



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES
CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS**
Modalidad Semipresencial

TEMA:

Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida. Caso de estudio.

AUTORAS:

Alcívar Loor, Olga; Romero Ortega, Alba

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
Ingeniero en Administración de Ventas**

TUTOR:

Lcda. Loor Ávila Beatriz. Ph.D.

Guayaquil, Ecuador

18 de marzo de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES
CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS
Modalidad Semipresencial

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Alcívar Loor Olga Elena y Romero Ortega Alba Edith, como requerimiento para la obtención del Título de **Ingeniero en Administración de Ventas**.

TUTORA

f. _____

Lcda. Loor Ávila Beatriz, PhD.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Eco. Idrovo Wilson Christian Octavio, MBA.

Guayaquil, a los 18 del mes de marzo del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES

CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

Modalidad Semipresencial

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Alcívar Loor Olga Elena y Romero Ortega Alba Edith

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida: Caso de estudio, enfocado en los ciudadanos menos favorecidos, previo a la obtención del Título de **Ingeniero en Administración de Ventas**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 18 del mes de marzo del año 2019

LAS AUTORAS

f. _____

Alcívar Loor Olga Elena

f. _____

Romero Ortega Alba Edith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES
CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS
Modalidad Semipresencial

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Alcívar Loor Olga Elena y Romero Ortega Alba Edith

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida: Caso de estudio cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 del mes de marzo del año 2019

AUTORAS:

f. _____
Alcívar Loor Olga

f. _____
Romero Ortega Alba

ESPACIO PARA REPORTE URKUND

URKUND

Dokument: TESIS_FINAL.docx (D48762279)
Institución: 2019-03-07 15:49 (-05:00)
Institución av: blaschims70@gmail.com
Mensaje: beatrizloor.uscg@analysts.urkund.com
Medelland: [3040] Ana. Iba. msd@deland.us

6% av det har c a 61 sidor stora dokumentet består av text som också förkommer i 0 st Mallor.

Källförteckning **Marketing** **TESIS_FINAL.docx**

Alternativa Kallor

MARTHA TAMAYO VERA.docx
TRABAJO GRUPAL 4.docx
MARTHA TAMAYO VERA (2).docx
LOS FACTORES DETERMINANTES DE SALUD EN EL ECUADOR Y SU INFLUENCIA EN LAS POLITIC...
MARTHA TAMAYO VERA (2).docx

No existe mejoras en las tesis médicas existentes en el subcentro de salud. Falta de relación médico paciente, para poder mejorar la calidad de vida

Parroquia Atahualpa Comuna Entre Rios Unidad de Investigación Barrio Villamil Barrio Sector escuela 15 de mayo

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS Modalidad Semipresencial

TEMA: Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida. Caso de estudio.

AUTORAS: Alicia Loor, Olga Elena Romero Ortega, Alba Eddin

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de ingeniero en Administración de Ventas

TUTOR: Lcda. Loor Atila Beatriz Ph.D

Guayaquil, Ecuador 15 de marzo de 2018

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS Modalidad Semipresencial

CERTIFICACIÓN

ESP 1025
LAA 8/2/2019

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios por darme salud y fuerzas para culminar la carrera y estar presente en la sustentación de mi tesis.

A mi madre, a mis hijos, mi esposo y a mi hermano que han sido un pilar importante en mi caminar como estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

A mi padre Walter Alcívar Navarrete (+) quien me inculcó en todo momento valores, principios y educación.

A mi tutora Lcda. Beatriz Loor por compartir sus conocimientos, de manera especial a la Lcda. Magaly Garcés por su apoyo y directriz incondicional.

Olga Alcívar Loor

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios por darme las fuerzas para culminar una nueva meta y por darme la sabiduría para plasmar todo lo aprendido en mi tesis.

A mis padres y hermano, pilar fundamental en mi vida, pero de manera muy especial a mi papá que desde el cielo fue mi principal motivación para cumplir con lo que le prometí.

A mis profesores y compañeros, quienes fueron un gran apoyo a lo largo de la carrera convirtiéndose en mis grandes amigos.

A mi tutora de tesis, la Lcda. Beatriz Loor por su paciencia y soporte, y a la Lcda. Magaly Garcés por ser incondicionalmente una guía en este proceso.

Alba Romero Ortega

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a mis padres Elena Loor de Alcívar y Walter Alcívar Navarrete (+) por su crianza, por formarme en un hogar lleno de amor y de valores, por inculcarme el respeto y la educación.

A mis hijos Leonela, Néstor, Normancito (+) y Amelia ellos saben que han sido y serán mi impulso y mis ganas de ser mejor cada día. Gracias por existir y ser unos hijos maravillosos.

A mi esposo, Dr Julio César Centeno Limongi. En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas mejor tus metas, a través de su paciencia y amor supo darme las fuerzas para seguir adelante y no flaquear en la meta que me había trazado.

A mis compañeros y amigos Dalton Valero, Andrea Tamayo, Verónica Tenen, Martha Herrera, Sully Cabrera, Jimmy Bourne, Héctor Rugel, Esteban Yépez y Fabricio Mendoza que desde el inicio de la carrera estuvieron presentes de manera incondicional.

A Alba Romero que sin planearlo se convirtió en mi dupla y ahora estamos aquí juntas culminando nuestro sueño.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a mi madre Edith Ortega, mi padre Juan José Romero (+) y a mi hermano Juan Carlos Romero por creer en mí, por ser esa fortaleza e inspiración para superarme día a día.

A mi compañeros de aula, Andrea, Sully, Martha, Olga, Verónica, Fernando, Dalton, Esteban, Héctor, Jimmy, quienes se convirtieron en mis grandes amigos.

A mi jefe y amigo Mario Bracco por ser quien me dio a conocer la mejor carrera del mundo y me motivó a superarme profesionalmente contando siempre con su apoyo.

A mis compañeros de trabajo Carolina, Cristina, Kathy, Solange, Jefferson, José, Patty, quienes me apoyaron con su tiempo y comprensión cuando lo necesité a lo largo de todos estos años.

Alba Romero



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES

CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

Modalidad Semipresencial

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Eco. CHRISTIAN OCTAVIO IDROVO WILSON, MBA

DIRECTOR DE CARRERA (E)

f. _____

Lcda. MAGALY NOEMI GARCES SILVA, MSc.

COORDINADOR DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

Eco. JORGE LUIS DELGADO, Mgs.

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES

CARRERA ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

Modalidad Semipresencial

CALIFICACIÓN

f. _____

Lcda. BEATRIZ LOOR AVILA, Ph.D.

TUTOR

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
ESPACIO PARA REPORTE URKUND.....	V
AGRADECIMIENTO	VI
AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	VIII
DEDICATORIA	IX
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	X
CALIFICACIÓN.....	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVIII
RESUMEN.....	XXIII
ABSTRACT.....	XXIII
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
LINEA DE INVESTIGACIÓN.....	4
CAPITULO I.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
Antecedentes del caso	5
Planteamiento del problema.....	8
Delimitación del problema	15
Formulación del problema.....	15
CAPITULO II.....	16

MARCO TEÓRICO	16
2.1 Estudios previos	16
2.2. Teorías relacionadas al estudio de caso.....	21
2.2.1 Atención Primaria de Salud.....	21
2.2.2 Estrategia de Atención Primaria de Salud.....	25
2.2.3 Sistemas Nacional de Salud	26
2.2.4 Salud Integral	28
2.2.5 Establecimientos de Salud en el Ecuador	29
2.2.6 Sectores del sistema de salud en el Ecuador	40
2.2.7 Distribución de la población ecuatoriana.....	42
2.2.8 Cantón Santa Elena	45
2.2.9 Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Atahualpa	55
2.3. Marco conceptual	64
2.3.1. Salud.....	64
2.4. Marco legal	70
CAPÍTULO III.....	76
METODOLOGÍA.....	76
3.1. Diseño de la investigación.....	76
3.2. Unidades de investigación.....	76
3.3. Técnicas de investigación	77
3.4. Técnicas de análisis de datos	82
3.5. Estrategias de triangulación	83
CAPÍTULO IV.....	85
TRABAJO DE CAMPO	85

4.1. Selección de la institución.....	85
4.2. Perfil de los entrevistados.....	85
4.3. Realización y procesamiento de los instrumentos	86
4.4. Análisis e interpretación de resultados	97
4.5. Redacción del estudio de caso	99
4.5.1. Descripción de la situación actual	99
4.5.2. Descripción de la situación propuesta.....	102
4.6. Limitaciones del estudio.....	104
4.7. Pronóstico.....	105
4.8. Proyección financiera.....	107
CONCLUSIONES	113
REFERENCIAS	115
GLOSARIO	117
ANEXOS.....	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida niños....</i>	22
Tabla 2 <i>Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida- adolescentes.....</i>	23
Tabla 3 <i>Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida Tercera edad.....</i>	24
Tabla 4 <i>Dificultades que presentan los niveles de salud</i>	27
Tabla 5 <i>Profesionales que laboran en el área de salud.....</i>	38
Tabla 6 <i>Profesionales distribuidos por sectores público o privado.....</i>	39
Tabla 7 <i>Médicos generales y especialistas por provincia.</i>	40
Tabla 8 <i>Dificultades que presentan los niveles de salud</i>	41
Tabla 9 <i>Resultados relevantes censo 2010.....</i>	43
Tabla 10 <i>Registro de Guayasenses afiliados censo 2010.....</i>	44
Tabla 11 <i>Parroquias que conforman el cantón Santa Elena.....</i>	46
Tabla 12 <i>Grupos de Edad del cantón Santa Elena.....</i>	47
Tabla 13 <i>Afiliados de la provincia de Santa Elena.....</i>	47
Tabla 14 <i>Afiliados de la provincia de Santa Elena.....</i>	48
Tabla 15 <i>Densidad poblacional del cantón Santa Elena.....</i>	48
Tabla 16 <i>Población del cantón Santa Elena de acuerdo a las zonas urbanas y rurales.....</i>	49
Tabla 17 <i>Indicador de nivel de educación del cantón Santa Elena.....</i>	50
Tabla 18 <i>Indicador personal docente, alumnos, infraestructura del cantón Santa Elena</i>	51
Tabla 19 <i>Indicadores de salud del cantón Santa Elena.....</i>	51
Tabla 20 <i>Indicadores de salud del cantón Santa Elena.....</i>	52

Tabla 21 <i>Indicador de Desnutrición del cantón Santa Elena</i>	54
Tabla 22 <i>Tipo vivienda de la parroquia Atahualpa</i>	56
Tabla 23 <i>Uso del suelo de la parroquia Atahualpa</i>	58
Tabla 24 <i>Potencialidades y problemas Atahualpa</i>	59
Tabla 25 <i>Población por edad de la parroquia Atahualpa</i>	60
Tabla 26 <i>Nivel de instrucción de los habitantes de la parroquia Atahualpa</i> .	61
Tabla 27 <i>Términos utilizados en evaluación de efectividad de la Salud Pública</i>	65
Tabla 28 <i>Medicinas prepagada</i>	69
Tabla 29 <i>Compañías de medicina prepagada en Ecuador</i>	70
Tabla 30 <i>Cantidad de personas que habitan por vivienda</i>	88
Tabla 31 <i>Rangos de edad</i>	89
Tabla 32 <i>Distribución por sexo</i>	90
Tabla 33 <i>Observación de viviendas y comportamiento</i>	94
Tabla 34 <i>Problemas comunitarios con datos observados</i>	95
Tabla 35 <i>Problemas comunitarios con conflicto</i>	95
Tabla 36 <i>Principales enfermedades atendidas en Virgen del Cisne</i>	102
Tabla 37 <i>Inversión Inicial Proyecto Atahualpa Clínica virgen del Cisne</i>	107
Tabla 38 <i>Estado de Situación Inicial - Proyecto Atahualpa Clínica virgen del Cisne</i>	108
Tabla 39 <i>Depreciación de equipos - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne</i>	108
Tabla 40 <i>Costos de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne</i>	109

Tabla 41 <i>Proyección de cantidad de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne</i>	110
Tabla 42 <i>Proyección dólares de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne</i>	110
Tabla 43 <i>Flujo de caja proyectado</i>	111

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Componentes e índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Tomado de Ecuador Económica (2018)	11
<i>Figura 2.</i> Parroquia Atahualpa, tomado de Fundación Santiago de Guayaquil, 2011	13
<i>Figura 3.</i> Componentes del modelo de servicios de salud.....	26
<i>Figura 4.</i> Nueva organización territorial. Nota. Ministerio de Salud Pública.	29
<i>Figura 5.</i> Centro de Salud tipo A (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”.	30
<i>Figura 6.</i> Centro de Salud tipo B (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”	31
<i>Figura 7.</i> Centro de Salud tipo C (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”	32
<i>Figura 8.</i> Emergencias por nivel de atención. Nota: Ministerio de Salud Pública	33
<i>Figura 9.</i> Establecimientos de salud sin internación hospitalaria.....	33
<i>Figura 10.</i> Organización territorial de los servicios de salud. Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”	34

<i>Figura 11.</i> Establecimientos hospitalarios a nivel nacional.....	35
<i>Figura 12.</i> Establecimientos hospitalarios por región.....	36
<i>Figura 13.</i> Establecimientos hospitalarios por tipo.....	36
<i>Figura 14.</i> Establecimientos conforman sistema de salud en Ecuador. Nota: Ministerio de Salud Pública.....	37
<i>Figura 15.</i> Población del Ecuador al Censo 2010. Nota: INEC.....	42
<i>Figura 16.</i> Provincias con mayor población Censo 2010. Nota: INEC.....	42
<i>Figura 17.</i> Rango edad de los guayasenses Nota: INEC.....	43
<i>Figura 18.</i> Servicios básicos que se generan en la provincia del Guayas. Nota: INEC	44
<i>Figura 19.</i> Mapa Cantón de Santa Elena. Nota: Tomado de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. p.3.....	45
<i>Figura 20.</i> Distribución de la población del cantón de Santa Elena.	46
<i>Figura 21.</i> Distribución de los profesionales de la salud ubicados en el cantón Santa Elena.	53
<i>Figura 22.</i> Esquema de problemas detectados en el Subcentro de salud del cantón Santa Elena.....	55
<i>Figura 23.</i> División de población de parroquia Atahualpa.....	60
<i>Figura 24.</i> Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.....	62

<i>Figura 25.</i> Problemática del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor. Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 53)	62
<i>Figura 26.</i> Principales enfermedades de la parroquia Atahualpa. Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 54).....	63
<i>Figura 27.</i> Concepto holístico de salud. Nota: Promoción y educación para la salud (p. 72).....	67
Figura 28. Unidades de investigación	77
<i>Figura 29.</i> Proceso de investigación	78
Figura 30. Exteriores de la clínica Virgen del Cisne.....	85
<i>Figura 31.</i> Sr. Celso Soriano, Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado	86
Figura 32. Socialización de encuesta en la parroquia.....	87
<i>Figura 33.</i> Cantidad de personas que habitan por vivienda.....	88
<i>Figura 34.</i> Rangos de edad.....	89
Figura 35. Distribución por sexo	90
Figura 36. Frecuencia que se enferman	90
<i>Figura 37.</i> Enfermedades recurrentes	91
<i>Figura 38.</i> Lugar que se acude cuando se enferman.....	91

<i>Figura 39.</i> Cobertura de salud	92
<i>Figura 40.</i> Interés de seguro privado familiar.....	92
<i>Figura 41.</i> Entrevista con comuneros	93
<i>Figura 42.</i> Tipo de vivienda.....	96
<i>Figura 43.</i> Entorno de viviendas	96
<i>Figura 44.</i> Exteriores de colegio Atahualpa	96
<i>Figura 45.</i> GAD Atahualpa.....	97
<i>Figura 46.</i> Porcentajes de Pacientes Atendidos 2016	100
<i>Figura 47.</i> Porcentajes de Pacientes Atendidos 2017	100
<i>Figura 48.</i> Porcentajes de Pacientes Atendidos 2018	101
<i>Figura 49.</i> Esquema de oferta, necesidades y demandas de Atahualpa ...	103
<i>Figura 50.</i> Cobertura propuesta Virgen del Cisne.....	104
<i>Figura 51.</i> Atención de prevención	104

RESUMEN

Con autorización de La Clínica Virgen del Cisne que se encuentra en la provincia de Santa Elena, y en nombre de ella se realizó la investigación del estudio de caso acerca de la salud de los habitantes de la parroquia Atahualpa, específicamente de los barrios Villamil y Escuela 15 de mayo, para conocer cuáles son las necesidades más urgentes de atención médica que requieren estos barrios y a la medida de que la Clínica pueda brindar los servicios médicos se propone un plan de salud integral para grupos familiares comprendido en Papanicolaou y control de embarazo para mujeres, exámenes de próstata para hombres y vacunas y tratamiento de enfermedades virales para niños, que son de ámbito preventivo. Los resultados del estudio demuestran que la necesidad de los habitantes nace de la inconciencia social por su estilo de vida, también de las carencias de su diario vivir y la automedicación a falta de médicos en el sector. Mediante este estudio de caso, realizado por estudiantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, se desea vincular al Gobierno Autónomo Descentralizado de Atahualpa, con la Clínica Virgen del Cisne con el propósito de ahondar esfuerzos para llevar un aliciente de salud hacia los habitantes de este sector que tiene menos oportunidad de acceder a servicios médicos privados.

Palabras claves: *prevención, automedicación, plan de salud, cobertura, consulta, médicos*

ABSTRACT

With authorization from the Virgen del Hospital Clinic located in the province of Santa Elena, and in the name of it the research of the study about the health of the inhabitants of the Atahualpa parish, the statistics of the Villamil and School neighborhoods, is carried out May 15, so that you do not have the most urgent needs for care in the neighborhoods and the extent that the Clinic can provide comprehensive medical services for groups of family members included in Papanicolaou and pregnancy control for women Prostate exams for men and vaccines and the treatment of viral diseases for children. The results of the study show the need of the inhabitants born social unconsciousness for their lifestyle, also the shortcomings of their daily life and the automation of a lack of doctors in the sector. Through this case study, carried out by students of the Santiago de Guayaquil Catholic University, it is possible to link with the Autonomous Decentralized Government of Atahualpa, with the Virgen del Ceno Clinic with the purpose of deepening to carry out a health incentive towards the inhabitants of this Sector that has less opportunity to access private medical services.

Keywords: *prevention, self-medication, health plan, coverage, consultation, doctors.*

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso tiene un enfoque labor social hacia la comuna Entre Ríos de la parroquia Atahualpa respecto a la atención de salud debido a que por muchos factores sean económicos, desconocimientos, distancia, disponibilidad de médicos, entre otros, se evidencia que existe falta de atención médica, los mismos que se han desarrollado en los capítulos siguientes.

En base a la necesidad de primar la salud de las personas, nació el interés de investigar a la parroquia Atahualpa para desarrollar el estudio de caso de implementar un plan de cobertura médica para las personas de este sector con auspicio directo de la Clínica Virgen del Cisne. A continuación se describen los capítulos.

Capítulo 1, se describe el planteamiento del problema sobre la situación económica, social y el desarrollo de la parroquia y en especial de la comuna Entre Ríos, describiendo las necesidades principales, y los aspectos que no se han dado atención respecto de la salud y las situaciones de su entorno que involucran el desarrollo de la comuna.

Capítulo 2, se desarrolla el marco teórico en donde se describen las teorías, citas, escritos, entrevistas, estudios, entre otros que sirvieron como base para el estudio y análisis del caso de estudio que se presenta.

Capítulo 3, se trata sobre la metodología aplicada en la investigación, incluye el diseño utilizado en la investigación, se describen los barrios de estudio, las técnicas aplicadas en especial la entrevista, encuesta y observación.

Capítulo 4, se desarrolla el estudio de campo realizado por las alumnas que contó con la colaboración de las personas de la comuna y del G.A.D., en este capítulo se establecen las conclusiones y también una breve descripción de los beneficios que se van a lograr con la aplicación del estudio de caso.

JUSTIFICACIÓN

La salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).

Dentro de la Constitución del 2008, se dio un paso significativo al definir al Ecuador como un estado constitucional de derechos y justicia (C.E.2008) Art. 1. Es así que el artículo 66, numeral 2 señala que: el estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una vida digna, que asegure la alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

Por lo anteriormente expuesto, se considera que el derecho a la salud y su forma operativa, desde la perspectiva de la respuesta social pública y/o privada, son el sustento principal para el impulso global de la cobertura universal en salud. El acceso a los servicios de salud, entendidos en forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como los elementos justifican los resultados del acceso en términos de salud de la población.

La Constitución de la OMS (2008) afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

Es necesario comprometerse con los sectores más vulnerables del entorno donde se ejerce las actividades y por ende con la búsqueda de ampliar la cobertura de los servicios sin restricciones y con responsabilidad

social. Por ello no se pierde de vista la principal premisa del estudio: Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones, tienen mejores niveles de desarrollo humano y social.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la necesidad de cobertura de Servicio de Salud a ciudadanos menos favorecidos en la parroquia Atahualpa de la Comuna Entre Ríos de la provincia de Santa Elena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un análisis sobre el entorno socio económico de la provincia de Santa Elena.
- Indagar aspectos inherentes al núcleo familiar, enfocados al nivel de pobreza, vivienda y salud.
- Analizar la problemática sobre la prevención de enfermedades.
- Informar a la ciudadanía en forma clara y precisa las bondades de los servicios médicos.
- Demostrar los beneficios que aporta el proyecto de cobertura al grupo familiar de ciudadanos menos favorecidos.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se enmarca en la siguiente línea de investigación:

Línea de Facultad #1: Tendencias de mercado de Consumo final.

Línea de Carrera #01: Estudio del comportamiento de ventas en el sector de bienes tangibles e intangibles en la zona 5 y 8 en los últimos 5 años.

Análisis: Se escogió esta línea de investigación debido a que se pretende determinar el impacto de un plan de salud en comunas de escasos recursos y factores de incidencia para la adquisición del mismo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes del caso

El iniciar el estudio con la definición que la salud es un derecho de todos los ecuatorianos, se plantea a nivel general que ninguno debe estar excluido de este derecho, en especial porque el estado lo garantiza como parte del desarrollo económico y social sin exclusión.

De acuerdo con la Constitución de la República manifiesta en el artículo 32, que el Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional. (Registro Oficial No.742, 2012)

Al partir de esta primicia, diferentes han sido los planes de salud en beneficio de los ecuatorianos, que través de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, realizan campañas de prevención, promoción de salud, atención integral, familiar y comunitaria. Los diferentes gobiernos han dado énfasis para fortalecer las políticas que permitan garantizar que los ecuatorianos reciban una atención de salud digna, equitativa y de calidad. A pesar de ello, existen diferentes aristas que imposibilitan avalar que se cumpla a cabalidad este cometido.

En este contexto, Ecuador está entre los países más ineficientes en sanidad reseña un estudio sobre sistemas de salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ubicándolo en el puesto 54 de un total de 71 enfocados. El país está entre las últimas 17 naciones de la

tabla del BID donde se hace hincapié que los recursos se asignaron sin maximizar las mejoras en salud, destacando que se gastaron más en cuidados curativos que en medidas preventivas. Otros elementos que se añaden son: subutilización de medicamentos genéricos, mala administración y corrupción. (Rodríguez, 2018)

De lo anterior, se destaca que a pesar del interés social en la atención médica, sería más eficiente si fuera preventiva y no reactiva debido a la desatención en diversos niveles de la red pública de salud, lo cual conlleva a que el gasto de salud se incremente. Ecuador, al no optar por sistemas preventivos universales, así como selectivos en la cobertura asistencial, elige un camino de inversión mayor en el gasto de atención a la enfermedad en una visión fatalista carente de análisis de sostenibilidad y efectividad. (Rodríguez, 2018)

El trabajo realizado por Ministerio de Salud Pública en las últimas décadas, se ha destacado por la división ineficiente e inequitativa de los recursos de la salud. La falta de seguimiento de las políticas y planes de salud realizado por el gobierno central, produce un impacto en la insatisfacción de los usuarios por la falta de accesibilidad a los servicios de salud básicos y profesionales; por otro lado, la poca participación privada en los sectores menos favorecidos, complica más la situación de los habitantes que se encuentran en los recintos alejados de las grandes ciudades.

Para enfocar la problemática de lo manifestado, se sitúa el estudio en la provincia de Santa Elena que cuenta con 375,646 habitantes de los cuales 54% es sector urbano y 46% es rural, la tasa de enfermedades se ha ido incrementando de 0,90 a 11,25 (Ecuador en Cifras, 2015). Para la atención de sus habitantes, cuenta con 62 establecimientos de salud, conformados por: 27 son centros de salud, 22 son puestos de salud, 3 consultorios, 5 hospital básico, 1 hospital general, 1 unidad general, 1 centro de atención ambulatorio, 1 materno infantil, 1 centro especializado. (Dirección Nacional de Planificación, Geo-Salud, 2016).

Como se aprecia en el texto anterior, existe mayor cantidad de centros de salud y puestos de salud; para lo cual es importante conocer el concepto expuesto por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE.

<p>Puesto Salud (PS):</p>	<p>Es un establecimiento de salud que presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; su población asignada adscrita es de menos de 2000 habitantes; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP), cuenta con botiquín e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la Unidad de máxima desconcentración, atendida por un/a auxiliar de enfermería o técnico/a superior en enfermería; está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional.</p>
<p>Centro de Salud:</p>	<p>Es una unidad operacional implementada para producir acciones de salud integral de tipo ambulatorio</p>

Tomado de Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE.

Por lo anterior la población rural de Santa Elena es de 172,797, los puestos de salud para atender a este sector de la población debe ser por lo menos de 86 y solo existen 27, creando una brecha de atención de salud de 59 puestos que hacen falta, es decir hace falta cubrir al 69% de la población rural, para agregar a esta situación, la provincia cuenta con 543 médicos para toda la población.

Como se indicó anteriormente, existen diferentes aristas que imposibilitan avalar que la atención de salud sea cubierta en su totalidad, y en este punto sólo se está destacando la falta de puntos de salud en especial para el sector rural, sin embargo existen más problemáticas que necesitan ser abarcadas como la infraestructura, intercambio de información, motivación de personal, burocracia, entre otros.

En virtud de esta necesidad, el sector privado hace su aporte con la implementación de establecimientos de salud, siendo 10 los que se encuentran en la provincia de Santa Elena, de los cuales 7 son clínicas (Ecuador en Cifras, 2015). Dicha cifra sigue estando por debajo para cubrir a toda la población de la provincia. En este sentido, una de las clínicas que se creó con la finalidad de entregar calidad de servicio y atención oportuna, es Virgen del Cisne. Está ubicada en la Libertad ciudadela General Enriquez Gallo, situada en la Avenida 23 entre calles 31 y 34.

