positivo o negativo dentro de la misma (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Se articulan entre sí de formas variadas, diferentes y complejas y generan distintas interacciones, entre ellas y también en el sistema dentro del cual se desarrollan (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

Este accionar pretende explicar las causas de la enfermedad desde una visión de salud pública enmarcada a un concepto particular de una persona, ya que su estado de salud va a estar condicionado por los diferentes factores intrínsecos y extrínsecos a lo largo de su vida, que lo van a disponer para la salud o enfermedad (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

La desarticulación de estos determinantes va a obstruir el bienestar del individuo y su comunidad, con notables consecuencias dentro de una sociedad ya que habrá más presencia de inequidades (Carmona-Meza & Parra-Padilla, 2015).

De esta manera es necesario el entendimiento de estos determinantes sociales, comprender su relación e interacción entre cada uno de ellos, entender la importancia de los mismos y priorizar el accionar sobre cada uno de ellos (Solar O., 2010).

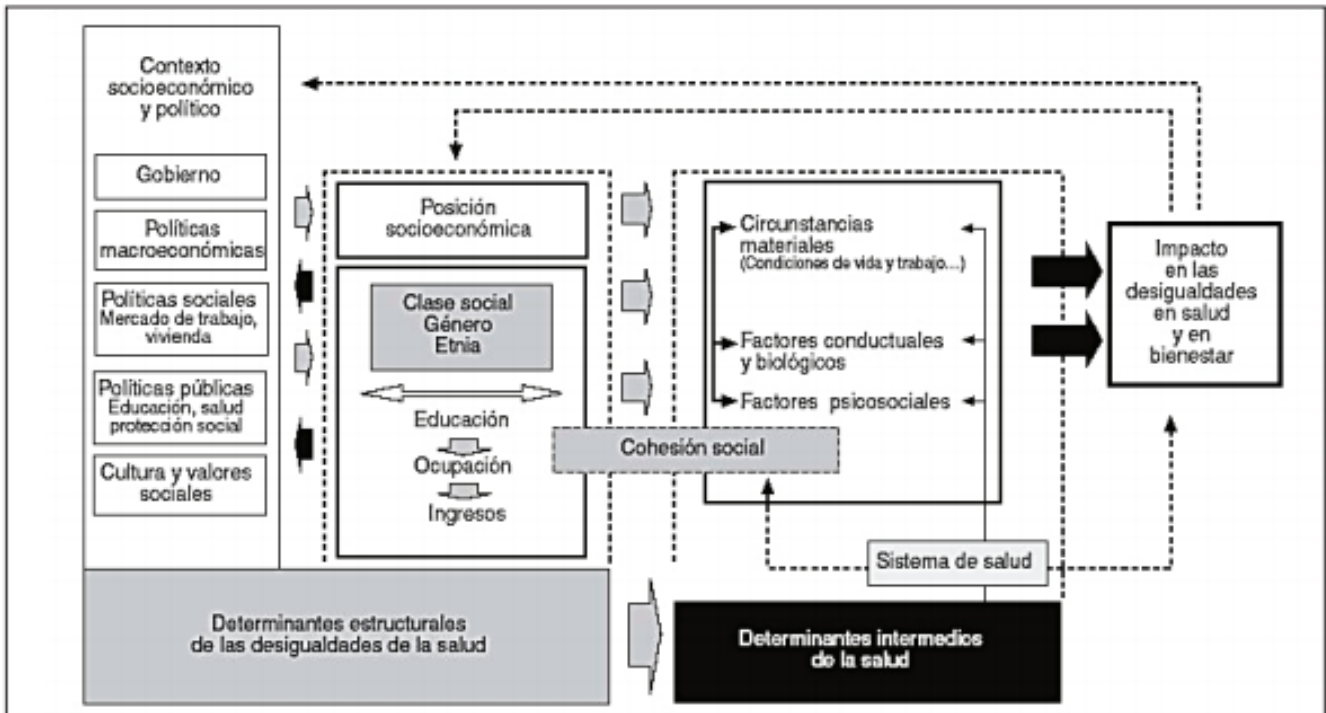


Figura 1: Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud según la OMS

Fuente: Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de debate sobre los determinantes sociales de la salud 2 (Política y práctica). Ginebra; Organización Mundial de la Salud

2.2.1. Contexto socio económico y político

Hace referencia a todo el ámbito que envuelve al individuo y lo hace ser parte de la sociedad, está involucrado de forma inmediata el gobierno, dentro del que se van a desarrollar políticas de acción económica, social, pública, encaminadas al progreso colectivo. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013). Existen mucha intención en pro de cambiar las inequidades sociales manejado desde puestos gubernamentales, sin embargo todavía existen inconsistencias en las que se pretende trabajar.

2.2.2. Posición socioeconómica

Abarca a todas las características que influyen para el adecuado acceso a la salud y que van de la mano con el contexto social y económico de las personas. Por ejemplo destacan particularidades como el sexo, la situación económica y la etnia que van a ejercer una fuerte relación entre la salud de esos individuos y sus capacidades de adquirir buenas condiciones de la misma ya que en algún punto se van a ver limitados por ese contexto. (Hosseini Shokouh et al., 2017).

De la misma manera es importante recalcar que de forma contraria a lo que se cree habitualmente la posición socioeconómica no determina directamente la salud, sino que paradójicamente la salud va a ejercer control acerca de ella. Un individuo sano va a tener más oportunidades de mejoras en su contexto económico a diferencia de las reducidas oportunidades que pueda poseer una persona enferma (Solar O., 2010).

2.2.3. Determinantes intermedios

Los factores intermedios también son un punto que actúa como favorecedor para las inequidades, por ejemplo las circunstancias materiales que posea la persona van a ayudarlo a tener mejor salud frente a las que no posean trabajo estable y/o vivienda propia, las condiciones psicosociales también interfieren, por ejemplo la falta de apoyo social, acontecimientos vitales negativos o niveles de estrés elevados inciden perjudicialmente en su bienestar de salud, de igual forma los estilos de vida y hábitos de la persona influyen en el desarrollo de las enfermedades y dan la pauta para poseer una idea de cuan propenso y en qué condiciones está el paciente para sanar (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.2.4. Factores ambientales

Estos determinantes van a desarrollarse como riesgos para la salud y el desarrollo, constituyen todos los aspectos que de manera extrínseca y hasta cierto punto independiente actúan en la salud. Va desde las condiciones climáticas hasta las

situaciones sanitarias en donde destacan el agua potable, un buen sistema de saneamiento, entre otros. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.2.5. Factores Psicosociales

Las condiciones en donde se desarrolla un ser humano influyen a lo largo de su vida, cuando este es sometido a factores estresantes su sistema neuro endocrino va a tener picos de secreción hormonal anómalos que terminarán por debilitar el sistema inmune del individuo haciéndolo propenso y vulnerable a las enfermedades (Solar O., 2010).

2.3. Los sistemas y servicios de salud.

2.3.1 Los servicios de salud

Los servicios de salud corresponden a las prestaciones que se encargan de brindar un servicio sanitario, con el fin de satisfacer determinada condición de salud (Fajardo-Dolci et al., 2015), comprenden de manera básica la disponibilidad, la prestación y barreras para la utilización de los mismos (Fajardo-Dolci et al., 2015). Los servicios de salud constituyen un canalizador entre la oferta y demanda en el sector salud (Rodríguez A., 2018).

Una adecuada cobertura de los servicios de salud para toda una población es la clave para la utilización ideal de los servicios y por ende mejorar la inequidad existente entre las comunidades (Mortueruel, Rodriguez-Alvarez, Martin, & Bacigalupe, 2018).

Una característica importante de los mismos es la capacidad de responder ante una demanda sanitaria de la población de manera eficiente y organizada (Bersh, 1992). La articulación completa y eficaz de estos elementos es conocido como sistema de salud (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

2.3.2. Los sistemas de salud

Un sistema de salud según la Organización Mundial de la Salud es un conglomerado de servicios de salud estructurados, que de forma sinérgica suministran un mantenimiento y progreso en la salud de una población (OMS, 2000).

Este va a tener como objetivo primordial el prestar servicios de salud, de esta manera existe una relación directamente proporcional entre servicios y sistemas de salud. El fin común será la promoción, el restablecimiento y/o la mantención de la salud (Restrepo-Zea, Silva-Maya, Andrade-Rivas, & VH-Dover, 2014).

Los sistemas de salud están constituidos por variados servicios que van a acoplarse de manera que formen una potencia efectiva en cuanto al accionar de los mismos, (Martínez, 2013).

Los sistemas de salud poseen determinadas características que han sido categorizadas por la comisión de macroeconomía de la Organización Mundial de la Salud, y ha sido muy útil desde su aparición en el año 2001 (Mills, 2014). Esta manera de ver los sistemas de salud es muy ventajosa, debido a que es objetivamente medida tanto a nivel horizontal, es decir las características per se de los sistemas, como a nivel vertical, es decir los diferentes tipos de apoyo que recibe el sistema de salud.

La amplitud de estas categorizaciones incluyen importantes niveles como:

- Comunidad
- Servicios de entrega
- Políticas de salud y gubernamentales

Dentro de estos niveles existen situaciones que van a obstaculizar la armonía del sistema de salud (Mills, 2014). Es importante la identificación de estos contextos para que las soluciones que se planteen sean objetivas y realizables dentro de los mismos.

Con respecto a la comunidad, las barreras socioeconómicas son un problema común con el que hay que lidiar, en especial en la mayor parte de América Latina, debido a

que ha tenido a lo largo de su historia, muchas brechas en el aspecto económico, además de marcadas injusticias sociales (de Andrade et al., 2015).

Las permanentes desigualdades en las políticas sociales de Latino América continúan extendiendo dificultades para el acceso efectivo a los sistemas de salud, y también colocan barreras para la equidad de los servicios (Sojo, 2000).

Los servicios de entrega y políticas de salud pública se ven afectados por la existencia de un déficit de soporte financiero, deteriorando y sobre explotando el uso de los servicios de salud.

La financiación de los sistemas de salud sigue originando varios escenarios dentro del panorama de acceso y utilización de los servicios sanitarios, de hecho es uno de los mayores problemas que presentan estas estructuras (Restrepo-Zea et al., 2014).

Por lo general los sistemas de salud de América latina se han dividido principalmente en público y privado, en la parte pública el gobierno es el autor del recurso monetario, muchas veces no cubre la magnitud de demanda que este requiere y es ahí donde ocurren las falencias (Mills, 2014).

Las desigualdades cuestionan mucho la manera en la que están distribuidos los recursos dentro de los sistemas de salud. (Garcia-Subirats et al., 2014).

Cada país tiene sus fortalezas y deficiencias en cuanto a la organización de los sistemas de salud, es fundamental que todas las entidades en cargadas presten atención a la oferta y demanda de salud en cada sector para que así puedan realmente abordar las carencias propias de cada sistema y potenciar las características destacadas (Garcia-Subirats et al., 2014).

La mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial son parecidos o se rigen bajo los mismos preceptos, en general los países de América Latina tienen características muy similares a los paradigmas europeos, pero también poseen características propias de la región como: la estratificación del financiamiento en público y privado y la gran brecha socio económica que existe entre sus habitantes (Vásconez Rodríguez, Córdoba, & Muñoz, 2005).

Para atenuar y resolver a largo plazo las inequidades causadas por la fragmentación de los sistemas de salud (principalmente el modelo de financiamiento Público privado), la gran parte de países con sus reformas en la financiación y provisión de servicios han conformado las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (Vázquez Navarrete & Vargas Lorenzo, 2006).

Estas redes constituyen un proceso para la adquisición de objetivos que plasmen condiciones de equidad en el desarrollo de políticas para un acceso efectivo al sistema de salud.

En los países de América Latina la mayoría cuentan con una financiación doble, una a cargo del sector público y otra por parte del sector privado, derivando en una fragmentación de los sistemas y servicios de salud (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

Los sistemas de salud pueden constituir un apoyo en la lucha contra las inequidades sociales, mermando la influencia de desventajas a los grupos poblacionales menos favorecidos, o por el contrario puede agrandar esa brecha con la denominada ley inversa de cuidado (Morteruel et al., 2018).

Hart et al. (1971) teorizaron que la disponibilidad de los recursos de salud era inversamente proporcionales con el nivel de necesidad de las poblaciones e individuos, esto es a lo que se le denomina ley inversa de cuidado o ley de Tudor. (Hart, Centre, & Talbot, 1971).

Se plantea que una distribución justa de los recursos de salud debe exponer diferencias sociales y geográficas equivalentes, contando así, con una distribución uniforme de los bienes materiales y talento humano (Michael Marmot, 2018).

2.3.2.1. Funciones del sistema de salud

Un sistema de salud posee cuatro funciones:

1. Prestación de servicios: para la cual debe incluirse la aportación de varios actores, no solo de los sectores convencionales si no también ir de la mano de

otros proveedores de salud como por ejemplo: donantes bilaterales, fundaciones, organizaciones no gubernamentales, empresas y personas civiles (Organización Mundial de la Salud, 2006).

2. Generación de recursos: dentro de este acápite instan los recursos materiales y humanos. Es menester señalar que las condiciones donde se desenvuelven los profesionales de salud tengan lo necesario para que potencien los resultados benéficos para los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2006).
3. Financiación: no hay instrucciones sencillas y reproducibles al momento de estrategias para la financiación de los sistemas de salud, el mayor costo por los servicios de salud es a través del Estado. Es necesario un compromiso político que permita perpetuar modelos de financiación que respondan a las necesidades específicas de cada país (Organización Mundial de la Salud, 2006).
4. Rectoría: comprende la supervisión y gerencia de todos los procesos que se desarrollen dentro del sistema de salud para lograr cumplir las metas y objetivos planteados, de la mejor manera.

Los sistemas de salud tienen que poseer todas o la mayoría de las características previamente mencionadas para que se constituyan como apoyo en la búsqueda del bienestar en salud para la población, todos sus elementos tienen que estar relacionados de forma armónica y óptima para que garanticen la cobertura universal de la salud (Fajardo-Dolci et al., 2015)

Los sistemas de salud han sufrido un proceso de transformación profunda a favor de la eficiencia y la calidad de atención, a partir del fortalecimiento político y ético de las personas que lo conforman (García Salabarría, 2006).

La re estructuración de los niveles de atención ha dado paso a que el primer nivel esté en condiciones de constituirse la puerta de entrada a los sistemas de salud, esto acarreando mejoras significativas en el acceso ya que está más cerca de los individuos y comunidades (Almeida & Sarti, 2013).

Mediante el entendimiento de las funciones principales del primer nivel de atención es como se logra un avance en la organización de los niveles de atención. Entre las funciones principales que cumplen se van a destacar: la atención integral de la persona, el enfoque preventivo y de promoción de la salud y la participación popular (García Salabarría, 2006).

La forma de funcionamiento de un sistema de salud debe ser a manera de red en donde la oferta y la demanda de servicios cumplan con las necesidades específicas de cada población (Lucio et al., 2011).

Un sistema de salud integrado es aquel que cuenta con una red de estructuras que presta o interactúa entre sí para prestar servicios de salud continuos y determinados para una población concreta, en donde la transparencia del mismo radique en sus rendiciones de cuentas y evaluación por resultados clínicos y económicos (Shortell, Anderson, Gillies, Mitchell, & Morgan, 1993).

La integración es definida por la Organización Mundial de la Salud como “gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (Organización Mundial de la Salud, 1997).

La integración es la base de los sistemas de salud para combatir con los procesos fragmentados que han tenido previamente los sistemas de salud, caracterizados por dificultad en el acceso, el uso ineficaz y absurdo de los recursos, y el desempeño bajo de los prestadores de salud (López Puig et al., 2015).

2.4. Equidad en salud

Las inequidades son causa de vida o muerte, de salud o enfermedad, de abundancia o miseria, de paz o guerra, de armonía o caos, todos estos contextos prevalecen en la

actualidad, dentro de un modelo social que alega la justicia por lo tanto, todas estas diferencias dicotómicas son injustas (M. Marmot & Bell, 2012).

La salud es un complejo estado que puede ser abordado desde muchas perspectivas, dentro de las que se incluyen el aspecto social, político, económico, cultural e incluso ambiental. Todas estas aristas deben estar relacionadas con otros campos de acción como la educación, agricultura, vivienda, entre otros para lograr los beneficios que requiere y necesita la salud (Solar O., 2010).