La Clínica Virgen del Cisne tiene más de 24 años de existencia. Es una institución que sirve de forma integral a la comunidad peninsular en sus problemas de salud, ya que cuenta con un grupo de médicos profesionales altamente calificados quienes se apoyan en la más avanzada y completa tecnología de ayuda al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. (Centeno, 2018)

El interés de la clínica es brindar la mayor atención con profesionales de salud, idóneos para atender a la población en general, en especial aquellos con menos recursos, y de esta manera ser parte de la situación ante la problemática planteada.

Planteamiento del problema

La población de Santa Elena se dedica principalmente a actividades de ganadería, silvicultura, pesca, comercio por mayor y menor, también en industrias manufacturas, construcción entre otros, por lo que el 29% de la población trabaja por cuenta propia, el 28% en sector privado, 13% como jornalero. La pobreza en la provincia por Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI es de 2.6% con respecto al total nacional. El analfabetismo de las mujeres en SANTA ELENA es del 5.9% y en los hombres es del 4.4%. La esperanza de vida es de 75 años para hombres y 78 para mujeres. (INEC, 2010)

Por lo anterior se desprenden Programas Sociales cuyos beneficiarios directos son madres, adultos mayores, personas con discapacidad y niños y niñas, de los cuales los indicadores corresponden: 45,837 beneficiarios de Bonos de Desarrollo Humano BDH, 25 beneficiarios de Créditos de Desarrollo Humano CDH y 9,089 beneficiarios del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) (INEC, 2010, p.4)

Una realidad social de la provincia de Santa Elena es que la mayor parte de su población activa no se encuentra asegurada, de acuerdo con el INEC (2010) el 68% no aporta al Seguro Social, lo cual los vuelve vulnerables para ser atendidos de forma inmediata en algún tipo de emergencia.

En lo que respecta a las condiciones ambientales que viven de acuerdo con el INEC (2010) solo el 30,6% de la población está cubierta con la red pública de alcantarillado, el agua llega por red pública al 76% de la población y se recoge la basura en un 94%.

Una problemática adicional, es la falta de establecimientos para atender al sector rural en virtud del número de habitantes que se encuentran, con un total de 543 profesionales de la salud lo cual resulta un nivel bajo para la cantidad de habitantes, de los cuales 461 son médicos seguido de 84 odontólogos.

A continuación se realiza el árbol de problemas, el cual grafica la problemática actual del sector menos favorecido de la Provincia de Santa Elena, y que posteriormente se amplía cada punto.

Árbol de Problemas

EFFECTOS

Alimentación inadecuada y lactancia materna carente.

Fácil contagio de enfermedades, contaminación, accidentes.

Baja asistencia para la atención sanitaria adecuada.

PROBLEMA

Condición de salubridad de los habitantes y su impacto en la calidad de vida

CAUSAS

Nivel de pobreza del sector rural de Libertad tiene bajos ingresos y educación limitada.

Falta de atención del medioambiente con Viviendas precarias, hacinamientos, saneamientos inadecuados.

Baja cantidad de puestos de salud para atender al sector rural.

Nivel de pobreza

La pobreza se refiere a las privaciones o carencias de las personas o de los hogares en la satisfacción de sus necesidades básicas, en particular de las necesidades materiales. Según el Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE en el Cantón Santa Elena el 82,9% de la población vive en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas.

Este nivel de pobreza en especial de las áreas rurales se evidencia en la carencia para alimentar a las familias y en la educación principalmente en la que el 23% de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años están excluidos del sistema escolar (Torres, 2017).

La necesidad básica insatisfecha de la provincia es del 56%, la insuficiencia de ingresos es del 19% elevada en comparación con otras provincias y el hacinamiento es la más elevada con el 37,7%,

No.	Provincia	Calidad de Vivienda	Hacinamiento	Disponibilidad de Agua potable	Sistema de eliminación de excretas	Asistencia escolar	Insuficiencia de ingresos	Índice de NBI
1	Pichincha	2.7%	10.3%	2.4%	0.9%	0.9%	10.6%	22.0%
2	Azuay	2.3%	11.2%	1.5%	5.2%	1.3%	9.7%	26.0%
3	Tungurahua	2.9%	15.2%	7.6%	3.2%	0.6%	5.4%	27.9%
4	El Oro	2.7%	23.3%	4.6%	4.3%	0.9%	11.5%	36.4%
5	Cañar	3.8%	18.7%	4.7%	12.9%	2.2%	11.5%	38.7%
6	Carchi	17.1%	23.2%	2.3%	9.8%	2.0%	10.7%	40.9%
7	Imbabura	9.9%	24.2%	4.7%	6.7%	2.7%	16.0%	42.0%
8	Cotopaxi	11.4%	25.4%	7.7%	9.5%	1.8%	6.7%	43.1%
9	Guayas	2.3%	28.6%	13.2%	3.5%	1.7%	11.2%	43.2%
10	Loja	5.6%	26.4%	6.2%	16.6%	3.0%	10.8%	44.1%
11	Manabí	3.0%	23.5%	18.5%	2.4%	0.9%	14.0%	44.2%
12	Chimborazo	15.0%	25.2%	9.7%	9.1%	1.0%	7.6%	44.3%
13	Los Ríos	1.3%	28.2%	12.0%	7.7%	2.2%	13.7%	46.6%
14	Amazonía	6.5%	27.7%	13.5%	17.4%	3.3%	12.7%	47.1%
15	Bolívar	10.8%	23.5%	16.9%	13.0%	0.4%	8.2%	50.3%
16	Esmeraldas	3.7%	27.7%	17.3%	7.5%	2.6%	21.6%	51.9%
17	Santo Domingo	1.9%	16.8%	34.9%	1.7%	1.1%	12.6%	53.0%
18	Santa Elena	8.3%	37.7%	6.0%	8.8%	0.9%	19.1%	56.0%
19	Zonas no delimitadas	0.0%	29.7%	68.2%	0.0%	7.0%	21.7%	82.3%
	Grand Total	4.1%	22.4%	10.4%	5.4%	1.6%	11.7%	39.2%

Figura 1. Componentes e índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Tomado de Ecuador Económica (2018)

Hacinamiento

El hacinamiento se mide como el excesivo número de personas por cada dormitorio en una casa. Así las personas que habitan en casas donde hay más de 3 personas por dormitorio se consideran que viven en hacinamiento. Es el principal problema de pobreza de Santa Elena, lo cual provoca que sea vulnerables para facilitar el contagio de enfermedades virales.

El estado de salud de la población se alinea a su calidad de vida. Las condiciones económicas, sociales, educativas y estilos de vida que no han mejorado sustancialmente, no han provocado un valorable crecimiento en la cultura sanitaria de la población que sigue considerando como salud solo a las atenciones a sus enfermedades y no se llega a la concepción de que debe apegarse hacia la prevención.

De esta forma de vida, se detectan los indicadores de morbilidad de Santa Elena siendo 80 casos de tuberculosis, 310 de Dengue, de las enfermedades transmisibles 98 han terminado en muerte, la neoplasia maligna con 140 fallecimientos (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Puntos de salud

En el Ecuador, las estructuras de gestión asistenciales se han deteriorado más y a pesar del desarrollo de metodologías y herramientas informáticas no se han adecuado a las necesidades de modernización del sector. La acción administrativa de aproximadamente el 80% contrasta con la acción directa asistencial que no supera el 20%. (Rodríguez, 2018).

Por lo anterior se comprende que a pesar de tener 543 profesionales de la salud, existe un gran número de ellos dedicados labores administrativas, dejando de lado su función principal que es la de atender a los pacientes, lo cual no se puede determinar cuál es el tiempo que dedican a cada actividad,

por lo tanto la oferta es inadecuada de prestaciones y pérdida de contacto con la realidad y las necesidades de los ciudadanos.

De acuerdo con el INEC (2015) en lo que respecta al sector público cuenta con 199 camas de dotación normal y el sector privado 256, se evidencia la escases de materiales y equipos para la atención oportuna.

Parroquia Atahualpa

En el enfoque del estudio de caso se basa en la parroquia Atahualpa que pertenece a la comuna Entre Ríos en la provincia de Santa Elena, con superficie de 77,80kms y 3,532 habitantes (INEC, 2010) el presidente de la comuna es el Sr. Jorge Silvestre, se dedican a la ebanistería y agricultura, tiene Sub centro de Salud.

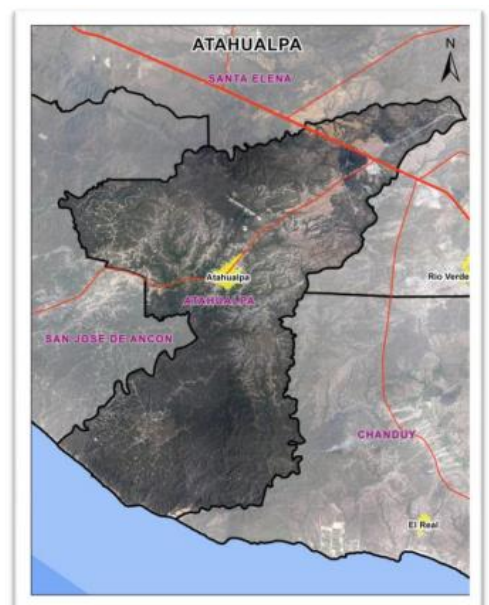


Figura 2. Parroquia Atahualpa, tomado de Fundación Santiago de Guayaquil, 2011

Los barrios escogidos para el estudio registran 312 habitantes, son:

- Barrio Villamil
- Barrio Sector Escuela 15 de mayo

El nivel de analfabetismo es de 1,20 por cada 100 habitantes mayores de 10 años (INEC, 2010), la mayor parte de la población solo ha llegado hasta los estudios primarios, por lo que se percibe la poca información sobre la importancia en prevención de salud.

La dificultad que tiene la comuna para ir a los centros médicos es la falta de transporte y los que tienen pasan cada media hora hasta las 6pm. No tienen transporte nocturno lo cual les dificulta en caso de tener emergencia. El 59% son calles lastradas o tierra, el 20% empedrada.

El servicio es de calidad deficiente, la población indica problemas como frecuencias inadecuadas, mal trato por parte de los conductores, tarifas no reguladas en el caso de camionetas y autos particulares, carencia de servicio nocturno o temprano en la mañana, lo que dificulta la movilización a los lugares de trabajo sobre todo cuando hay que trasladarse a otras ciudades como Guayaquil. La única cooperativa es Trunsa que hace la ruta Atahualpa-Ancón-Anconcito-La Libertad. (Soriano Clemente, 2016)

El Gobierno Autónomo Descentralizado – GAD de Atahualpa contribuye con la sociedad realizando Campaña de Prevención de enfermedades virales causadas por el mosquito, recolectando desechos sólidos, Dicha acción fue efectuada por una sola ocasión, lo cual no asegura que la población haya adoptado esta actividad como parte del buen vivir.

En lo que respecta a salud la parroquia Atahualpa dispone de un Sub centro de Salud que incluye farmacia comunitaria, 1 médico, 1 odontólogo, 1 obstetra, se encuentra ubicado a la cabecera cantonal y las dificultades que presenta son:

- No hay materiales ni medicina.
- No existe atención permanente.
- Para atención en otros lados se tiene que solicitar traslado.

Delimitación del problema

El problema de estudio se encuadra en los siguientes puntos:

- Parroquia: Atahualpa
- Comuna: Entre Ríos
- Factor de Estudio: salud
- Tiempo: información proporcionada desde 2012

Cabe destacar que este estudio quiere evidenciar sobre la situación socioeconómica del sector rural de un sector de Santa Elena, el cual fue escogido la parroquia Atahualpa, existe poca información disponible, por lo que ha sido necesario asistir directamente hacia los comuneros y con el presidente de la comuna quien abiertamente ha facilitado datos del sector desde el año 2012 que se encuentra en el cargo.

Formulación del problema

Se formula la siguiente interrogante:

¿La implementación de un servicio médico mejorará la condición de salubridad de los habitantes de la parroquia Atahualpa?

Preguntas directrices:

1. ¿Cómo influye la atención de salud en los habitantes de la parroquia Atahualpa?
2. ¿Cómo afecta la carencia de servicios básicos de salud en la calidad de vida de los habitantes de la parroquia Atahualpa?
3. ¿Cuál es el índice de mortalidad por carencia de atención médica en la parroquia Atahualpa?
4. ¿Cómo incide el nivel de educación en la prevención de enfermedades de los habitantes de la parroquia?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estudios previos

En la investigación sobre el Diagnóstico y Mejoramiento de la atención primaria salud del adulto mayor en los diferentes Subcentros de la zona 09 distrito 07 de la ciudad de Guayaquil, elaborado por la Doctora Susana Morán Josing (2015 – 2016), quien presta sus servicios en el Ministerio de Salud del Ecuador en la zona 9 Distrito 7 y señala que señala : que los factores sanitarios, socioculturales, nutrición y sedentarismo, han ocasionado que la población de los adulto mayor se incremente considerablemente en los últimos años, a nivel mundial.

De acuerdo con Moran (2016), se enfoca en la salud de la población adulta mayor, es decir, aquellas personas que poseen 65 años en adelante. Se indica que el 69% de los adultos mayores ecuatorianos han requerido atención médica, la mayoría utiliza hospitales, Subcentros de salud y consultas médicas (p. 2).

Se determina además que, la demanda de pacientes en Subcentros de salud de la zona 9 D07 de Bastión Popular Pascuales, es tan elevada que no garantiza una buena atención que permita realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de los adultos mayores y en consecuencia llevar un adecuado control (Morán, 2016, p.21).

Así también, se indica que el personal que labora en los centros de salud de atención primaria no es suficiente para atender toda la demanda que busca atención médica de forma diaria; se considera que a este dispensario llegan los pobladores de la zona y de recintos cercanos. Para citar ejemplos, se mencionan las afecciones como la hipertensión arterial, que no puede ser atendida en el Subcentro de salud, por la falta de profesionales especialistas,

por lo cual, los usuarios deben trasladarse hacia Guayaquil para recibir atención médica especializada.

Los Subcentros de salud son establecimiento o institución en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas. (Pérez y Merino, 2011, p.4)

Los Subcentros de salud no están completamente equipados, por lo cual no es posible que los habitantes de la zona puedan tener un control continuo para el mejoramiento de las enfermedades que se les presenta. La falta de personal no permite realizar charlas o capacitaciones para educar a la población para la prevención de enfermedades.

En otro estudio realizado por las autoras Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay y Carla Guisella González Tomalá (2011), ambas trabajan en el área de enfermería en el Subcentro San Judas Tadeo del Cantón Salinas, cuyo título es Evaluación de las acciones de promoción de la salud que se realiza a los usuarios que reciben atención en el Subcentro “San Judas Tadeo-MS”. Cantón Salinas. 2011-2012.

En la investigación realizada por Lourdes Andrea Ramírez Gonzabay y Carla Guisella González Tomalá (2011), se señala que no se han realizado estudios sobre la importancia de la atención de salud en la zona; así también de las acciones realizadas son insuficientes para la promoción y difusión de los sistemas de salud en la zona, para fomentar entre la población un estilo de vida saludable que permita prevenir las enfermedades y de tal manera se aumente la calidad de vida entre los habitantes.

El Subcentro San Judas Tadeo, que se encuentra ubicado en el Cantón Salinas, se enfoca en la atención de salud y prevención de diferentes enfermedades, reciben habitantes de todas las edades: niños infantes, de edad pre-escolar, escolares, adolescentes, mujeres en edad fértil, adulto joven y mayor. De acuerdo al trabajo de investigación realizado, determinó que las mayores enfermedades que se presentan en el sector de Santa Elena, se encuentran la desnutrición, infecciones de las vías respiratorias y síndrome diarréico.

Por otro lado, se determina que la mayor parte de la población del cantón no posee información de los programas de salud, así también de las diversas enfermedades que se pueden prevenir; en tal virtud, el interés de los habitantes de conocer programas de salud es alto, con el objetivo de mejorar la calidad de vida con un mejor estilo de vida saludable.

De acuerdo con Ramírez y González, (2011), se determina que la frecuencia de control de salud de los habitantes en su gran mayoría es mensual, posterior se encuentran las personas que acuden al servicio médico cada seis meses. Entre los exámenes preventivos que son más requeridos son los de vacunación, mamarios, detección de cáncer uterino y de próstata; lo cual puede dar una pauta de los servicios necesarios en la parroquia y que deben ser atendidos en el Subcentro.

Así también, el Dr. Eloy José Mite Vernaza (2013), autor de la investigación “Evaluación gerencial de los resultados de aplicación del nuevo modelo de atención integral de salud (M.A.I.S.). SCS 1 Bastión Popular área de salud No. 12 periodo 2008-2010”, señala que la falta de atención a las necesidades de salud de las personas que habitan en el sector de Bastión Popular de la ciudad de Guayaquil, acompañado por los problemas socio-económicos, riesgos biológicos y sanitarios en que se caracteriza la zona, se vuelve indispensable incorporar recursos económicos y humanos para mejorar la atención de salud.

Los principales atenciones que se pudo detectar en Bastión Popular y tomar acciones de salud al respecto, se relaciona con el alto número de adolescentes embarazos, cuyas edades oscilan entre 10 a 14 años; otra afectación es hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Por otro lado, también fue posible determinar las necesidades de capacitación continua y constante que se los habitantes de Bastión Popular para todos los actores sociales tanto gubernamentales, ONG, para temas de prevención de salud, estilo de vida, nutrición y demás conceptos que permiten llevar una mejor calidad de vida de los ciudadanos.

Los temas de capacitación necesarios para los y de gran impacto social son los relacionados a enfermedades no transmisibles, como diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, desnutrición infantil, control de embarazo, maltrato y violencia intrafamiliar, calidad de vida de las personas en etapa de adulto mayor, vigilancia epidemiológica, entre otros. (Mite, 2013, p.57)

Concluye en realizar una propuesta para la mejora de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud, cuyo plan se centra en la ampliación y mejoramiento de la infraestructura, capacitación continua de los actores que integran el tema salud en Bastión Popular, acompañado de un monitoreo continuo de las enfermedades que se registran en la zona, tanto trasmisibles como no trasmisibles, así también de los riesgos biológicos. (Mite, 2013, p.98)

La factibilidad Técnica del Proyecto en base a los términos de Infraestructura, Recursos Humanos y Organizacional en el área de influencia al SCS n-1 Bastión Popular, se determina con asesoría del Ministerio de Salud Pública a nivel Central y por su intermedio a la Dirección Provincial de Salud del Guayas, que dispone del Recurso Humano necesario en cada una de las áreas de Salud de la Provincia. (Mite, 2013, p. 82).

Por otra parte, también se hace referencia a la investigación realizada por Mayra Alejandra Moreno Paute (2013), con el título Diagnóstico

Comunitario de Salud del Barrio San Juan, septiembre – diciembre de 2013, quien trabaja de enfermera en el Hospital UTPL en la ciudad de Loja, señala que el Barrio San Juan está conformado por 129 habitantes, donde se destacan las enfermedades crónicas y discapacidades, ubicado en un área rural de la provincia de Loja; los habitantes se dedican principalmente a la agricultura, siendo la principal fuente de ingreso. El gran porcentaje de la población económicamente activa se desarrolla en el sector informal. (Moreno, 2013, p. 95)

El gran porcentaje de las viviendas que se localizan en el Barrio San Juan, se encuentran en condiciones precarias, como se evidenció con techos destruidos, paredes caídas, sin ventanas, cerca de criaderos de animales (Moreno, 2013, p. 55).

Con los datos analizados en el trabajo de investigación, se determina que en menor porcentaje de los habitantes posee mala nutrición, acompañado de la falta de un sistema de agua potable, mala eliminación de la basura y aguas servidas, siendo éstos factores lo que ocasiona que los habitantes tengan un alto nivel de riesgo sanitario. El gran porcentaje de los adolescentes no poseen las vacunaciones completas.

Respecto a las atenciones médicas donde acuden los habitantes, se encuentra el Instituto de Seguro Social y Subcentro de Salud No. 3. Entre las enfermedades que se destacan entre la población están las crónicas degenerativas, diabetes, asma, alcoholismo, gastritis e hipertiroidismo, las mismas que son atendidas de manera primaria debido a la falta de profesionales especialistas, así también a los recursos de logística de medicinas, equipamiento necesario para atender dichas enfermedades. (Moreno, 2013, p. 63)

2.2. Teorías relacionadas al estudio de caso

2.2.1 Atención Primaria de Salud

Corresponde a una de las principales alternativas para superar las necesidades de la salud por parte de los usuarios, aunque no es la más recomendable, consigue la satisfacción de atención de salud. La atención primaria se basa en fortalecer los programas de salud a través de estrategias, promulgando el desarrollo de los sistemas de salud a largo plazo.

De acuerdo con lo indicado por Armando Martín-Zurro (2014) señala que corresponde a la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad (p.2).

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (1978), determinó que la atención primaria de salud es un elemento fundamental que incumbe a todos los ciudadanos; en el cual se manifiesta el compromiso de mejoras a nivel mundial, especialmente porque abarca la atención de los ciudadanos de las poblaciones menos favorecidas.

La atención primaria en salud por la Organización Panamericana de la Salud (2011), señala que corresponde a un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Las Prestaciones Preventivas que se otorga a los usuarios depende del ciclo de vida en el cual se encuentre, es así, que los pacientes que son de los primeros días de edad corresponde a vacunación y seguimiento de alimentación; siendo el rango de edad de 20 a 64 años de edad donde se concentran la mayoría de las personas, donde se detallan todas las prevenciones a las cuales las personas deben acceder, como por ejemplo riesgos cardiovasculares, obesidad, intento de suicidio y violencia, infecciones

de transmisión sexual entre otros. (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Tabla 1

Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida niños

CICLO DE VIDA	PRESTACIONES PREVENTIVAS
Nacidos de 0 a 28 días	Inmunización según edad: vacunación BCG y Hepatitis B salud mental.
	Detección de agudeza visual
	Desnutrición
Niños/as 29 días a 4 años	Evaluar desarrollo físico, neuromuscular y psicomotriz.
	Salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial.
	Esquema de vacunación.
	De la deficiencia y/o discapacidad.
	Bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas.
	Prevención de caries.
	Salud mental. Detección de problemas en el desarrollo lenguaje, motricidad, social.
	Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.
	Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.
	Desnutrición
Niños/as 5 a 9 años	Evaluar desarrollo físico, neuromuscular y psicomotriz.
	Salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial.
	Esquema de vacunación.
	De la deficiencia y/o discapacidad.
	Bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas.
	Prevención de caries.
	Salud mental. Detección de problemas en el desarrollo lenguaje, motricidad, social.
	Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.
	Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.
	Desnutrición
	Prevenir riesgos de accidentes en el hogar y escuela.
Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas.	

Nota: Manual de modelo de atención integral, 2013

Tabla 2

Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida- adolescentes

CICLO DE VIDA	PRESTACIONES PREVENTIVAS
Adolescentes 10 a19 años	Evaluar desarrollo físico, neuromuscular y psicomotriz.
	Vacunación hepatitis B y varicela.
	Crecimiento y desarrollo, atención en salud sexual y reproductiva, salud mental y bucal.
	Atención preventiva de adolescentes en riesgo.
	Malnutrición: obesidad.
	Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia).
	Intento de suicidio y violencia.
	Infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente.
	Inactividad física.
	Discapacidad.
	Prevención de caries.
	Salud mental. Detección de problemas en el desarrollo lenguaje, motricidad, social.
	Detección de la agudeza visual y ceguera en niños.
	Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.
Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas.	
Adolescentes 20 a 64 años	Riesgos cardiovascular, metabólicos, detección oportuna de cáncer cérvicouterino, mama.
	Malnutrición: obesidad.
	Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de conducta alimentaria (anorexia y bulimia).
	Intento de suicidio y violencia.
	Infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente.
	Salud bucal, prevención de caries.
	Planificación familiar.
	Diagnóstico de deficiencias y discapacidades.
	Vacunación DT embarazadas.
	Atención preventiva del adulto en riesgo.
	Malnutrición: obesidad.
	Salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.
	Intento de suicidio y violencia.
	Inactividad física.
	Discapacidad.
	Detección de la agudeza visual y ceguera.
	Evaluar el bienestar del adulto e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos.
	Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA.
Desnutrición, suplemento de micronutrientes.	
Prevenir riesgos de accidentes en el hogar.	
Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas.	

Nota: Manual de modelo de atención integral, 2013

Tabla 3

Prestaciones preventivas de salud de acuerdo al ciclo de vida Tercera edad

CICLO DE VIDA	PRESTACIONES PREVENTIVAS
> 65 años	Valoración geriátrica integral.
	Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.
	Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad.
	Dependencia funcional.
	Salud bucal.
	Violencia, consumo de alcohol y tabaquismo.
	Vacunación: neumococo e influenza estacional.
	Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad.

Nota: Manual de modelo de atención integral, Ministerio de Salud Pública 2013

En el caso del Ecuador, la atención primaria enfrenta grandes retos que permitan ejecutar las políticas del estado que admitan alcanzar los objetivos de eficiencia, calidad, equidad y solidaridad en los servicios de salud. La atención comunitaria y familiar establece la apropiada aplicación con la participación responsable y activa de la comunidad y familia, al convertirse en receptores pasivos de las atenciones médicas, pero en agentes activos de su bienestar y salud. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Para poder disminuir los problemas de ineficiencia e inequidad del sistema de salud que existe en el país, es necesario que se refuerce la red de servicios de salud, enfocándose en la atención primaria, así también, es indispensable que se eduque a la población en temas de salud, puesto que algunas enfermedades se pueden prevenir con programas de educación nutricional, físico; las medidas indicadas deben estar acompañadas con el compromiso del gobierno para la formación de profesionales de la salud, en todo nivel (directivos, operativos, especialistas, etc), que estén dispuestos a mejorar la situación médica del Ecuador y que garanticen calidad de atención a la ciudadanía en general.

2.2.2 Estrategia de Atención Primaria de Salud

La palabra primaria en ciertos conceptos significa que es lo principal, sin embargo, en términos médicos determina que es lo prioritario. En países en vía de desarrollo, donde el factor económico, en muchas veces, es un impedimento para llevar a cabo proyectos, entre ellos los de salud, por lo cual es indispensable dar prioridades a las estrategias que deben ser atendidas y que permiten mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes. (Organización Mundial de Salud, 2008, p.68)

El poder sectorizar el territorio ecuatoriano permite priorizar las necesidades que posee cada zona, sin dejar a un lado las funciones que realiza cada sector, para lo cual es necesario que se incluya tanto a las instituciones como a las personas que habitan en ella, lo cual da como resultado que todos los actores de la zona participe activamente, de manera flexible ante las necesidades y prioridades que posee.

La atención primaria de salud en cada país se ejecuta dependiendo las decisiones que tome cada gobierno, en el contexto político, social, desarrollo y crecimiento, sin dejar a un lado, que cada individuo tiene derecho de participar colectiva e individualmente en la organización y planificación de la asistencia sanitaria. El correcto desarrollo de la atención primaria de salud permite a las personas alcanzar un nivel aceptable de calidad de vida.

La relación que existe entre los factores de desarrollo social, económico y salud es obligatoria, debido que todos forman parte de la calidad y condiciones de vida de los ciudadanos, por lo tanto, las atenciones primarias de salud se la considera como parte importante del desarrollo socioeconómico, es por ello que las actividades que lleven a cabo deben estar coordinadas en los planos económicos, educación y social. La participación organizada de la comunidad, gobierno, familias, demás organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como las instituciones que forman parte de la sociedad, es necesaria para poder realizar una equilibrada

y correcta distribución de los recursos, mediante políticas que permita el beneficio de todos.

Por lo indicado, se puede determinar que de acuerdo a las características sociales, culturales, geográficas, económicas y políticas, la atención primaria de salud, es parte de un sistema de asistencia sanitaria determinado por el gobierno central que permite resolver los problemas de salud que se presentan en cada sector o zona.



Figura 3. Componentes del modelo de servicios de salud.

2.2.3 Sistemas Nacional de Salud

Actualmente los servicios de salud que se ofertan en el Ecuador han sido clasificados por niveles de atención, lo cual ha dificultado que se realice un correcto control y regularización por parte del ente encargado de la autoridad sanitaria. Los niveles de atención están conformados por problemas de salud en general, especialidades e investigativo.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2011), establece que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y

equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional (p. 10).

Sin embargo, cada uno de los niveles presenta dificultades las cuales se detallan en el siguiente cuadro:

Tabla 4

Dificultades que presentan los niveles de salud

NIVEL	PROBLEMAS PRESENTADOS
Salud en general	Bajo presupuesto
	Establecimientos sin funcionar
	Escasez de medicamentos
	Falta de equipos
Especialidades	Poca confianza en los galenos
	Limitante económico
	Falta de profesionales
Investigativos	Limitante económico
	Procesos mal elaborados
	Falta de procesos de control y supervisión

Nota: Organización Panamericana de la Salud, 2011

De la información recopilada en diferentes medios, se puede indicar que el gobierno central con el fin de mejorar la calidad del sistema de salud ha realizado nuevas políticas públicas, así también, ha efectuado inversiones en este sector, lo cual ha generado que muchas más personas accedan al servicio de salud pública, mucho más de lo realizado en los gobiernos anteriores.

El Ministerio de Salud Pública (2018), en su página web señala algunos de los puntos que han sido desarrollados a través de las inversiones realizadas por el gobierno central, entre ellos se detallan:

- La construcción, remodelación y ampliación emergente de la infraestructura física de los hospitales y centros de salud a nivel nacional.
- Ampliación de la jornada laboral de los profesionales públicos de la salud, de 8 horas diarias, así también, el incremento en las

remuneraciones; a través de un plan estratégico para dotar al país de profesionales especializados.

- Tasa de desnutrición crónica se redujo de 3,2% del año 2006 al año 2010, con lo cual se ha reducido la incidencia de varias enfermedades producidas por vectores como el dengue.
- Se han implementado programas de prevención, como: programas de tamizaje neonatal que diagnostica precozmente la aparición de enfermedades genéricas; programas de nutrición infantil, de espacios libres de humo de tabaco y de fomento a la lactancia materna y planificación familiar; toda la ciudadanía tiene acceso gratuito a asesoría en salud sexual y reproductiva en todas las unidades operativas a nivel nacional, gracias a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA).
- Implementación de trabajos con el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células el 94% de los ecuatorianos mantienen su condición de donante.

2.2.4 Salud Integral

El gobierno central garantiza a los ciudadanos algunos derechos, como lo son la atención gratuita y especializada de la salud, el acceso a las medicinas de manera gratuita, dando prioridad a los grupos vulnerables de las personas como adultos mayores, menores de edad, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012)

En salud integral se interrelaciona los derechos colectivos e individuales que poseen las personas, basados en la teoría de los derechos humanos; la salud de manera integral para el buen vivir del ser humano. Es así que en la Constitución se establece los derechos que poseen los ciudadanos de manera individual y colectiva en la sociedad, en otras palabras, los derechos humanos de la naturaleza e integralmente. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012)

La responsabilidad y compromiso del estado y la sociedad en general, radica en determinar políticas públicas, así como también, programas de atención a las personas en todo el territorio, sin exclusión por el área donde habita, sea rural o urbana, por la cultura, etnia, género y demás diferencias propias del ser humano.

2.2.5 Establecimientos de Salud en el Ecuador

Actualmente en el Ecuador existen aproximadamente 140 distritos administrativos de salud, distribuidos en 9 zonas de planificación. Los distritos se relacionan con la delimitación de áreas de salud; éstos sectores son considerados como referencias para varios sectores, como social, seguridad, entre otros (Senplades, 2015, p.13).

La organización territorial, puesta en marcha desde el año 2010, permite la correcta distribución de los recursos económicos y profesionales, cuyo factor principal se basa en la población que habita en cada sector; estructurada con parámetros como regiones, provincia, circuitos y distritos. El cantón Santa Elena se encuentra ubicado en la Zona 5.

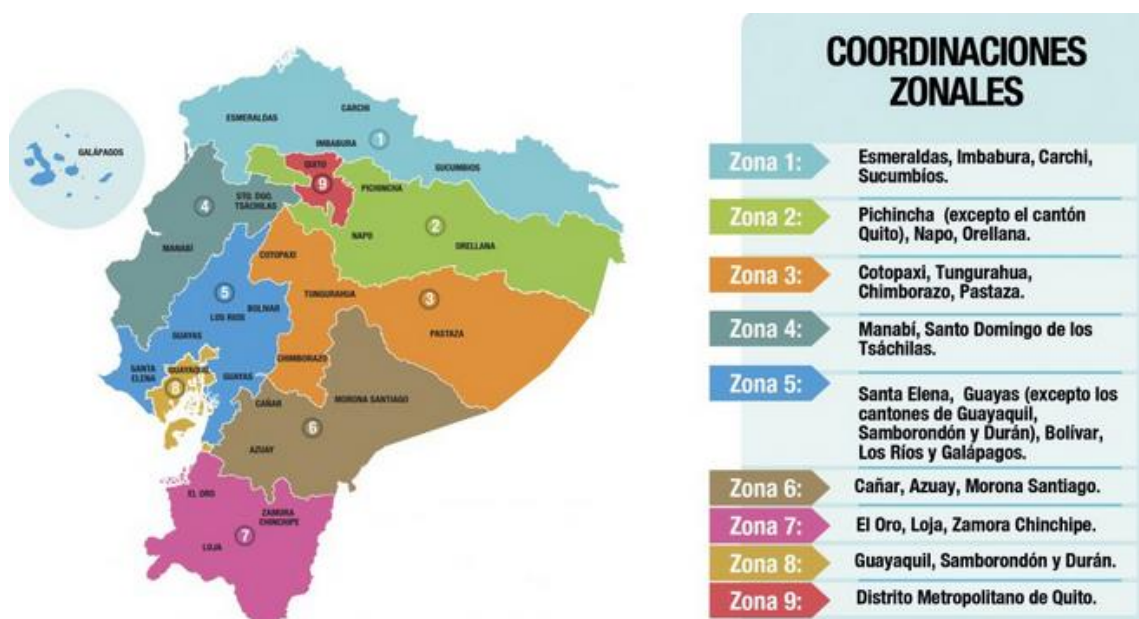


Figura 4. Nueva organización territorial. Nota. Ministerio de Salud Pública

Para dar cobertura a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha realizado La clasificación de los centros de salud de acorde a la cantidad de población que se ubica en el sector, de lo cual también depende de los profesionales que laboren en las mismas; es así que los establecimientos de salud se dividen en 3 tipos:

Centro de Salud tipo A, se denomina a los establecimientos cuya población de la zona, es desde 2001 a 10.000 habitantes; provee servicios de atención de medicina general, prevención de enfermedades y salud oral. La cantidad de profesionales que laboren en la misma, depende de la zona donde se encuentre ubicado: para el área urbana, se determina un médico, una enfermera y un técnico de atención primaria de salud por cada 4000 habitantes, sin embargo, para el área rural, uno por cada 2500 habitantes, en las mismas categorías. Ubicado tanto en los sectores urbanos y rurales.

Población de Responsabilidad		2.001 A 10.000
Cartera de Servicios		✓ Atención integral de medicina familiar. ✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad. ✓ Salud oral.
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud: ❖ Médica/o ❖ Enfermera/o ❖ Técnico de Atención Primaria de Salud	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 1500 a 2500 H
	➤ Odontóloga/o	1 por cada 5000 habitantes (Itinerante)
	➤ Otros Profesionales de Salud	1
	➤ Asistentes Administrativos: (Admisión, manejo de archivo, farmacia).	1-4

Figura 5. Centro de Salud tipo A (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”.

Centro de Salud tipo B, se denomina a los establecimientos cuya población de la zona, es desde 10.001 a 25.000 habitantes; provee servicios

de atención de medicina general, prevención de enfermedades, salud oral, salud mental, pediatría e imágenes de rayos x y ecografía.

La cantidad de profesionales que laboren en la misma, depende de la zona donde se encuentre ubicado: para el área urbana, se determina un médico y una enfermera por cada 4000 habitantes, sin embargo, para el área rural, uno por cada 2500 habitantes, en las mismas categorías. Ubicado tanto en los sectores urbanos y rurales.

Población de Responsabilidad		10.001 A 25.000
Cartera de Servicios		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención integral de medicina familiar. ✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad. ✓ Salud oral. ✓ Salud mental ✓ Pediatría de interconsulta (itinerante) ✓ Imágenes: Rayos X y ecografía.
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud:	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 1500 a 2500 H
	❖ Médica/o	
	❖ Enfermera/o	
	❖ Técnico de Atención Primaria en Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas. ➤ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.
	➤ Odontóloga/o	➤ 1 por cada 5000 habitantes (itinerante).
	➤ Psicóloga/o	➤ 1-2 (apoyo al equipo)
	➤ Otros Profesionales de Salud	12
	➤ Asistentes Administrativos: (Admisión, manejo de archivo, farmacia).	4

Figura 6. Centro de Salud tipo B (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”.

Centro de Salud tipo C, se denomina a los establecimientos cuya población de la zona, es desde 25.001 a 50.000 habitantes; provee servicios de atención de medicina general, prevención de enfermedades, salud oral, salud mental, pediatría e imágenes de rayos x y ecografía, rehabilitación y servicio de urgencias.

La cantidad de profesionales que laboren en la misma, depende de la zona donde se encuentre ubicado: se determina un médico y una enfermera

por cada 1500 habitantes de áreas dispersas y uno por cada 4000 habitantes en áreas concentradas, en los mismos profesionales. Ubicado únicamente en los sectores urbanos del cantón.

Población de Responsabilidad		25.001 A 50.000
Cartera de Servicios		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención integral de medicina familiar. ✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad. ✓ Salud oral. ✓ Salud mental ✓ Pediatría de interconsulta (itinerante) ✓ Imágenes: Rayos X y ecografía. ✓ Rehabilitación. ✓ Atención de Urgencias y parto.
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud:	
	❖ Médica/o	➤ 1 por cada 1.500 habitantes áreas dispersas.
	❖ Enfermera/o	➤ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.
	❖ Técnico de Atención Primaria en Salud	➤ 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas. ➤ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.
	➤ Odontóloga/o	➤ 1 por cada 5000 hab. (Itinerante).a. dispersas ➤ 1 por cada 10000 hab. Área concentrada
	➤ Psicóloga/o	➤ 1 -2 (apoyo al equipo)
	Otros Profesionales de Salud	18-26
	Asistentes Administrativos: (Admisión, manejo de archivo, farmacia).	4

Figura 7. Centro de Salud tipo C (2013). Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”.

De la información pública del Ministerio de Salud que consta en la web, en el año 2017 se atendieron en total 6.605.284 emergencias a nivel nacional, donde los servicios de segundo nivel fueron los más requeridos con 3.931.405, seguidos por los correspondientes al primer nivel con 2.288.496 y los del tercer nivel con 445.769.

Así también, es importante indicar que la Zona 5 es quien representó la mayor cantidad de casos de emergencia con el 20,64%, seguido por la Zona 8 con el 16,65% y en tercer lugar se ubicó la Zona 4 con el 15,36%.

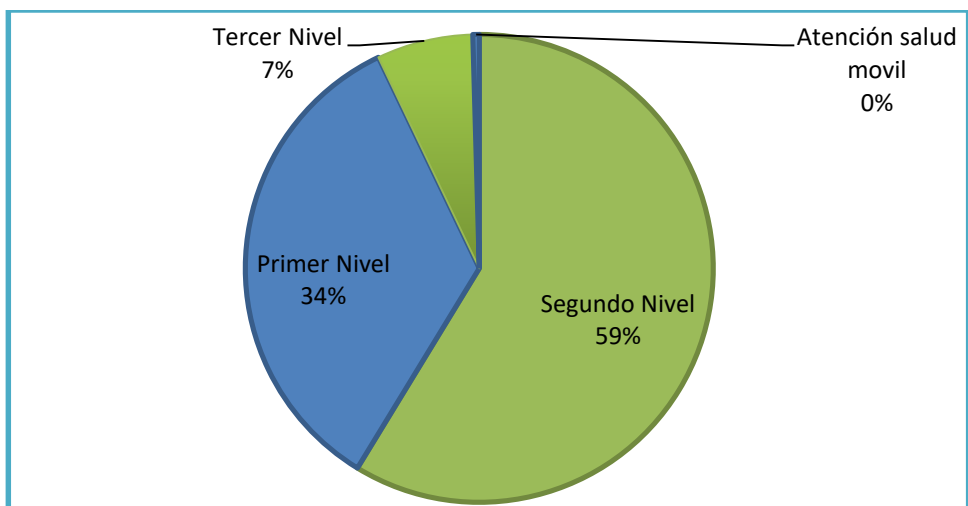


Figura 8. Emergencias por nivel de atención. Nota: Ministerio de Salud Pública

Los establecimientos de salud estatales que poseen internación, hasta el 2007, corresponden a hospitales generales, hospitales cantonales y hospitales de especialidad. Los establecimientos sin internación que se encuentran en las áreas urbanas son dispensarios médicos, por otro lado, los que se ubican en las áreas rurales corresponden a los Subcentros de salud y dispensarios médicos.

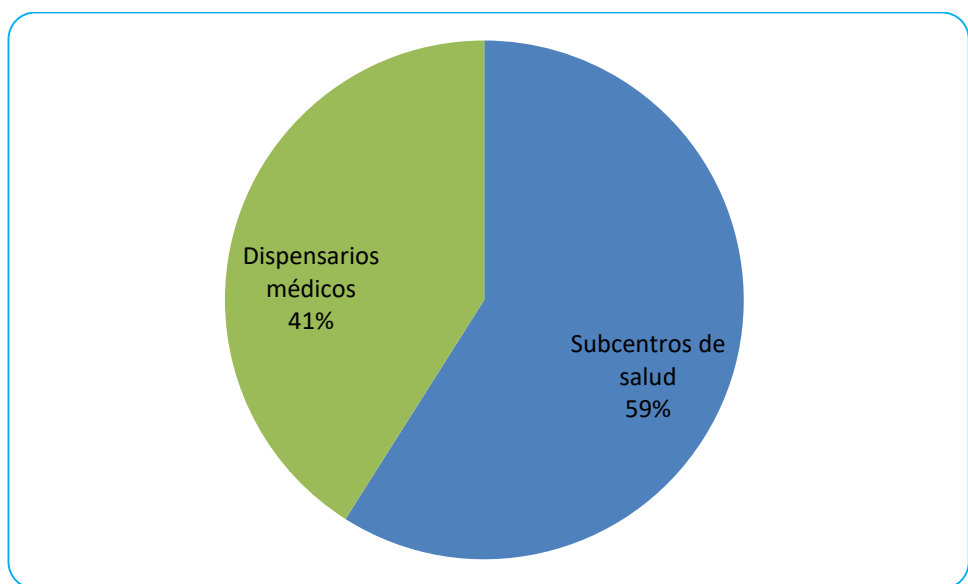


Figura 9. Establecimientos de salud sin internación hospitalaria.

Los establecimientos sin internación que se ubican en las áreas urbanas y rurales el mayor porcentaje corresponden a sub centros de salud,

seguido por centros de salud (que se ubican especialmente en el área urbana), y los dispensarios médicos.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Ministerio de Salud, los centros de salud resuelven el 80% de los problemas de salud, debido que éstos son los frecuentes, es decir, que no necesitan un especialista. Es así que los diversos centros de salud están conformados por un médico de medicina general, enfermero (a) y técnico de atención primaria de salud. Es importante indicar que los profesionales especialistas se encuentran ubicados en los centros de segundo nivel, es decir, hospitales o unidades de especialidades, quienes atienden el 20% de los pacientes que son quienes presentan patologías.



Figura 10. Organización territorial de los servicios de salud. Nota: “La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural”.

De los datos obtenidos del Ministerio de Salud en relación a las consultas preventivas, se puede conocer que durante el periodo 2008 al 2011, se atendieron 1.093.487 consultas, durante el periodo 2012 al 2015 fueron 2.345.081, así también, para los años 2016 al 2017 tuvieron un incremento de

171%, es decir, 6.448.973. Con relación a la última observación, los profesionales que atienden las diversas especialidades se concentran en las principales ciudades del Ecuador, lo que genera problemas de distribución y a su vez, ocasiona que los ciudadanos del área rural deban trasladarse a las ciudades para acceder a los servicios profesionales de patologías.

A nivel nacional, se determina que existen 645 establecimientos hospitalarios, con servicio de internación, para atender todas las necesidades de la población, de los cuales el 66% corresponde al sector privado con fines de lucro, seguido por el 28% correspondiente al sector público y 6% al sector privado sin fines de lucro. (Senplades, 2015, p.39)

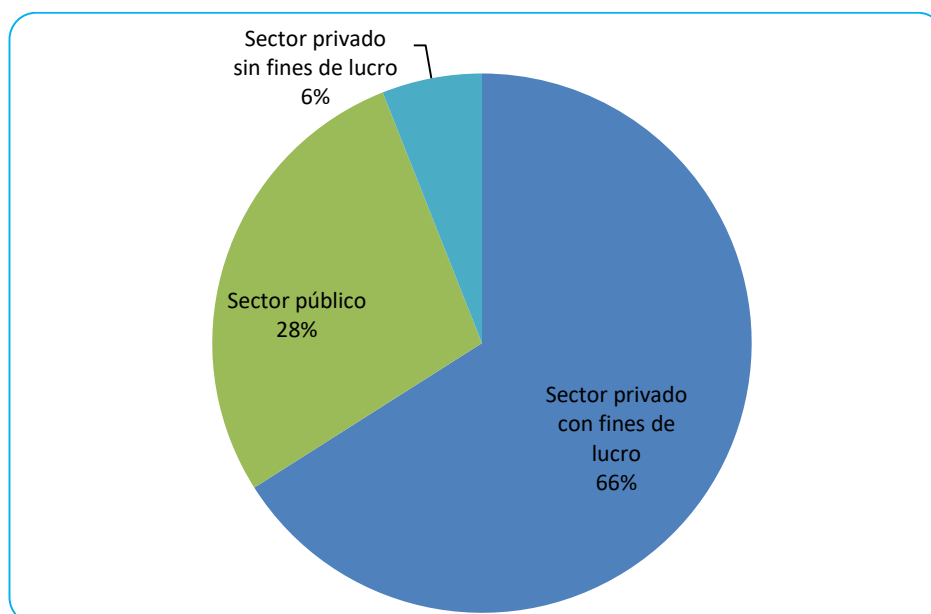


Figura 11. Establecimientos hospitalarios a nivel nacional.

La información que proporciona el INEC, señala que la mayor cantidad de establecimientos hospitalarios se encuentran ubicados en la región de sierra, seguido por la región costa, posterior por la amazónica y en último lugar por la región insular. Es importante destacar la gran variación que existe entre las regiones sierra y costa, donde abarcan el 48,99% y 46,05% respectivamente, con la región amazónica que registra el 4,65%.

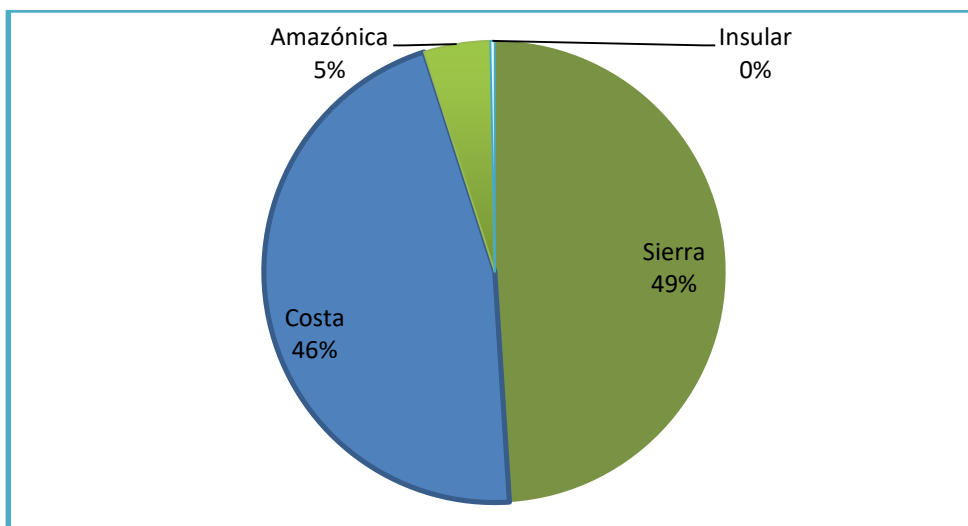


Figura 12. Establecimientos hospitalarios por región.

Del total de establecimientos con internación que existen a nivel nacional (645), se dividen en hospital básico, hospital especializado agudo, hospital especialidades, hospital general, hospital especializado crónico, clínica especializada y clínica general; siendo, el de mayor porcentaje correspondiente a clínicas generales con el 51%.

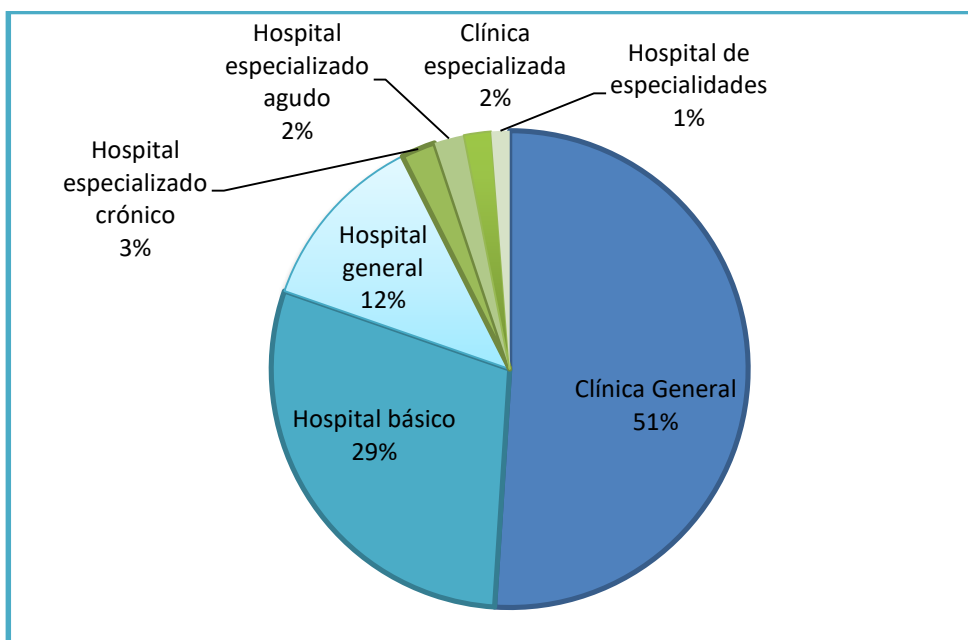


Figura 13. Establecimientos hospitalarios por tipo.

De acuerdo a los datos estadísticos del INEC, se puede indicar que en la provincia del Guayas se encuentran habilitados 150 establecimientos

hospitalarios, de los cuales 19 corresponden al Ministerio de Salud Pública, 1 al Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2 al Ministerio de Defensa, 4 al Seguro Social, 1 Otros, 14 son sin fines de lucro y 109 con fines de lucro. Así también, se determina que 2 corresponde a hospital de especialidades, 15 a hospitales generales y 109 a clínicas generales.

La evolución de los establecimientos de salud de la provincia del Guayas, durante la última década, ha sido baja; es así, que en el año 2007 existían 137 establecimientos de salud, llegando al 2017 a 150, es decir, se han incrementado solamente 13 edificaciones de salud.

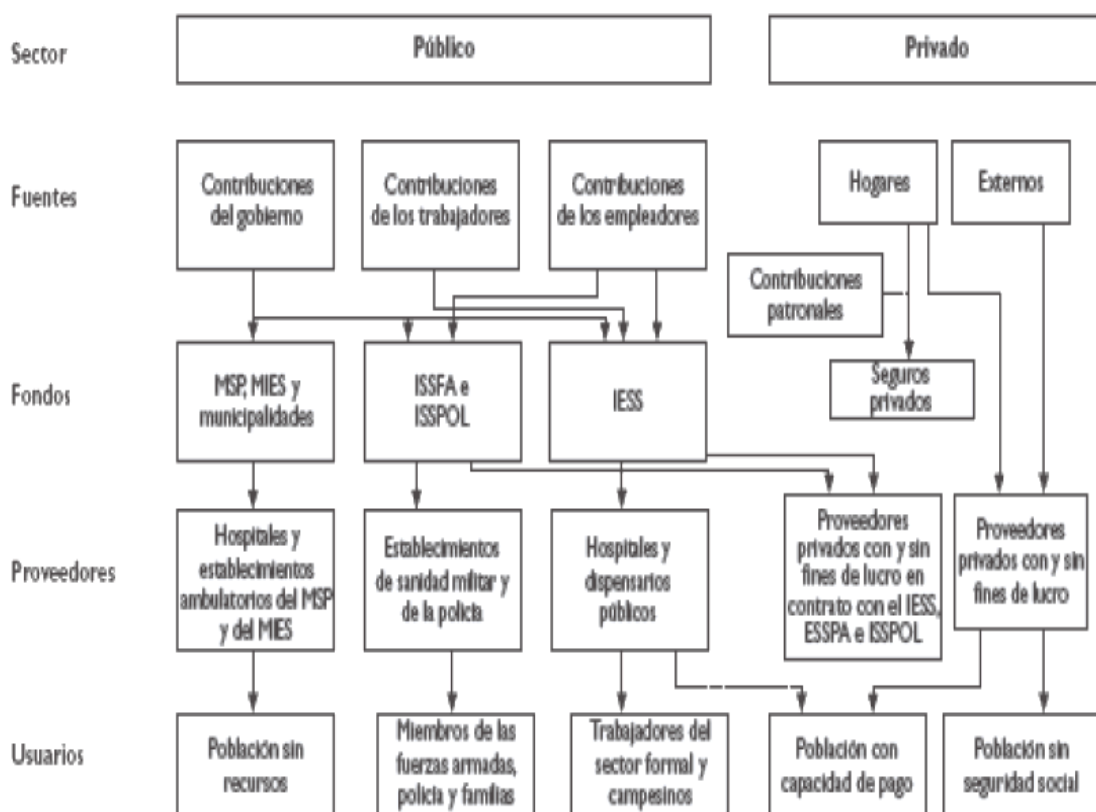


Figura 14. Establecimientos conforman sistema de salud en Ecuador. Nota: Ministerio de Salud Pública

En el territorio ecuatoriano se encuentran registrados 119.294 profesionales especializados, entre médicos, enfermeras y auxiliares administrativos, distribuidos en 15 áreas, donde los médicos especialistas

posee 16.471, las auxiliares de enfermería son 18.104, así también, los funcionarios administrativos y de estadística.