Muchos países han acogido políticas de acción intersectorial para brindar un acceso digno a los servicios de salud ya que solo con el accionar en conjunto de muchos sectores es como se merman las inequidades en los servicios de salud (Solar O., 2010).

Los modelos económicos que predominan a nivel mundial y sus consecuencias distributivas acarrearán una serie de conflictos que todavía están en proceso de resolución y si no es así, en proceso de mitigarlos. Uno de estos resulta la justicia distributiva, para la cual no existe una explicación o excusa válida, sin embargo se intenta comprender una de sus aristas denominada equidad (Vásconez Rodríguez et al., 2005).

La equidad en salud plantea que todas las personas estén en las condiciones de obtener su más alto potencial en salud y que por ningún motivo esto se vea obstaculizado y se transforme en una desventaja frente a un individuo o población (Hirmas Aday et al., 2013).

Se postula también a la equidad como una condición primordial para el desarrollo de la humanidad y envuelve a la justicia social (de Charry, Carrasquilla, & Roca, 2008).

La salud contextualizada dentro de un marco social conlleva a muchas implicaciones, en las que se adquiere un carácter subjetivo predominante, y es ahí donde la objetividad quiere inmiscuirse en beneficio de una atención integral para las personas.

La objetividad de la salud es útil para empoderar a las personas a identificar determinantes de su vida misma que puedan estar ejerciendo acciones de barrera para un adecuado acceso y uso de los servicios de salud (Solar O., 2010).

El empoderamiento está ligado a la toma de control sobre la política y situaciones económicas que afecten el bienestar de las poblaciones con más inequidades para que mediante esto manejen y canalicen de forma eficiente las brechas en la obtención de la salud (Solar O., 2010).

Definir las inequidades dentro de la salud es hablar acerca de las diferencias en la misma, en un contexto social demarcado por los sistemas de salud y sus políticas , es por esto que los gobiernos son el primer eslabón en garantizar una equidad de salud para sus pueblos (Hirmas Aday et al., 2013).

Las mismas inequidades van a influir no solo a nivel global en las poblaciones, sino también de forma individual en las capacidades y habilidades de un ser humano específico. Limitando o potenciando su planes de vida y su ámbito familiar (Solar O., 2010).

Existen condiciones de salud que en específico van a llevar a diferentes desenlaces de las personas y van a ejercer una fuerte influencia por actuar en diferentes partes del concepto de salud, a estas situaciones se les denomina determinantes sociales de la salud.

Las inequidades en torno a la salud derivan de las inequidades sociales, por esto es importante todos los lineamientos , procesos y políticas de acción para incidir dentro de los determinantes sociales de la salud para lograr una sociedad justa en donde la salud sea en verdad un derecho (M. Marmot & Bell, 2012).

2.5. Descripción del sistema de salud en el Ecuador

El Ecuador es un país latinoamericano golpeado por una ola de inestabilidad política y económica, que ha marcado el desarrollo del país. Dejando una nación sumida en

una profunda inequidad social y un sistema que ameritaba ser reformado (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

El país atravesó un constante deterioro a nivel de políticas de salud públicas, en donde la falta de presupuesto, la falta de inversión en infraestructuras y recursos humanos desencadenaban en un sistema de salud fragmentado y de baja calidad para su reducida cantidad de usuarios (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014) (Barbosa et al., 2017).

El sistema de salud ecuatoriano fue fragmentado, esto quiere decir que estaba dividido de manera particular por sectores que se encargaban a su manera de ofrecer los servicios de salud (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Esta fragmentación que existía en el sistema de salud del Ecuador, también estaba presente alrededor de otros sistemas de salud dentro de los países latinoamericanos, en donde cada entidad de salud actuaba de forma individual, con sus propias políticas, su propia manera de financiamiento e incluso con un gran crecimiento de oferta de salud privada que ponía en evidencia las muchas falencias que eran evidentes consecuencias de la desarticulación (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

La segmentación de la salud acarreaba brechas en el acceso y en el uso de los servicios de salud, este modelo obsoleto estaba clasificado de la siguiente manera: el sector público y el sector privado (Barbosa et al., 2017).

Con el reposicionamiento del Ministerio de Salud Pública como ente rector se logra articular de mejor forma estas divisiones, además de fortalecer a la salud como una red que interactúa de forma constante (Luna, Emanuele, & Torre, 2017).

Dentro de los cambios que se generaron a nivel macro y micro de la re estructuración de la salud en el Ecuador resaltan puntos como: la organización del sistema de salud nacional (a fin de mermar la segmentación público privada), fortalecimiento de la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud, y filtro efectivo para avanzar en los niveles de atención dentro de la red de salud pública y la articulación armónica de todos los elementos en función de garantizar una cobertura universal de la salud (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Se lograron articular muchas instancias dentro de un plan de acción gubernamental llamado “Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013”, en este convergieron fuerzas con el fin de alcanzar objetivos comunes dentro de todos los organismos estatales. La intersectorialidad fue una plataforma mediante la cual se propusieron, plantearon y desarrollaron políticas públicas enfocando a la salud como elemento que liga varias estrategias hacia el desarrollo (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Toda la reforma de la salud ha girado en torno a la justicia social, proporcionando más recursos a la inversión social dentro del país, además de adecuaciones a la calidad de vida de las personas, como por ejemplo el aumento del salario básico unificado, la afiliación patronal obligatoria, la ampliación de la seguridad social para el conyugue e hijos, entre otras. (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Para todos estos cambios se planteó una inversión fuerte para el gasto social, por medio de lo cual se ha desarrollado una renovación integral en la que se han construido hospitales, se han implementado políticas dentro del sistema de salud, se han incentivado a la formación de los recursos humanos mediante la otorgación de becas a profesionales de la salud y se han unificado las redes de salud dentro del país para que actúen de forma articulada (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Ecuador imitó el sistema de atención en salud de varios países de alrededor del mundo, tomando como ejemplo su organización y su financiamiento, su meta al igual que la mayoría por no mencionar todos los países fue un sistema de salud alineado con los conceptos de justicia social y por ende que sea una catapulta para el desarrollo territorial (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Con el fin de satisfacer la creciente demanda que amenazaba con desestructurar el orden, se plantearon metodologías de planificación territorial, en donde mediante minuciosos estudios poblacionales se eligieron los lugares idóneos para establecer los institutos de salud con el fin de asegurar un acceso geográfico adecuado (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

Se definieron los niveles de atención de salud con sus respectivas capacidades de resolución y limitaciones, conjuntamente se situó a los profesionales de salud

adecuados para cada nivel y población (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

Para brindar atención de calidad y para mejorar la eficiencia de la prestación de servicios de salud, la red nacional de atención en salud fue la encargada de dar a la población los servicios de salud que requerían, de esta forma fue menester establecer tarifarios de precios para que estos servicios al financiarse mediante prestadores de salud privados, puedan vincularse de manera efectiva y eficiente en el ámbito económico y en los beneficios para el paciente (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

La economía y la forma de financiación de todo el sistema de salud reformado caen a expensas del Estado, y es menester que trascienda los gobiernos de turno, para instaurarse como política económica que sustente a la salud.

Las necesidades del financiamiento fueron satisfechas a partir del aporte de afiliación de los trabajadores dentro del sistema de salud y también del presupuesto fiscal mediado por el Ministerio de Salud Pública (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

En el periodo del 2007 al 2016 la inversión total para sostener estos cambios fue de US\$ 16 208 millones, superando las anteriores inversiones en salud en alrededor de cinco veces el presupuesto anual en periodos 2000-2006 (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

De manera alterna se planteó rediseñar procesos en los que el financiamiento pueda estar sustentado en un fondo común para de acuerdo a la calidad de los procesos de salud desarrollados y al cumplimiento de metas de cada proveedor puedan ser remunerados de forma óptima y eficiente (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Bajo los mismos lineamientos se distribuyó los recursos humanos de forma más uniforme dentro del país, brindando plazas de atención en sectores rurales y tratando de no centralizar la atención solo en la urbanidad de las grandes ciudades (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

La gran inversión dentro de los recursos humanos se manifestó en el desarrollo de estrategias para saldar déficit de profesionales de la salud, así como aumento de los salarios a los profesionales de la salud e implementación de programas de beca para

la formación en medicina familiar y comunitaria (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

Una propuesta sustentable fue la estructuración a nivel nacional del post grado de medicina familiar y comunitaria, donde se organizó la malla curricular del mismo, con nueve facultades de medicina a nivel nacional. Esta se basó en las necesidades de la red pública de salud, y su objetivo fue elevar la capacidad de resolución del primer nivel de atención tal como se da la pauta en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

Si bien estas reformas se plantearon a gran escala no se descuidó las bases que constituyeron el resurgimiento del sistema de salud. Sus cimientos derivaban de la atención primaria de salud, dándole el énfasis que se merece también se invirtió en infraestructura para el primer nivel de atención, y no solo en se enfocó en el aspecto económico sino también en un cambio de la visión global que se tenía acerca de la atención primaria de salud (APS) (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014).

2.5.1. Atención Primaria de Salud Renovada

La atención primaria de salud es una estrategia para el logro de una accesibilidad a los servicios de salud, se basa en la atención sanitaria que se sustenta en métodos científicamente fundamentados y con aceptación social al alcance de los individuos y sus comunidades con el fin de un desarrollo poblacional y nacional conjunto (Organización Mundial de la salud, 1978).

Fue ampliamente difundida en la época de 1978, en la Conferencia realizada a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS) y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Kazajistán.

Dentro de esta importante conferencia se replanteó la salud como eje prioritario que merece la atención gubernamental para lograr llevarla a todos los sectores de su población, en especial a las poblaciones más vulnerables. Concluyendo que la salud debe tener un carácter social e inclusivo (Organización Mundial de la salud, 1978).

Hace énfasis en la situación de desigualdad que muchos países enfrentaban internamente y también de las brechas en el acceso a la salud de los países en vías de desarrollo.

Coloca a los Estados como garantes de este derecho, y empodera en el trabajo mediante la adopción de políticas públicas y sanitarias que permitan el progreso de sus pueblos.

La APS pretende reformar de forma profunda al sistema de salud, mediante el desarrollo del mismo y por ende alcanzando niveles adecuados de eficiencia para la atención. Entre los servicios que debe contener están la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (Organización Mundial de la salud, 1978).

La atención primaria de salud constituye un apoyo para la equidad en el ámbito del acceso a los servicios de salud, de acuerdo a sus lineamientos va a tener diferentes ejes de acción, enfocándose en el bienestar del ser humano.

Es necesario conceptualizar de forma objetiva este enfoque, llevándolo a la aplicación dentro de panoramas reales que nos permitan avanzar en la concientización de un planeta libre de inequidades (Organización Mundial de la salud, 1978).

La visión holística que direcciona esta estrategia deja de lado experiencias cuando es puesta en práctica y se fomenta como un compromiso social. Por ejemplo:

El acompañamiento en el periodo de la gestación a las mujeres a través de la atención primaria de salud es fundamental para ayudarla a canalizar de la mejor manera todo el proceso de cambio que implica este periodo de la vida de la mujer que es el embarazo, ya que pese a ser un proceso fisiológico va a tener muchas alteraciones con repercusiones físicas y emocionales que con un acompañamiento idónea serán más fáciles de manejar y por ende se obtendrá un beneficio en múltiples aspectos para la madre y el feto gestado (Silva et al., 2018).

Estas intervenciones que son consideradas de cierta forma como sencillas son el cimiento para que se forjen avances dentro de los sistemas de salud.

La atención primaria de salud tiene el estigma de solo tener relación al primer nivel de atención, sin embargo esto no es exclusivo de este nivel, tiene que estar presente en todo el sistema de salud con el fin de dar una atención integral basada en las demandas individuales de cada uno (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013)

La capacidad resolutive de APS comprende el poseer los recursos humanos y materiales adecuados, es decir contar con incentivos de trabajo y condiciones favorables para aquellos profesionales de salud que laboran en áreas rurales, dispersas o pobres. Y facilitarles a los mismos los materiales apropiados para la ejecución de sus respectivas funciones.(Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018).

En el sistema sanitario del Ecuador se adoptó como estructura la atención primaria de salud, derivando así en la ejecución de este nuevo modelo de atención integral de salud con enfoque a la familia, la comunidad y la interculturalidad (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI)

A partir del 2008, año en el que la salud consta como derecho garantizado por el Estado se da un cambio en la manera de percepción de la salud y su estructuración pública.

Para concretar objetivamente este proceso se adquiere un nuevo modelo de atención de salud, dentro del cual proyecta a la salud con un enfoque de visión integral, donde el individuo tiene sus propias necesidades dentro de su contexto comunitario (Espinosa, Acuña, de la Torre, & Tambini, 2017).

El eje de este modelo de atención gira en torno a esclarecer la importancia de la integralidad del individuo, en donde se busca el bienestar del mismo mediante el coaccionar de varios actores con un fin común (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Dentro de este contexto se desarrolló el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS - FCI), incluido en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, en el cual se establecieron políticas estatales intersectoriales que garanticen la suma de derechos a los ecuatorianos para satisfacer sus necesidades individuales y colectivas (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

El MAIS se instauró como un fuerte cimiento para abarcar la desorganización del sistema de salud y enfocarlo con una reorientación hacia la Atención Primaria de Salud como ensamble para el desarrollo. Renovando los tres niveles de atención y bajo el precepto de prevención y promoción de la salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Este propone objetivos, políticas y metas en el desarrollo de la salud, está dirigido para los profesionales del área a fin de que integren esta estrategia de salud a la atención brindada hacia sus pacientes de forma obligatoria (Barbosa et al., 2017).

La participación ciudadana es importante para la generación de espacios de dialogo y debate acerca de las necesidades y demandas de la comunidad para plasmar transformaciones en la calidad de vida. La atención primaria de salud liga el contexto social a sus comunidades para que mediante el empoderamiento se generen cambios (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

La interculturalidad también es imprescindible para el modelo de atención integral, acoplando a su modo de accionar medicina tradicional y alternativa con lineamientos compatibles siempre con respeto y reconocimiento por la diversidad de criterios y saberes (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Fue necesaria la capacitación del talento humano en el enfoque de interculturalidad para que se proyecte una sinergia en las prácticas de salud cuya meta es la atención integral (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

El MAIS FC integra también el bienestar mental dentro de su accionar, enfocándolo no solo como la presencia de cualquier tipo de discapacidad mental si no como el bienestar para que el individuo potencie sus capacidades para estar en armonía y equilibrio con su ser y la comunidad (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

El fortalecimiento del talento humano dentro de este modelo de atención amplía la formación y capacitación de los profesionales de salud con el fin de adquirir conocimientos suficientes y a la vanguardia para brindar atención que mejore las condiciones de vida de la sociedad (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Parte de la atención integral es brindar a las personas que lo ameriten servicios de cuidado paliativo. Dentro de este contexto la medicina paliativa tiene muchas falencias en su accionar, básicamente por la falta de educación en las necesidades de los pacientes al final de la vida. (Wenk, de Lima, Mutto, Berenguel, & Centeno, 2016).

La medicina paliativa amerita muchos conocimientos y es necesario que se incluya en las capacitaciones constantes del personal de salud, y es así que constituye un reto el incorporar a los cuidados paliativos al modelo de atención integral (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.1. Los componentes del MAIS FC

Posee cuatro componentes, que a la vez tienen elementos y subelementos que hacen posible el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria:

2.5.1.1.1.1. Provisión de servicios:

Se basa en la oferta de servicios públicos y privados con el objetivo de atención equitativa de acuerdo al perfil epidemiológico del país, al ciclo de vida del individuo y a las características inherentes al mismo. Posee los siguientes elementos (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.1.2. Organización:

Se distribuye el cuidado de salud a través de niveles de atención en donde se cuenta con el personal y recursos necesarios para dar resolución a los problema de salud de acuerdo a este orden (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.1.2.1. *Niveles de atención: homologación y tipología de los establecimientos de salud*

La organización de la atención de salud por niveles no es una situación nueva. En 1920 el informe escrito por Sir Bertrand Dawson propuso el enlace de los hospitales dentro de un solo sistema para la atención. De esta manera había planteado la organización del sistema de salud que cuenta actualmente Inglaterra y que se ha reproducido a nivel mundial (Dawson B., 1920).

Los niveles de atención se definen como la estratificación ordenada de los diferentes recursos, con el fin de establecer un acceso equitativo y adecuado acorde a las necesidades de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

La distribución de forma racional de los recursos ha creado la necesidad de que se manejen por niveles, dentro de los cuales la mayoría de los problemas de salud de las poblaciones van a ser resueltos dentro de los niveles de menor complejidad (García Salabarría, 2006).

Los niveles de atención son un grupo vinculado de establecimientos de salud que se rigen dentro de un contexto legal y jurídico para establecer niveles de complejidad acordes a cada situación específica que se pueda resolver en cada uno de estos eslabones, con el fin de ser eficientes y responsables frente a las necesidades de salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Los niveles como su nombre lo indica van a estar en la capacidad de especificar las características a las que pertenezca determinada población, problema de salud, o situación a manejar, con el fin de brindar la atención más óptima para cada caso (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

Cuando los diferentes servicios de salud están organizados por niveles de atención es más factible mejorar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutive y así exista armonía dentro de los sistemas de salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Todas las estructuras de cada nivel de atención van a estar vinculadas con la capacidad resolutive del mismo, por ejemplo la infraestructura, el talento humano, el equipamiento, y nivel de tecnología van a tener coherencia con los resultados que se espera de ese nivel (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

De forma clásica se plantean 3 niveles de atención de salud: el primer nivel de atención que es el que está en contacto directo con la población, el segundo nivel de atención, conformado por hospitales básicos de referencia, y el tercer nivel de atención, que cuenta con hospitales altamente especializados (Van der Stuyft & De Vos, 2008) (Vignolo et al., 2011).

Sin embargo en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) publicado en el año 2013 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se clasifica de la siguiente forma:

- Primer Nivel de atención
- Segundo Nivel de atención
- Tercer Nivel de atención
- Cuarto Nivel
- Atención Pre hospitalaria

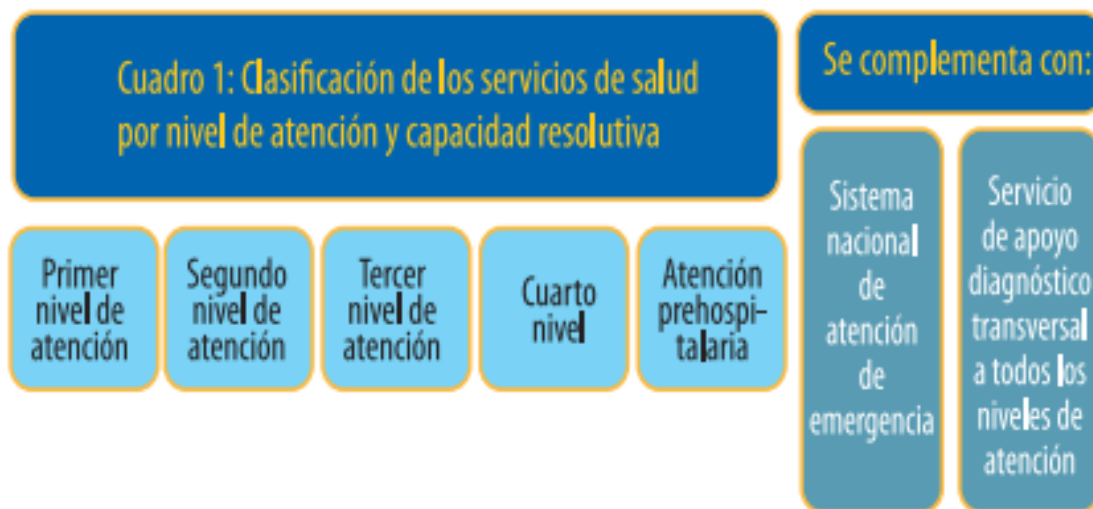


Figura 2: Niveles de Atención acorde al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, 2013, p 85

2.5.1.1.2.1.1. *Primer nivel de atención:*

Es de suma importancia para el buen funcionamiento de un sistema de salud, puesto que el éxito del mismo dependerá del trabajo eficiente y estructuración adecuada de un primer nivel, constituye además la puerta de entrada hacia el sistema de salud y es por ende el primer nivel de contacto (Vignolo et al., 2011).

Está capacitado para la resolución de los problemas médicos más comunes que surgen en torno a la comunidad, teóricamente está apto para la solución de alrededor del 80 % de los problemas prevalente en cada población y además a través de las referencias y contra referencias es capaz de canalizar el flujo de pacientes dentro del sistema de salud y proporcionar integralidad dentro del mismo (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

El éxito de primer nivel de atención y su coherencia en cuanto a la resolución de necesidades va a estar en estrecha relación con el desarrollo socio económico del país

en general y con la fuerza de la salud pública dentro de cada país (García Salabarría, 2006).

2.5.1.1.2.1.2. Segundo nivel de atención

Es la referencia inmediata del primer nivel de atención, da seguimiento a las atenciones inconclusas referidas del primer nivel. En ambos niveles se da desarrollo a actividades vinculadas con la prevención, promoción y rehabilitación de la salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013). De manera general complementa al primer y tercer nivel de atención resolviendo las necesidades de salud acorde a su capacidad (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

2.5.1.1.2.1.3. Tercer nivel de atención

Su atención está reservada para problemas de salud que realmente ameriten el uso del mismo, se receptan casos de atención poco prevalentes o enfermedades que requieran de procedimientos especializados con indumentaria selecta, el porcentaje de capacidad resolutive de este es de alrededor del 5 % (Vignolo et al., 2011).

2.5.1.1.2.1.4. Cuarto nivel

Corresponde a un proceso de experimentación clínica y pre registros, en donde no se halla la evidencia suficiente para la implementación de las estrategias a la población en general (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.2.1.5. Atención pre hospitalaria

Es un nivel independiente y paralelo a los servicios de salud, la atención que brinda cubre desde la llamada de emergencia que se realiza por cualquier tipo de amenaza a la salud e integridad de una persona, hasta la intervención o traslado por parte del personal de atención pre hospitalaria hacia un establecimiento de salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLE. DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	I-1	Puesto de salud
	2° nivel	I-2	Consultorio general
	3° nivel	I-3	Centro de salud – A
	4° nivel	I-4	Centro de salud – B
	5° nivel	I-5	Centro de salud – C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2° nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3° nivel	II-4	Hospital Básico
	4° nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1° nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° nivel	III-2	Hospital especializado
	3° nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1° nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2° nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad

Nivel de Atención Prehospitalario	1° nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2° nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3° nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Figura 3: Tipología de las unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, 2013, p 87

2.5.1.1.2.1.6. *Sistemas de referencia y contra referencia*

Para asegurar un flujo ordenado de pacientes es necesario contar con referencias y contra referencias para que existan coordinación entre niveles, a partir del primer nivel que funciona como entrada al sistema de salud, los pacientes pueden ir y venir en el sistema a fin de dar respuesta a sus necesidades de salud (Vignolo et al., 2011).

Los sistemas de salud a nivel mundial, cada día se expanden y adoptan mayor complejidad es por esto que para evitar la fragmentación del mismo, el sistema de referencia y contra referencia es útil para descongestionar los sistemas y mejora de esta manera su eficacia y eficiencia (Bitrán & Hussman, 2004).

2.5.1.1.2.1.6.1. *Referencia*

Es un procedimiento administrativo y formal , en donde un establecimiento de salud pasa la responsabilidad de manejo y tratamiento de determinado paciente hacia un nivel de complejidad superior en donde pueda ser atendida dicha necesidad ya que esta supera la capacidad de resolución del proveedor (Bitrán & Hussman, 2004) (Vignolo et al., 2011).

2.5.1.1.1.2.1.6.2. *Contra referencia*

Corresponde el procedimiento inverso a la referencia, en donde un establecimiento de salud referido devuelve la responsabilizada del manejo del paciente de donde fue enviado en primera instancia, con el fin de que se continúe con el control y seguimiento (Vignolo et al., 2011).

2.5.1.1.1.2.2. *Niveles de complejidad y categorías de los establecimientos de salud*

Los niveles de complejidad corresponden a las actividades de un establecimiento de salud y el grado de desarrollo que ha alcanzado esta, respecto a las demás para la realización de diferentes diligencias apropiadas para su capacidad resolutive (Bursztyn et al., 2010).

De acuerdo al MAIS se clasifican de la siguiente manera:

2.5.1.1.1.2.2.1. *I Primer Nivel*

Corresponde a complejidad baja, los establecimientos que se hallan dentro de este primer nivel son: puestos de salud, centros y sub centros de salud, brindan atención ambulatoria y hacen énfasis especial en la prevención y promoción de la salud. La

participación comunitaria es una clave en este nivel (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.1.2.2. II Segundo Nivel

Concierno a la complejidad intermedia, aquí instan hospitales básicos y generales, cuentan con hospitalización de corta instancia (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

2.5.1.1.1.2.3. III Tercer Nivel:

Denominado de alta complejidad, está conformado por hospitales especializados y de especialidades, la atención hospitalaria es de larga instancia, se ubican en áreas de mayor concentración poblacional (Bitrán & Hussman, 2004).

2.5.1.1.1.2.3. Niveles de prevención

Comprende las acciones destinadas a mermar o limitar el impacto de determinada enfermedad sobre el individuo, de igual forma no solo es importante minimizar esto, si no disminuir los factores de riesgo que puedan desarrollar o potenciar un mal estado de salud (Vignolo et al., 2011).

El personal de salud es el encargado de que el paciente concientice las conductas de riesgo que pueden interferir con una buena calidad de vida, sin embargo esta toma de conciencia por parte del individuo va a estar influenciado también por el nivel cultural, las condiciones socio económicas y de la relación médico paciente (Rodríguez Méndez & Echemendía Tocabens, 2011).

La prevención requiere cambios, tanto a nivel individual, como a nivel colectivo y social. Los cambios no son iguales en todas las personas ni en todos los contextos, para algunas personas estos cambios se van a desarrollar de forma rápida ya que encajan con su estilo de vida, y por ende son más sencillos adaptarlos a su contenido. De forma contraria para muchas personas los cambios implican un proceso de duelo muy fuerte que muchas veces bordea la irracionalidad, activándose mecanismos de defensa en contra de lo que ellos consideran nocivo para su estructura, para sus hábitos y en si su estilo de vida, logrando efectos opuestos a los que se buscaban (Rodríguez Méndez & Echemendía Tocabens, 2011).

2.5.1.1.1.2.3.1. *Prevención primaria*

Se desarrolla dentro del ámbito de la prevención y promoción, utilizando las diferentes herramientas para evitar contraer enfermedades o situaciones que generen disminución de la calidad de vida de las personas, se enfoca en disminuir la exposición de los individuos a factores nocivos (Vignolo et al., 2011) (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

La promoción de salud se orienta en apoyar el desenvolvimiento personal y social a través de la divulgación de información útil para la salud, empodera a las comunidades e individuos a capacitarse para obtener siempre una calidad de vida digna en todos los aspectos incluida la salud (Silva et al., 2018).

2.5.1.1.1.2.3.2. *Prevención secundaria*

Se enfoca en un diagnóstico precoz de enfermedades que mermen la calidad de vida de las personas, mediante la detección oportuna se logra mejorar el enfoque de la enfermedad para evitar desenlaces fatídicos (Vignolo et al., 2011)

2.5.1.1.2.3.3. Prevención terciaria

Una vez que una enfermedad esta instaurada es de suma importancia, poder frenar las noxas que ocasione al paciente y a su entorno, de esta forma la prevención terciaria se enfoca en la recuperación, la rehabilitación y una adecuada re inserción social en todos los ámbitos de la persona (Vignolo et al., 2011).

2.5.1.1.2.3.4. Prevención cuaternaria

El concepto de prevención cuaternaria radica en todas las acciones que se pueden poner en marcha para la identificación de pacientes en riesgo de sobre medicación o de intervenciones médicas excesivas e innecesarias que por el contrario puedan causar algún tipo de iatrogenia, y ofrecerle alternativas éticas e individualizadas sustentadas en la medicina basada en evidencia (Villaseñor Chávez & Guzmán Esquivel, 2015).

2.5.1.1.3. Gestión del sistema de salud:

Son los componentes que guían los procesos de gerencia para obtener resultados de salud acorde a los esperados.

2.5.1.1.4. Financiamiento del sistema de salud:

- 1) Recursos de la comunidad
- 2) Definición de fuentes de financiamiento: las fuentes van a ser las que componen el sistema nacional de salud: el ministerio de salud pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

- 3) Definición de la forma de asignación de recursos: la distribución de los recursos van a estar basados en criterios de población, necesidades de salud, estructura sociodemográfica, nivel socio económico y características culturales (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).
- 4) Definición de los mecanismos de pago: una forma de estandarizar los precios dentro del modelo de atención es la elaboración de tarifarios consensuados entre el sector público y las alianzas que lo complementan para que así se ajusten los presupuestos a la demanda y oferta de servicios de salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

Las reformas de salud instauradas recientemente en el Ecuador han sido válidas para avanzar en el acceso universal a la misma (Luna et al., 2017). Sin embargo es importante que su sostenibilidad sea garantizada y perdure a nivel trans gubernamental, para esto es necesaria que se articulen a más de políticas sanitarias la participación ciudadana. De esta forma los ciudadanos al verse involucrados en el contexto sanitario van a poder formar parte de activa de la exigencia de sus derechos y por ende garantizar el acceso a la salud (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013).

El fortalecimiento del sistema de salud en estos últimos años ha sido gracias a la colaboración de múltiples estrategias y actores que han dado las bases para un adecuado crecimiento de este proyecto a corto plazo. Sin embargo todavía quedan retos pendientes en los cuales trabajar como por ejemplo: el financiamiento a largo plazo del sistema de salud, el tipo de cobertura que ofrece a los usuarios y la consolidación de estrategias de prevención y promoción de la salud (Luna et al., 2017).

Definitivamente no existe país alguno en donde el sistema de salud sea un dechado para otro, sin embargo se puede analizar que hay países que administran de mejor manera sus recursos con el fin de garantizar la universalidad a la salud. Uno de los principales problemas que agobia y entorpece a los sistemas de salud es la financiación, como se destacó el aspecto económico que todavía no se ha

regularizado en muchos países constituye per se una barrera para el uso de los servicios de salud (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

Las reformas instauradas en la mayoría de países latinoamericanos enfocadas en el desarrollo e incluso en el mejoramiento de las políticas económicas en pro del acceso a la salud no garantizan por si solas que el sistema vaya a funcionar apropiadamente. Para su adecuada marcha es menester cambios a nivel de la economía mundial en donde se pretenda disminuir los desequilibrios financieros de los países empobrecidos (Acosta, 2003).

La fragmentación del sistema es otra lamentable arista en la que hay que poner énfasis, y sin duda alguna está ligada con el tema de la financiación, la integralidad que muchos sistemas no poseen hace que se debilite y por ende que no sean eficaces en abordar los menesteres de salud de cada población (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

Todos los elementos del sistema de salud tienen que actuar en sincronía, el eje de estos van a ser los profesionales de salud, quienes además de poseer habilidades propias e inherentes a su rama de estudio, deben poseer una visión integral de la persona y de los sistemas de salud para que de esta forma brinden atención de calidad con calidez y apoyen a la sostenibilidad de los sistemas de salud (Van der Stuyft & De Vos, 2008).

2.6. Acceso a los servicios de salud

El acceso está relacionado fuertemente con la equidad social y la justicia, existen muchas variables que van a determinar que una persona o una población tenga un acceso efectivo a los sistemas de salud, y de esta manera pueda derivarse en un contexto de desarrollo individual y colectivo (Ricketts, 2009).

El acceso se desarrolla en función de las necesidades de salud que las personas posean, sin embargo en lo que respecta a las necesidades mostradas, la mayoría de las veces van a estar esculpidas por el denominado efecto “iceberg”.

El efecto “iceberg” plantea que lo que se puede ver del iceberg es decir lo que está en la superficie del agua son las necesidades que reciben o han recibido atención por parte del personal de salud, sin embargo la mayor porción que se halla bajo la superficie es las necesidades de la persona o comunidad desatendidas por los servicios médicos (Beck, 1973).