Tabla 5

Profesionales que laboran en el área de salud

Regiones, provincias y área	Total General	Provincia Guayas		
		Total	Urbana	Rural
Total personal	119.294	31.316	30.746	571
Médicos especialistas	16.471	4.430	4.406	25
Médicos generales	7.278	1.614	1.562	52
Médicos postgradistas	1.272	337	337	-
Médicos residentes	4.728	1.265	1.262	3
Médicos rurales	2.869	369	258	111
Odontólogo	4.477	769	701	68
Obstétricas	2.207	586	537	49
Enfermeras	16.250	3.273	3.203	70
Otros profesionales	4.037	981	968	13
Licenciados y/o tecnólogos	6.317	1.564	1.558	6
Auxiliares de enfermería	18.104	5.720	5.653	67
Auxiliares de servicios técnicos	4.460	1.006	986	20
Personal de apoyo sanitario	1.618	225	217	8
Administrativo y estadística	15.228	5.478	5.438	40
De servicio	13.979	3.699	3.660	39

Nota: Anuario de estadísticas de salud: recursos y actividades (p. 46)

Así también es posible conocer la distribución de los profesionales que laboran en los centros de salud, donde el 72% labora en el sector público y el 28% lo hace en la empresa privada que brinda servicios de salud.

Tabla 6

Profesionales distribuidos por sectores público o privado

Regiones, provincias y área	Total General	Sector Público	Sector Privado
Total personal	119.294	85.314	33.980
Médicos especialistas	16.471	7.146	9.325
Médicos generales	7.278	5.972	1.307
Médicos postgradistas	1.272	1.005	267
Médicos residentes	4.728	3.450	1.279
Médicos rurales	2.869	2.855	13
Odontólogo especialistas	333	151	182
Odontólogo generales	2.756	2.512	244
Odontólogo rurales	1.388	1.386	2
Bioquímicos y químicos farmacéuticos	1.265	885	380
Obstétricas	2.207	1.777	430
Enfermeras	16.250	13.548	2.702
Trabajadoras sociales	743	640	103
Licenciados y/o tecnólogos	6.317	4.462	1.855
Otros profesionales	2.029	1.546	483
Auxiliares de enfermería	18.104	13.241	4.863
Auxiliares de servicios técnicos	4.460	3.626	834
Estadísticas y registros médicos	34.360	2.916	544
Administrativos	11.768	6.599	5.169
Personal sanitario de apoyo	1.618	1.567	51
Personal de servicio	13.979	10.031	3.948

Nota: Anuario de estadísticas de salud: recursos y actividades (p. 49)

Con la información que proporciona el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, se puede determinar los médicos generales y especialistas que laboran a nivel nacional, tanto en el sector público como en el privado.

Tabla 7

Médicos generales y especialistas por provincia.

Regiones, provincias y área	Total General	Provincia del Guayas
Total personal	23.785	6.055
Médicos generales	7.278	1.614
Cirujanos generales	1.566	444
Cirujanos plásticos	354	82
Medicina interna internistas	982	226
Anestesiólogos	1.682	418
Cardiólogos	625	216
Neurólogos	365	87
Traumatólogos	992	249
Psiquiatras	270	83
Oftalmólogos	345	93
Otorrinolaringólogos	375	107
Hematólogos	115	38
Intensivistas	380	84
Nefrólogos	191	54
Neumólogos	193	67
Gastroenterólogos	459	122

Nota: Anuario de estadísticas de salud: recursos y actividades (p. 57)

2.2.6 Sectores del sistema de salud en el Ecuador

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Ministerio de Salud, Artículo 2)

De acuerdo con el informe de Semplades (2015), manifiesta que en Ecuador se encuentran registrados 3847 establecimientos de salud, los cuales están conformados por dos sectores: privado y público. El 80% de los establecimientos pertenece al sector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, los servicios de salud de las municipalidades del Ecuador y por las instituciones de seguridad social como Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

A través del censo del año 2010, se puede conocer que el mayor porcentaje de los habitantes del cantón Santa Elena no realiza aportes al Seguro Social, seguido por personas que aportan al seguro general con el 20% y 7% que realiza al seguro campesino.

Tabla 8

Dificultades que presentan los niveles de salud

Aporte	Personas	%
No aporta	65.667	68%
IESS Seguro general	19.346	20%
IESS Seguro Campesino	6.457	7%
Se ignora	2.088	2%
Es jubilado IESS /ISSFA /ISSPOL	1.282	1%
IESS Seguro voluntario	1.005	1%
Seguro ISSFA	581	1%
Seguro ISSPOL	529	1%
Sumatoria	96.955	

Nota: Fascículo provincial Santa Elena. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador (p.2).

Por otro lado, el sector privado concentra el 20% de los establecimientos a nivel nacional y está comprendido por entidades con fines de lucro, como hospitales, clínicas, consultorios, dispensarios, empresas de medicina prepagada y farmacias. El 3% de la población perteneciente

generalmente a nivel socioeconómico medio y alto, elige entre las empresas de medicina prepagada y seguros privados como sistema de salud. A nivel nacional existen aproximadamente 10.000 consultorios médicos particulares, los cuales están dotados con equipos con alta tecnología, amplia infraestructura; sin embargo, la limitante de accesibilidad es que se ubican principalmente en las ciudades más representativas del Ecuador.

2.2.7 Distribución de la población ecuatoriana

De la información obtenida en el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC, el Ecuador cuenta con 14.306.876 habitantes, los cuales se encuentran distribuidos en las 4 regiones y 24 provincias que la conforman. Siendo la provincia del Guayas la más representativa con 3.573.003, seguido por Pichincha con 2.570.201 y en tercer lugar, se encuentra la provincia de Manabí con 1.345.779.



Figura 15. Población del Ecuador al Censo 2010. Nota: INEC.

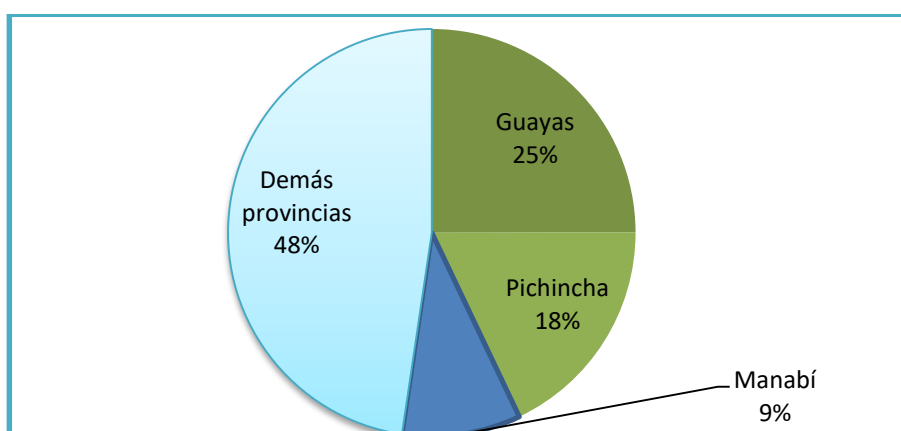


Figura 16. Provincias con mayor población Censo 2010. Nota: INEC.

De la información que se recopiló en el censo, se puede conocer que el 66,5% de los hogares ecuatorianos previo a consumir el agua realizan el proceso de tratamiento; existe 9,5% de personas con discapacidad que reciben educación; el 0,4% discapacitado tienen un trabajo en el sector público y el 12,5% son adultos mayores jubilados.

Tabla 9

Resultados relevantes censo 2010

66,50%	Hogares que tratan el agua antes de beberla.
12,50%	Son adultos mayores jubilados.
9,50%	Personas con discapacidad reciben educación.
0,40%	Personas con discapacidad laboran en sector público

Con la información proporcionada por el INEC se puede indicar que en la provincia del Guayas, el rango de edad que predomina entre la población es de 5 a 9 años con 341.476 habitantes, seguido por el rango de edad de 0 a 4 años con 340.587, posterior de 20 a 24 años de edad con 336.609; siendo la más baja los correspondientes a 90 años en adelante, con 21.738 habitantes.

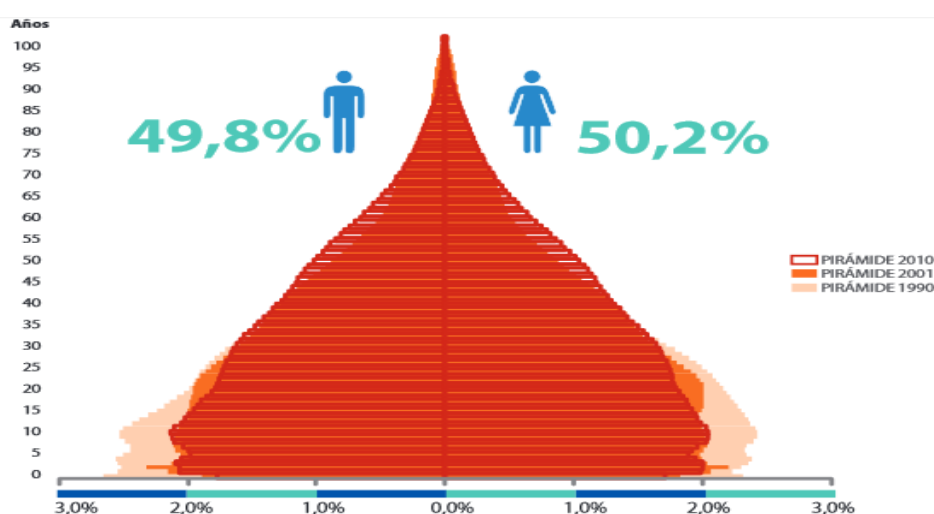


Figura 17. Rango edad de los guayasenses Nota: INEC

Así también, es posible conocer que 825.424 habitantes de la provincia del Guayas, no se encuentra afiliado al Seguro Social, por ende no realiza las aportaciones económicas correspondientes, sin embargo, el 427.959 se encuentran asegurados al Seguro general del IESS, 19.611 guayasenses se encuentran afiliados al Seguro del ISSF e ISSPOL.

Tabla 10

Registro de Guayasenses afiliados censo 2010

Aporte	Personas	%
No aporta	825.424	61%
IESS Seguro general	427.959	31%
Se ignora	41.656	3%
IESS Seguro Campesino	19.757	1%
Es jubilado IESS /ISSFA /ISSPOL	16.648	1%
IESS Seguro voluntario	15.388	1%
Seguro ISSPOL	8.888	1%
Seguro ISSFA	4.223	0%
Sumatoria	1.359.943	

Nota: Fascículo provincial Guayas. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador (p.2).

Como se ha indicado anteriormente, parte de la calidad de vida de los ciudadanos es la obtención de los servicios básicos, es así que en la provincia del Guayas se han incrementado los usuarios que los consumen, en comparación a los anteriores datos del año 2001.

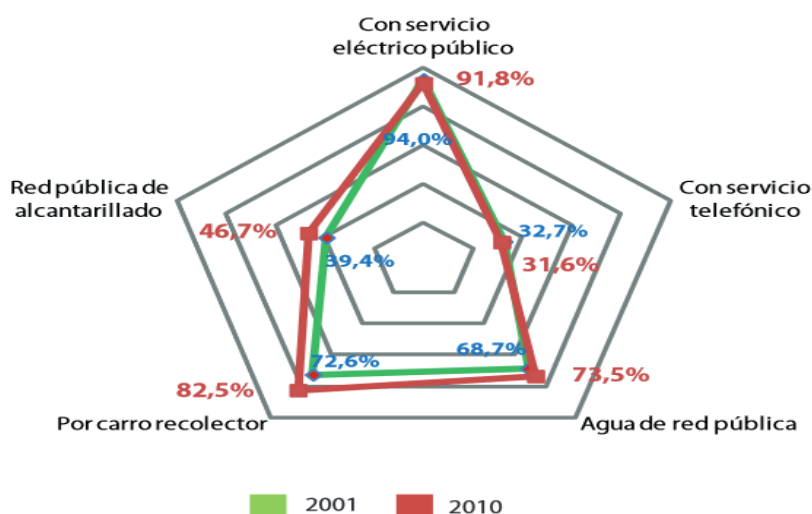


Figura 18. Servicios básicos que se generan en la provincia del Guayas. Nota: INEC

2.2.8 Cantón Santa Elena

El cantón de Santa Elena es la capital de la provincia de Santa Elena, ubicado al norte de la provincia. Es el cantón con el territorio más extenso de la provincia.



Figura 19. Mapa Cantón de Santa Elena. Nota: Tomado de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. p.3.

Cuenta con 27,03 km² de área urbana y 3.637,97 km² del área rural. Está conformado por siete parroquias entre rurales y urbanas; como cabecera urbana se encuentra la parroquia Santa Elena, como urbana se encuentran las parroquias Atahualpa, Colonche, Chanduy, Manglaralto, Simón Bolívar, San José de Ancón y Santa Elena (periferia).

El área rural del cantón Santa Elena está conformada por 60 comunas y 137 recintos, donde se concentra la mayor cantidad de los pobladores que se ubican en el cantón 73%, en comparación del 27% que se localiza en el área rural, es decir, en la cabecera cantonal del mismo nombre.

Tabla 11

Parroquias que conforman el cantón Santa Elena

TIPO PARROQUIA	PARROQUIA
Parroquias Urbanas	Santa Elena (cabecera urbana)
	Santa Elena (periferia)
Parroquias Rurales	Atahualpa
	Colonche
	Chanduy
	Manglaralto
	Simón Bolívar
	San José de Ancón

Nota: Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, 2014

Por los datos indicados, se puede señalar que el cantón es netamente rural, lo cual guardaría relación con la extensión del territorio rural que posee.

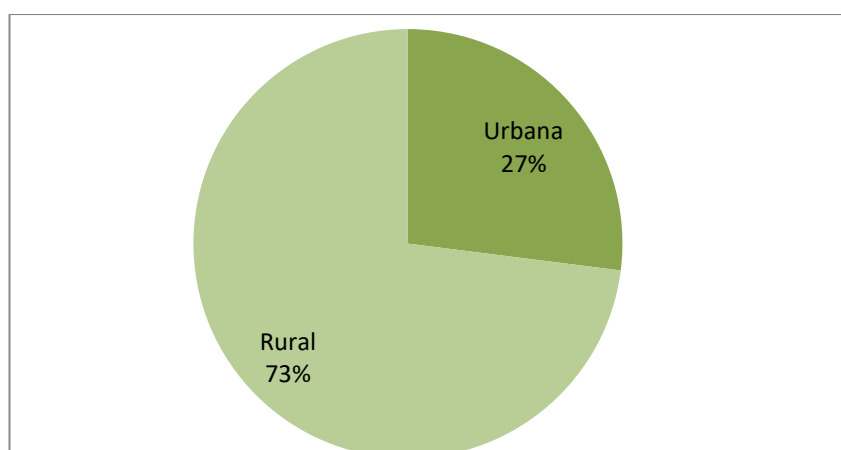


Figura 20. Distribución de la población del cantón de Santa Elena.

Nota: Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, 2014

De acuerdo al último censo realizado en el año 2010 por el INEC (2010), la población está conformada por 120.326 habitantes, de los cuales el 50.03% corresponde al género masculino y el 49,97% es femenino (p. 7). Donde el 55% de los habitantes son menores de 30 años de edad.

Tabla 12

Grupos de Edad del cantón Santa Elena

Grupo de Edad	Total	%
De 0 a 9 años	24667	21%
De 10 a 19 años	23427	19%
De 20 a 29 años	18400	15%
De 30 a 39 años	18714	16%
De 40 a 49 años	14433	12%
De 50 a 59 años	9519	8%
De 60 a 69 años	6259	5%
De 70 a 79 años	3224	3%
De 80 a 89 años	1370	1%
De 90 a 99 años	291	0%
De 100 años y más	22	0%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena 2011-2016. (p.69)

Se pudo conocer, a través de los indicadores del INEN de la provincia de Santa Elena, que el 68% de los habitantes no se encuentra afiliado al Seguro Social, es decir, no recibe los beneficios de asistencia médica del gobierno; solamente el 20% se encuentra afiliado al seguro general.

Tabla 13

Afiliados de la provincia de Santa Elena

Aporte	Personas	%
No aporta	65.667	68%
IESS Seguro general	19.346	20%
Se ignora	6.457	7%
IESS Seguro Campesino	2.088	2%
Es jubilado IESS /ISSFA /ISSPOL	1.282	1%
IESS Seguro voluntario	1.005	1%
Seguro ISSPOL	581	1%
Seguro ISSFA	529	1%
Sumatoria	96.955	

Nota: Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador provincia de Santa Elena 2011-2016. (p.2)

Lo anterior indicado contrasta de los datos obtenidos de la cantidad de habitantes que trabajan en la provincia de Santa Elena, puesto que el 28% posee empleo privado, sobrepasado por un porciento por empleos de cuenta propia, registrándose en tercer lugar los trabajos correspondientes a jornal, con el 14%.

Tabla 14
Afiliados de la provincia de Santa Elena

Ocupación	Total	%
Cuenta propia	29.021	29%
Empleo privado	27.925	28%
Jornales o peón	13.600	14%
Empleado y obrero del estado	12.638	13%
No declarado	5.518	6%
Empleada doméstica	4.176	4%
Patrono	2.971	3%
Trabajador no remunerado	2.869	3%
Socio	1.179	1%
Sumatoria	99.897	

Nota: Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador provincia de Santa Elena 2011-2016. (p.3)

Así también, se la información proporcionada por el cantón de Santa Elena, se conoce que el 73% de la población del cantón, se radica en el área rural y el 27% en el área urbana. La tendencia del crecimiento de Santa Elena, es de 3.84% anual. Sin embargo, es importante indicar que ha existo un crecimiento del área urbana en los últimos años, debido especialmente al dinamismo del sector turístico, así también a la pesca con el asentamiento de industrial dedicadas a ésta actividad económica.

Tabla 15
Densidad poblacional del cantón Santa Elena

Sector	No. de habitantes	%
Rural	87.838	73%
Urbano	32.488	27%
Total población	120.326	100%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena 2011-2016. (p. 69)

Los asentamientos humanos registrados en el cantón Santa Elena en el censo realizado en el año 2010, indica que el 50,8% de las viviendas poseen acceso a servicio de agua por tubería, el 21,3% registra el servicio de red de alcantarillado, el 93% posee servicio de energía eléctrica, el 52,4%. Otro dato relevante es el 50,3% de los habitantes del cantón Santa Elena posee vivienda propia.

Tal como se señaló anteriormente, el cantón Santa Elena está conformado por área rural donde se ubican los cantones Santa Elena, Manglaralto, Colonche, San José de Ancón, Atahualpa y Chanduy. El área urbana es donde se ubica el 27% de la población del cantón.

Tabla 16

Población del cantón Santa Elena de acuerdo a las zonas urbanas y rurales.

Sector	No. de habitantes	%
Santa Elena (urbano)	32.488	27%
Santa Elena (periferia)	16.448	14%
Atahualpa	2.613	2%
Colonche	24.638	20%
Chanduy	14.940	12%
Manglaralto	23.423	19%
Simón Bolívar	2.258	2%
San José de Ancón	3.518	3%
Total población	120.326	100%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena 2011-2016. (p. 82)

En relación a los índices de analfabetismo en el cantón Santa Elena, los resultados obtenidos en el censo del año 2010, determinan que existe una marcada diferencia en el nivel de estudio entre los habitantes que conforman las parroquias rurales y urbanas.

Tabla 17

Indicador de nivel de educación del cantón Santa Elena

Nivel Instrucción	Sector		Total	%
	Urbano	Rural		
Ninguno	4.829	9.288	14.117	4%
Centro Alfabetización	97	643	740	0%
Primario	13.217	52.473	65.690	11%
Secundario	9.806	12.770	22.576	8%
Post Bachillerato	152	174	326	0%
Superior	1.900	1.408	3.308	2%
Postgrado	14	19	33	0%
No declarado	3.005	8.884	11.889	2%
Total población	33.020	85.659	118.679	100%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena (p. 77)

Pese a la diferencia de cantidad de habitantes que existe entre las zonas rurales y urbanas, los habitantes rurales en su gran porcentaje han concluido solamente el nivel primario. El índice relevante de escolaridad completa se ubica en el área urbana de Santa Elena, siendo el nivel primario, es decir los correspondientes a los 12 años y más, el que posee mayor representación, siguiéndole en orden la secundaria completa y en tercer lugar el correspondiente a instrucción superior.

Lo señalado va de la mano con la cantidad de recursos tanto en infraestructura, como en profesionales docentes que se encuentran destinados al cantón Santa Elena, donde, de igual manera, existe una notable diferencia entre la cantidad de profesores destinados para las zonas rurales que para el área urbana, lo cual, hace referencia con los estudiantes matriculados en ambas zonas.

Tabla 18

Indicador personal docente, alumnos, infraestructura del cantón Santa Elena

Nivel Instrucción	Alumnos	Profesores	Planteles
Urbano	25.186	1.203	193
Rural	67.487	502	81
Total población	92.673	1.705	274

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena (p. 80)

De lo detallado en la tabla anterior, se puede visualizar que el área urbana del cantón Santa Elena, centra la mayor cantidad de profesores y planteles educativos, aun cuando el área rural es quien posee la mayor cantidad de alumnos, por lo cual se puede determinar que en este factor existe una desigualdad.

2.2.8.1. Salud GAD Municipio de Santa Elena

En relación al tema de salud del GAD del Municipio de Santa Elena, la información que se posee, en su mayor proporción corresponde al área urbana, debido que el área rural se caracteriza por la lejanía de los recintos y la dificultad de la obtención de los datos; lo cual se refleja en que la concentración de los recursos los tenga la cabecera cantonal.

Tabla 19

Indicadores de salud del cantón Santa Elena

Centros de Salud	Hospitales	Total
22	2	24
Área Rural	Área Urbana	Total
17	7	24
Número médicos	Población	Total
224	120326	537

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena (p. 44)

De acuerdo a los datos proporcionados por el INEC, el cantón Santa Elena posee 21 unidades de salud, distribuidos entre los recintos urbanos y rurales que la conforman, 19 centros de salud y 2 hospitales, ubicados 17 en el área rural y 4 en el área urbana, para atender a 537 habitantes por médico, aproximadamente.

La cantidad de profesionales de la salud que se registran en el cantón de Santa Elena corresponden a 224 profesionales distribuidos en las diferentes instituciones de salud del cantón, con la característica que el mayor porcentaje se centra en la ciudad de Santa Elena. Así también se debe indicar que en la parroquia Atahualpa existe un establecimiento médico del IESS, el cual no está en funcionamiento.

Tabla 20

Indicadores de salud del cantón Santa Elena

Recursos y Servicios	Área Urbana	Área Rural
Médicos	72	68
Médico Público	28	24
Médico Privado	44	44
Enfermeras	3	3
Enfermeras público	1	1
Enfermeras privado	2	2
Auxiliares de enfermería	34	29
Auxiliares de enfermería público	25	20
Auxiliares de enfermería privado	9	9
Odontólogos	7	
Odontólogos público	3	
Odontólogos privado	4	
Centros de salud	6	2
Dispensarios médicos	5	5
Otros establecimientos	1	1
Establecimientos con internación	2	2
Establecimientos con internación públicos	1	1
Establecimientos con internación privados	1	1

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena (p. 73)

Por otro lado, es bastante alarmante que los centros de salud se centralicen en Santa Elena (urbana) y en Manglaralto, dejando sin atención a

las demás parroquias, siendo así que existen poblaciones que no poseen cobertura de salud, tanto por la distancia hacia las principales parroquias. Chanduy posee cuatro subcentros de salud públicos a los cuales asisten personas de las comunas cercanas, sin embargo, no se abastece para la demanda que diariamente solicita atención médica.

Por otro lado, es importante indicar que en el Municipio de Santa Elena funciona servicio de salud privado, donde del total de profesionales indicado anteriormente (144), el 62% corresponde a este tipo de servicio privado y el 38% son los empleados del estado.

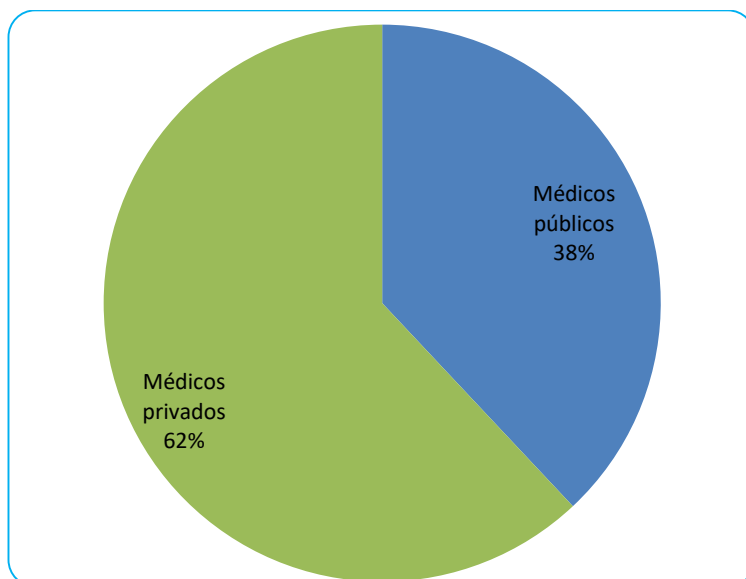


Figura 21. Distribución de los profesionales de la salud ubicados en el cantón Santa Elena.

De los datos indicados en el cuadro anterior, se puede visualizar que en el cantón Santa Elena solamente laboran seis enfermeras en todo el territorio que la conforma, en dos establecimientos de salud fiscales y cuatro en privados. Sin embargo, este dato se contrasta con las auxiliares de enfermería, cuyo dato proporcionado por el Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena 2011-2016 (p. 74), señala que existen 68 profesionales que laboran en el Cantón, donde el 71,4% prestan sus servicios en instituciones del estado y el 28,6% en establecimientos privados.

Así también, es de destacar que en ninguna casa de salud, privada o pública, se encuentra un profesional obstetras. En relación a la especialidad de Odontología, de acuerdo a la información recopilada, siete profesionales prestan sus servicios en el Cantón, donde tres de ellos lo hacen en establecimientos públicos y cuatro en los privados.