El concepto de necesidades de salud varía mucho dependiendo el contexto, para facilitar su comprensión la mayoría de países las mide por nociones a nivel poblacional de morbilidad, mortalidad y las circunstancias socioeconómicas (Arrivillaga & Borrero, 2016).

En el concepto de acceso a los servicios de salud se entiende de manera implícita que existen condiciones dadas o adquiridas que condicionan a las personas a tener un mayor o menor acceso (Aday & Andersen, 1974).

La salud se ve afectada por situaciones inherentes a cada persona y también situaciones que van a ir más allá de ellos como por ejemplo las características de los servicios de salud (Ricketts, 2009).

2.6.1. Características de los servicios de salud

2.6.1.1. Accesibilidad geográfica

Corresponde a la distancia necesaria en recorrer desde la demanda (población) hasta un establecimiento determinado de salud u oferta en un momento dado. Hace hincapié en las diferentes facilidades para alcanzar determinada meta desde un origen (Villanueva, 2010).

El resultado de esa interacción nos va dar el acceso a los servicios de salud y ligado a este también el uso eficiente de los servicios.

El acceso va a estar determinado en contexto de situaciones que hagan de la geografía del lugar un proceso alcanzable para la atención médica (Villanueva, 2010).

De esta manera la accesibilidad geográfica es planteada también como un indicador social que mide la inequidad dentro de los determinantes del uso de los servicios de salud (Ricketts, 2009).

La distancia excesiva en llegar a un establecimiento de salud actúa como barrera en el acceso al mismo, de la misma forma cuando la persona carece de los medios para transportarse se aumenta esta brecha de acceso (Olivet, Aloy, Prat, & Pons, 2008).

Existen muchas personas que por buscar mejores condiciones de vida migran, lo más común del territorio rural al urbano dentro de una misma ciudad o país, sin embargo también hay personas que realizan esta migración con el afán de cruzar fronteras entre países, con el mismo fin, un futuro mejor en todo sentido ampliando su rango de acceso geográficos a los distintos servicios de salud (Nambiar & Mander, 2017).

Se postula que mientras la distancia aumenta de un sitio a otro la interacción entre seres humanos disminuye, de la misma manera la provisión de servicios de calidad se centra en lugares de mayor afluencia de pacientes y es menor en áreas rurales (Nemet & Bailey, 2000).

2.6.1.2. *Motivo de consulta*

Esta variable va en relación a las diferentes causas por las que las personas se acercan y utilizan los servicios de salud, hay una influencia o motivación para la misma a partir de características sociodemográficas de las poblaciones como ser afiliada o no a un servicio de salud, lugar de residencia, nivel de escolaridad, sexo y edad (Llanos et al., 2009).

Los motivos de consulta van a estar influenciados por las características propias del usuario del servicio de salud, de forma muy amplia los diferentes motivos de consulta pueden diferir respecto al sexo ya que los hombres consultan más por enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión a diferencia de las mujeres que lo hacen por enfermedades afines a su salud sexual y reproductiva. En cuanto a la afiliación, en las personas con seguros de salud priman más las consultas por prevención o ambulatorias a diferencia de la población no asegurada en quienes se ve que consultan más por el motivo de emergencias. Dentro de la edad los grupos etarios en los extremos de la vida son los que consultan de forma más frecuente y por motivos de enfermedades inherentes a su ciclo vital (Morera Salas & Aparicio Llanos, 2010).

Otro patrón de uso va a ser las características propias de los servicios de salud como las particularidades físicas del establecimiento, tiempos de espera y calidad de la atención todos estos determinando la causa de consulta de la persona (Piñera et al., 2012).

2.6.1.3. Medio de transporte

Es el vehículo utilizado para acceder a los servicios de salud. Dentro de esta categoría se ubica también a las personas que no posee un medio de transporte, sea público o privado y de esta manera tengan que caminar hacia los establecimientos de salud.

El transporte público tiene una influencia importante dentro del acceso a los servicios de salud, dado que mientras la población cuente con un sistema de transporte público eficiente y eficaz que disminuya las distancias entre los prestadores de salud, va a tener mayores oportunidades de hacer uso de los mismos (Villanueva, 2010).

Es importante que el diseño de políticas de salud cuente también con conocimientos respecto a las planificaciones geográficas y por ende también de los lineamientos de

transporte público adecuados que puedan asegurar a sus poblaciones mejoras en todos los aspectos (Villanueva, 2010).

Existen diferentes planteamientos en cuanto si el concepto de acceso debe enfocarse en el contacto con los servicios de salud, en las características de quienes lo proveen, en el proceso mismo que transcurre en la atención o en las características de los usuarios de los servicios de salud (Arrivillaga & Borrero, 2016).

El acceso a los servicios de salud debe poseer un carácter inherente de equidad en donde las personas con iguales necesidades de salud ameritan un trato igual pero diferente a las personas que posean mayores necesidades de salud para las cuales el trato y la atención debe ser mayor (Arrivillaga & Borrero, 2016).

El concepto de asegurar el acceso a la salud data de muchos años atrás, cuando en la Declaración de Alma Ata, se sustenta la importancia del acceso oportuno a los mismos, haciendo énfasis en la atención primaria como puerta de entrada a los servicios de salud, es decir esto refleja una oportunidad a la equidad para todos y todas (Organización Mundial de la salud, 1978).

Es necesario esclarecer que la noción de acceso, es en sí la acción de entrar en un servicio de salud, independientemente del contexto y circunstancias que rodeen.

El acceso a los servicios de salud posee los determinantes individuales de la salud, sin embargo se ha descuidado la interacción de estos con las determinantes de las comunidades puesto que la integralidad de ambos aspectos son los que pueden generar los cambios en el acceso adecuado a los servicios de salud (R. M. Andersen et al., 2002).

Por ejemplo en una comunidad en donde la población presente baja escolaridad, ingresos económicos bajos, grupos poblacionales vulnerables, será más dificultoso el acceder a los servicios de salud y por ende toda la comunidad sufrirá esa desventaja impidiendo disminuir las brechas de inequidad (R. M. Andersen et al., 2002).

El acceso tiene un fuerte componente ético que es menester rescatar en función de asegurar los recursos suficientes a las personas que los necesiten, garantizándoles

con esto una vida digna en donde el derecho a la salud esté presente de forma práctica y no solo teóricamente (Arrivillaga & Borrero, 2016).

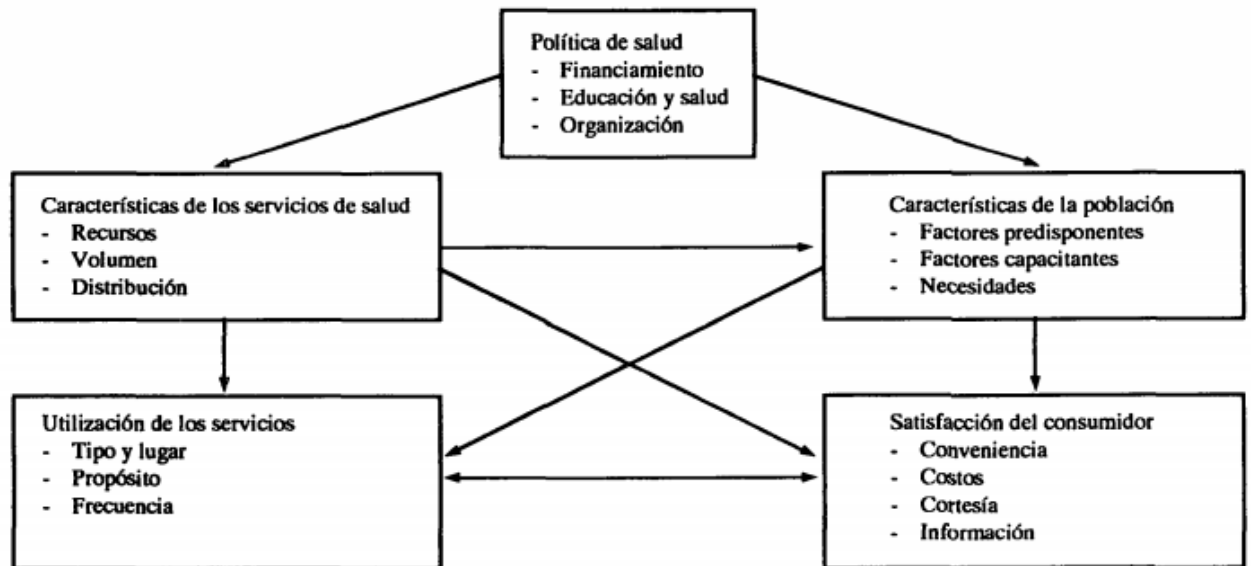


Figura 6: Marco referencial para el estudio del acceso

Fuente: A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research, 9(3), 208-220.

2.7. Uso de los servicios de salud

El uso de los servicios de salud está muy en relación con el acceso a los mismos y los factores que determinan este. Es así que se plantea que el estudio de la utilización de los servicios de salud corresponde a investigar también los determinantes que hacen eso posible (Arredondo & Meléndez, 1992).

Dentro del concepto de acceso se ve inmerso la caracterización de las personas que hace uso del mismo, las diferentes ventajas o desventajas unas frente a otras y

también la forma en la que son entregadas las prestaciones (Aday & Andersen, 1974).

El uso de los servicios de salud es una forma de medir en sí el acceso, aquí yace la importancia de la correlación de estos términos que están limitados por el contexto social y económico de donde sean estudiados (Ricketts, 2009).

Los motivos de consulta de una persona siempre van a ir más lejos que lo que esta pueda expresar en términos generales, puede variar desde la omisión de consultas por motivos importantes o hasta la consulta por situaciones que no justificarían el uso de los servicios de salud (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

La utilización de los servicios de salud va a depender mucho de las características de la población y de los diferentes factores de riesgo que sume un individuo. El uso es la relación directa entre la necesidad de una persona y la capacidad de la oferta para cubrirla (Arredondo & Meléndez, 1992).

Se concluye que el uso de los servicios sanitarios nunca va a ser de manera aleatoria, ya que todos los factores socio demográficos y culturales inciden en el uso mediante las diferencias inherentes a sus particularidades (Jorrat, Fernández, & Marconi, 2008).

Por ejemplo un factor importante dentro de estas características sociodemográficas y culturales va ir en relación con las creencias de la persona frente al establecimiento de salud, las personas más escépticas respecto a la atención y al tratamiento tienen menos tasas de uso y más mortalidad (Ricketts, 2009).

Por otro lado la población emigrante tiene riesgo de menor uso de los servicios de salud, puesto que el desconocimiento del manejo del sistema dentro de un país diferente al de su origen puede actuar como barrera (Muñoz-de Bustillo & Antón, 2010).

La variabilidad en su utilización va a estar también fuertemente relacionada con los aspectos de oferta y demanda basándose en las características sociodemográficas y de morbi mortalidad de la población (Frigola, Illa, & Elorza, 2008).

Del mismo modo conocer el verdadero uso de los servicios de salud es primordial para el análisis del escenario en el que se desenvuelve con el objetivo de mejorar las políticas sanitarias y obtener apropiados índices de equidad a nivel mundial (Frigola et al., 2008) (Llanos et al., 2009).

2.7.1. Modelos de uso de los servicios de salud

2.7.1.1. El modelo de uso de los servicios de salud de Donabedian

Donabedian plantea un modelo de salud donde el acceso a los servicios es un factor condicionado por contextos que van más allá de los recursos disponibles para la persona, estas situaciones repercuten directamente sobre el uso de los servicios de salud y son las situaciones sociodemográficas y geográficas (Donabedian, 1973)

Dentro de estas se incluyen el tipo de atención brindada por el profesional de salud y la calidad de esa atención médica. Además de también mencionar las características relacionadas con la geografía de los servicios de salud, en donde la accesibilidad geográfica cumple un rol protagónico para el acceso (Donabedian, 1973).

2.7.1.1.1. Calidad de los servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de los servicios de salud como una atención que identifica las necesidades de salud de las personas y comunidades de forma auténtica y destina los recursos necesarios para que sean cubiertas dentro de lo permitido (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La calidad de los servicios de salud está formado de elementos que brindan al usuario la satisfacción de sus necesidades de salud, cumpliendo así el objetivo de

manejo y tratamiento a costos razonables (Galván, Moctezuma, Dolci, & López, 2016).

2.7.1.1.1.1. *Tiempo de espera para la atención*

Se define como el tiempo que transcurre para que el usuario de los servicios de salud logre ser atendido, Howart et al. mencionan que este tiempo debería estar dentro de un promedio de 16,1 +- 7,9 minutos para que sea percibido como aceptable para el paciente. Sin embargo un tiempo de espera menor de treinta minutos también es compatible con la aceptabilidad apreciada para el usuario (Howat et al., 1991).

Los tiempos de esperas excesivos influyen de manera insatisfactoria en la visión que tiene el usuario de los servicios de salud y de esta forma crean una barrera en el seguimiento del paciente y en el control de sus salud. Por otro lado cuando existe un menor tiempo de espera aumenta la percepción positiva de los pacientes hacia todas o la mayoría de características del sistema de salud (Gutierrez, Ramos, Uribe, & Ortega-Loayza, 2009).

Se postula que tiene una base de inequidad puesto que las personas con menos ingresos económicos son las que se han resignado a tener mayores tiempos de espera con respecto a las de mayores ingresos (Arce Ramírez, 2003).

2.7.1.1.1.2. *Tipo de profesional de salud*

Es el encargado de proveer el servicio de salud, este puede ser un médico/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería o técnico en atención primaria de salud (Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara, & Pérez, 2001).

Puede ir de la mano con las disponibilidad de recursos para una atención eficiente e ideal, destacándose la variable cantidad de médicos por habitantes, en donde de

acuerdo a la situación demográfica de determinado sitio se postula la cantidad ideal de profesional de salud para asegurar un uso de los servicios adecuado (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

El tipo de profesional de salud puede asociarse de la misma manera con el hecho de que el paciente posea un médico definido o conocido con el cual atenderse, esto asegura el uso permanente de servicios de salud y también influye en la percepción de las personas por el sistema de salud, al poseer una relación médico paciente más sólida (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

2.7.1.1.1.3. Satisfacción con la calidad de atención

Hace referencia a la experiencia subjetiva de una persona luego de ser atendida por el sistema de salud, está puede estar ligada a otros factores como el precio de atención, la percepción del personal y establecimiento de salud, de esta manera el trazo es un concepto intrínseco y diferente para cada ser humano (Aday & Andersen, 1974).

La subjetividad va a basarse en que la persona tiene una idea pre establecida de como merece o necesita ser tratada y también de la influencia que tienen las diferentes dimensiones de la atención sanitaria.

Para comprender la manera en que los usuarios reaccionan ante la satisfacción se plantean dos importantes teorías, la primera denominada “teoría de la acción razonada” que está influenciada por las creencias de como debió ser tratado el paciente sumado a que tan importante resultan los factores coadyuvantes de esa atención (Fishbein & Ajzen, 1975).

La segunda teoría tiene su base en la “confirmación de expectativas” en donde el paciente relaciona la atención que esperaba recibir con la que recibió, creándose una zona de tolerancia es decir una atención que el paciente considerada como aceptable (Oliver, 1993).

La calidad de los servicios de salud en términos de satisfacción se mide a los usuarios de los servicios, generalmente los lineamientos de medición son cualitativos enfocándose en características de “buena”, “mala” o “regular” (Velandia et al., 2001).

Generalmente la satisfacción que reportan los pacientes hacia la atención de los servicios de salud comprende algunos ítems tales como: el acceso en sí, la competencia del personal de salud, apariencia de las instalaciones, empatía del personal de salud, la información recibida y la continuidad de cuidados de un nivel de atención a otro (Mira & Aranaz, 2000).

La satisfacción del usuario con la calidad de atención conduce al incremento de conductas que van a mejorar las condiciones de salud de la persona como por ejemplo: seguir las indicaciones correctamente, tomar la medicación adecuadamente, hacer cambios en su estilo de vida para mejorar su salud y a generar consciencia acerca del cuidado de su vida (Gutierrez et al., 2009).

2.7.1.2. El modelo de uso de los servicios de salud de Andersen y Aday

El modelo de salud de Andersen y Aday por su lado proyecta que el acceso a los servicios de salud está influenciado directamente por las políticas sanitarias que manejan los sistemas de salud, esto les brinda características específicas a cada sistema e influyen en las particularidades de la población a la que es dirigida esa atención (Aday & Andersen, 1974).