Otro dato que se debe resaltar del cantón Santa Elena, se basa en los niveles de desnutrición, los cuales son muy notorias las diferencias que existen entre las parroquias rurales y las urbanas. Los índices de desnutrición de las parroquias rurales Chanduy, Atahualpa y Colonche, se sitúan como las más relevantes de las parroquias rurales. Sin embargo, se debe indicar que los niveles de desnutrición se han disminuido en el cantón Santa Elena, tanto en las parroquias urbanas como rurales, en comparación a los datos registrados por el INEC en el año 1990.

Tabla 21

Indicador de Desnutrición del cantón Santa Elena

Parroquias urbanas / rurales	Indicador año 2010
Santa Elena (urbano)	4,06%
Santa Elena (periferia)	10,76%
Atahualpa	6,14%
Colonche	6,58%
Chanduy	6,72%
Manglaralto	3,82%
Simón Bolívar	3,02%
San José de Ancón	2,54%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Santa Elena (p. 76)

De lo indicado en el desarrollo del presente trabajo, se puede señalar que las instituciones de salud, como Centros o Subcentros médicos, no solamente están enfocadas en brindar el servicio de salud, sino también están involucradas en mejorar la calidad de vida de los habitantes, esto con la aplicación de los programas de la atención primaria de salud.

Por lo cual es importante que se pueda transmitir a los usuarios del servicio de salud, que la participación activa en los programas de prevención, capacitación constante, interrelación entre médicos y pacientes, que no solo concluye cuando se da de alta al paciente, sino que continua con los chequeos posteriores, forman parte del servicio integral de salud.

En muchos casos, el desconocimiento de los usuarios de los servicios que se brindan en los Su centros de salud, aumenta los niveles de enfermedades de la zona del cantón Santa Elena, es así que es prioritario brindar información actualizada y constante a los pacientes de los nuevos servicios que se brinde en el Subcentro salud, se lo puede considerar como un valor agregado de calidad.



Figura 22. Esquema de problemas detectados en el Subcentro de salud del cantón Santa Elena.

2.2.9 Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Atahualpa

Se localiza en el cantón Santa Elena, creada como parroquia el 21 de enero de 1945, posee una extensión de 77,81 km², posee un clima cálido seco. Los límites territoriales al Norte con la parroquia urbana Santa Elena,

Sur con la parroquia Chanduy, Este con la parroquia urbana de Santa Elena y Chanduy, al Oeste con la parroquia Ancón, conformada por 2613 habitantes.

Las características de las familias que se localizan en Atahualpa son conformadas por muchos miembros: abuelos, nietos, sobrinos, yernos, nueras, tíos y demás. Entre las limitaciones que se pueden señalar, está la relación de los números de cuartos y dormitorios en relación al tamaño de las familias. Por otro lado, de acuerdo al censo del año 2010, el 14% de la infraestructura de las viviendas, se encuentran en mal estado, entre viviendas que se encuentran abandonadas, otras en situaciones precarias, el 38% de las viviendas se las considera en estado bueno y el 47% en estado regular.

Tabla 22

Tipo vivienda de la parroquia Atahualpa

Tipo vivienda	Cantidad	%
Propia y totalmente pagada	261	32%
Propia y la está pagando	174	21%
Propia (regalada, donada, heredada)	199	25%
Prestada o cedida (no pagada)	126	16%
Por servicios	7	1%
Arrendada	42	5%
Anticresis	3	0%
Sumatoria	812	

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial del Cantón Atahualpa (p. 51)

Las viviendas de la parroquia rural Atahualpa posee el 63% de las viviendas de caña revestidas y el 34% son de hormigón, bloques o ladrillos, con lo cual se puede indicar la precariedad y vulnerabilidad de las viviendas en especial en temporadas de invierno, donde generalmente se ocasionan inundaciones.

Sin embargo a pesar de los problemas de vivienda que se visualiza en la parroquia, no existen programas de vivienda que puedan satisfacer las

necesidades de los pobladores, solamente el MIDUVI ha programado un plan de 200 viviendas, por otro lado, la empresa privada no considera rentable la realización de programas de construcción en el sector.

De acuerdo con el INEC, (2010) la población de la parroquia Atahualpa representa el 0.03% de la población ecuatoriana, así también es una de las parroquias más pequeñas del cantón Santa Elena. Con los datos indicados se puede señalar que el abastecimiento de agua potable y alcantarillado de la parroquia Atahualpa, está a cargo de la empresa Aguapen E.P. Lo correspondiente al servicio eléctrico lo realiza la empresa pública CNEL E.P.

En el mismo informe del censo anual manifiesta el INEC, (2010) que la población se dedica especialmente a la actividad artesanal, la parroquia se destaca por la habilidad de sus artesanos, conocida como la “capital del mueble”. Entre los barrios que conforman la parroquia, se ubican varios talleres de ebanistería con historia, debido que se originan desde hace tres generaciones de artesanos (abuelos, padres, tíos e hijos), de donde proviene los mayores conocimientos de la actividad.

Respecto al uso del suelo del área urbana, lo muestra en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (2015), se indica que se logró identificar 195 viviendas residenciales, donde se llevan a cabo 229 diferentes tipos de negocios entre los cuales están tiendas, bazares, farmacias, cybers, comedores, panaderías, entre otros. Por otro lado, Atahualpa también posee territorio fértil que puede ser utilizado para la actividad agrícola, pero el mismo no es aprovechado para esta actividad económica. (p.37)

Tabla 23

Uso del suelo de la parroquia Atahualpa

Cobertura	Año 2012 Ha.	%
Montes y bosques	80.403,90	62,60%
Pastos naturales	14.410,60	11,20%
Pastos cultivados	12.759,10	9,90%
Cultivo transitorio	8.370,90	6,50%
Otros usos (población)	6.386,10	5,00%
Cultivo permanente	3.386,60	2,60%
Descanso	2.633,70	2,05%
Total	128.350,90	100%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 14)

El clima de la Parroquia Atahualpa es seco y cálido, característica correspondiente al subtipo climático de sabana tropical. Posee dos estaciones climáticas: invierno, durante los meses de diciembre a abril y verano, entre los meses de mayo a noviembre.

Por otro lado, la parroquia Atahualpa tiene amenaza constante de inundaciones y de sequías, producidas por el pésimo servicio de aguas servidas, alcantarillado y riego que posee, por lo cual, en cada época invernal se ve afectado por las lluvias fuertes. Esto a su vez ocasiona problemas de degradación del ecosistema por el cambio climático drástico de la estación lluviosa y seca que se presenta en la parroquia

Entre las potencialidades y problemática que presenta la parroquia Atahualpa se presentan las siguientes:

Tabla 24

Potencialidades y problemas Atahualpa

Variable	Potencialidades	Problemas
Geología	Explotación de materiales de construcción utilizados para la expansión urbana	- Erosión del suelo por la explotación del material pétreo - Posible desestabilización de taludes naturales.
Suelos	Incremento de la producción y productividad en áreas ocupadas, mediante la aplicación de modelos de producción y tecnologías adaptadas a la zona, y el uso prioritario de especies nativas perennes y forestales.	- Contaminación de agroquímicos usados para el cultivo de arroz. - Eutrofización del suelo por uso excesivo de agroquímicos.
Aire	Aire permanece con nivel de pureza.	Pérdida de fertilidad por ampliación de la frontera agrícola para monocultivo de arroz y ganadería de forma intensiva.
Agua	La abundancia de agua permite proyectar infraestructura para riego.	Contaminación de este recurso por descargas directas de aguas domésticas, basura, aguas servidas, lixiviados de aguas con alto contenido de elementos químicos.
Recursos naturales degradados	Explotación racional de recursos minerales	Explotación de material pétreo en cerros con alto valor paisajístico y ambiental.
Amenazas, vulnerabilidad y riesgos	Baja o nula probabilidad de actividades sísmicas.	Fuertes inundaciones y sequías todos los años, lo que lleva a la pérdida de cultivos, principalmente de arroz.

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 32)

De acuerdo al censo del año 2010, se conoce que la parroquia cuenta con 5502 personas, de las cuales 2825 son del género masculino y 2677 del femenino; siendo el rango de edad que más predomina el correspondiente de

hasta 5 años de edad, seguido por el rango de 10 a 19 años y en tercer lugar lo ocupa el rango de 30 a 39 años.

Tabla 25

Población por edad de la parroquia Atahualpa

Grupo de Edad	Total	%
De 0 a 1 año	52	2%
De 2 a 5 años	287	11%
De 6 a 15 años	758	29%
De 16 a 64 años	1516	58%

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 35)

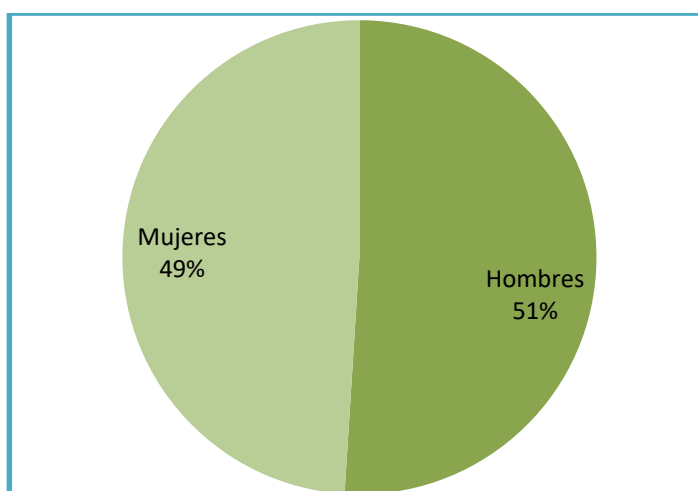


Figura 23. División de población de parroquia Atahualpa.

La información obtenida del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (2015 – 2019), permite conocer el nivel de educación que posee la parroquia permite conocer el grado de escolaridad, que es de 4,6 años de estudios. Así también, el censo del año 2010 determina que el grupo de personas cuya edad se encuentra en el rango de 5 a 15 años posee el nivel más alto de acceso a la educación. El nivel de analfabetismo es del 12,58%, del cual el 41,7% corresponde al género femenino. La parroquia posee dos establecimientos educativos: Juan Alberto Panchana y Quince de Marzo.

Tabla 26

Nivel de instrucción de los habitantes de la parroquia Atahualpa

Nivel de Instrucción	Total	Continúa estudiando regularmente	
		Si	No
Ninguno	99	-	99
Centro alfabetización	51	28	23
Preescolar	31	27	4
Primario	1394	237	1157
Secundario	53	6	47
Educación básica	688	597	91
Educación media	95	38	57
Ciclo Pos Bachillerato	15	8	7
Superior	124	46	78
Postgrado	3	1	2
Se ignora	60	5	55

Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 43)

2.2.9.1 *Salud de la Parroquia Atahualpa.*

En relación al servicio de salud en la parroquia Atahualpa, se la considera deficiente, dado que el principal centro de salud que ahí se ubica está en condiciones de funcionamiento regulares, por lo cual es necesario que se mejore el servicio brindado, así también se requiere de abastecimiento de medicamentos y equipamientos, mejorando el nivel profesional del personal, el cual a la presente fecha es básico.

Cuando la población requiere del servicio de hospitalización, debe trasladarse a la parroquia de Santa Elena para que pueda ser atendido en el Hospital Regional público Dr. Liborio Panchana Sotomayor; así también se posee alternativas privadas como clínicas, consultorios médicos y centros de salud.

La apreciación de la población, es que el centro de salud de la parroquia Atahualpa no está adecuado para la atención demandada, presenta graves deficiencias, puesto que no cuenta con los equipos necesarios, con

medicamentos para proporcionar a los usuarios, con infraestructura en mal estado y poco a poco deteriorándose con el paso del tiempo, así también, de la ausencia de mantenimiento.

Se puede señalar que la población de adultos mayores (edad de 65 años y más), que se encuentra en la parroquia Atahualpa, son 159 habitantes. Siendo el género femenino el que posee el mayor registro con 139 personas, en comparación con el masculino que posee 120.



Figura 24. Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Los problemas que se identifican son:

Problemática

- Corte de luz frecuentes.
- Alta demanda en relación a los médicos disponibles.
- Falta de aire acondicionado.
- Falta de servicio de internet para conexión básica.
- Falta de servicio de agua potable.
- Movilidad de los pobladores por la calidad de las vías.
- La infraestructura es reducida para la demanda que posee. En la misma área funcionan varias ramas; por lo que se necesita ampliar la infraestructura.
- Carece de espacio y equipamiento para el servicio odontológico.

Figura 25. Problemática del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor. Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 53)

El Hospital General da servicio de salud a los recintos que se encuentran alrededor de la parroquia. Los profesionales médicos que posee abastecen la demanda que posee, así también, el 75% de los pacientes son beneficiarios de medicación gratuita. Cuenta con dos médicos generales, 1 obstetra, 1 licenciada en enfermería, 1 estadística, 2 médicos rurales que rotan anualmente.

Por otro lado, se conoce que los habitantes de la parroquia Atahualpa se trasladan hacia el hospital de Santa Elena, con el fin de tener una atención especializada, así también, para el caso de enfermedades catastróficas, realizan la búsqueda de atención médica en centros especializados privados o en otros casos, trasladarse hacia la ciudad de Guayaquil.

Las principales enfermedades que se registran en la parroquia Atahualpa y que son atendidos en el hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor indicados anteriormente, son:

Nutricionales y metabólicos

- Diabetis
- Hipertensión
- Gastritis

Dermatológicas

- Infecciones micóticas en las uñas.
- Infecciones en la piel (ancianos y niños).
- Abscesos infantiles, cuyo foco principal es la mala calidad del servicio de agua.

Afecciones respiratorias

- Faringitis
- Amigdalitis
- Refriados

Infección a las vías urinarias

Parasitosis

Figura 26. Principales enfermedades de la parroquia Atahualpa. Nota: Plan de Desarrollo Cantonal y Plan de Ordenamiento Territorial GAD Atahualpa (p. 54)

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Salud

La salud implica una doble dimensión: condiciones biológicas y sociales, se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud. (Del Bosque, 1998, p.20).

En términos generales, la salud es la ausencia de enfermedades, así como también se la puede considerar, como el funcionamiento adecuado de todo el cuerpo humano, tanto físico como mental. Lo manifestado por Gabriel Acevedo en relación al concepto de salud, es el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y enfrentarse adecuadamente al ambiente. La salud, por lo tanto, debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida (Martínez, 2007, p. 17).

Determinar que se posee un buen estado de salud, implica el esfuerzo de cada uno de los individuos de manera particular, al mismo tiempo, como individuo en la sociedad; en función de mejorar las condiciones de vida, a través de la generación de oportunidades de desarrollo que contribuya a una mejor calidad de vida.

El concepto de salud para todos tiene una interpretación ética, es decir, como un problema de moral compartida, que refleja el sentido de equidad, de justicia social. En éste aspecto, se define como la igualdad de oportunidades de todos los habitantes a una mejor calidad de atención (Arroyo, 1991, p. 322).

2.3.2. Calidad de Atención

La calidad de atención de los servicios de salud es calificada por los diferentes usuarios, es así que muchos autores ponen en duda la fiabilidad de los resultados reflejados en las diversas encuestas, debido que generalmente

el cuestionario es realizado por el propio médico, por lo cual, el temor de alguna represalia por una respuesta no apropiada, es evidente.

Tabla 27

Términos utilizados en evaluación de efectividad de la Salud Pública

Término	Significado
Accesibilidad	Grado en que se facilita la participación en el programa en su conjunto o en alguna de sus actividades o recursos
Cumplimiento	Medida de la cantidad de la intervención que ha sido aplicada; normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido previsto que ha sido previamente implementado.
Eficacia	Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa.
Efectividad	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos para una población diana.
Eficiencia	Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados.
Evaluación de impacto	Estudio relativo en el cual se valoran globalmente los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo.
Evaluación de impacto en salud	Análisis de las consecuencias y posibles implicaciones para la salud pública de iniciativas o procesos sociales o ambientales que no han sido diseñados primariamente como intervenciones de salud.
Evaluación de proceso	Evaluación diseñada para determinar si el programa se administra de la forma planeada a la población diana.
Factibilidad	Viabilidad práctica de un estudio, programa o intervención.
Fidelidad	Medida del grado en que los programas son aplicados de acuerdo al protocolo.
Monitorización	Documentación sistemática de aspectos de la ejecución del programa que permiten valorar si está siendo aplicado de la forma planificada o bien si cumple unos parámetros estándar determinados. La monitorización puede ser de procesos o de resultados.
Población diana	Conjunto de individuos o grupos (familias, comunidades, etc), a los que se dirige el programa.

Nota: Ministerio de Salud Pública

La calidad de la atención en salud es un concepto reconocido en la literatura por su multidimensionalidad. En términos generales, la OMS sugiere que una definición de calidad requiere tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y expresar preocupación por los resultados logrados, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras (MINSA, 2006, p.193).

Sin embargo, evaluar técnica y paulatinamente los resultados de los servicios de salud, es indispensable, debido que la información histórica permite realizar el seguimiento constante de los avances y actualizaciones que se han efectuado, así también permite realizar las modificaciones en el tiempo oportuno. “La norma ISO 8402 define calidad como, la totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades” (Morera, 2006, p. 2).

2.3.3. Centro de Salud

También conocido como centro de atención primaria, es el establecimiento donde la ciudadanía en general es atendida en un primer nivel. De acuerdo a lo indicado por Fernando Lorente es, la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo.

En los sectores rurales generalmente existe un Consultorio Local en cada zona del territorio, por otro lado, en los sectores urbanos, según sea posible por las condiciones, podría existir un Centro de Salud, cuyas estructura arquitectónicas son visiblemente diferenciadas.

2.3.4. Concepto “Holístico” de la salud

De acuerdo a Rogelia Perea Quesada (2009, p. 71), indica que la noción de “holismo” abarca dos tipos de globalidad: a saber, contempla a la

persona como un todo y en un todo. En otras palabras, contempla “al individuo en su totalidad, en su entorno global”.

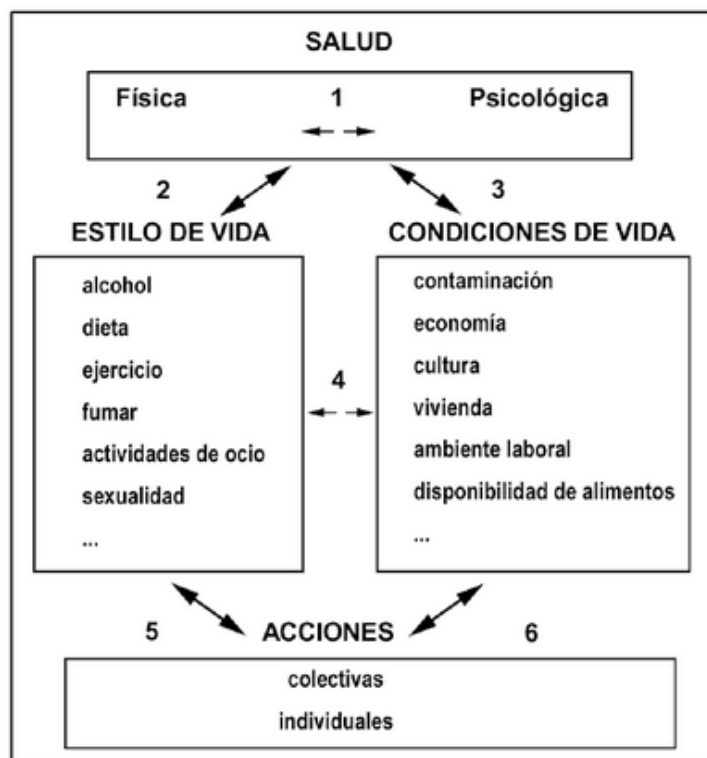


Figura 27. Concepto holístico de salud. Nota: Promoción y educación para la salud (p. 72).

Tal como se indica en la imagen, el concepto holístico considera al individuo como un todo, tanto dimensión psicológica como física, debido que ambos aspectos están estrechamente interrelacionados. Para entender los aspectos del proceso de la salud de los individuos, se debe abarcar dos dimensiones del ser humano, como las condiciones y estilo de vida, puesto que ambas dimensiones influyen directamente en la salud física y psicológica de la persona.

2.3.5. Sistema de atención privado

La insatisfacción de la atención ofertada por el sector público de salud, ha generado que gran porcentaje de los ciudadanos ecuatorianos demanden este servicio a la empresa privada; sin embargo, éste sector se divide en dos grupos:

- Con fines de lucro, conformado por clínicas, hospitales, consultorios, dispensarios, medicina prepagada y farmacias. El costo de cada uno de los servicios que se ofertan en éstas instituciones, es el factor determinante para que muchos de los ciudadanos no puedan acceder a los mismos.
- Sin fines de lucro, son aquellas organizaciones que brindan el servicio de salud de manera solidaria, apoyando a la situación socioeconómica y sanitaria de la población en general.

La característica de los establecimientos de salud privados, es que se encuentran ubicados en las principales ciudades del Ecuador. En el territorio ecuatoriano existen alrededor de 470, siendo el mayor porcentaje los correspondientes a los con fines de lucro

2.3.6. Los seguros de salud o sistema de medicina prepagada

Debido que el sector público en el área de salud brinda servicios insuficientes, descoordinados y poco solidarios, es el factor principal para que la empresa privada oferte diversos servicios para atender las necesidades de los ciudadanos, tales como seguros de salud, programas de asistencias y medicinas pre pagado.

El desconocimiento de las bondades que ofrece un servicio de medicina prepagada y por la ausencia de una regulación clara, ocasiona que la misma no esté alcance de todos. La oferta que se brinda, se basa en una alternativa viable y accesible para una atención sanitaria de calidad, sin que los ciudadanos deban invertir mucho para obtenerla.

Por otro lado, a pesar que la insatisfacción del servicio público ofertado, la demanda por seguros de salud privados, es todavía baja; el principal factor es el desconocimiento de los beneficios y la creencia que el monto invertido será inalcanzable.

Las empresas privadas de salud con mayor solidez, poseen infraestructura propia en las principales ciudades del país; ofreciendo diversas

especialidades médicas a través de varios tipos de planes de afiliación, con el objetivo de acaparar más clientes que busquen atender las necesidades de salud con precios acordes a los requerimientos.

Basados en la resolución SCVS-INS-2015-001, emitida por la Superintendencia de Compañías, (2017) se logra conocer que 25 empresas privadas a nivel nacional son las más representativas ofertantes de servicios de salud prepagada; entre las cuales se detalla a continuación:

Tabla 28

Medicinas prepagada

Tabla 29

Compañías de medicina prepagada en Ecuador

#	Compañía de Seguro Privada
1	Alfamedical s.a.
2	Asisken Asistencia Médica s.a.
3	Best Doctors s.a. Empresa de Medicina Prepagada
4	Blue Card Ecuador s.a.
5	BMI Iguales Médicas Ecuador
6	Colmedikal Compañía de Medicina Prepagada s.a.
7	Colmedikal Compañía de Medicina Atlanticmed s.a.
8	Compañía de Medicina Prepagada INMEDICAL Medicina Internacional s.a.
9	Ecuasanitas s.a.
10	Fondo Alizana Alianpreme s.a.
11	Horizontes Business Company s.a.
12	Latina Salud Compañía de Medicina Prepagada s.a. Latinasalud
13	MED-EC s.a.
14	Medicina del Futuro Ecuador MEDICALFE s.a.
15	Medicina Prepagada Cruz Blanca s.a.
16	Medicina para el Ecuador MEDIECUADOR-HUMANA s.a.
17	Mediken Medicina Integral Kennedy s.a.
18	Plan Vital Vital Plan s.a.
19	Plus Medical Services s.a. Ecuatoriana de Medicina Prepagada
20	Primepre s.a.
21	Saludsa Sistema de Medicina Pre-Pagada del Ecuador s.a.
22	Sermedipre Servicio Medicina Prepagada
23	Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana
24	Trasmedical Health Service s.a.
25	Vumilatina Medicina Prepagada s.a.

Nota: Superintendencia de Compañía (2017).

2.4. Marco legal

2.4.1. Constitución del Ecuador

Sección Segunda: Ambiente sano

Artículo 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay* (p. 29)

Artículo 15.- El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua (p. 30).

Sección Séptima: Salud

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (p. 34).

Del Capítulo Tercero, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Artículo 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (p.35).

Sección Primera: Adultas y adultos mayores

Artículo 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (p. 35).

Capítulo Primero: Principios generales.

Artículo 275.- El régimen de desarrollo es el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socioculturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir, del sumak kawsay.

Artículo 276.- El régimen de desarrollo tendrá los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución.

Sección Segunda: Salud

Artículo 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (p. 165).

Artículo 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (p. 165).

Artículo 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (p. 166).

2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

El porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) afiliada a la seguridad social contributiva (IESS, ISSFA e ISSPOL) presentó una mejora sustancial entre 2007 (26,3%) y 2016 (42,1%) (INEC, 2016a). Sin embargo, existen brechas entre determinados grupos poblacionales, que a 2016 fueron: quintil 1 (18%), población indígena (21%) y en el grupo de edad de 65 años y más (34%). Además, se hace necesario considerar a la población que está por fuera de la PEA, pues corresponde a la menos protegida. De aquí que se deban implementar políticas que protejan a quienes requieren atención prioritaria – población en situación de pobreza y adultos mayores–, asegurando el acceso a mecanismos de seguridad social no contributiva. (Senplades, 2017, p. 50).

Asimismo, para lograr un desarrollo integral de la población, es fundamental garantizar una vida saludable y promover las condiciones para una vida digna para todos. Durante estos últimos diez años, el gasto público en salud como porcentaje registrado en el PIB tuvo un crecimiento significativo, de 1,2% en 2007 a 2,92% en 2016, lo cual se vio reflejado en el aumento de la infraestructura y el equipamiento médico. Esto contribuyó al incremento de la atención médica y de los servicios de salud, pero aún está pendiente mejorar tanto la atención oportuna y de calidad para toda la población, como la implementación de una atención integral familiar y comunitaria, con lo que se pueda fortalecer el modelo preventivo en todo el territorio. Además, se debe garantizar los recursos económicos y contar con el talento humano necesario para responder a las necesidades emergentes del Sistema de Salud Pública. (Senplades, 2017, p. 50).

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (Insel, Collins y Hyman, 2015; Basu, 2016). (Senplades, 2017, p. 54).

En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase. El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. (Senplades, 2017, p.54)

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

(Ley No. 2002-80)

Capítulo II, Del Plan Integral de Salud

Artículo. 5.- Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

Artículo 6.- Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. (Ministerio de Salud Pública, 2002).

Capítulo IV, Funcionamiento del Sistema

Artículo. 10.- Función de coordinación.- Es la función del Sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2002).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

El estudio de caso es un tipo de investigación científica, que para la realización de este trabajo se apoyó en los tipos de investigación: Descriptiva, documental y explicativa. El tipo de investigación descriptiva, fue necesaria debido a que existe una relación entre el estudio de caso y la descripción del fenómeno de estudio, porque se reseñaron rasgos, cualidades y atributos de una población definida, identificado en una unidad de investigación en la población de escasos recursos de Santa Elena.

Adicionalmente al mencionado también fue importante el tipo de investigación documental, porque hubo la necesidad de acudir a información escrita como, editoriales, informes, estadísticas, libros, revistas, entre otros cuyos aportes fueron relevantes para tener las bases de la investigación y posterior análisis con la finalidad de formular criterios en base a lo que se recopiló.

Finalmente el tipo de investigación explicativa también se aplicó en este estudio de caso, porque hay que redactar y explicar por medio de una narración el hallazgo del fenómeno de estudio en Atahualpa. Existieron varias interrogantes que fueron disipadas a medida que se iba avanzando en la investigación, sin embargo, fue importante centralizarlo en dos barrios de la comuna porque en base a esto se pudo entender lo que sucede en este grupo social y su entorno respecto a la salud.

3.2. Unidades de investigación

Las unidades de investigación son las unidades operativas y de apoyo de investigación de acuerdo con los criterios establecidos, son los que

desarrollan actividades de formación, información y coordinación que conducen en la investigación (Gómez Martínez, 2006, p.77).

Por lo anterior nació del tipo de investigación documental que se aplicó que fueron los primeros pasos para iniciar el estudio y determinar el sector con más necesidades y menos atendido, a esto se denominó localización del problema y se realizó un mapeo del sector.

Al utilizar una parte de la población se consideró como muestra cualitativa, especialmente útiles en el campo de trabajo social “De casos críticos” en esta selección de casos que pueden servir de referencia lógica para el resto de la población con relación al tema de estudio. Útil para el abordamiento de problemas emergentes o prospectivos (Tójar Hurtado, 2006, p.177).



Figura 28. Unidades de investigación

3.3. Técnicas de investigación

La técnica de investigación que se utilizó fue la cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. (Gutiérrez, 2005, p.34)

Para el diseño del estudio de caso se acudió a investigar en el campo de acción por medio de entrevistas a los propietarios de la clínica y a los

pobladores que requerían del servicio de atención médica. Por esta razón, el enfoque de la investigación es cualitativa, de esta manera se pudo identificar las necesidades de salud más urgentes que tiene la población de escasos recursos, así como también de poder conocer su situación social y económica con relación a las necesidades básicas como estudio, alimentación, servicios, etc.

Por otra parte, también se aplicó entrevistas a funcionarios de la Clínica “Virgen del Cisne”, para conocer cuál es la percepción que tienen con relación al entorno y las necesidades de las personas con menos posibilidades de atención médica, así como también, como perciben la salud del sector y de qué manera la arquidiócesis por medio de sus recursos procura brindar atención a los menos favorecidos.

El proceso utilizado para la investigación fue:

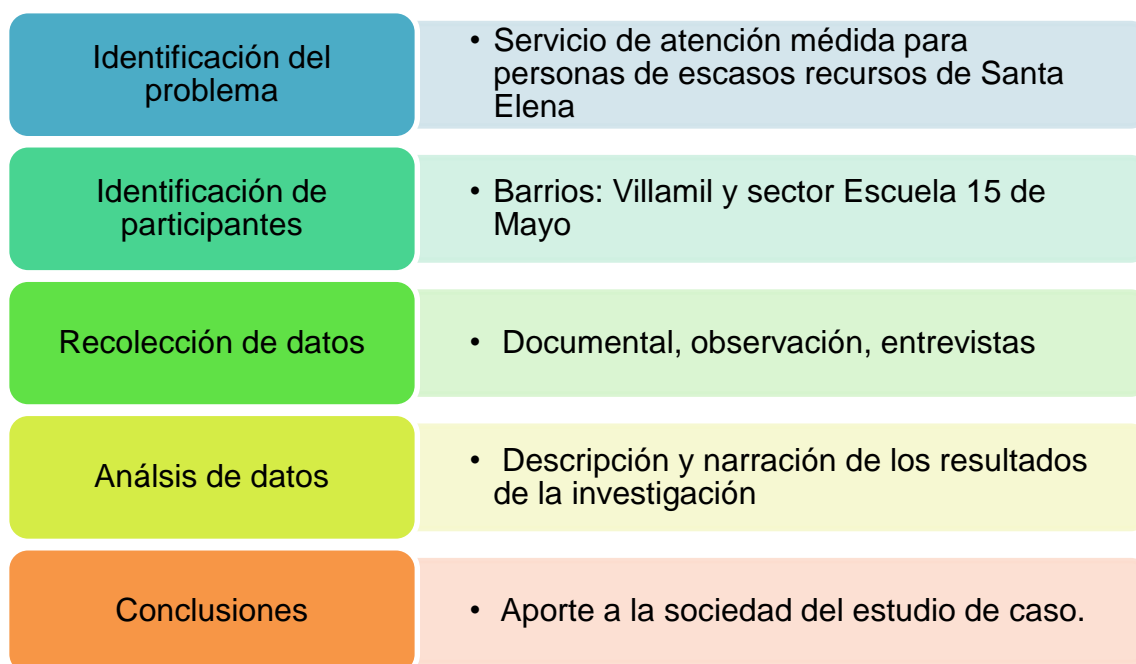


Figura 29. Proceso de investigación

Este análisis se puede hacer de diversas maneras, todo dependerá del tipo de estudio o método que se aplicó y la técnica empleada. Se pueden hacer dos tipos de análisis, cualitativo o cuantitativo. Cualitativo Dentro de la metodología cualitativa se encuentra la Etnografía, Estudio de Casos y la

Investigación acción. En estos estudios, a diferencia de los estudios cuantitativos se busca recaudar información sobre las peculiaridades de los sujetos estudiados. (León y Montero, 2003).

Las técnicas que se aplicaron fueron: entrevista y observación.

Entrevista

La entrevista fue una herramienta necesaria para levantar información directa tanto para los directivos de la Clínica Virgen del Cisne como para los pacientes que llegan a las instalaciones y también a los pobladores de los barrios Villamil y sector Escuela 15 de Mayo

La entrevista, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto. Se considera que este método es más eficaz que el cuestionario, ya que permite obtener una información más completa. (Amador, 2009, p.11)

El uso de esta herramienta permitió poner de cara a la realidad social que vive la sociedad con pocas oportunidades de acceso al cuidado y salud, por otra parte, también se entrevistó a las personas que tienen la oportunidad de brindar el servicio sin ningún afán económico pero con el interés de brindar soporte y ayuda a los más desvalidos como es la clínica que es apoyada por la arquidiócesis.

Una entrevista de investigación es aquella conversación cara a cara que se da entre el investigador (entrevistador) y el sujeto de estudio (entrevistado). El fin de este tipo de entrevista es obtener información relevante sobre un tema de estudio, a través de respuestas verbales dadas por el sujeto de estudio. (Mejía, 2017)

En las entrevistas se necesitan dos participantes el entrevistador y el entrevistado, los mismos que durante una conversación se establecen

preguntas y se receptan respuestas, de una forma dinámica, de tal manera que proporcione información relevante en torno al estudio. Los participantes de la investigación fueron: Las estudiantes que realizan la investigación como entrevistadoras, por otra parte, los médicos de la Clínica Virgen del Cisne, y pacientes que asisten a las clínicas tomados al azar.

Por lo anterior, el diseño de le entrevista que se utilizó fue estructurada, de esta manera cada participante tuvo su participación: Por una parte el investigador lleva a cabo una planificación previa de todas las preguntas que quiere formular. Prepara un guion con preguntas realizado de forma secuenciada y dirigida. Y por otra, el entrevistado no podrá llevar realizar ningún tipo de comentarios, ni realizar apreciaciones. Las preguntas serán de tipo cerrado y sólo se podrá afirmar, negar o responder una respuesta concreta y exacta sobre lo que se le pregunta. (Denzin y Lincoln, 2005, p. 643)

Las preguntas de las encuestas se realizaron durante un día, y en los barrios Villamil, Escuela 15 de Mayo. De esta manera, hubo dos grupos de interés, en el caso de los médicos para conocer las especialidades y el ambiente que lleva la Clínica con relación al trato y atención que reciben los pacientes que llegan a solicitar el servicio. Por otra parte, las personas seleccionadas fueron al azar en los barrios determinados, en la que participaron tanto hombres como mujeres, y que sean mayores de edad, en especial desde el rango de 20 años en adelante.

De esta manera, se pudo estructurar cuales son las necesidades por edad, y contrastar estos resultados con los servicios que brinda la clínica. Estos datos tabulados brindaron información importante para el estudio de caso con lo cual se determinó las necesidades más importantes y urgentes con relación a la salud que tienen los barrios más vulnerables.

Las preguntas realizadas en las entrevistas fueron las siguientes:

Para Presidente de la comuna

- *¿Cree usted que son necesarios estos proyectos en beneficio de la comunidad pueden poner en marcha en Atahualpa?*
- *Mediante una entrevista a los comuneros se desea conocer las condiciones de salud de las familias, ¿Cuál es su opinión?*

Para las personas de los barrios

- *¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?*
- *Rangos de edad*
- *¿Frecuentemente se enferman?*
- *¿Cuáles son las enfermedades comunes?*
- *¿Cuándo usted o uno de sus familiares se enferman a dónde acuden?*
- *¿Tiene su familia cobertura en algún sistema de salud*
- *¿Le interesaría obtener un seguro privado familiar de salud a costos bajos*

Observación

Por medio de la observación se pudo detectar el ambiente social y económico de los dos barrios en estudio, debido a que se tenía un conocimiento previo, sin embargo, al asistir y palpar directamente la pobreza y las necesidades que tienen, se pudo determinar la necesidad de atención médica que requieren para precautelar la vida y salud de los más vulnerables, como son los niños y los ancianos.

Por lo tanto, la observación se refiere al registro del comportamiento de los sujetos bajo estudio, se divide en: Observación participante Al referirse a esta técnica se entiende que sencillamente se registra todo lo observado así se esté participando como miembro activo del grupo estudiado. (Bernal, 2006, p.56)

El objeto de estudio son los barrios pobres Villamil y Escuela 15 de Mayo al asistir y conocer los participantes del sector se pudo levantar información demográfica, socioeconómica, conductuales entre otros aspectos relevantes al estudio de caso como es las necesidades más urgentes de atención médica y las limitantes.

Por lo anterior, la observación en el terreno de estudio se convirtió en el análisis de un tema social que a pesar que las instituciones públicas se encargan de la atención gratuita, también se involucran otros aspectos, como la disponibilidad de especialistas que necesita la comunidad, adicionalmente a esto, también se menciona las distancias hacia los centros médicos y los turnos para la atención. Por lo que esta necesidad primordial de atención a la salud se convierte en un tema social que la Clínica Virgen del Cisne quiere aportar para aliviar a un cierto sector de la sociedad.

La observación en temas sociales se refiere a las conductas humanas, en este sentido la conducta quiere decir una serie de acciones o de actos perceptiblemente son vistos u observados en una entidad o grupo de entidades determinados (Pardinas, 2005, p.89).

La observación documental son aquellos recogidos en manuscritos o impresos, observaciones de campo enfocados a conductas de grupos humanos

3.4. Técnicas de análisis de datos

Es la técnica que consiste en el estudio de los hechos y el uso de las expresiones en cifras para lograr información válida y confiable. La presentación de la información proviene de la manera como fue recabada, ya sea de forma cualitativa o cuantitativa, es así que fue importante determinar las herramientas para facilitar la presentación de los datos. Para observar y analizar el contenido de los distintos documentos, especialmente los escritos, existen dos clases de técnicas, conocidas también como métodos: los clásicos basados en técnicas que ofrecen datos cualitativos; y los métodos modernos

o matemáticos basados en técnicas que proporcionan resultados cuantitativos. (Balcells, 1994, p.260)

Para el estudio de caso hubo la necesidad de realizar cuadros sinópticos que facilitó la narración de los resultados, así como la cuantificación de resultados por medio de la tabulación. Estas son técnicas conceptuales y corresponden al dominio conjunto del sociólogo, del psicólogo, etc. y del estadístico-matemático (Balcells, 1994, p.157)

3.5. Estrategias de triangulación

La triangulación permitió analizar de diversos ángulos el mismo tema de estudio para profundizar y comprender la situación sobre las necesidades de los barrios y conocer las razones por la que se dificulta acceder a los servicios de salud, en los diferentes métodos aplicados ya sea por la observación, entrevista y la información de documentos. De esta manera, se pudo contrastar los resultados desde puntos diferentes, para incrementar la confiabilidad de los resultados.

Para realizar la triangulación de datos es necesario que los métodos utilizados durante la observación o interpretación del fenómeno sean de corte cualitativo para que éstos sean equiparables. Esta triangulación consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos. Como ya se había explicado antes, la inconsistencia en los hallazgos no disminuye la credibilidad de las interpretaciones y, en este caso en particular, el análisis de las razones por las que los datos difieren sirve para analizar el papel de la fuente que produjo los datos en el fenómeno observado y las características que la acompañaban en el momento en el que el fenómeno se observó. (Gómez y Okuda, 2015, p.13)

Existen cuatro tipos de triangulación:

- Triangulación de datos con tres subtipos, tiempo, espacio, personas.
- Triangulación de investigador que consiste en el uso múltiple de observadores, pero que observan un mismo objeto de estudio.
- Triangulación teórica que consiste en el uso de múltiples perspectivas, más de que perspectivas singulares en relación con el mismo objeto.
- Triangulación metodológica que puede implicar triangulación dentro de los métodos.

La triangulación aplicada en el caso de estudio fue la de Datos, en la cual se comparó entre los diferentes métodos aplicados y se evaluaron los resultados. Esta combinación de datos se contrasta entre la información cualitativa por medio de la observación en la clínica y en los barrios, y los resultados cuantitativos para determinar la cantidades de clientes críticos que requieren atención médica y de lo que dispone la clínica para su atención.

CAPÍTULO IV

TRABAJO DE CAMPO

4.1. Selección de la institución

La institución seleccionada es la Clínica Virgen del Cisne, la misma que se encuentra ubicada en La Libertada, y presta servicios de atención de salud con categoría de clínica privada para los residentes de la ciudad y público en general que requiera de atención. Cuenta con servicios de medicina general, pediatría, obstetricia, odontología, oftalmología, atención especial en cardiología.



Figura 30. Exteriores de la clínica Virgen del Cisne

4.2. Perfil de los entrevistados

Para el desarrollo de la investigación en la comuna se pidió autorización al Sr. Celso Soriano Clemente quien es el Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Atahualpa, para levantar información el 30 de enero de 2019, en la que de manera presencial se acudió a 40 casas de la parroquia Atahualpa y previamente se diseñó la campaña de comunicación de lo que se iba a efectuar.

Entrevista: Sr. Celso Soriano Clemente

Encuesta: 40 comuneros

Observación: viviendas y comportamiento

4.3. Realización y procesamiento de los instrumentos

Entrevista: Sr. Celso Soriano Clemente



Figura 31. Sr. Celso Soriano, Presidente del Gobierno Autónomo Descentralizado

¿Cree usted que son necesarios estos proyectos en beneficio de la comunidad pueden poner en marcha en Atahualpa?

Definitivamente en toda la zona rural del Ecuador, es imprescindible una mano amiga que pueda ayudar en especial a las zonas rurales, que todavía se carece de algunos servicios, lo cual no significa que no se estén dando sin embargo el propio comportamiento de las comunas estas ayudas se hacen imprescindibles y necesarias todo lo que sea vinculación

Mediante una entrevista a los comuneros se desea conocer las condiciones de salud de las familias, ¿Cuál es su opinión?

Está de acuerdo y de hecho quiere ser partícipe de las visitas a las primeras familias para conocer la realidad, porque manifiesta que la atención de salud gubernamental se cierra a las cinco de la tarde y muchas cosas pueden pasar desde el cierre hasta el día siguiente siete de la mañana.

A continuación se pide autorización para la realización de las encuestas a los comuneros, considera adecuado que se creen vínculos entre la sociedad estudiantil y las comunidades rurales, en la que Atahualpa sea una referencia para levantar información sobre la situación que se vive, sobre las necesidades regulares y que los estudiantes puedan transmitir a otros sobre los niveles de salud y atención médica de los comuneros.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA ADMINISTRACION EN VENTAS



**MIÉRCOLES 30
ENCUESTA PARROQUIAL
ATAHUALPA**

- Realizar un análisis sobre el entorno socio económico de la Parroquia Atahualpa-
- Indagar aspectos inherentes al núcleo familiar, enfocados en el aspecto Socio-afectivo.
- Analizar la problemática de la auto medicación.
- Informar a la ciudadanía en forma clara y precisa las bondades de los servicios médicos.
- Demostrar los beneficios que aporta el proyecto de cobertura al grupo familiar de bajos ingresos.

**Encuesta
Parroquial en
Atahualpa**

**Miércoles 30 Enero
2.019**

**Su salud es
importante**

**Nuestro afán es
servir**

**Su información es
muy necesaria
para poder
efectuar
proyectos de
salud en la
comunidad.**

OLGA ALCIVAR LOOR

ALBA ROMERO ORTEGA

Figura 32. Socialización de encuesta en la parroquia

Encuesta: 40 comuneros

El instrumento utilizado fue la encuesta, y los datos se obtuvieron por medio de siete preguntas, que se realizó una por cada vivienda que se asistió. Los resultados fueron tabulados y se detallan a continuación:

Pregunta No. 1

¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?

Tabla 30

Cantidad de personas que habitan por vivienda

PERSONAS	VIVIENDAS	TOTAL	%
3	4	12	4,60%
4	3	12	4,60%
5	10	50	19,16%
6	8	48	18,39%
7	4	28	10,73%
8	5	40	15,33%
9	2	18	6,90%
11	2	22	8,43%
12	1	12	4,60%
19	1	19	7,28%
TOTAL		261	100,00%

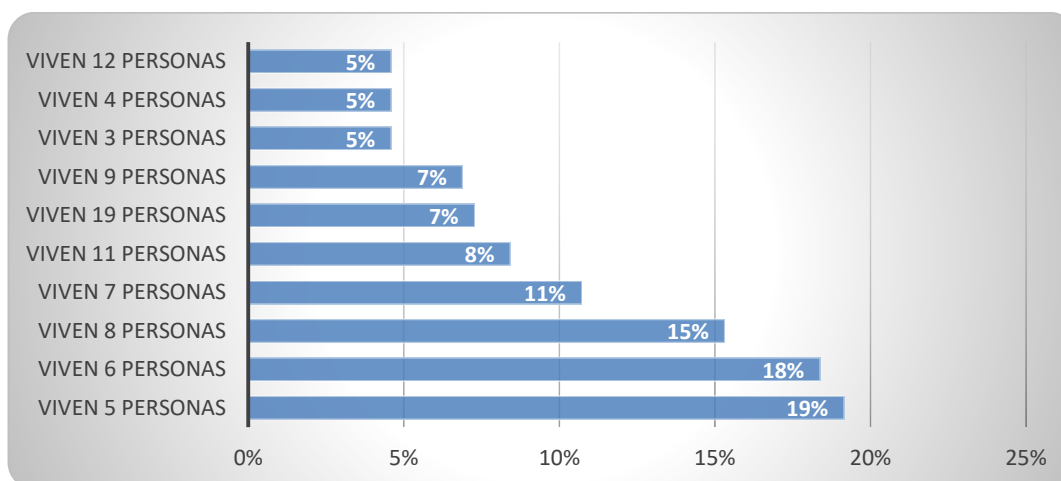


Figura 33. Cantidad de personas que habitan por vivienda

En promedio de cinco personas es la mayor cantidad de personas que viven en una casa, se evidencia además que en menor proporción se encuentran 12 personas que viven en una vivienda y en cuatro viviendas viven 19 personas.

Pregunta No. 2
Rangos de edad

Tabla 31

Rangos de edad

DETALLE	CANTIDAD	%
MENOR 1	1	0%
1 - 4	31	12%
5 - 14	84	32%
15 - 64	139	53%
65 Y MAS	6	2%
TOTALES	261	100%

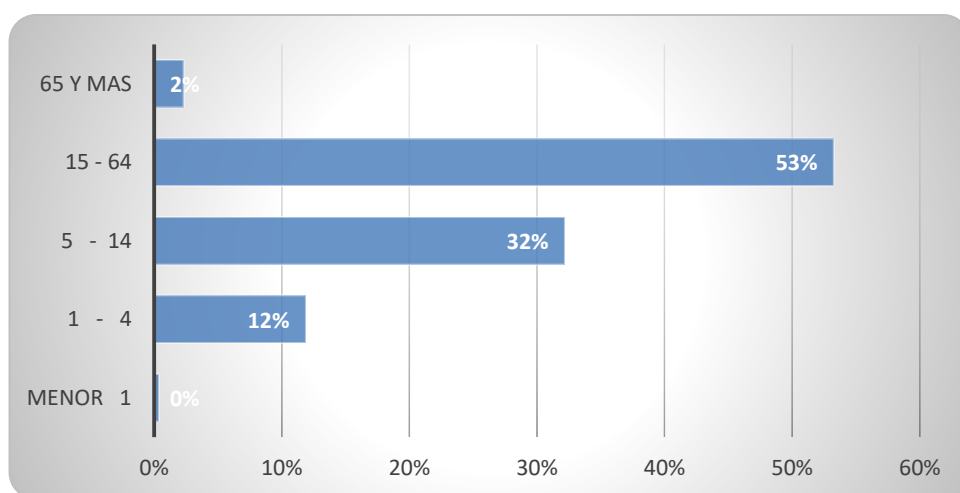


Figura 34. Rangos de edad

En las edades comprendidas entre 15 y 64 años, representa el 53%, los adolescentes son los siguientes con el 32%.

Tabla 32

Distribución por sexo

DETALLE	CANTIDAD	%
MUJERES	160	61%
HOMBRES	101	39%
TOTALES	261	100%

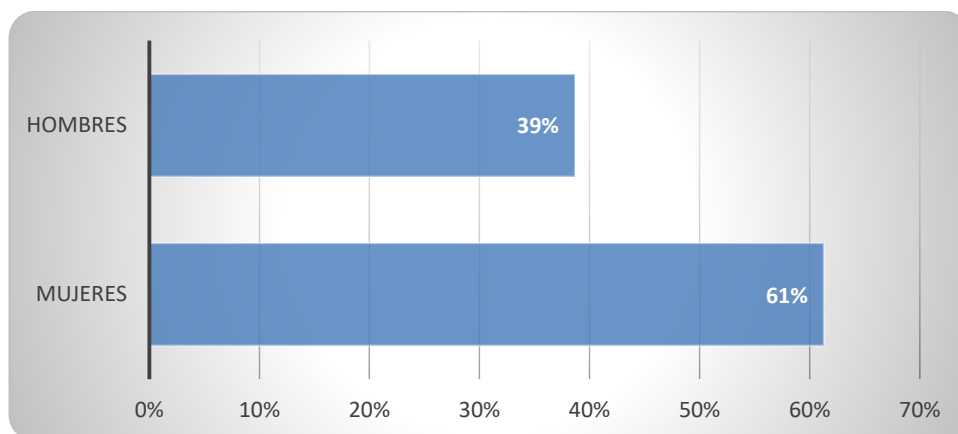


Figura 35. Distribución por sexo

La mayor población está conformada por mujeres que representa el 61%, alrededor de 60 mujeres se encuentran por encima de la cantidad de hombres en la comuna.

Pregunta No. 3

¿Frecuentemente se enferman?

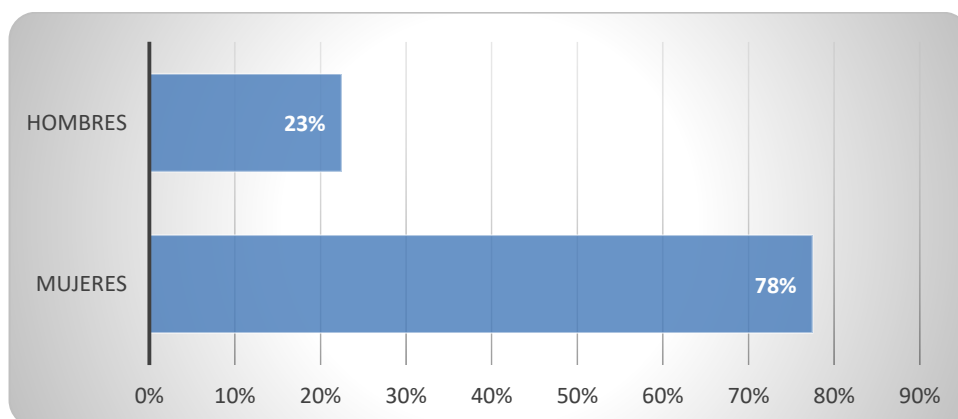


Figura 36. Frecuencia que se enferman

Pregunta No. 4

¿Cuáles son las enfermedades recurrentes que se enferman?

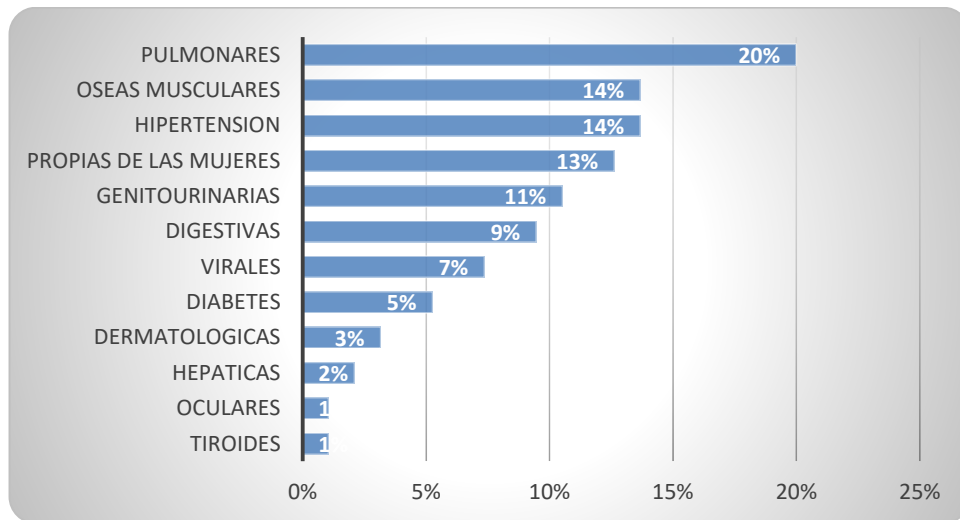


Figura 37. Enfermedades recurrentes

Las enfermedades pulmonares son las de mayor recurrencia, se entiende que son virales, le continúan las óseas musculares, la hipertensión y con muy poca recurrencia son las tiroides y oculares.

Pregunta No. 5

¿Cuándo usted o uno de sus familiares se enferman a dónde acuden?