Este modelo está compuesto por dos dimensiones:

- Variables del proceso: destacan todas las características inherentes a los sistemas de salud y al individuo que lo hacen propenso a acceder a los servicios de salud, y cuan satisfechos los usuarios están. Dentro de esta

variable se maneja la distribución de los recursos de salud tanto en materiales físicos y como personal de salud, y también las particularidades de las poblaciones.

- Variables del resultado: el uso en sí de los servicios de salud y la satisfacción con los mismos que reflejan en si los resultados finales de todo el proceso que implica un acceso efectivo a los servicios de salud.

2.7.1.3. El modelo de uso de los servicios de salud de Andersen y Davidson

El modelo de salud de Andersen y Davidson propone cuatro dimensiones que van a tener una relación directamente proporcional con el acceso:

- Características contextuales: en donde hace su injerencia las características per se del sistema y los servicios de salud, el desarrollo de las familias y las comunidades que rodean a las personas.
- Características individuales: se refiere a todas aquellas circunstancias propias del individuo que lo hacen propenso a acceder o a tener limitaciones en el uso de los servicios de salud.
- Conductas de salud: en relación directa con las características contextuales e individuales de desarrollan las conductas con respecto a la salud de cada individuo que pueden aportar con mejoras o por el lado contrario pueden mitigar las condiciones de salud.
- Resultados: de igual manera van a depender de la interacción entre los anteriores agentes, y van a objetivizar todo el proceso de salud de la persona.

Un aspecto a destacar de este modelo de atención es que tiene un enfoque preventivo y curativo (R. M. Andersen & Davidson, 2007).

2.7.1.4. *El modelo de uso de los servicios de salud de Suchman*

El modelo de salud de Suchman destaca que el uso de los servicios de salud va a estar condicionados por los aspectos socioculturales y ambientales de las personas, es decir todo influye y de la misma manera confluye (Arredondo & Meléndez, 1992).

El proceso de actuación de este modelo de atención de salud es en red, una red que la constituyen las relaciones interpersonales entre la familia, amigos, comunidad de la persona.

La red que rodea a la persona va a establecer la forma en la que esta acceda a los servicios de salud (Arredondo & Meléndez, 1992).

2.7.1.5. *El modelo de uso de los servicios de Andersen y Newman*

El modelo de uso de los servicios de salud propuesto por Andersen y Newman pretende analizar los patrones de uso de los mismos (R. Andersen & Newman, 1973), basándose en:

- Factores predisponentes: características que proporcionan mejores oportunidades del uso de los servicios de salud entre estos se hallan las características sociodemográficas que corresponden a sexo, edad, etnia, escolaridad, afiliación, entre otras.

Sexo

Son las peculiaridades que diferencian a los individuos de una especie en masculinos y femeninos, en donde las características biológicas basadas en los caracteres sexuales primarios y secundarios de cada individuo se destacan y difieren de un sexo al otro.

Se diferencia del término género ya que este tiene una visión más global, de forma que en la construcción de este concepto se ve inmersa la sociedad y los valores culturales que esta le impregne a lo masculino y a lo femenino.

En gran parte de las sociedades alrededor del mundo el sexo de una persona va a determinar ciertas discriminaciones, que con el paso de los años continúan vigentes.

De forma específica los conceptos de masculinidad que recaen en la mayoría de hombres los puede poner en situaciones de violencia y abuso de sustancias, pese a esto la mayor carga de inequidades y juicios van a recaer sobre las mujeres y niñas de la sociedad (Solar O., 2010).

Sobre los hombres pesa el estigma de un constructo patriarcal dentro del cual son de cierta forma invulnerables a las enfermedades, sin mostrar signos de debilidad ni dolencias, razón por la que se exponen a más situaciones de riesgo y tienen menos probabilidad de consultar por atención médica (Mortueruel et al., 2018).

La vida de la mujer desde su nacimiento se ve condicionada por situaciones que afectan su acceso a salud y la hacen propensa a retrasar su desarrollo en varios ámbitos

Las brechas en el acceso a la educación y por ende a un desarrollo socioeconómico precario instan también como un tipo de discriminación, añadido a esto las remuneraciones económicas tienen marcadas diferencias entre hombres y mujeres, percibiendo las mujeres menos paga incluso por la realización de los mismos trabajos en los que se desenvuelvan los hombres

La violencia de género es una arista importante en su contexto de salud, ya que muchas mujeres son sometidas a abusos sexuales y psicológicos que acarrear enfermedades que de igual manera deterioran su salud.

Edad

Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento.

La edad de las personas va a influir en el acceso a los servicios de salud, tanto por características inherentes a sus años de vida como también a los factores extrínsecos que pueden actuar como barreras o facilitadores del uso de los servicios de salud.

Las personas adultos mayores que van a partir de los 65 años de edad son un grupo considerado vulnerable porque van a tener una carga de enfermedad significativa de acuerdo al estilo de vida que han mantenido, pero también por la discriminación que acarrea ser una persona vieja en la sociedad actual (Borges-Yáñez & Gómez-Dantés, 1998).

La vulnerabilidad de los adultos mayores va de la mano con la escasez de redes de apoyo para los mismos, con la discriminación e incluso a situaciones dentro de sus mismas familias.

Con el aumento de esperanza de vida a nivel de Latino América y también con el cambio epidemiológico de enfermedades en esta región de agudas infecciosas a crónico degenerativas se ve un cambio de necesidades de atención de las poblaciones en pro de cuidados específicos para los adultos mayores (Borges-Yáñez & Gómez-Dantés, 1998).

La edad de los adultos mayores los hacen propensos a requerir atención especial por sus comorbilidades inherentes al paso de los años, de este modo es fundamental que los sistemas de salud brinden las suficientes facilidades para el acceso (Agbogidi & Azodo, 2009).

Por el otro lado los inicios de la vida son relevantes dentro del ámbito del uso de servicios de salud, es muy importante que la salud y las condiciones sociales que van a impulsar su óptimo desarrollo a lo largo de su vida sean los mejores para una vida en potencia (M. Marmot & Bell, 2012).

Un buen inicio de vida va a contribuir al desarrollo integral de un individuo, haciéndolo más capacitado para desenvolverse de la mejor manera dentro de su sociedad y con esto asegurarse menos inequidades en todo aspecto y sumando progreso a la humanidad.

Etnia

Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.

La discriminación por condición étnica es un constructo social muy marcado y pese a que actualmente es abordado de mejor forma, las secuelas que dejaron las constantes discriminaciones a las personas por su etnia continúan actuando como barreras para el acceso a los servicios de salud.

De igual forma influyen en como las personas de las diferentes etnias minoritarias, tales como afrodescendientes y/o indígenas perciben los servicios de salud, generalmente no tienen una buena percepción de los mismos ya que se siente altamente discriminados inclusive dentro de estos (Seclén-Palacin & Darras, 2005).

Las poblaciones indígenas tienen indicadores de salud menos favorables en comparación con las poblaciones no indígenas, también poseen desventaja en lo que se relaciona con el nivel de educación con índices de analfabetismo altos.

Esta variable puede ser estudiada dentro del contexto demográfico pero también es menester hacer su análisis desde el ámbito socio económico en donde va a ser también oportuno por la carga de desventajas que poseen en ese aspecto (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

Escolaridad

Es el nivel de educación de las personas dentro del plano educativo institucional.

Puede ser medida como una variable continua o categórica, en el contexto de que se puede evaluar desde los números de años cursados o si ha alcanzado el individuo

niveles de educación primaria, secundaria, superior respectivamente. (Solar O., 2010).

La escolaridad juega un rol muy importante en la vida de las personas, desde su desarrollo intrapersonal como interpersonal. Es así que su análisis respecto a la salud no es ajeno.

La educación está relacionada con el uso de los servicios de salud porque refleja todo un proceso que se ha desarrollado con el individuo desde su propia infancia hasta la adultez. En donde cada contexto influyó para que este puede acceder a diferentes grados de educación (Solar O., 2010).

las personas que han alcanzado un nivel universitario de estudios tienen mejores condiciones de salud y poseen una mayor esperanza de vida que aquellas sin estudios universitarios (M. Marmot & Bell, 2012).

Las personas con mayor grado de escolaridad gozan con mejores condiciones de salud que aquellas que por diferentes circunstancias no las posean. Esto se va a desarrollarse desde edades tempranas de la vida en donde el control de la salud va a estar a cargo de los padres.

Los padres de familia y en especial las madres que posean niveles de educación más alto van a constituir una ventaja en pro de la salud de sus hijos, ya que van a ser capaces de identificar a tiempo signos de alarma, por ende llevar a tiempo a los servicios de salud correspondientes a los menores y también a administrar de mejor forma el tratamiento dado (Arredondo & Meléndez, 1992).

El conocimiento que la persona adquiere a través de la educación lo empoderan para ser capaz de velar por su salud y también a adquirir una posición dentro de la sociedad que le permita el acceso con menos dificultades a un servicio de salud (Solar O., 2010).

Afiliación

La afiliación es una variable que se relaciona fuertemente con el sector económico, es decir con la capacidad de adquisición de un aseguramiento para las facilidades de uso de los servicios de salud (Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

Los contextos en los que se desarrollan los sistemas de seguridad social no son constantes es decir van a estar condicionados por varias situaciones que los obligan a renovarse y mejorarse (Durán, 2007).

Cuando una población tiene una cobertura adecuada respecto a la seguridad social de sus habitantes va a mostrar una notable disminución de carga económica y social que alientan el desarrollo y la equidad general (Durán, 2007).

El ser afiliado a un seguro de salud de cualquier índole asegura un mejor acceso frente a las personas no aseguradas, posicionando a la afiliación como una característica capacitante para el uso de los servicios de salud (Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete, & Mogollón-Pérez, 2010).

Por ejemplo las mujeres aseguradas a un sistema de salud al ser diagnosticadas con cáncer de mama, su estadiaje es menor y por ende tienen un mejor pronóstico que las mujeres no afiliadas que tienen mayores estadijes del mismo cáncer y con resoluciones menos esperanzadoras (Piñeros et al., 2011).

El sistema de Seguridad Social inicia en el Ecuador en el siglo XX para brindar amparo a los empleados públicos, civiles, militares, mediante la prestación de servicios de salud, beneficios de jubilación, montepío y fondo mortuario (Sasso, 2011).

Sin embargo en la actualidad la cobertura del sistema de seguridad social a nivel del Ecuador es bajo, con tan solo el 17 % de afiliados del sexo masculino y el 13.5% para el sexo femenino (Durán, 2007).

Ser afiliado a un servicio de salud es una condición que brinda soporte a la persona, además de aseverar un adecuado ingreso a los sistemas de salud.

- Factores facilitadores: características que favorecen el uso de los servicios de salud, garantizando la disponibilidad de atención, este puede ser el tipo de seguro de atención médica que posea una persona.
- Factores de necesidad: hace referencia a el grado de morbilidad que el paciente presente, es la causa más cercana del uso de los servicio de salud, su influencia oscila en la importancia de los factores predisponentes y los facilitadores.

El uso de los servicios de salud va a estar relacionado con todos los modelos de atención expuestos, es necesario tratar de establecer redes e interacción entre cada uno de ellos con el fin que ninguna de las características importantes para el uso de los servicios de salud se vea desatendida y por ende genere una brecha en este proceso.

3. CAPÍTULO III. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar las características de los servicios de salud y factores sociodemográficos que influyen en la utilización de los servicios en el marco del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”, por parte de la población del área urbana de Conocoto en el período 2015- 2016

4. CAPÍTULO IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Identificar los factores sociodemográficos como: sexo, edad, escolaridad y etnia de la población residente en el área urbana de Conocoto que usa los servicios de salud en el marco del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”.
2. Identificar las características de los servicios de salud como: el acceso, nivel de atención, elegibilidad del establecimiento, tipo de servicio y calidad de servicios de salud para la población residente en el área urbana de Conocoto que usa los servicios de salud en el marco del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”.
3. Explorar las diferencias en cuanto al tipo de atención recibida, nivel de atención del servicio de salud y la percepción de la calidad de atención de la población residente en el área urbana de Conocoto en el marco del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016” según su afiliación o no a un seguro de salud.

5. CAPÍTULO V. MÉTODOS

5.1. Población y Muestra

El universo correspondió a la población de 35 a 70 años, residente en el área urbana de Conocoto entre julio y enero 2015 – 2016, mismo que se utilizó en el “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”. La muestra obtenida fue de 2161 personas que fue usada en el presente estudio. Dentro de esta población se seleccionó de manera exclusiva a las personas que hicieron uso de los servicios de salud contando finalmente con una muestra de 1469 personas.

5.2. Tipo de estudio

El diseño es descriptivo transversal y analítico basado en la revisión de los datos obtenidos del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”.

5.3. Procedimientos de recolección de información:

Se realizó una revisión de la base de datos del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016” y se procedió a utilizar la información de la encuesta correspondiente. Se contó con una muestra de 2161 personas, de las cuales solo 1469 hicieron uso de los

servicios de salud. Para el presente estudio se tomaron en cuenta los datos de la sección “Uso de los servicios de salud” de la mencionada encuesta.

5.4. Plan de análisis de datos

El diseño del presente estudio fue descriptivo transversal y analítico, se realizó un análisis descriptivo y bivariado, con medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y las cualitativas en porcentajes. Para las variables de características de los servicios de salud y factores sociodemográficos se utilizó como medida de asociación el Odds Ratio y como medida de significancia el chi cuadrado, con variables cuantitativas se usó t student, tomando como significancia un valor de $p < 0.05$. Para la variable tiempo de desplazamiento se realizó la diferencia de medias de acuerdo a su comportamiento.

Se estudió con un análisis estratificado en función de la variable afiliación o no a un seguro de salud, en donde se exploró el tipo de atención recibida, los niveles de atención y la percepción de la calidad de atención.

6. CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Para el análisis de resultados se utilizó la base de datos del estudio “Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016” el cual estuvo constituido por una muestra de 2161 personas residentes en el área urbana de la parroquia de Conocoto, de las cuales se tomó en cuenta exclusivamente a las personas que hicieron uso de los servicios de salud que corresponde a una muestra de 1469 personas.

6.1. Análisis Descriptivos

6.1.1. Características Sociodemográficas

La mayoría de las personas que usaron los servicios de salud fueron de sexo femenino (57.4 %), el promedio de edad fue de 52,38 años (D.E. +/- : 10,28), el grupo etario de mayor frecuencia fue adulto medio en el 54,8 %, un grado de escolaridad de secundaria en el 39,2%. En su mayoría se auto identificaron como “mestizos” en el 92.8% y más de la mitad de la muestra estaban afiliados a algún tipo de servicio de salud (55,5%). (Tabla 1).

Tabla 1: Factores sociodemográficos de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto 2015-2016

Factores sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje válido
Sexo	Femenino	843	57,4
	Masculino	626	42,6
Grupo etario	Adulto temprano (35-45 años)	411	29,7
	Adulto medio (46-64 años)	759	54,8

	Adulto avanzado (mayor de 65 años)	215	15,5
Escolaridad	Ninguna y o Escuela	396	27
	Secundaria	576	39,2
	Superior y/o Media Superior	497	33,8
	Superior		
Etnia	Negro(a)	11	0
	Mestizo(a)	1363	92,8
	Blanco (a)	58	3,9
	Indígena	27	1,8
	Montubio(a)	11	0,7
Afiliación	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	748	50,9
	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador y/o Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional	37	2,5
	Seguro de Salud Privado	30	2,1
	No Afiliado(a)	654	44,5

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2. Características del uso de los servicios de salud

6.1.2.1. Lugar de atención recibida

El lugar de atención recibida fue en consulta externa en el 97,7%. (Tabla 2).