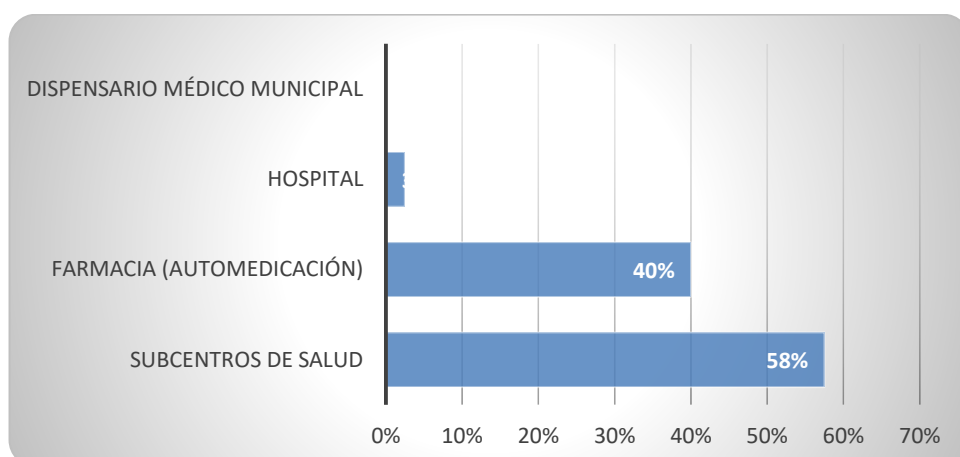


Figura 38. Lugar que se acude cuando se enferman

Principalmente llegan al Sub centro de salud, dentro de los horarios que atiende al público. Su siguiente opción con un porcentaje considerable es la automedicación en la farmacia.

Pregunta No. 6

¿Tiene su familia cobertura en algún sistema de salud?

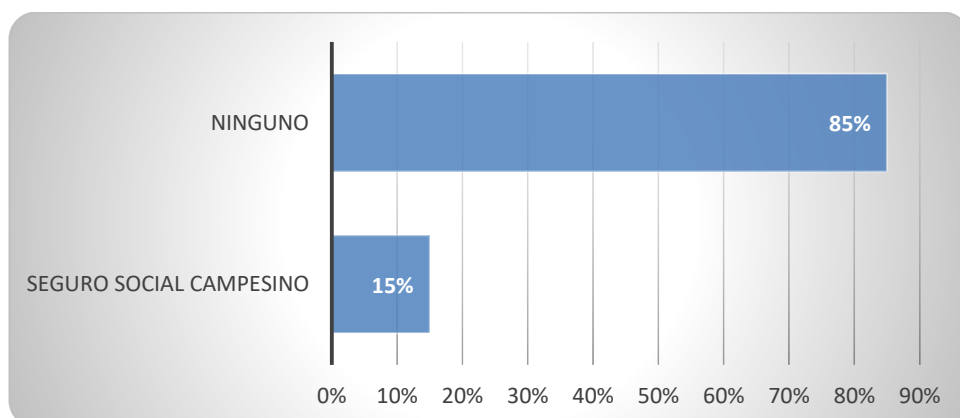


Figura 39. Cobertura de salud

No disponen de cobertura médica el 85% y muy pocos habitantes si disponen del seguro campesino.

Pregunta No. 7

¿Le interesaría obtener un seguro privado familiar de salud a costos bajos?

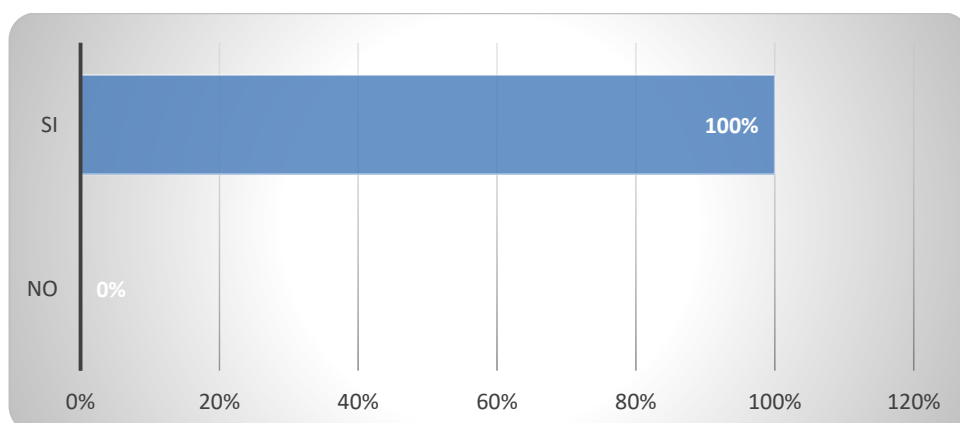


Figura 40. Interés de seguro privado familiar

Las personas indicaron que están totalmente interesadas en adquirir un seguro familiar porque obtendrán atención médica a precios accesibles, pero tendrán la seguridad de que un profesional de la salud estará disponible para atenderlos cuando surja la necesidad.

Experiencias de comuneros



Figura 41. Entrevista con comuneros

- Manifiestan que el centro médico solo atiende hasta las cuatro de la tarde y en el caso de existir una emergencia deben de salir a buscar movilización debido a que solo se dispone de transporte público hasta las 7pm.
- Su primera opción es recurrir a las farmacias, sin embargo, no existe en la comuna una que atienda 24 horas ni los domingos.
- También les han indicado que deben llamar al 911 cuando requieran de una ambulancia para trasladar a un enfermo, manifiestan que se demoran en atender la llamada así como también en llegar hasta el sitio, y resulta que a veces la persona doliente hasta el hospital fallece.

Observación: viviendas, entorno y servicios

Tabla 33

Observación de viviendas y comportamiento

Aspectos	Objetivo	Resumen de lo observado	Hallazgo de la observación.
Entorno / Comuneros	Evidenciar el entorno donde viven los comuneros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desconocimiento sobre medios de contagio. ✓ Falta de cuidado de su entorno familiar. ✓ No existe cultura de prevención. ✓ Prefieren la automedicación. 	La falta de cultura y de atención permanente de parte de profesionales de salud del gobierno ha ocasionado que la comuna se encuentre vulnerable y acostumbrada a los contagios.
	Verificar las necesidades de salud más urgentes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedades más comunes. ✓ Personas de recursos bajos. ✓ Adultos con enfermedades recurrentes. 	La mayor población es femenina, y es la más vulnerable porque prefiere la automedicación, hasta no sentir gravedad de salud.
De las evidencias	<p>Recorrido por la comuna.</p> <p>Verificar el centro médico</p> <p>Constatar la farmacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para conocer su estatus de vida. ✓ Para conocer sus instalaciones. ✓ Para conocer la disponibilidad de medicinas. 	Son personas humildes, muchas de ellas con necesidades primarias y descuidan su salud porque prevalecen otras urgencias que atender en sus familias.

Tabla 34

Problemas comunitarios con datos observados

Problemas comunitarios	Datos observados
Seguridad	A pesar que existe la escuela de policía, no existen recorrido policial.
Transporte	Se movilizan hasta las 18h00 máximo 19h00
Recolección de basura	Pasa un carro recogiendo la basura 3 veces por semana.
Internet	No existe acceso público gratuito.
Vías	No existen calles adoquinadas o de hormigón, son de tierra y piedra. Solo disponen de una calle principal que se encuentra pavimentada.
Nivel de instrucción	La mayor población solo ha terminado la primaria
Comunicación – telefonía	Es escasa la disponibilidad de teléfono convencional, por lo que la mayoría de los comuneros tienen un teléfono celular

Tabla 35

Problemas comunitarios con conflicto

Problemas comunitarios	Conflictos
Seguridad	Falta de vueltas continuas en el sector.
Transporte	Los recorridos no se adaptan a la necesidad de la comuna.
Recolección de basura	Desorden para sacar la basura.
Internet	No existen ofertas.
Vías	Falta de iluminación y señalización
Nivel de instrucción	Los profesores no son constantes, existe ausentismo.
Comunicación – telefonía	La conexión es mejor por este medio.

Imagen de Atahualpa



Figura 42. Tipo de vivienda



Figura 43. Entorno de viviendas



Figura 44. Exteriores de colegio Atahualpa



Figura 45. GAD Atahualpa

4.4. Análisis e interpretación de resultados

El trabajo de campo que realizaron las investigadoras fue en la parroquia Atahualpa en la comuna Entre Ríos, el día 30 de Enero de 2019, para lo cual se comunicó previamente a toda la comunidad que se iba a levantar la información para una investigación que realiza la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. La encuesta fue de puerta a puerta a 40 familias que gentilmente brindaron información relevante.

Los resultados fueron tabulados y graficados los cuales facilitaron la interpretación de los mismos, cuyos análisis se describen a continuación de los eventos encontrados.

Se encontró que existe hacinación en la comuna de hasta 19 personas que viven en una sola vivienda. El total de los entrevistados representa el 20% con más de 10 personas viviendo en un solo lugar, lo cual corresponde a 4 casas con un total de 53 personas. Esto evidencia la vulnerabilidad de la salud que viven estas personas, provocando la ausencia de privacidad para efectuar actividades normales y circular con libertad, lo cual favorece para cualquier contagio infeccioso.

Se interpreta entonces que el 20% de las personas viven en riesgos infecciosos por hacinación.

De acuerdo con la tabla de rango de edades en términos de salud se identifica que la población mayor corresponde a edades de 15 a 64 años, la misma que obedece a la alta productividad que representan a 53,26% con un total de 139 personas. Las personas de más de 65 años fueron 6 y solo existe 1 persona menor a 1 año. La diferencia corresponde personas de edad escolar entre 5 y 14 años de edad. Existen más mujeres que hombres siendo 160 a 101.

Se interpreta que las mujeres con el 61% son las más propensas a adquirir enfermedades.

Entre los resultados se encontró que frecuentemente las enfermedades pulmonares son las que más recae la población con un total del 20%, la siguiente enfermedad de mayor peso son las óseas musculares atacadas principalmente por virus que representa el 14% y con el mismo porcentaje se ubica a la hipertensión y en cuarto lugar enfermedades propias de las mujeres (osteoporosis, migraña, entre otros) con un 13%.

Se evidencia en estos resultados se conexas con las dos anteriores, ubicando a enfermedades virales por hacinamiento y principalmente a las mujeres.

Un dato muy relevante y alarmante fue la determinación de buscar ayuda cuando tienen una emergencia médica, el 40% acude a una farmacia y se auto médica, elevando de esta manera el riesgo de expandir su dolencia y solo encuentra una cura momentánea, más no tiene concebido acudir para que lo atienda un profesional de la salud. Por otra parte, la otra mitad de la población que corresponde al 58% acude al sub centro de salud, a pesar de los problemas y deficiencias, tienen esta alternativa porque es la más próxima a su comuna.

Otro dato importante fue la cobertura de salud, correspondiendo el 85% que no tienen ninguno y en solo 6 casas tienen seguro social campesino. En

concordancia de la pregunta anterior, son las que hacen uso del seguro asistiendo al sub centro.

Se interpreta que existe población que busca una atención oportuna, más económica y que quede cerca de su vivienda porque no dispone de un seguro que respalde su salud.

Los resultados indican que la totalidad de los encuestados si están interesados en contratar seguro particular, para ello se requiere determinar cuáles son los beneficios que van a recibir y como se ejecutará el uso del mismo. Sin embargo, lo que se evidencia en la comuna, es la necesidad urgente de atención médica y del seguro que cubra sus necesidades emergentes.

Calidad de viviendas

- Existen variedad de casas entre las de cemento y de cañas
- Carecen de veredas en los espacios externos, por lo cual, la tierra y polvo se evidencia claramente.
- Las calles no son adoquinadas ni de hormigón.

Comportamientos observados

- Necesidad de atención de salud
- Preocupados y desolados por sentirse lejanos de puntos médicos.
- Falta de orientación de cómo y hacia dónde acudir en emergencias.

4.5. Redacción del estudio de caso

4.5.1. Descripción de la situación actual

La Clínica Virgen del Cisne dispone de los equipos médicos y de profesionales de salud especializados para tender a los comuneros y público en general. Las cifras indican que para el cierre del año 2016 la clínica atendió

a 14919 personas, al cierre del año 2017 fueron 13975 y para el año 2018 fueron 11850.

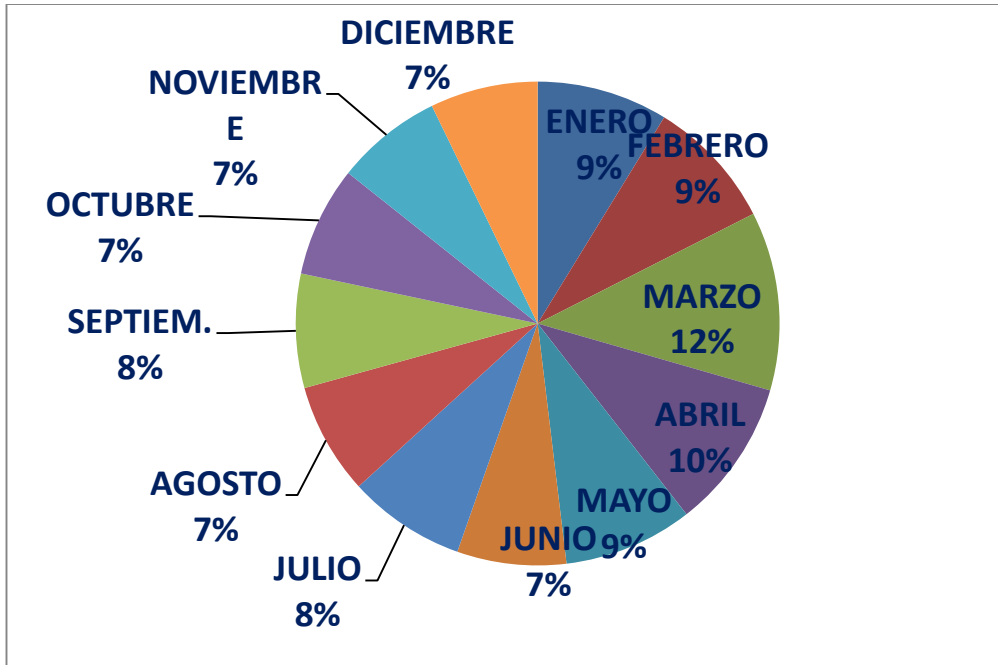


Figura 46. Porcentajes de Pacientes Atendidos 2016

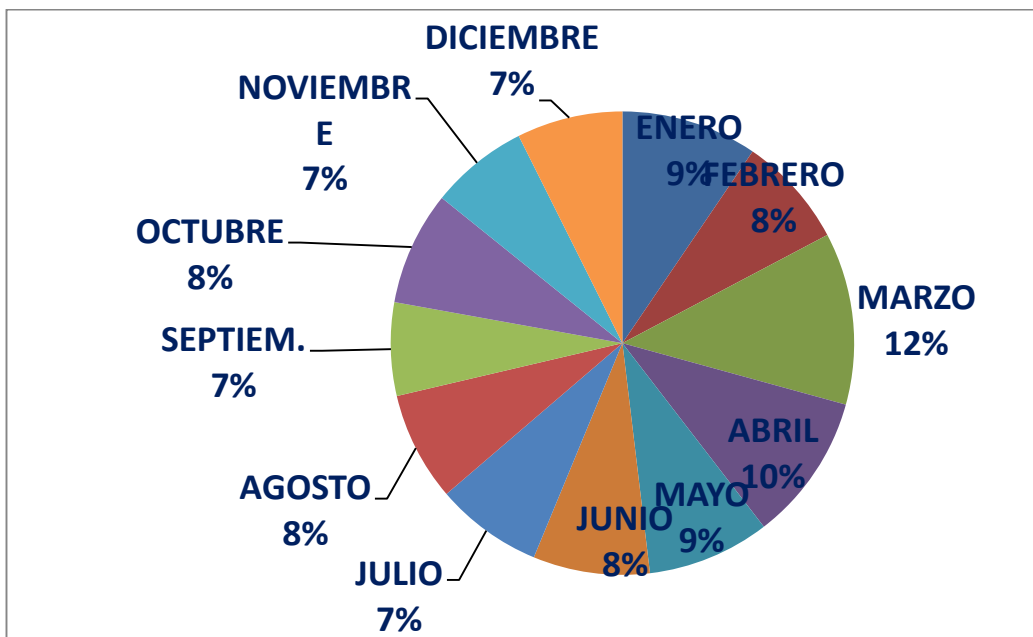


Figura 47. Porcentajes de Pacientes Atendidos 2017

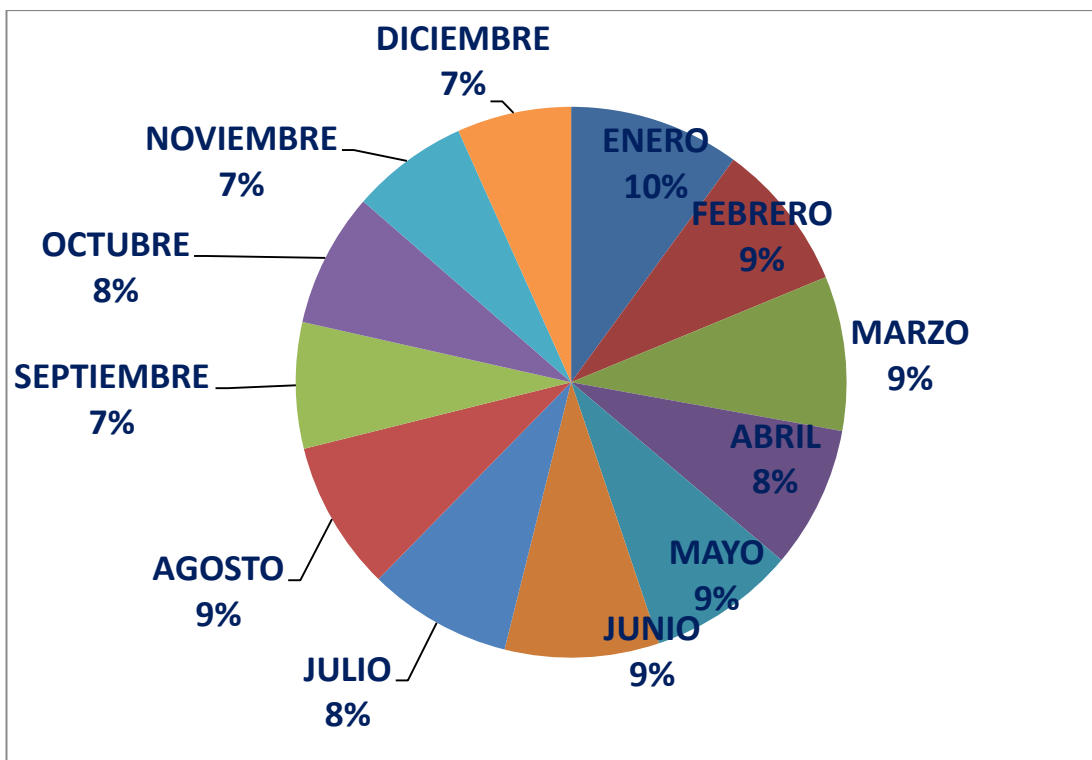


Figura 48. Porcentajes de Pacientes Atendidos 2018

En las figuras se evidencia que la asistencia médica se encuentra atomizada, por lo que se evidencia que existe una presencia constante de atención médica con promedio de 1131 pacientes que llegan hacia la clínica, y de los cuales, según los comuneros encuestados manifestaron que si conocen la clínica y en algunas ocasiones han hecho uso de sus instalaciones.

Entre las atenciones recurrentes a la clínica fueron: Enfermedad de los ojos, sistemas respiratorios, enfermedades del sistema circulatorio, aparato circulatorio, aparato genitourinario.

Tabla 36

Principales enfermedades atendidas en Virgen del Cisne

DESCRIPCION	Total
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2447
Enfermedades del ojo y sus anexos	2457
Enfermedades del sistema respiratorio	1711
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1042
Enfermedades del sistema circulatorio	757
Enfermedades del aparato digestivo	605
Enfermedades del aparato genitourinario	595
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	496
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	374
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	339
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	277
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	269
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	230
Enfermedades del sistema nervioso	188
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	81
Trastornos mentales y del comportamiento	34
Neoplasias	21
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	12
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	12
Embarazo, parto y puerperio	9

4.5.2. Descripción de la situación propuesta

La propuesta de la investigación radica en dar a conocer sobre la situación de asistencia médica de la parroquia Atahualpa en especial de dos barrios de la comuna, como punto de partida para el estudio y que permita identificar las principales necesidades que prevalecen en la población, de los cuales se desprenden varias demandas, entre ellos los de atención médica, que buscan ser satisfechas mediante la oferta del mercado. Dicha información

se contrasta con los servicios que ofrece la Clínica Virgen del Cisne, con la finalidad de establecer las especialidades que dispone para atender dichas necesidades.

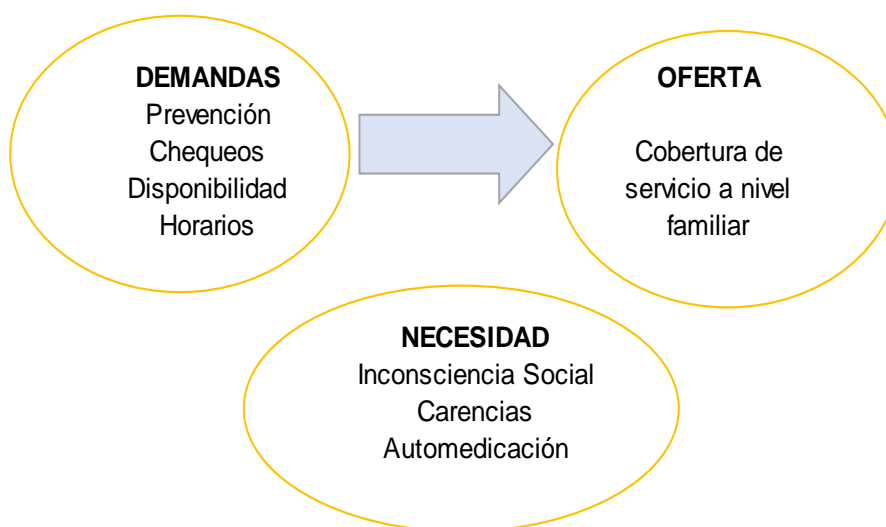


Figura 49. Esquema de oferta, necesidades y demandas de Atahualpa

La prevención es una de las herramientas de salud que permite disminuir enfermedades catastróficas en el país, por tal razón, se debe dar énfasis en la concientización del cuidado previo. En base a esto y a la demanda de las personas de Atahualpa surge la propuesta de la Clínica Virgen del Cisne en ofrecer cobertura médica familiar.

Cobertura de la propuesta:

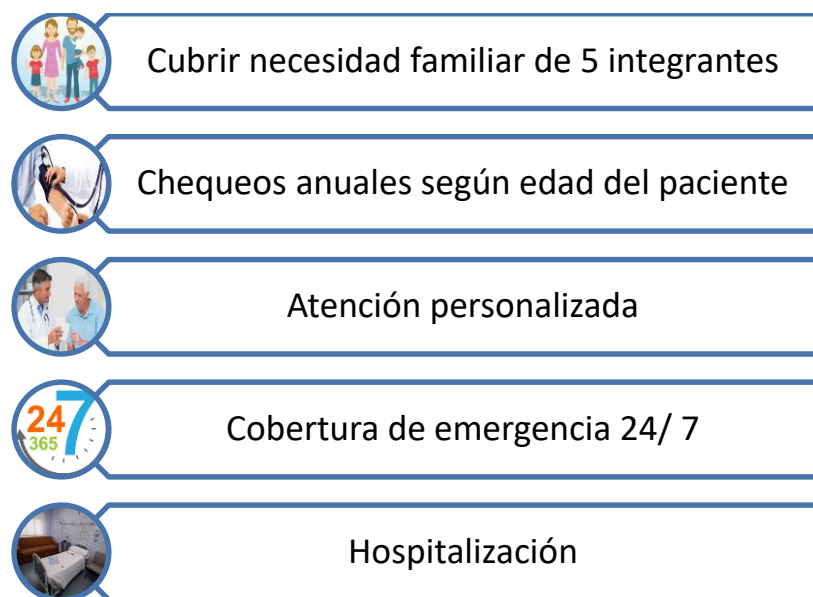


Figura 50. Cobertura propuesta Virgen del Cisne

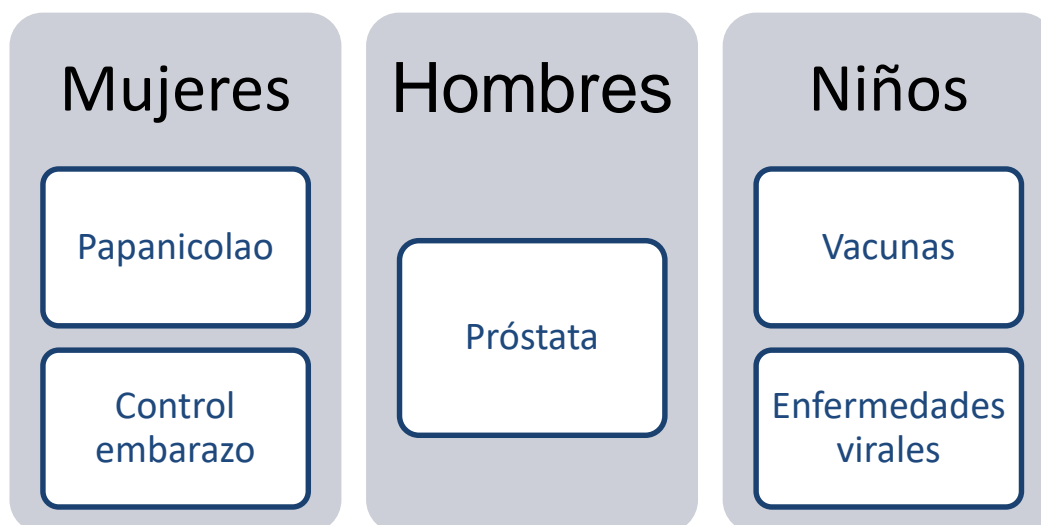


Figura 51. Atención de prevención

4.6. Limitaciones del estudio

En la investigación que se realizó no hubo limitantes para efectuar la investigación, hubo total apertura en la comunidad investigada por medio de la autorización del presidente comunal, así como también de parte del Representante Legal de la clínica Virgen del Cisne.

4.7. Pronóstico

Luego de la realización de la encuesta en la Parroquia Atahualpa, y una vez tabulado los resultados de la misma, se acordó en reunión tripartita entre los representantes de: Clínica Virgen del Cisne, G.A.D. Parroquial y Comuna Entre Ríos, efectuar un estudio previo del posible presupuesto para la puesta en marcha del proyecto de atención médica.

Los criterios a analizar deben incluir dos fuentes de financiamiento a saber:

- ✓ Costo de consulta médica y costo de contrato familiar según el número de Integrantes. Para el fiel cumplimiento se deberá proponer 4 escenarios posibles de ingresos.
- ✓ Los representantes de las instituciones se comprometen a suscribir el convenio de participación que conlleven a alcanzar los objetivos propuestos en beneficio de la comunidad, comprometiéndose al fiel cumplimiento del mismo.
- ✓ Por ello se convocará públicamente para la respectiva socialización y compromiso público, escuchando sugerencias que conlleven a la correcta interpretación del proyecto.

Consideraciones

- La Fundación Católica de Acción Social, por sus siglas FUNCAS establecida en el año 1994 en la península de Santa Elena y debidamente registrada en el Ministerio de Inclusión Económica y Social, con múltiples proyectos puestos en marcha y en pleno desarrollo, aportará con los fondos suficientes para que la Clínica Virgen del Cisne, cubra con los montos de pagos de sueldos y salarios de los Profesionales Médicos, insumos, equipos médicos, conexión de internet por seis meses.

- Las tablas salariales que se van aplicar serán las vigentes de acuerdo con la carga horaria.
- El G.A.D. Parroquial de Atahualpa brindará en comodato el espacio físico para la implementación de dos consultorios por un año calendario, pudiendo ser renovado si se cumplen con los objetivos trazados.
- La Directiva de la Comuna Entre Ríos, pondrá a disposición la alimentación de los profesionales y la limpieza del local asignado por doce meses.
- La Clínica Virgen del Cisne elaborará los respectivos protocolos de atención médica y la puesta en marcha de campañas mensuales en relación a diferentes tópicos de interés para la comunidad.
- En lo relacionado a la capacitación, se brindará talleres para preparar al personal de la Comuna en manejo de archivos y estadísticas.
- A la vez se efectuará las gestiones necesarias ante el Consejo Universitario de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, para que se analice la posibilidad de que la facultad de medicina considere que se incluya en el sorteo de plazas para la Medicatura Rural, dos egresados para que presten su contingente profesional en la parroquia Atahualpa, contando con el Aval del Ministerio de Salud Pública.
- Paralelamente exhortar a la Facultad de Ciencias Empresariales se sirvan brindar de asesoría respectiva para la implementación de un Plan de Negocio.
- Las instituciones comprometidas en el presente proyecto, se reunirán la primera semana de cada mes para la evaluación y seguimiento y las veces que sean necesarias en caso de ameritarlo.
- El manejo Técnico Administrativo será de exclusividad de la Clínica Virgen del Cisne, quien responderá ante el G.A.D parroquial y la comuna Entre Ríos.
- Los gastos generados por papelería, servicios básicos, proveeduría, entre otros será asumido por la clínica Virgen del Cisne.
- Las tarifas establecidas, tendrán vigencia por doce meses, tiempo en el cual no podrán ser modificadas.
- La elaboración de los contratos para los grupos familiares será debidamente registrada por las autoridades componentes.

4.8 Proyección financiera

En virtud de las consideraciones planteadas, se detalla a continuación la inversión que debe efectuar la Clínica Virgen del Cisne para la implementación del centro médico de atención en Atahualpa. La inversión inicial corresponde a \$3,032.

Tabla 37

Inversión Inicial Proyecto Atahualpa Clínica virgen del Cisne

ACTIVOS	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
Equipos de computación			
1 IMPRESORA	1	\$ 384	\$ 384
1 COMPUTADORA	1	\$ 932	\$ 932
			\$ 1.316
Muebles de oficina			
1 ESCRITORIO ENTRADA	1	\$ 175	\$ 175
2 ESCRITORIO MÉDICOS	2	\$ 72	\$ 144
3 SILLAS DE ESCRITORIO	3	\$ 75	\$ 225
6 SILLAS PACIENTES	6	\$ 45	\$ 270
			\$ 814
Equipos de oficina			
1 TELEFONO	1	\$ 25	\$ 25
2 CAMILLAS	2	\$ 120	\$ 240
2 BALANZAS PESO	2	\$ 74	\$ 148
2 ARCHIVADORES	2	\$ 63	\$ 126
1 REFRIGERADOR PEQUEÑO	1	\$ 250	\$ 250
4 TACHOS DE BASURA	4	\$ 22	\$ 88
1 EQUIFO WIFI	1	\$ 25	\$ 25
			\$ 902
TOTAL DE INVERSIÓN			\$ 3.032

La inversión detallada en la tabla No. 37 corresponde a los equipos y materiales tangibles que la Clínica Virgen del Cisne debe gestionar con la finalidad de llevar a cabo el proyecto en la parroquia Atahualpa, debido a que estos equipos los tiene en las instalaciones y van a ser trasladados en el espacio asignado por el GAD. Adicionalmente a estos valores, también se requiere tener dinero en caja alrededor de \$3,200 que corresponde al cálculo

de los tres primeros sueldos de los profesionales de la salud que van a estar en las instalaciones más valor de caja chica.

Tabla 38

Estado de Situación Inicial - Proyecto Atahualpa Clínica virgen del Cisne

VIRGEN DEL CISNE - PROYECTO ATAHUALPA			
Estado de Situación Inicial			
al 31 de enero de 2019			
ACTIVOS		PASIVOS	
Activos Corrientes	\$ 3.200	Pasivos corriente	\$ 0
Caja	\$ 3.200	Cuentas por pagar	\$ 0
	<hr/>	TOTAL PASIVOS	<hr/> \$ 0
Activos No corrientes	\$ 3.032	PATRIMONIO	\$ 6.232
Muebles de oficina	\$ 814	Capital social	\$ 6.232
Equipos de oficina	\$ 902		
Equipos de computación	\$ 1.316		
TOTAL ACTIVOS	<hr/> \$ 6.232	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	<hr/> \$ 6.232

Los equipos requieren de depreciación cuyo gasto será cargado en la proyección.

Tabla 39

Depreciación de equipos - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne

DEPRECIACIÓN				
Activo fijo:	Muebles de oficina	Equipos de computación	Equipos de oficina	TOTAL
Costo:	\$ 814	\$ 1.316	\$ 902	\$ 3.032
Valor residual:	\$ 81	\$ 439	\$ 90	\$ 610
Vida útil:	10 años	3 años	10 años	
Depreciación anual:	\$ 73	\$ 292	\$ 81	\$ 447
Depreciación mensual:	\$ 6	\$ 24	\$ 7	\$ 37

La clínica asumirá costos de:

- Materia prima necesaria para la atención médica.
- 2 profesionales de salud con sueldo mensual de \$430,84 de acuerdo con la tabla sectorial (anexo 2)
- Gastos indirectos de los servicios básicos por \$17

Tabla 40

Costos de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne

Mes	Materia prima	Médicos (2)	Gastos indirectos	COSTO TOTAL
Ene	\$ 115	\$ 862	\$ 17	\$ 994
Feb	\$ 117	\$ 862	\$ 17	\$ 995
Mar	\$ 120	\$ 862	\$ 17	\$ 999
Abr	\$ 124	\$ 862	\$ 17	\$ 1.003
May	\$ 124	\$ 862	\$ 17	\$ 1.003
Jun	\$ 120	\$ 862	\$ 17	\$ 999
Jul	\$ 115	\$ 862	\$ 17	\$ 994
Ago	\$ 117	\$ 862	\$ 17	\$ 996
Sep	\$ 118	\$ 862	\$ 17	\$ 997
Oct	\$ 122	\$ 862	\$ 17	\$ 1.000
Nov	\$ 122	\$ 862	\$ 17	\$ 1.001
Dic	\$ 123	\$ 862	\$ 17	\$ 1.001
Total	\$ 1.437	\$ 10.340	\$ 204	\$ 11.981

La proyección de ingresos será de la siguiente manera:

Se consideró el pronóstico promedio de 80 atenciones médicas mensuales, y en base a experiencia de la clínica Virgen del Cisne se establecieron las estacionalidad de la cantidad de pacientes posiblemente para atender, durante el año serán de 955 y la colocación de 19 Planes familiares por mes para la parroquia Atahualpa y sus alrededores.

Precios proyectados:

Atención particular \$2,50

Plan Familiar \$50

Tabla 41

Proyección de cantidad de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne

Estacionalidad	MES	Atención particular	Plan familiar	Total
8%	Ene	71	19	85
8%	Feb	74	19	88
9%	Mar	80	19	94
10%	Abr	88	19	102
10%	May	87	19	101
9%	Jun	80	19	94
8%	Jul	71	19	85
8%	Ago	75	19	89
9%	Sep	77	19	91
9%	Oct	83	19	97
9%	Nov	84	19	98
9%	Dic	85	19	99
100%		895	228	1123

Los ingresos recaudados por atención médica serán de promedio de \$2,238 y por plan familiar captando 18 al mes se estima al año ingreso de \$10,800.

Tabla 42

Proyección dólares de servicios - Proyecto Atahualpa Clínica Virgen del Cisne

MES	Atención particular	Plan familiar	Total
Ene	\$ 178	\$ 950	\$ 1.128
Feb	\$ 185	\$ 950	\$ 1.135
Mar	\$ 200	\$ 950	\$ 1.150
Abr	\$ 220	\$ 950	\$ 1.170
May	\$ 218	\$ 950	\$ 1.168
Jun	\$ 200	\$ 950	\$ 1.150
Jul	\$ 178	\$ 950	\$ 1.128
Ago	\$ 188	\$ 950	\$ 1.138
Sep	\$ 193	\$ 950	\$ 1.143
Oct	\$ 208	\$ 950	\$ 1.158
Nov	\$ 210	\$ 950	\$ 1.160
Dic	\$ 213	\$ 950	\$ 1.163
	\$ 2.388	\$ 11.400	\$ 13.788

Tabla 43

Flujo de caja proyectado

Descripción	Inversión	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	ANUAL
Saldo Inicial		\$ 3.200	\$ 3.006	\$ 2.817	\$ 2.641	\$ 2.480	\$ 2.317	\$ 2.140	\$ 1.946	\$ 1.759	\$ 1.577	\$ 1.406	\$ 1.237	\$ 1.070
Ventas		\$ 1.128	\$ 1.135	\$ 1.150	\$ 1.170	\$ 1.168	\$ 1.150	\$ 1.128	\$ 1.138	\$ 1.143	\$ 1.158	\$ 1.160	\$ 1.163	\$ 13.788
Ingresos		\$ 4.328	\$ 4.141	\$ 3.967	\$ 3.811	\$ 3.647	\$ 3.467	\$ 3.267	\$ 3.083	\$ 2.902	\$ 2.734	\$ 2.566	\$ 2.399	\$ 40.311
Egresos		\$ 1.359	\$ 1.361	\$ 1.364	\$ 1.368	\$ 1.368	\$ 1.364	\$ 1.359	\$ 1.361	\$ 1.362	\$ 1.366	\$ 1.366	\$ 1.367	\$ 16.365
Costos		\$ 994	\$ 995	\$ 999	\$ 1.003	\$ 1.003	\$ 999	\$ 994	\$ 996	\$ 997	\$ 1.000	\$ 1.001	\$ 1.001	\$ 11.981
Gastos Adms		\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 365	\$ 4.383
Gastos Ventas														
Saldo Final		\$ 2.969	\$ 2.780	\$ 2.603	\$ 2.442	\$ 2.279	\$ 2.103	\$ 1.908	\$ 1.722	\$ 1.539	\$ 1.368	\$ 1.200	\$ 1.033	\$ 23.947
Depreciación		\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 37	\$ 447
Contribuyente/mes	-\$ 6.232	\$ 3.006	\$ 2.817	\$ 2.641	\$ 2.480	\$ 2.317	\$ 2.140	\$ 1.946	\$ 1.759	\$ 1.577	\$ 1.406	\$ 1.237	\$ 1.070	\$ 24.393
TASA	17%													
VAN	\$5.590,18													
TIR	41%													

Sin duda alguna el aporte que realice el G.A.D, la Comuna Entre Ríos y la Clínica Virgen del Cisne, sirven para que este proyecto logre encaminarse y llegar a cumplir con el estudio que se ha realizado. Sin embargo, es necesario que en lo posterior se lleve a cabo un Plan de Negocio para encontrar el punto de equilibrio y llegue a financiarse individualmente.

CONCLUSIONES

Se dispone de poca información acerca de la parroquia Atahualpa de la provincia de Santa Elena con relación a la salud los servicios que disponen y cuál es su situación frente a una eventualidad urgente para atención médica, por tal razón fue necesario asistir personalmente a levantar información de forma directa con el Jefe de la Comuna y con los propios comuneros.

Entre los problemas de salud de mayor afectación son muy notorios los índices de desnutrición de las parroquias rurales Chanduy, Atahualpa y Colonche, se sitúan como las más relevantes de las parroquias rurales.

Existe dificultad del acceso a los servicios médicos pues no cuentan con los equipos necesarios, las mayoría de las instalaciones no se encuentran en buenas condiciones para recibir y atender a los pacientes, por lo que resulta incómodo tanto para los profesionales de la salud como para las personas que acuden para una atención digna y urgente.

Los habitantes de la parroquia Atahualpa se trasladan hacia el hospital de Santa Elena, con el fin de tener una atención especializada, así también, para el caso de enfermedades catastróficas, realizan la búsqueda de atención médica en centros especializados privados o en otros casos, se trasladan hacia la ciudad de Guayaquil.

En los resultados de la investigación se encontró que existe hacinación en la comuna de hasta 19 personas que viven en una sola vivienda. El total de los entrevistados representa el 20% con más de 10 personas viviendo en un solo lugar, lo cual corresponde a 4 casas con un total de 53 personas. Esto evidencia la vulnerabilidad de la salud que viven estas personas, lo cual provoca la ausencia de privacidad para efectuar actividades normales y circulares con libertad.

Los resultados indican que la totalidad de los encuestados si están interesados en contratar seguro particular, para ello se requiere determinar cuáles son los beneficios que van a recibir y como se ejecutará el uso del mismo.

REFERENCIAS

- Amador, M. (2009). *La entrevista en la investigación*. Bucaramanga: Colmundo.
- Arroyo, P. (1991). *Salud comunitaria: una visión panamericana*. México: Centro de Información Académica.
- Asamblea Contituyente. (08 de 11 de 2008). Constitución de la República. Pichincha, Ecuador.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades*. México: Pearson, segunda edición.
- Gómez Martínez, D. (2006). *Diplomaturas Sanitarias Del Servicio de Salud*. Madrid: Editorial MAD.
- Gutiérrez, J. A. (2005). *Investigación de mercados: métodos de recogida y análisis de la información*. Madrid: Paraninfo S.A.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador*.
- Josing, S. M. (2016). *Diagnóstico y Mejoramiento de la atención primaria salud del adulto mayor en los diferentes subcentros de la zona 09 distrito 07 de la ciudad de Guayaquil*. Guayaquil.
- Martínez, G. (2007). *Manual de Salud Pública 7*. Córdoba: Encuentro.
- Martín-Zurro, A. (2000). *Compendio de Atención Primaria*. Madrid: Gráficas Hermanos Gómez.
- Ministerio de Salud Pública. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Quito.

- Ministerio Salud Pública. (2018). *Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial*. Recuperado el 08 de 11 de 2018, de <https://www.salud.gob.ec>
- MINSA. (2006). *Proyecto Cobertura Con Calidad. Análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación de indicadores seleccionados de Salud Materna y Perinatal y propuesta de criterios para la institucionalización del monitoreo y evaluación*. Lima: Céspedes.
- Morera, G. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador*. Washington.
- Organización Panamericano de la Salud. (2018). *Organización Panamericano de la Salud*. Recuperado el 08 de 11 de 2018, de <https://www.paho.org>
- Pardinas, F. (2005). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Argentina: Siglo XXI Editorial Argentina.
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2011). Centro de Salud. *Definición*, 4.
- Quesada, R. P. (2009). *Promoción y Educación para la Salud*. Díaz de Santos.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, Senplades. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021*. Quito.
- Tójar Hurtado, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.

GLOSARIO

Ambulatorio

Que no exige que el enfermo permanezca ingresado en un centro hospitalario.

Asistencia esencial

Que es importante y necesario, de tal forma que no se puede prescindir de ello.

Epidemiología

Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Medicina preventiva

Es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades, basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. ... Comprende: la promoción de la salud, la protección específica de la salud y la quimioprofilaxis (administración de fármacos para prevenir enfermedades).

Morbilidad

Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Neurosensorial

Hace referencia a la pérdida auditiva por afectación del oído interno o del nervio auditivo. La mayoría de los casos son por daño en la cóclea, el verdadero órgano para oír del oído

ANEXOS

Carta de Autorización



CLINICA VIRGEN DEL CISNE

General Enriquez Gallo Av. 23 entre Calles 31 y 34
TELF.: 2933630 - Correo Electronico: clinicavc@yahoo.com
LA LIBERTAD - ECUADOR



La Libertad, 10 de Octubre del 2.018

Sres.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES
CARRERA ADMINISTRACION DE VENTAS
PRESENTE

Saludos cordiales.

El Consejo Técnico de la Clínica Virgen del Cisne, en reunión del Viernes 5 del presente mes, ha aprobado que la **Sra. Olga Elena Alcivar Loor**, portadora de la cédula de ciudadanía 0915765481, elabore su proyecto de Tesis relacionado a:

Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, Parroquia Atahualpa, y su impacto en la calidad de vida.

Por vuestra atención, reconocido

Dr. Julio César Centeno Limongi
Representante Legal



Dr. Julio César Centeno Limongi
DIRECTOR GENERAL





CLINICA
VIRGEN DEL CISNE

General Enriquez Gallo Av. 23 entre Calles 31 y 34
TELF.: 2933630 - Correo Electronico: clinicavc@yahoo.com
LA LIBERTAD - ECUADOR



La Libertad, 10 de Octubre del 2018

Sres.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EMPRESARIALES
CARRERA ADMINISTRACION DE VENTAS
PRESENTE

Saludos cordiales.

El Consejo Técnico de la Clínica Virgen del Cisne, en reunión del Viernes 5 del presente mes, ha aprobado que la **Srta. Alba Edith Romero Ortega**, portadora de la cédula de ciudadanía 0918893371, elabore su proyecto de Tesis relacionado a:

Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, Parroquia Atahualpa, y su impacto en la calidad de vida.

Por vuestra atención, reconocido

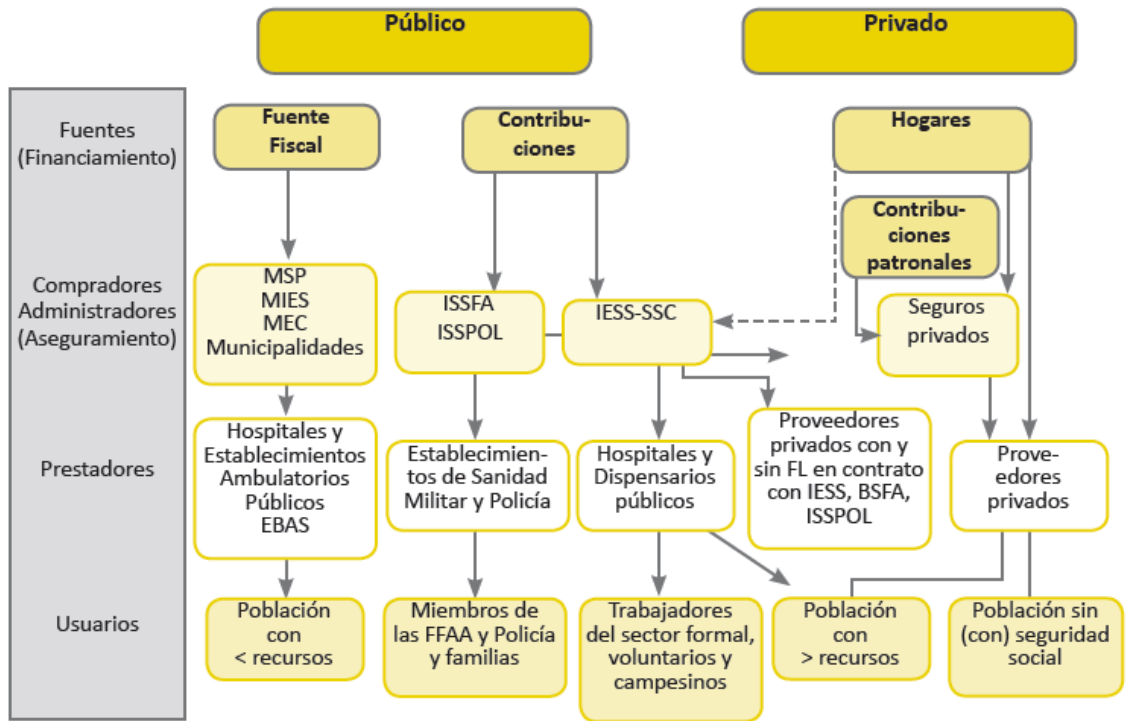
Dr. Julio César Centeno Limongi
Representante Legal



CLINICA
FUNCAS VIRGEN DEL CISNE

Dr. Julio César Centeno Limongi
DIRECTOR GENERAL

Anexos 1 Modelo de financiamiento del sistema de salud de Ecuador



Fuente: MCDS, 2010: Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Sistema de Salud para el Ecuador.

Anexos 2 Tabla sectorial - Actividades de Salud

CARGO / ACTIVIDAD	ESTRUCTURA OCUPACIONAL	COMENTARIOS / DETALLES DEL CARGO O ACTIVIDAD	CÓDIGO IESS FINAL	SALARIO MÍNIMO SECTORIAL 2019
MÉDICO ESPECIALISTA QUE LABORA EN INSTITUCIONES DE SALUD	A1	REALIZÓ ESTUDIOS DE POSTGRADO	2114851100001	430,84
ODONTÓLOGO ESPECIALISTA	A1		2114851100051	430,84
MÉDICO GENERAL QUE LABORA EN INSTITUCIONES DE SALUD	A1	INCLUYE: MÉDICO RESIDENTE Y MÉDICO OCUPACIONAL	2110000000004	430,84
DIRECTOR MÉDICO	A1		2114851100054	430,84
ODONTÓLOGO	B1		2110000000001	427,96
PSICÓLOGO CLÍNICO	B1		2110000000002	427,96
VETERINARIO	B1		2110000000003	427,96
QUÍMICO FARMACÉUTICO	B1	INCLUYE: BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO, BIOQUÍMICO CLÍNICO	2110000000005	427,96
OBSTETRA	B1		2110000000006	427,96
INSTRUMENTISTA DEL SECTOR SALUD	B2	ENFOCADO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA	2114851100004	426,33
ENFERMERA PROFESIONAL	B2		2114851100012	426,33
PARAMÉDICO PROFESIONAL	B2	ESTUDIOS DE LICENCIATURA	2114851100055	426,34
NUTRICIONISTA / DIETISTA DEL SECTOR SALUD	C2		2114851100013	421,42
TÉCNICO DE EQUIPOS MÉDICOS	C2		2114851100015	421,42
TECNÓLOGO MÉDICO	C2	INCLUYE: LABORATORIOS CLÍNICOS, IMAGENOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA	2114851100020	421,42
FISIOTERAPISTA / TERAPISTA	C2		2120000000006	421,42
OPTOMETRISTA	C2		2120000000007	421,42
PARAMÉDICO	C2	INCLUYE TECNOLOGÍA	2120000000008	421,42
TÉCNICO SUPERIOR DE FARMACIAS	C2	REALIZÓ DOS AÑOS DE ESTUDIO	2114851100053	421,42
TÉCNICO EN ENFERMERÍA	C2	REALIZÓ DOS AÑOS DE ESTUDIO	2114851100052	421,42
ASISTENTE / AUXILIAR / AYUDANTE TÉCNICO DE MANTENIMIENTO EN EL SECTOR SALUD	D2		2114851100029	416,51
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	D2	INCLUYE: A QUIEN POSEE CERTIFICADO AVALADO POR UNA DE LAS ESCUELAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DEL PAÍS	2144851100030	416,51
AUXILIAR DE FARMACIA INTRAHOSPITALARIA	D2		2114851100032	416,51
AUXILIAR DE IMAGENOLOGÍA	D2		2114851100033	416,51
AUXILIAR DE LABORATORIO CLÍNICO	D2		2114851100034	416,51
AUXILIAR DE MICROBIOLOGÍA	D2		2114851100035	416,51
AUXILIAR DE NUTRICIÓN	D2		2114851100036	416,51
AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA	D2		2114851100037	416,51
AUXILIAR DE ÓRTESIS, PRÓTESIS, REHABILITACIÓN FÍSICA	D2		2114851100038	416,51
CÁMILLERO / TRANSPORTADOR DE PACIENTES	E2		2114851100050	414,89



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



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



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Alcívar Loor Olga Elena; Romero Ortega Alba Edith** con C.C: # 0915765481; 0918893371 autores del trabajo de titulación: Caso de estudio, Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida previo a la obtención del título de **Ingeniero en Administración de Ventas** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 18 de marzo de 2019

f. _____

Alcívar Loor Olga Elena

C.C: 0915765481

f. _____

Romero Ortega Alba Edith

C.C: 0918893371

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Condición de salubridad de los habitantes del cantón Santa Elena, parroquia Atahualpa y su impacto en la calidad de vida. Caso de estudio.		
AUTOR(ES)	Alcívar Loor Olga Elena; Romero Ortega Alba Edith		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Loor Ávila Beatriz. Ph.D.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Especialidades Empresariales		
CARRERA:	Administración de Ventas		
TÍTULO OBTENIDO:	Ingeniero en Administración de Ventas		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	18 de marzo del 2019	No. DE PÁGINAS:	143
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud – Insalubridad – Pobreza		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevención – Automedicación - Plan de salud – Cobertura – Consulta – Médicos		
RESUMEN/ABSTRACT: Con autorización de La Clínica Virgen del Cisne que se encuentra en la provincia de Santa Elena, y en nombre de ella se realizó la investigación del estudio de caso acerca de la salud de los habitantes de la parroquia Atahualpa, específicamente de los barrios Villamil y Escuela 15 de mayo, para conocer cuáles son las necesidades más urgentes de atención médica que requieren estos barrios y a la medida de que la Clínica pueda brindar los servicios médicos se propone un plan de salud integral para grupos familiares comprendido en Papanicolaou y control de embarazo para mujeres, exámenes de próstata para hombres y vacunas y tratamiento de enfermedades virales para niños, que son de ámbito preventivo. Los resultados del estudio demuestran que la necesidad de los habitantes nace de la inconciencia social por su estilo de vida, también de las carencias de su diario vivir y la automedicación a falta de médicos en el sector. Mediante este estudio de caso, realizado por estudiantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, se desea vincular al Gobierno Autónomo Descentralizado de Atahualpa, con la Clínica Virgen del Cisne con el propósito de ahondar esfuerzos para llevar un aliciente de salud hacia los habitantes de este sector que tiene menos oportunidad de acceder a servicios médicos privados.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES	Telefono: +593-9-67965597; +593-9-97111846	E-mail: olguita_alcivar@hotmail.com ; alba_romero81@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Garcés Silva, Magaly Noemi		
	Teléfono: +593-4-2206953 Ext. 5046		
	E-mail: magaly.garces@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			