Tabla 2: Lugar de atención recibida por parte de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Lugar de atención recibida	Frecuencia	Porcentaje válido
Atención en consulta externa (ambulatorio)	1447	97,7
Atención en hospital (internación)	22	1,5
Atención en domicilio	12	,8
Total	1481	100,0

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2.2. Tipo de atención recibida

El tipo de atención recibida por los usuarios de los servicios de salud fue en el 48.3% para chequeo médico y en menor proporción correspondió a otros motivos de consulta (1,2%) como: cirugía programada, atención para planificación familiar y realización de exámenes de laboratorio. Se define a chequeo como la atención de primera vez que tiene el usuario, y control/seguimiento como las posteriores visitas para mantener vigilancia del estado de salud o de las diferentes patologías del paciente. (Tabla 3)

Tabla 3: Tipo de atención recibida por los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Tipo de atención recibida	Frecuencia	Porcentaje válido
Chequeo	710	48,3
Control/ seguimiento	557	37,9
Urgencia	184	12,5
Otros	18	1,2
Total	1469	100,0

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2.3. Accesibilidad geográfica y tipos de transporte

Se encontró que el promedio de tiempo para desplazarse desde la residencia hacia el servicio de salud fue de 35,11 minutos (D.E. +/- : 35,71 minutos), con un rango de valores mínimos y máximos de 0 y 600 minutos (10 horas) respectivamente.

Alrededor de la mitad de los encuestados hacen uso del transporte público para desplazarse hacia el lugar en donde son atendidos (49.6 %), el 12.1 % de los usuarios se movilizan a pie. (Tabla 4)

Tabla 4: Tipos de transporte de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Tipo de transporte	Frecuencia	Porcentaje válido
A pie	178	12,1
Carro particular / taxi	556	37,9
Transporte público	728	49,6
Bicicleta	1	,1
Motocicleta	2	,1
Otros	4	,2
Total:	1469	100,00

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2.4. Nivel de atención

Con respecto a los niveles de atención se observó que más de la mitad de los pacientes utilizaban el tercer nivel (51.1%), es decir que acuden a un hospital de especialidades donde comúnmente se halla anidada a su cartera de servicios la consulta externa de primer nivel. (Tabla 5)

Tabla 5: Porcentaje de uso de los servicios de salud según el nivel de atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Niveles de atención	Frecuencia	Porcentaje Válido
Primer nivel de atención	697	47,4

Tercer nivel de atención	751	51,1
Otros	21	1,4
Total	1469	100,0

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2.5. Criterios de elegibilidad

La mayoría de personas que utilizaron los servicios de salud fueron asignadas al respectivo establecimiento de salud (43.2%). (Tabla 6).

Tabla 6: Porcentaje de uso de los servicios de salud según los criterios de elegibilidad en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Criterios de elegibilidad	Frecuencia	Porcentaje válido
Asignación	635	43,2
Distancia	400	27,2
Economía	87	5,9
Calidad	259	17,6
Sugerido	54	3,7
Otros	34	2,3
Total	1469	100,0

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.2.6. Tipo de servicio

Según el tipo de servicio se observó que consulta externa tiene un mayor porcentaje de uso con el 86.8%, esta incluye consultas generales, de especialidad y el servicio de curaciones. (Tabla 7)

Tabla 7: Porcentaje de uso de los servicios de salud según tipo de servicio en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Tipo servicio	Número de respuestas	Porcentaje de casos
Urgencia/Emergen cia	256	13,0%
Consulta Externa	1269	64,6%
Hospitalización	18	0,9%
Exámenes	243	12,4%
Complementarios		
Fármacos	167	8,5%
Otros	10	0,5%
Total:	1963	100,00

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.3. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud

6.1.3.1. Tiempo de espera para la atención:

De las personas que acudieron a un establecimiento de salud, todos fueron atendidos, el tiempo de espera en promedio fue de 14,45 en minutos, (D.E. +/- : 12,7 minutos) con un rango de 0 y 50 minutos.

6.1.3.2. Tipo de profesional de salud

El tipo de profesional que atendió en su mayoría fue el personal de enfermería con 71% del total y en menor porcentaje los usuarios fueron atendidos por médicos generales y de especialidad (25,9%). (Tabla 8)

Tabla 8: Porcentaje de tipo de profesional de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Tipo de profesional	Frecuencia	Porcentaje válido
Médicos generales y especializados	380	25,9
Enfermeros y Auxiliares	1039	71,0
Otros	43	2,9
No sabe	2	,1
Total:	1464	100,00

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.1.3.3. Satisfacción con la percepción de calidad de atención en el establecimiento de salud

La mayoría de usuarios han percibido la calidad de atención recibida en los establecimientos de salud como buena y muy buena (58 % y 26,5% respectivamente). Siendo la calificación mala la de menor porcentaje (3,9%). (Tabla 9)

Tabla 9: Porcentaje de la percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Percepción de la calidad de atención	Frecuencia	Porcentaje válido
Mala	57	3,9
Regular	171	11,6
Buena	852	58,0
Muy buena	390	26,5
Total	1469	100,0

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2. Análisis Bivariado

6.2.1. Relación entre los factores sociodemográficos y características de los servicios de salud

6.2.1.1. Tipo de atención recibida en el uso de los servicios de salud según los factores sociodemográficos

No se encontró asociación significativa entre hombres y mujeres, grupos etarios, nivel de escolaridad y etnia con relación al tipo de atención recibida, la mayoría de los usuarios acudieron por chequeo control y seguimiento. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la afiliación y el tipo de atención recibida ($p < 0,05$), siendo los afiliados quienes tienen mayor probabilidad de tener una consulta de chequeo control y seguimiento (OR: 1,43 I.C.: 1,064-1,927) (Tabla 10).

Tabla 10: Relación de los factores sociodemográficos y tipo de atención recibida de los usuarios de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Factores sociodemográficos		Chequeo, Control, Urgencia y Seguimiento	OR	Intervalos de Confianza	Valor P
Sexo	Femenino	726 86,10%	0,975	0,722- 1,317	0,869
	Masculino	117 13,90%			
Grupo etario	Adulto temprano y medio (35-64 años)	541 86,40%	0,862	0,559- 1,331	0,502
		174 14,20%			

	Adulto avanzado (mayor de 65 años)	189	27			
		87,50%	12,50%			
Escolaridad	Ninguno, educación básica y primaria	332	64	0,766	0,556- 1,057	0,105
		83,80%	16,20%			
	Educación Secundaria y Superior	934	138			
		87,10%	12,90%			
Etnia	Mestizo(a) y Blanco (a)	1228	192	1,683	0,825- 3,434	0,148
		86,50%	13,50%			
	Grupos vulnerables	38	10			
		79,20%	20,80%			
Afiliación	Afiliado(a)	718	97	1,43	1,064- 1,927	0,017
		88,10%	11,90%			
	No Afiliado(a)	548	106			
		83,80%	16,20%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2.1.2. Accesibilidad geográfica en relación a los factores sociodemográficos

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre sexo, escolaridad y etnia y la accesibilidad geográfica. Se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los grupos etarios de adultos tempranos y medios con

respecto a adultos mayores ($p=0,027$) y la accesibilidad geográfica, es decir que los adultos tempranos y medios emplean menor tiempo de desplazamiento hacia los servicios de salud comparados con los adultos mayores. Se halló diferencias estadísticamente significativas entre la afiliación a un servicio de salud o no y la accesibilidad geográfica lo que manifiesta que los afiliados tienen un mayor tiempo de desplazamiento en relación a los no afiliados ($p:0,00$). (Tabla 11).

Tabla 11: Diferencia de medias de los factores sociodemográficos y la accesibilidad geográfica en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Factores sociodemográficos		Media tiempo de desplazamiento	Desviación Estándar	Diferencia de medias	Intervalos de Confianza	Valor P
Sexo	Femenino	34,99	39,06	-0,28	-3,98- 3,41	0,879
	Masculino	35,27	30,68			
Grupo etario	Adulto avanzado	40,03	34,88	5,83	0,65 - 11,02	0,027
	Adulto temprano y medio	34,19	35,92			
Escolaridad	Ninguno, Educación Básica y primaria	36,01	44,92	1,23	-2,88- 5,36	0,55
	Educación Secundaria y Superior	34,78	31,66			
Etnia	Mestizo(a) y Blanco (a)	34,87	32,79	-7,27	-17,51- 2,96	0,163
	Grupos vulnerables	42,15	85,15			
Afiliación	Afiliado(a)	40,58	41,44	12,29	8,67- 15,92	0,00

No Afiliado(a) 28,29

25.35

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2.1.3. Niveles de atención en relación a los factores sociodemográficos

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre el mayor nivel de escolaridad y el uso del tercer nivel de atención ($p=0,00$), las personas con más nivel de educación tienen una mayor posibilidad de acceder al tercer nivel de atención frente a las que no poseen educación secundaria y/o superior (O.R.: 1,69 I.C.: 1,338 – 2,137). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las personas afiliadas a un servicio de salud y el uso del tercer nivel ($p=0,00$), las personas afiliadas tienen más probabilidades de ser atendidas en un tercer nivel de atención frente a los no afiliados (O.R.: 2,63 I.C.: 2,13 – 3,26). No hubo relación estadísticamente significativa entre el sexo, grupo etario y la etnia y el nivel de atención. ($p > 0,05$). (Tabla 12).

Tabla 12: Relación entre los factores sociodemográficos y los niveles de atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Factores sociodemográficos	Tercer Nivel de Atención	Primer Nivel de Atención	OR	Intervalos Confianza	Valor p	
Sexo	Femenino	418	413	0,863	0,701 - 1,063	0,167
		50,30%	49,70%			
	Masculino	333	284			
		54,00%	46,00%			

Grupo etario	Adulto temprano y medio	629 52,10%	578 47,90%	1,13	0,844 - 1,513	0,412
	Adulto avanzado	104 49,10%	108 50,90%			
Escolaridad	Educación Secundaria y Superior	585 55,40%	471 44,60%	1,691	1,338 - 2,137	0,00
	Ninguno, educación básica y primaria	166 42,30%	226 57,70%			
Etnia	Mestizo(a) y Blanco (a) Grupos vulnerables	729 52,10%	671 47,90%	1,2884	0,721 - 2,287	0,395
Afiliación	Afiliado(a)	502 62,40%	302 37,60%	2,63	2,13 - 3,26	0,00
	No Afiliado(a)	249 38,70%	395 61,30%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2.1.4. Elegibilidad (Asignación versus Distancia) del establecimiento de salud en relación a los factores sociodemográficos

No se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre el grupo etario y etnia en relación a la elegibilidad del establecimiento de salud ($p > 0,05$). Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$) entre el sexo y la elegibilidad del establecimiento de salud, en donde los hombres tienen mayor probabilidad de ser asignados a un establecimiento de salud frente a las mujeres (O.R.: 0,66 I.C.: 0,51 – 0,86). Se halló asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la elegibilidad del establecimiento de salud ($p=0,00$), en donde las personas con escolaridad secundaria y/o superior tienen más oportunidad de ser asignadas para la atención en el establecimiento (O.R.: 0,488 I.C.: 0,37 – 0,65). La afiliación de las personas tuvo asociación estadísticamente significativa con la elegibilidad del establecimiento de salud ($p < 0,05$), que se interpreta a razón de que los afiliados van a ser asignados al lugar de atención de acuerdo a sus necesidades dentro de los servicios a los que se hallan asegurados (O.R.: 10,73 I.C.: 7,98 – 14,43). (Tabla 13).

Tabla 13: Relación entre los factores sociodemográficos y la elegibilidad (Asignación vs Distancia) del establecimiento de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Factores sociodemográficos		Asignación	Distancia	OR	Intervalos de Confianza	Valor P
Sexo	Femenino	335	251	0,66	0,51 – 0,86	0,002
		57,2%	42,8%			
	Masculino	300	149			
		66,8%	33,2%			

Grupo etario	Adulto temprano y medio	520 60,2%	344 39,8%	0,77	0,53 – 1,11	0,16			
	Adulto avanzado	98 66,2%	50 33,8%						
	<hr/>								
	Escolaridad	Ninguno	129				137	0,488	0,37 - 0,65
	Educación básica y Primaria	48,5%	51,5%						
	Educación Secundaria y Superior	507 65,8%	263 34,2%						
<hr/>									
Etnia	Mestizo(a) y Blanco (a)	620 61,8%	384 38,2%	1,615	0,798-3,266	0,179			
	Grupos Vulnerables	16 50,0%	16 50,0%						
	<hr/>								
Afiliación	Afiliado(a)	527 80,8%	125 19,2%	10,73	7,98 -14,43	0,00			
	No Afiliado(a)	108 28,2%	275 71,8%						

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2.2. *Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud*

6.2.2.1. *Satisfacción en relación a la percepción de la calidad de atención en relación con el tiempo de espera para la atención*

No se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción en relación a la percepción de la calidad de atención. (Tabla 14).

Tabla 14: Satisfacción en relación a la percepción de calidad de atención en relación con el tiempo de espera para la atención en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Satisfacción en la percepción de calidad de atención	Aceptable	No Aceptable	OR	Intervalos de Confianza	Valor P
Buena	1189	52	1,38	0,74 - 2,58	0,308
Muy buena	95,8%	4,2%			
Mala	215	13			
y Regular	94,3%	5,7%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.2.2.2. *Satisfacción en la percepción de la calidad de atención en relación con el tipo de profesional de los servicios de salud*

La mayoría de usuarios fueron atendidos por el personal de enfermeros/as y auxiliares de enfermería, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción en la percepción de la calidad de atención y la atención proporcionada por médicos generales y especialistas (O.R.: 1,56 I.C.: 1,09 – 2,22). (Tabla 15).

Tabla 15: Satisfacción en la percepción de la calidad de atención en relación con el tipo de profesional de los servicios de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Satisfacción en la calidad de atención	Médicos generales y especialistas	Enfermeros/as y Auxiliares de enfermería	OR	Intervalos de Confianza	Valor P
Buena y muy buena	338 28,0%	869 72,0%	1,56	1,09 – 2,22	0,015
Mala y regular	43 20,0%	172 80,0%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”. Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.3. Análisis Estratificado según Afiliación a un seguro de salud

6.3.1. Tipo de atención recibida según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación a un seguro de salud.

La afiliación o no a un seguro de salud, no modificó la relación entre sexo, el grupo etario y el nivel de escolaridad con el tipo de atención recibida ($p > 0,05$) (Tabla 16).

Tabla 16: Tipo de atención recibida según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Afiliación		Chequeo, Control y Seguimiento	Urgencia y otros	OR	Intervalo s de confianza	Valor P
Afiliado (a)	Femenino	352 88,2%	47 11,8%	1,023	0,67 – 1,6	0,91
	Masculino	366 88,%	50 12%			
No Afiliado (a)	Femenino	374 84%	71 16%	1,05	0,67 – 1,6	0,81
	Masculino	175 83,3%	35 16,7%			
Afiliado (a)	Adulto temprano y medio	594 87,9%	82 12,1%	0,97	0,53 -1,78	0,93
	Adulto avanzado	104 88,1%	14 11,9%			
No Afiliado (a)	Adulto temprano y medio	456 83,2%	92 16,8%	0,77	0,41 -1,43	0,40
	Adulto avanzado	84 86,6%	13 13,4%			
Afiliado (a)	Ninguno Educación básica y Primaria	118 85,5%	20 14,5%	0.75	0.44 -1,29	0,30
	Educación	600 88,6%	77 11,4%			

		Secundaria y Superior				
No Afiliado (a)	Ninguno	214	44	0,89	0,58– 1,36	0,58
	Educación básica y Primaria	82,9%	17,1%			
No Afiliado (a)	Educación Secundaria y Superior	334	61	0,91	0,64 – 1,2	0,58
		84,6%	15,4%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.3.2. Niveles de atención según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación a un seguro de salud.

La afiliación o no a un seguro de salud, no modificó la relación entre sexo y el grupo etario con el nivel de atención utilizado. Se observó que la no afiliación influyó en la relación entre el nivel de escolaridad y el uso de los niveles de atención, encontrando que las personas sin afiliación, con escolaridad básica tienen menor uso del tercer nivel ($p < 0,005$) (Tabla 17).

Tabla 17: Niveles de atención según el sexo, grupo etario y nivel de escolaridad en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Afiliación		Tercer nivel de atención	Primer nivel de atención	OR	Intervalos de confianza	Valor P
Afiliado (a)	Femenino	252	141	1,15	0,86 – 1,5	0,33
		63,2%	35,3%			
No Afiliado (a)	Masculino	250	161	0,91	0,64 – 1,2	0,58
		60,1%	38,7%			
No Afiliado (a)	Femenino	167	272	0,91	0,64 – 1,2	0,58
		37,5%	61,1%			

	Masculino	83	123			
		39,5%	58,6%			
Afiliado (a)	Adulto temprano y medio	419 62,9%	247 37,1%	1,22	0,82 – 1,8	0,32
	Adulto avanzado	68 58,1%	49 41,9%			
No Afiliado (a)	Adulto temprano y medio	210 38,8%	331 61,2%	1,04	0,66 – 1,6	0,86
	Adulto avanzado	36 37,9%	59 62,1%			
Afiliado (a)	Ninguno Educación básica y Primaria	79 57,2%	57 41,3%	0,80	0,55 – 1,1	0,25
	Educación Secundaria y Superior	422 62,4%	245 36,2%			
No Afiliado (a)	Ninguno Educación básica y Primaria	87 33,7%	168 65,1%	0,71	0,5 – 0,99	0,047
	Educación Secundaria y Superior	163 41,2%	226 57,1%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

6.3.3. Percepción de la satisfacción en la calidad de atención según el tiempo de espera en función de la afiliación a un seguro de salud.

Se observó que la no afiliación a un seguro de salud influyó en la relación entre la percepción de la satisfacción en la calidad de atención y el tiempo de espera, encontrando que las personas sin afiliación, perciben la satisfacción en la calidad de atención como buena/muy buena cuando el tiempo de espera es aceptable es decir menor de 30 minutos. ($p < 0,05$). En el grupo de afiliados no modifica la percepción de la satisfacción (Tabla 18).

Tabla 18: Percepción de la satisfacción en la calidad de atención según el tiempo de espera en función de la afiliación o no a un seguro de salud en la parroquia de Conocoto en el periodo 2015-2016

Afiliación		Aceptable	No aceptable	OR	Intervalos de confianza	Valor P
Afiliado (a)	Buena y muy buena	665 95,0%	35 5,0%	0,5	0,15- 1,68	0,26
	Mala y regular	112 97,4%	3 2,6%			
No Afiliado (a)	Buena y muy buena	524 96,9%	17 3,1%	2,99	1,33- 6,7	0,006
	Mala y regular	103 91,2%	10 8,8%			

Fuente: Encuesta del “Estudio sobre las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en la parroquia de Conocoto 2015-2016”

Elaborado: Gabriela Quiroga Ortiz

7. CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio describen el uso de los servicios de salud de la población residente en la parroquia de Conocoto durante el periodo 2015-2016, así como las características sociodemográficas que influyeron en la utilización de los mismos.

Con respecto a los factores sociodemográficos, en los resultados de la presente investigación se observó que el sexo femenino es el que hizo mayor uso de los servicios de salud. Las mujeres reportan mayor uso de los servicios en relación a los hombres, sin embargo esto no expresa que las mujeres posean algún tipo de ventaja social, económica o cultural frente al sexo masculino como lo expone Gómez (2002). Las mujeres poseen una marcada carga de desigualdad social que se manifiesta en la vida de cada una de ellas en el contexto de sus diferentes necesidades (Gómez Gómez, 2002).

Mendoza-Sassi & Béria (2001) argumentaron que la mujer tiene diferentes necesidades de atención lo que determina un aumento en el uso de los servicios de salud, dicho aumento va en relación con la edad de la mujer, de forma particular en su etapa fértil, la cual contribuye con la mayor demanda de consultas de salud, ya que en este periodo es donde se atienden temas gineco obstétricos (parto, embarazo, puerperio, lactancia) y de su salud sexual y reproductiva en general, (anticoncepción, desordenes hormonales, infecciones del tracto genitourinario) (Mendoza-Sassi & Béria, 2001) (Abreu, Abreu, & Ponce, 2018).

El sexo masculino por motivos socioculturales y por la forma de organización de los sistemas patriarcales, se les atribuye características consideradas inherentes a su masculinidad como son la autosuficiencia, auto dependencia y/o fortaleza, lo cual deriva en una autopercepción diferente en cuanto a la salud y la enfermedad, haciéndolo propenso a acudir con menor frecuencia a los servicios de salud, consultar tardíamente, y finalmente con complicaciones asociadas al tiempo de demora en la búsqueda de la atención médica (Gessert et al., 2015), (Pinheiro et al., 2002).

No se encontró asociaciones estadísticamente significativas al relacionar el sexo con el motivo de consulta, la accesibilidad geográfica y los niveles de atención. Sin embargo, la asociación entre el sexo y la asignación a determinados servicios de salud develaron resultados estadísticamente significativos ($p= 0,002$), que explica como los hombres tienen mayor probabilidad de ser asignados a un servicio de salud frente a la población femenina.

La manera en la que se les asignó la atención médica a la población del presente estudio de investigación, está en relación con que más de la mitad de los encuestados en Conocoto en el periodo 2015-2016, estaban afiliados a un seguro de salud (55,5%). El 50,9% pertenecían al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, (IESS).

En la población de Conocoto el porcentaje de afiliación difiere de los reportados a nivel nacional, ya que el Ecuador es uno de los países de América Latina en el cual la afiliación a un seguro de salud social es bajo, y de forma específica el porcentaje de mujeres ecuatorianas afiliadas al seguro social es de apenas 13,5% frente al 17% de cobertura para los hombres como lo manifiesta Durán en su estudio titulado “Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador” (Durán, 2007).

Ecuador es un país heterogéneo en cuanto a su población, por un lado los resultados nacionales previamente expuestos muestran esta realidad y por otro lado en la parroquia de Conocoto gran parte de su población cuenta con seguro médico de salud, alrededor del 48% de la población en Conocoto son empleado/a u obrero/a privado, a esto se añade el empleado/a u obrero/a del Estado, gobierno, municipio, consejo provincial, juntas parroquiales con un 16% que suman un total de 64% de personas con trabajo estable y remunerado que probablemente les asegura contar con una afiliación a la seguridad social del país (G. A. D. Parroquial de Conocoto-D.M.Q., 2015).

La mayoría de personas que son afiliadas a un seguro de salud dentro del Ecuador están amparadas bajo la ley constitucional de obligatoriedad de afiliación a cualquier trabajador, de esta forma es como probablemente se explique que la mitad de la población encuestada de Conocoto esté afiliada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Sasso, 2011).

En esta investigación se halló que la afiliación mostró asociación estadísticamente significativa con el tipo de atención recibida ($p=0,017$), así como la accesibilidad geográfica ($p=0,00$), niveles de atención ($p=0,00$) y la elegibilidad del establecimiento de salud ($p=0,00$).

Corroborando con los resultados presentados, Vargas et al (2010) demostraron en su estudio de “Acceso a la atención en salud en Colombia” que efectivamente existieron diferencias significativas entre el uso de los servicios de salud de las personas afiliadas y de las no afiliadas a un seguro sanitario. Dentro de estas diferencias destacan la existencia de barreras que limitan el acceso y uso a los servicios de salud, inclusive para las personas aseguradas

Una de ellas es la accesibilidad geográfica que en ese mismo estudio incidió en el uso de estos servicios de salud, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Vargas-Lorenzo et al., 2010).

El hallazgo en la presente investigación sobre el mayor uso del tercer nivel de atención es llamativo, puesto que el primer nivel de atención corresponde a un modelo de organización de los servicios de salud por estratos y articula de forma eficiente las referencias hacia el segundo y tercer nivel de atención (Yavich, Báscolo, & Haggerty, 2010).

Yavich et al (2010) manifestaron la clave para comprender la mayor demanda en el acceso a dicho nivel de atención. Respecto a las personas que hicieron uso del tercer nivel estas eran afiliadas a seguros de salud, y en la cartera de servicios del seguro, la atención de especialidad está más al alcance de los usuarios, en lugar de pasar por el filtro del primer nivel de atención.

Por otro lado se podría explicar el mayor uso del tercer nivel de atención debido a que en la mayoría de entidades prestadoras de atención médica de dicho nivel, se encuentran anclados servicios de consulta externa con capacidad de resolución que comprendería a un primer nivel de atención.

Con respecto a los usuarios de los servicios de salud más de la mitad de estos pertenecían al grupo etario denominado adulto medio con el 54,8% del total.

Pinheiro et al (2002) observaron resultados compatibles con los descritos previamente, en los que el grupo etario que más empleó los servicios de salud fue el comprendido entre los 46 a 64 años de edad, y que a mayor edad la frecuencia de consultas médicas fue en declive.

Contrario a los resultados de Pinheiro et al (2002), Rodríguez (2018) en su estudio “Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia ”se encontró que a mayor edad existe un mayor uso de los servicios de salud, porque aumenta la posibilidad de adquirir alguna enfermedad relacionada con la edad per se como por ejemplo, las enfermedades crónico degenerativas, metabólicas, cardiovasculares y osteo articulares que se manifiestan conforme pasan los años.

Álvarez et al (2016) destacaron que el principal motivo de consulta de la población con edades que superan los 65 años son enfermedades crónicas en su mayoría, corroborando los hallazgos de la presente investigación en la que el 87,50% de los adultos avanzados acudieron por el motivo de consulta correspondiente a “chequeo, control y seguimiento” esto puede ser en relación con las comorbilidades características de este grupo etario (Prieto-Flores et al., 2008).

En el presente estudio no existieron asociaciones significativas ($p > 0,05$) entre los grupos etarios y el motivo de consulta, niveles de atención y elegibilidad del establecimiento de salud.

La edad es una variable en el uso de los servicios de salud que está muy ligada al contexto en donde es analizada, no es lo mismo estudiarla en poblaciones rurales que en poblaciones urbanas, tampoco en grupos vulnerables o en no vulnerables, es importante enfatizar que no muestra injusticia social, no obstante si puede expresar algunas condiciones de desigualdad en cuanto al uso de los servicios de salud (Arcaya, Arcaya, & Subramanian, 2015).

Se halló asociaciones estadísticamente significativas entre los grupos etarios adulto temprano (35-64 años de edad) y adulto avanzado (65 a 70 años de edad) con respecto a la accesibilidad geográfica a los servicio de salud ($p=0,027$). Asemejándose estos resultado a los encontrados por Morera & Aparicio (2010), quienes estudiaron los determinantes del uso de los servicios de salud en Costa Rica

y hallaron significancia estadística con los pacientes de 65 a 74 años, quienes tuvieron menor probabilidad de acceso a los servicios de salud en el contexto de accesibilidad geográfica.

La accesibilidad geográfica medida en distancia es insuficiente para evaluar el uso de los servicios sanitarios ya que se debe tomar en cuenta otras características propias del paciente por ejemplo, las enfermedades crónicas que padezca o la edad que presente (Nemet & Bailey, 2000). Los resultados encontrados por Nemet & Bailey (2000), corroboraron que el acceso a los servicios de salud en el contexto de adultos mayores se ve influenciado significativamente por la distancia.

La media de tiempo de accesibilidad geográfica fue de 35,11 minutos en promedio para acceder a cualquier nivel de atención, diferenciándose con los resultados de Olivet et al. (2008) en cuya investigación se manejan tiempos promedios de accesibilidad geográfica de 3,85 minutos para atención primaria y de 18,64 minutos con respecto a atención hospitalaria. Este estudio fue desarrollado en Cataluña, en donde el sistema de salud está estructurado de forma diferente, en este se destaca un mapa sanitario que define las líneas estratégicas de acción y orientación de los servicios de salud, esta distribución brinda una gran cercanía geográfica de dichos servicios y por ende menores tiempos de acceso a los mismos (Olivet et al., 2008), a diferencia del área urbana de Conocoto en donde el tiempo promedio es mayor y por ende se debe mejorar la distribución de los establecimientos de salud ya que no contar con una adecuada accesibilidad geográfica incide como barrera en el uso de los servicios de salud.

El tipo de transporte utilizado con más frecuencia para acceder a los servicios de salud fue el transporte público (49,6%), esto contrasta con los hallazgos publicados por Arcury et al. (2005) en donde poseer una licencia de conducir aumentaba la frecuencia de consultas médicas y de igual manera era común que las personas que tuviesen familiares o amigos en capacidad de transportarlos aumentaban el número de visitas médicas al año, cabe recalcar que el tipo de transporte más utilizado para acceder a los servicios de salud fue el carro particular o taxi (Arcury, Preisser, Gesler, & Powers, 2005).

El nivel de educación alcanzado va a influenciar de manera positiva o negativa en el uso de los servicios de salud, dependiendo del mismo, van a existir diferencias entre el porcentaje de uso de los mismos (Morera Salas & Aparicio Llanos, 2010).

A mayor nivel de educación se postula que hay una mayor afluencia en el acceso a la salud y el uso de los servicios. Arcaya et al (2015) dijeron que tener un nivel de instrucción secundaria se asocia con mejores efectos en la salud del individuo., los resultados de la investigación presente manifestaron que la mayor parte de los usuarios de los servicios de salud (39,2%), habían alcanzado un nivel de escolaridad correspondiente a educación secundaria, que coinciden con la asociación positiva que de la que se habló previamente.

Morera & Aparicio (2010) en cambio demostraron que adquirir un nivel de educación superior o universitaria completa predispone a una mayor posibilidad de acudir a un médico a diferencia de niveles educativos inferiores. Sin embargo, los resultados del presente estudio no reflejaron dichas conclusiones, ya que las personas con escolaridad superior y/o media superior usaron los servicios de salud en un total de 33,8%.

El grado de escolaridad secundaria y/o superior se asoció significativamente con la elegibilidad y el nivel de atención en los servicios de salud ($p=0,00$). Estos resultados pueden ser consecuencia de que las personas con niveles de educación secundaria y/o superior tienen más probabilidades de estar afiliadas a un seguro médico, y por esta razón van a ser designadas a determinado servicio de atención médica y además hacen un mayor uso del tercer nivel de atención.

Garcia-Subirats et all (2014) a diferencia del presente estudio, observaron que la escolaridad no es determinante para el uso de ningún nivel de atención. Dicho estudio fue realizado en dos países Colombia y Brasil, que poseen sistemas de salud diferentes pero comparten los principios de cobertura y de acceso (Garcia-Subirats et al., 2014).

La población mestiza y blanca fueron los que utilizaron en mayor medida los servicios de salud (96,7 %), a diferencia de los grupos étnicos vulnerables: afrodescendientes, indígenas y montubios (3,3%). Travassos et all (2002) al estudiar

características sociodemográficas para el uso de los servicios de salud en Brasil halló que las mujeres blancas presentan mayor utilización de los mismos en comparación de las otras etnias, sin embargo también presentaban otras características que sumaban al contexto de manera positiva como: mayor nivel de escolaridad, empleo fijo y aseguramiento a un servicio de salud.

Comúnmente las etnias vulnerables, en específico, los afrodescendientes, poseen menos acceso y por ende menos utilización de los servicios de salud, debido al constante patrón de discriminación al cual pueden ser sometidos y de esta forma acumulan malas experiencias respecto al sistema, utilizándolo en menor proporción (Keegan et al., 2015).

Otro aspecto a considerar es la brecha socioeconómica que existe en estos grupos vulnerables, para la cual, pese a que se han eliminado ciertas barreras y adecuado los sistemas de salud para el uso de esta población, todavía persisten y deterioran su salud (Mills, 2014).

Rodríguez (2018) hizo mención en cuanto a los resultados obtenidos con respecto a la satisfacción en la calidad de atención, destacando que el excesivo tiempo de espera para ser atendido tiene una vinculación negativa al calificar la calidad del servicio. El tiempo de espera ideal para la atención médica debe ser menor de 30 minutos (Gutierrez et al., 2009). Los resultados que se hallaron en este estudio son compatibles con esas premisas, los usuarios de los servicios de salud catalogaron la calidad de la atención como “buena y muy buena” siempre y cuando el tiempo de espera para la atención fuese dentro de la categoría aceptable es decir menor de 30 minutos (95,8%).

7.1. Limitación

La investigación original a partir de la cual se extrajeron los datos para la elaboración del presente estudio se enfocó en la determinación de brechas para el acceso a los

servicios de salud en donde se analizaron algunas variables que en el estudio de uso de servicios pueden ser interesantes, pero no se abordaron ya que estas fueron descritas previamente en el estudio original.

En base a esto no se abordó de forma total las variables relacionadas directamente con la percepción de la calidad de atención, evaluando a esta variable de forma general y somera, con algunas características que se pudo extrapolar de los datos no utilizados de la base original.

Una limitación es el tipo de población que representa Conocoto, debido a que sus características no son parecidas a ninguna parte del Ecuador y sus datos no pueden ser extrapolados ni comparados con otras poblaciones.

8. CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones

Las características de los servicios de salud y los factores sociodemográficos son aspectos que inciden de una u otra forma en el uso de los servicios de salud por parte de la población residente en el área urbana de Conocoto.

La utilización de los servicios de salud es un proceso dinámico y complejo dentro del que se pretende satisfacer todas las necesidades de salud de los usuarios.

Se encontró que las mujeres, el grupo de edad de 46 a 64 años, un mayor grado de escolaridad, la etnia mestiza y contar con afiliación a cualquier seguro de salud usan con mayor frecuencia los servicios de salud.

Los aspectos sociodemográficos que tuvieron relación estadísticamente significativa con el uso de los servicios de salud fueron:

Afiliación con el tiempo promedio de desplazamiento (accesibilidad geográfica), tipo de atención y uso de tercer nivel ($p < 0,005$).

El grupo de edad adulto temprano y medio se encontró relación con accesibilidad geográfica.

El nivel de escolaridad secundaria y superior tuvo relación con el uso del tercer nivel de atención.

El sexo masculino se relacionó de forma significativa con la elegibilidad del establecimiento de salud, siendo los hombres en su mayoría asignados a las diferentes casas de salud.

No se encontró ninguna relación significativa con la etnia, probablemente considerando que la mayoría de la población de Conocoto es mestiza, por tanto, no se encontró diferencias en el uso de los servicios de salud.

En cuanto a las características de los servicios de salud como, la asignación, la consulta externa, un menor tiempo de espera para la atención y una buena percepción de la calidad de atención se halló que aumentan la frecuencia del uso de los servicios de salud.

La satisfacción en la percepción de la calidad de los servicios de salud se relacionó de forma significativa con la atención proporcionada por médico general o especialista ($p=0,015$).

Al controlar la afiliación como variable de confusión no se encontró modificación entre la relación del sexo, el grupo etario y el nivel de escolaridad con el tipo de atención recibida.

Tampoco modificó la relación entre sexo y el grupo etario con el nivel de atención utilizado. Sin embargo, se observó que la no afiliación influyó en la relación entre el nivel de escolaridad y el uso de los niveles de atención, encontrando que las personas sin afiliación, con escolaridad básica tienen menor uso del tercer nivel.

Se observó que la no afiliación a un seguro de salud influyó en la relación entre la percepción de la satisfacción en la calidad de atención y el tiempo de espera, encontrando que las personas sin afiliación, perciben la satisfacción en la calidad de atención como buena/muy buena cuando el tiempo de espera es aceptable es decir menor de 30 minutos.

Las características de Conocoto, son diferentes a los otros distritos de salud del DMQ, por lo tanto, no pueden ser generalizables, se debe considerar, que el país es multicultural, multiétnico y que cada distrito puede tener sus particularidades que deben ser estudiadas de manera aislada.

8.2. Recomendaciones

Se recomienda la profundización del estudio de las características de los servicios de salud, teniendo en cuenta un enfoque más amplio de las mismas para poder precisar relaciones con respecto al uso de los servicios de salud.

Se recomienda el análisis de las características de los servicios de salud desde la parte de la oferta y desde un servicio de salud específico para obtener resultados puntuales del uso de los servicios de salud ofertados.

De esta forma es recomendable la adquisición de toda la información que competa al ámbito del estudio de las características de los servicios de salud y factores sociodemográficos que influyen en el uso de los mismos, ya que de esta forma se construye el conocimiento que es útil en la lucha contra las inequidades sociales.

Al final se aconseja la realización de más investigaciones dentro del uso de los servicios de salud a nivel nacional y con diferentes poblaciones, con el fin de visibilizar realmente como está la utilización de los mismos en varios niveles.

Bibliografía:

- Abreu, J. M., Abreu, J. M., & Ponce, G. G. (2018). Salud de la mujer en edad fértil, su preparación para la maternidad y la familia. *Revista Médica Electrónica*, 40(2), 246-248.
- Acosta, A. (2003). En la encrucijada de la glocalización Algunas reflexiones desde el ámbito local, nacional y global. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 1(4), 0.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Agbogidi, J., & Azodo, C. C. (2009). Experiences Of The Elderly Utilizing Healthcare Services In Edo State. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*, 5(2). Recuperado de <http://ispub.com/IJGG/5/2/5831>
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.104>
- Almeida, G., & Sarti, F. M. (2013). Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 83–89.
- Álvarez, M. R. A. S., Chirinos, L. M. T., & Arizmendi, M. M. D. Z. (2016). Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. *Revista CONAMED*, 15(2).
- Andersen, R. M., & Davidson, P. L. (2007). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. En *Changing the U.S. health care*

system: *Key issues in health services policy and management, 3rd ed* (pp. 3-31). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Andersen, R. M., Yu, H., Wyn, R., Davidson, P. L., Brown, E. R., & Teleki, S. (2002). Access to medical care for low-income persons: how do communities make a difference? *Medical Care Research and Review: MCRR*, 59(4), 384-411. <https://doi.org/10.1177/107755802237808>

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95-124.

Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 261–271.

Arce Ramírez, C. A. (2003). Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 11, 41-50.

Arcury, T. A., Preisser, J. S., Gesler, W. M., & Powers, J. M. (2005). Access to Transportation and Health Care Utilization in a Rural Region. *The Journal of Rural Health*, 21(1), 31-38. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00059.x>

Arredondo, A., & Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=10634105>

Arrivillaga, M., & Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013.

Cadernos de Saúde Pública, 32(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>

Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007-2008. (2008). *Constitución de la República del Ecuador de 2008*. Montecristi.

Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... Muntaner, C. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247.

Barbosa, W. G. J., Kuffo, M. L. G., Guzmán, D. M. Á., Díaz, L. J. C., Parra, J. C. F., Mejía, L. S., & Suárez, D. C. V. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud*, 19(1), 126-139.
<https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>

Barraza-Lloréns, M., Panopoulou, G., & Díaz, B. Y. (2013). Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000-2006. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 33(2), 122-130, 9 p preceding 122.

Beck, R. G. (1973). Economic Class and Access to Physician Services under Public Medical Care Insurance. *International Journal of Health Services*, 3(3), 341-355. <https://doi.org/10.2190/9J37-6TD1-P1PE-4FN4>

Bersh, E. D. (1992). Servicios de salud . *Facultad Nacional de Salud Pública* , 18-20

Bitrán, C., & Hussman, K. (2004). Sistemas de referencia y contrarreferencia en los Servicios de Salud. *Cartillas de políticas*.

Borges-Yáñez, S. A., & Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40, 13-23. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000100003>

- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. I., & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista de Salud Pública, 12*, 77-88. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700006>
- Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). Social determinants of health: analysis from the colombian context. *Revista Salud Uninorte, 31*(3), 608-620. <https://doi.org/10.14482/sun.31.3.7685>
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C. H. C., Cetrángolo, O., ... Sáenz, R. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet, 385*(9974), 1248-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0)
- Dauncey, M. J. (2012). Recent advances in nutrition, genes and brain health. *The Proceedings of the Nutrition Society, 71*(4), 581-591. <https://doi.org/10.1017/S0029665112000237>
- Dawson B. (1920). Interim report on the future provision of medical and allied services 1920. Ministry of Health. Recuperado 13 de noviembre de 2018, de <https://navigator.health.org.uk/content/lord-dawson%E2%80%99s-interim-report-future-provision-medical-and-allied-services-1920-was-published>
- De Andrade, L. O. M., Filho, A. P., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C.-F., ... Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet, 385*(9975), 1343-1351. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

- De Charry, L. C., Carrasquilla, G., & Roca, S. (2008). Equity regarding early breast cancer screening according to health insurance status in Colombia. *Revista de Salud Pública, 10*(4), 571-582.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Health Care*. Boston: Harvard University Press.
- Durán, F. (2007). Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador, 197.
- Espinosa, V., Acuña, C., de la Torre, D., & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Publica, 96*.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México, 57*(2), 180-186.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub. Co.
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Frigola, D., Illa, C., & Elorza, J. M. (2008). Utilización de servicios de salud y flujos asistenciales. *Medicina Clínica, 131*, 23-30. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76471-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76471-6)
- G. A. D. Parroquial de Conocoto- D.M.Q. (2015). *Actualización plan de desarrollo y ordenamiento territorial*.
- Galván, H. R., Moctezuma, J. M., Dolci, G. F., & López, D. O.-L. O. (2016). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED, 17*(4). Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/320>

- García Salabarría, J. (2006). Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 0-0.
- García-Subirats, I., Vargas Lorenzo, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., & Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 480-488.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>
- Gessert, C., Waring, S., Bailey-Davis, L., Conway, P., Roberts, M., & VanWormer, J. (2015). Rural definition of health: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 15, 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1658-9>
- Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 327-334. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500008>
- Gutierrez, E., Ramos, W., Uribe, M., & Ortega-Loayza, A. G. (2009). TIEMPO DE ESPERA Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA FARMACIA CENTRAL DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 5.
- Gutiérrez, M. A., Rubio, R. del P., & Sotos, F. E. (2010). Factores Sociodemográficos Y De Salud Asociados a La Institucionalización De Personas Dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789-798.
- Hart, J. T., Centre, G. H., & Talbot, P. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 405–412.

- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- HOSSEINI SHOKOUH, S. M., ARAB, M., EMAMGHOLIPOUR, S., RASHIDIAN, A., MONTAZERI, A., & ZABOLI, R. (2017). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 46(4), 435-446.
- Howat, A. P., Hammond, M., Shaw, L., Evans, R. I., Frame, K., Davies, T. I., & Evans, D. R. (1991). Quality assurance. A project on patient waiting times at appointment in an orthodontic department. *Community Dental Health*, 8(2), 173-178.
- Iannello, P., Migliore, J., Núñez, J., & Schötz, G. (2013). *Patentes y Medicinas Esenciales*. Buenos Aires: Heliasta.
- Jorrat, J. R., Fernández, M. de las M., & Marconi, E. H. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005: comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud colectiva*, 4(1), 57-76.
- Keegan, T. H., Kurian, A. W., Gali, K., Tao, L., Lichtensztajn, D. Y., Hershman, D. L., ... Gomez, S. L. (2015). Racial/ethnic and socioeconomic differences in short-term breast cancer survival among women in an integrated health system. *American journal of public health*, 105(5), 938-946.

- Llanos, A. A., Morera-Salas, M., Barber-Pérez, P., Hernández, K., Xirinach-Salazar, Y., & Varga, J. R. (2009). Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Revista de Salud Pública, 11*(3), 323-335. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000300002>
- López Puig, P., Alonso Carbonell, L., García Milian, A. J., Segredo Pérez, A. M., Ruales Estupiñán, J. L., & Alfaro Cantón, G. (2015). Herramienta multidimensional para la medición de la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. *Revista Cubana de Salud Pública, 41*, 510-531.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México, 53*, s177-s187.
- Luna, C., Emanuele, C. A., & Torre, D. D. L. (2017). Posicionamiento de Ecuador en la agenda de salud global como producto de la reforma sectorial. *Revista Panamericana de Salud Pública, 41*, e55.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 31*, 754-761.
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health, 126 Suppl 1*, S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Marmot, Michael. (2018). An inverse care law for our time. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *362*, k3216. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3216>
- Marsh, B., Milofsky, C., Kissam, E., & Arcury, T. A. (2015). Understanding the Role of Social Factors in Farmworker Housing and Health. *New Solutions: A*

Journal of Environmental and Occupational Health Policy: NS, 25(3), 313-333. <https://doi.org/10.1177/1048291115601020>

Martínez, M. A. (2013). Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. España. Editorial Elsevier.

Mendoza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 819-832. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400016>

Mills, A. (2014). Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552-557. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1110897>

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Acuerdo Ministerial No.: 725–1162*. . Quito: MSP .

Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 26-33.

Morera Salas, M., & Aparicio Llanos, A. (2010). Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 410-415. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.009>

Morteruel, M., Rodriguez-Alvarez, E., Martin, U., & Bacigalupe, A. (2018). Inequalities in Health Services Usage in a National Health System Scheme: The Case of a Southern Social European Region. *Nursing Research*, 67(1), 26-34. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000256>

Muñoz-de Bustillo, R., & Antón, J.-I. (2010). Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud*

Pública de México, 52, 357-363. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000400012>

Nambiar, D., & Mander, H. (2017). Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 152-153. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179325>

Nemet, G. F., & Bailey, A. J. (2000). Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science & Medicine* (1982), 50(9), 1197-1208.

Nobile, M. (2014). THE WHO DEFINITION OF HEALTH: A CRITICAL READING. *Medicine and Law*, 33(2), 33-40.

Oliver, R. L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Service Marketing and Management*, 65-68.

Olivet, M., Aloy, J., Prat, E., & Pons, X. (2008). Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica. *Medicina Clínica*, 131, 16-22. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76470-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76470-4)

Organización Mundial de la salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*. Almá-Atá.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública*. Suiza: Ediciones de la rganización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la salud. (2000). *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Ginebra: OMS.
- Otálora, M. L., & Orejuela, A. R. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad. Adm. Bogota (Colombia)*, 20, 237-258.
- Pan American Health Organization. (2014). Strategy for universal access to health and universal health coverage. *53rd Directing Council. Resolution CD53.R14*. Washington, DC: PAHO.
- Petrera, M., Valdivia, M., Jimenez, E., & Almeida, G. (2013). Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 131–136.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. dos S. (2002). Género, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 7, 687–707.
- Piñera, D., María, A., Rodríguez Salvá, A., Roche, G., Guillermo, R., Guerra Chang, M., ... Van der Stuyft, P. (2012). Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 340-353.
- Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. A., Ocampo, R., & Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México*, 53, 478-485.
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000600003>

- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K., & Rojo-Abuín, J. M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17082306>
- Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs13-27.assa>
- Ricketts, T. C. (2009). Accessing Health Care. En *A Companion to Health and Medical Geography* (pp. 521-539). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444314762.ch27>
- Rodríguez A., S. (2018). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia.
- Rodríguez Méndez, M., & Echemendía Tocabens, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150.
- Sasso, J. (2011). La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras (Cifras). Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/2881>
- Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(2), 127-141.

- Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Building integrated systems--the holographic organization. *The Healthcare Forum Journal*, 36(2), 20-26.
- Silva, M. A. M. da, Marques, F. M., Brito, M. da C. C., Viana, R. S., Mesquita, A. L. M., Silva, A. S. R., & Gomes, L. C. (2018). Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(1). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6406>
- Sojo, A. (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5970>
- Solar O., I. A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Recuperado 23 de noviembre de 2018, de <http://nccdh.ca/resources/entry/a-conceptual-framework>
- Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro, R., & Brito, A. (2002). Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 365–373.
- Van der Stuyft, P., & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662008000400014>
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, 701-712. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001>

- Vásconez Rodríguez, A., Córdoba, R., & Muñoz, P. (2005). *La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados*. CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6098>
- Vázquez Navarrete, M. L., & Vargas Lorenzo, I. (2006). Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*, 4(1), 5-9.
- Vega, J., & Frenz, P. (2014). Latin America: priorities for universal health coverage. *The Lancet*, 385, 31-32.
- Velandia, F., Ardón, N., Cárdenas, J. M., Jara, M. I., & Pérez, N. (2001). Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica*, 32(1), 4-9-9.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Villanueva, A. (2010). ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A LOS SISTEMAS DE SALUD Y EDUCACIÓN. ANÁLISIS ESPACIAL DE LAS LOCALIDADES DE NECOCHEA Y QUEQUÉN. *Revista Transporte y Territorio*, (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=333027080005>
- Villaseñor Chávez, D. A., & Guzmán Esquivel, J. (2015). Prevención cuaternaria. *Revista Mexicana de Urología*, 75(3), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.uromx.2015.05.001>

Wenk, R., de Lima, L., Mutto, E., Berenguel, M. del R., & Centeno, C. (2016).

Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica.

Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Medicina Paliativa*, 23(1), 42-48.

<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.11.002>

Yavich, N., Báscolo, E. P., & Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de

evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud*

Pública de México, 52, 39-45. <https://doi.org/10.1590/S0036->

36342010000100007